

К. В. Тельминова

РАЗЛИЧИЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ ВЗРОСЛЫХ В УСЛОВИЯХ ВРОЖДЕННОЙ И ПРИОБРЕТЕННОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

В статье проводится обзор основных представлений зарубежных и отечественных исследователей по теме социализация взрослых. Обозначены особенности процесса социализации взрослых, его отличие от социализации несовершеннолетних. Выделены актуальные тенденции в работах российских авторов, занимающихся вопросами социализации взрослых. Сформулирована потребность изучения особенностей социализации взрослых лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом наступления инвалидности. Приведены основные результаты исследования совершеннолетних инвалидов с детства и получивших инвалидность в совершеннолетнем возрасте по маркерам тревожности, шкалы времени, уровня социально-психологической адаптивности, определены корреляционные связи между ними.

Ключевые слова: социализация взрослых, тревожность, шкала времени, уровень социально-психологической адаптивности.

К. Telminova

THE DIFFERENCES IN SOCIALISATION OF ADULTS WITH INBORN AND ACQUIRED DISABILITIES

The article presents a review of core opinions on adult socialisation according to foreign and Russian researchers. It describes the key milestones and features of adult socialisation and show how it differs from the socialisation of children and adolescents. The article highlights the current research findings and developments that are presented in the works of Russian authors on the topic. It is argued that there is the need to explore the specifics of adult socialisation depending on whether their disability is inborn or acquired. The article describes the main results of studying adults with inborn disabilities and with disabilities acquired in adulthood in terms of such factors as anxiety, timeline, and the level of social and psychological adaptability. The correlation between the said factors is also identified.

Keywords: adult socialisation, anxiety, timeline, social adaptability, psychological adaptability.

Первая часть нашей статьи будет посвящена рассмотрению ключевых воззрений зарубежных авторов на вопрос о социализации взрослых с учетом наличия у взрослого человека инвалидности; во второй части проведем обзор работ отечественных авторов по данному вопросу в целом; в третьей части представим результаты проведенного нами исследования о различиях социализации взрослых в условиях врожденной и приобретенной инвалидности.

Вопросы о социализации личности и ее особенностях являются одними из ключевых

тем социальной психологии. В большинстве работ (Т. Парсонс, Э. Дюргейм, З. Фрейд, Л. С. Выготский, И. С. Кон) в качестве основного периода социализации выступает детство. Однако со второй половины XX века исследователи начинают рассмотрение вопросов социализации взрослых.

П. Бергер и Т. Лукман в рамках своей теории понимают социализацию как «конструирование реальности, в процессе которого человек сам творит свой мир и себя самого, выстраивая взаимоотношения с другими людьми и присваивая их ценности и нормы,

в результате чего трансформируется его собственная природа» [7, с. 152]. Специфика вторичной социализации состоит в том, что она происходит не в семье, а в группе и выстраивается на основе идентификации, а не на основе личностных предпочтений. Более того, взрослый, осознавая контекст, в котором происходит социализация, способен его изменять. В свою очередь, совершаемые взрослым человеком преобразования, могут привести к «значительной трансформации субъективной реальности, вплоть до ее разрушения, и реконструирование новой на основе переосмысления и перетолкования прошлого» [7, с. 154]. Согласно Бергману и Лукману, успешная социализация заключается в соответствии объективной (существующей, наличествующей) и субъективной (желаемой) реальности, основой неуспешной социализации будет являться рассогласование этих двух реальностей [7, с. 154]. В работе «Социальное конструирование реальности» Бергман и Лукман [2, с. 96] подчеркивают: «то, что оказывается проблемой в одной реальности, не является таковой в других». Данный тезис можно, на наш взгляд, рассматривать не только в контексте возрастных изменений, но и в плоскости влияния внешней среды на личность, изменения своей социальной роли. Отметим, что данное изменение может иметь управляемый характер. В частности, в пространстве социокультурных реабилитационных программ для лиц с различным временем наступления инвалидности, происходит «изменение самоощущения, социальной роли, достижения желаемого социального положения (семейного, трудового статуса), собственно самореализации личности» [19, с. 232].

Для А. Тэшфела социализация выражается в двух направлениях — в понимании личности своей принадлежности к группе и в формировании образа «Я» [7, с. 160]. Первое предполагает социальную категоризацию, социальную идентификацию, социальное сравнение и социальную дискриминацию. Образ «Я» является суммой

социальной (восприятие себя как члена группы) и личностной идентичности (возникающей в результате самосознания). А. Тэшфел напрямую связывает социализацию с существованием личности в группе; образ мира, который человек конструирует, определяется его принадлежностью к группе. Исходя из этого, можно сделать вывод, что взрослый человек, являясь, как правило, участником не одной группы, является действующим лицом нескольких реальностей одновременно, что позволяет ему иметь развитое и вместе с тем устойчивое социальное «Я». Рассматривая в данной плоскости феномен как врожденной, так и приобретенной инвалидности, можно констатировать, что данный статус влечет изменения и в понимании личности своей принадлежности к группе, и в формировании образа «Я». Анализируя данный процесс, А. В. Косов делает вывод, что адаптация людей к статусу инвалида означает, «прежде всего, освоение и принятие новой социальной роли, нового статуса, который, как уже отмечалось, зависит от мировосприятия и может восприниматься как активно (подразумевая принятие каких-либо мер к его устранению и борьбе с болезнью), так и пассивно (с принятием на себя роли жертвы)» [6, с. 344]. Исходя из всего вышесказанного, очевидно, что с помощью трансформации (изменения) личностного мифа можно изменить мировосприятие и активизировать в связи с этим силы организма, преодолевая ограничения в жизнедеятельности.

Дж. Арнетт под задачами социализации понимает «импульсивный контроль и формирование сознательности, подготовку и исполнение ролей, в том числе должностной, гендерной, институциональной (например, супруга, родителя), создание первичных смыслов, того, что высоко ценится, важно и ради чего стоит жить» [7, с. 265]. Последнее, на наш взгляд, может подвергаться если не радикальной трансформации, то определенному переосмыслению, так как взрослый человек выстраивает жизнь, опираясь на

индивидуально выбранный набор ценностей, актуализация которых соответствует тому или иному возрастному периоду, порождающему различные потребности. Дж. Арнетт вводит понятие широкой (позволяющей личности проявлять свободу самовыражения) и узкой социализации (определяющей нормативность поведения личности, предохраняющей ее от девиаций). Согласно Дж. Арнетту, «многообразие сценариев социализации определяется понятием “капитал принадлежности”, которое проявляется в двух измерениях: что может представлять из себя непосредственно социализирующийся индивид и многообразие групп, к которым он может принадлежать» [20, с. 276]. Дж. Арнетту принадлежит разработка вопроса о переходном этапе между подростковым возрастом и зрелостью, так называемой формирующейся зрелости, которая «заключается в том, что именно этот период жизни предоставляет наибольшие возможности для проявления идентичности в области любви, работы и мировоззрения» [20, с. 278]. Автор отмечает, что «особенно формирующиеся взрослые, все еще живущие дома с родителями, имеют самую плохую психологическую адаптацию». В справедливости данного тезиса для людей с ограниченными возможностями здоровья отметим, что затяжной характер переходного периода и пролонгированное влияние родительских установок на молодых людей с инвалидностью, снижающие общий уровень социальной адаптации, зафиксирован в исследованиях Н. Л. Костицына, А. Ю. Суроегина и др. В частности, Н. Л. Костицын делает вывод, что «юноши и девушки с ограниченными физическими возможностями в большей степени, чем их здоровые сверстники, испытывают зависимость от родительских установок в процессе личностного самоопределения. <...> При этом патогенез формирования личности юношей и девушек с физическими ограничениями накладывает отпечаток на их личностное самоопределение. Своеобразие личностного самоопределения больных стар-

шекласников в значительной степени обусловлено: социальной депривацией, неправильным воспитанием и своеобразием отношения окружающих, что усугубляет течение и последствия возрастного кризиса и способствует формированию комплекса неполноценности, развитию тенденции к самоограничению социальных контактов, приводит к социальной беспомощности и затруднениям в поиске смысложизненных ориентаций» [7, с. 121].

Г. Брим-младший одним из первых исследователей разрабатывал вопрос об адаптации к обстоятельствам жизни во взрослом возрасте, значении мотивации к достижению славы, которая может являться мотивом преобразований в жизни зрелой личности. Благодаря ученому процесс социализации стал изучаться на протяжении всего жизненного цикла [21, с. 3]. Автор указал на существование различий между социализацией детей и взрослых, проявляющихся в следующем [21, с. 4]:

- 1) Социализация взрослых выражается главным образом в изменении их внешнего поведения, в то время как детская социализация корректирует базовые ценностные ориентации.
- 2) Взрослые могут оценивать нормы; дети способны только усваивать их.
- 3) Социализация взрослых часто предполагает понимание того, что между черным и белым существует множество «оттенков серого цвета».
- 4) Социализация взрослых направлена на то, чтобы помочь человеку овладеть определенными навыками; социализация детей формирует главным образом мотивацию их поведения. Например, на основе социализации взрослые становятся солдатами или членами комитетов; детей же учат выполнять правила, быть внимательными и вежливыми. Данное положение в контексте нашего исследования будет означать способность личности к социальной адаптации с учетом наступления инвалидности.

Перейдем к обзору работ российских исследователей. К основным постулатам отечественной социальной психологии применительно к социализации взрослых относятся следующие положения, сформулированные Г. М. Андреевой. Прежде всего, социализация понимается как усвоение индивидом социального опыта путем включения в социальную среду и воспроизведение системы социальных связей и отношений [1, с. 184]. Г. М. Андреева подчеркивает, что человек не просто усваивает социальный опыт, но и преобразовывает его в собственные ценности, установки, ориентации. Этот момент преобразования социального опыта, продолжает цитируемый автор, не просто фиксирует пассивное его принятие, но предполагает активность индивида в применении такого преобразованного опыта, т. е. в известной отдаче, когда результатом ее является не просто прибавка к уже существующему социальному опыту, но его воспроизводство, т. е. продвижение его на новую ступень. Мы предполагаем, что следующие положения, сформулированные Г. М. Андреевой [1, с. 184], позволили расширить возрастные границы изучения социализации.

Первое. Выделяются три сферы, в которых осуществляется становление личности: деятельность, общение, самосознание.

Второе. Г. М. Андреева выделяет три основные стадии социализации: дотрудовую, трудовую и послетрудовую.

Третье. На всех стадиях социализации воздействие общества на личность осуществляется или непосредственно, или через группу.

Приведенные тезисы представляют собой пространство исследования вопросов социализации взрослых в различных контекстах, в частности позволяют обнаруживать и исследовать корреляционные связи между сферами, стадиями и средствами воздействия на личность. Так, значительная часть работ, посвященных социализации взрослых, направлена на изучение тем обучения, получения дополнительного образования или про-

фессиональной подготовки взрослых, вопросам непрерывного образования, процесс социализации в основном рассматривается в работах авторов: Е. Н. Беловой, Л. Н. Вавиловой, В. В. Голуб, Н. В. Киселевой, В. И. Подобеда, И. Ю. Тархановой, Л. Я. Шамес и других.

В настоящее время в исследованиях наблюдается тенденция изучения корреляций социального-экономического и социально-психологического положения личности с ходом и результатом социализации, определения факторов, оказывающих на нее положительное и отрицательное влияние. В частности, в работах С. Е. Беловодовой, С. Д. Гуриевой, Т. Н. Духиной, В. В. Корченко, В. Л. Примакова, И. Е. Прысь, И. В. Пятибратовой, О. В. Соколовой, Л. В. Хабарова поднимаются вопросы социализации и реабилитации военнослужащих, адаптации беженцев и переселенцев из села, причины возникновения социальных девиаций, ресоциализации и адаптации лиц, освобожденных из мест лишения свободы, адаптации участников региональных вооруженных конфликтов. Перечисленные темы связывает то, что все они исследуют воздействие общества на личность.

Еще один аспект исследований связан с изучением особенностей феномена взрослости как таковой в контексте социализации. Так, согласно Т. А. Писаревой, «зрелость представляется в качестве эпизода наполнения жизни смыслом, что означает единение, слияние процессов социализации и индивидуализации в единый процесс развития личности» [12, с. 44]. Российский исследователь И. О. Сорокина [16, с. 101] отмечает, что для взрослого человека характерна ресоциализация, которая охватывает многие виды деятельности и при которой происходит усвоение новых ценностей, ролей, навыков вместо прежних, недостаточно усвоенных или устаревших.

Специфика социализации взрослых рассматривается Е. Е. Сапоговой; ее ключевые воззрения выражаются в следующем.

Особенности современной реальности далеко не всегда делают взросление императивом личностного развития, давая человеку возможность оставаться в промежуточном (между детством и взрослостью) статусе довольно долго. Это приводит к тому, что «начинает формироваться и распространяться другая модель “бытия взрослым” (“условная” взрослость, “квазивзрослость”), где перед человеком в обязательном порядке не встают и даже иной раз и вовсе не ставятся описанные в психологии социально-возрастные задачи» [13, с. 55]. В конечном счете все это сводится к двум определяющим современным взрослому характеристикам. Первое, по определению Е. Е. Сапоговой, заключается в «тенденции избегания принятия на себя ответственности за течение и психологическое содержание собственной жизни». Второе — проявление так называемой «диффузии идентичности», выраженной в «спутанности и отсутствии полноценной рефлексии собственных идентификаций, ролевой сумятицы, несобранности целостного “Я”».

По мнению И. Ю. Тархановой, в отличие от первичной социализации ребенка [18, с. 161], ориентированной прежде всего вовне, на присвоение внешнего и его интимизацию, социализация взрослого — это обращенность внутрь себя, это самопознание. Стимулы к этому, продолжает автор, могут быть разные, например, изменение ситуации развития в связи с переменами в обществе или в собственной жизни. Среди значимых стимульных событий личной жизни, указывает И. Ю. Тарханова [18, с. 162], можно упомянуть такие, как вступление в брак, рождение ребенка, развод, смена профессии, болезнь — собственная или близких и другие проблематизирующие жизнь обстоятельства. При этом, продолжает цитируемый автор, в зависимости от жизненной ситуации, социализация взрослого человека связана как с адаптацией, так и с саморазвитием, и во многом предполагает пересмотр или даже отказ от освоенного ранее опыта. Согласно И. Ю. Тархановой, результатом социализации

взрослого человека следует считать осмысление текущей ситуации и векторов ее развития, определение приоритетной жизненной стратегии, актуализацию имеющихся ресурсов для ее реализации и привлечение новых. Оценку эффективности социализации взрослого человека как полноценно функционирующего социального субъекта можно производить с помощью следующих критериев: социальной зрелости личности, ее социальной адаптивности, адекватности и идентичности [18, с. 163].

Инвалидность в качестве фактора, оказывающего значительное влияние на процесс социализации личности, выступает объектом изучения многих авторов, работы которых можно сгруппировать по двум основным направлениям. Первой, наиболее объемной как по количеству рассматриваемых аспектов, так и по числу анализирующих тему авторов, является проблематика социализации детей-инвалидов, исследуемая А. Ю. Коноваловым, М. В. Мироновой, О. В. Тимуца, Л. Г. Поповой, В. Ц. Цыренов и другими. Вторым является направление, рассматривающее особенности социализации инвалидов в образовательном и трудовом процессах, отражаемое Л. О. Рокотянской, И. А. Бочковской, А. В. Фитисовым, А. Г. Рытов, А. И. Мухлаевой и другими.

Анализ имеющихся работ, рассматривающих социализацию инвалидов, позволяет констатировать отсутствие исследований, раскрывающих аспекты социализации взрослых инвалидов с учетом времени наступления инвалидизирующего заболевания. Поэтому мы видим цель нашего исследования в выявлении психологических, социально-психологических особенностей совершеннолетних инвалидов с детства и лиц, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте, влияющих на процесс социализации. Новизна проведенного исследования заключается в выявлении различий в процессе социализации совершеннолетних лиц с ограниченными возможностями с различным временем наступления инвалидности.

В ходе исследования нами проверялась гипотеза о том, что для совершеннолетних инвалидов с детства более характерным, чем для лиц, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте, является то, что тип отношения к болезни определяет показатели социально-психологической адаптивности. С данной целью было проведено исследование, включающее:

- определение типа отношения к болезни инвалидов с детства и инвалидов, получивших травму во взрослом возрасте;
- проведение тестирования уровня тревожности инвалидов с детства и инвалидов, получивших травму во взрослом возрасте;
- проведение тестирования социально-психологической адаптивности инвалидов с детства и инвалидов, получивших травму во взрослом возрасте;
- проведение исследования временной перспективы обеих категорий инвалидов.

Обозначим ключевые для нас позиции выбранных нами психологических качеств и представим используемые нами тестовые методики. Термин «тревога» в определении Ч. Спилбергера используется для описания неприятного по своей окраске эмоционального состояния, которое характеризуется субъективными ощущениями беспокойства, мрачных предчувствий, а с физиологической стороны — активацией автономной нервной системы [15]. Это состояние возникает в ситуации неопределенной опасности, угрозы и содержит в себе ожидание негативной оценки, восприятия отрицательного к себе отношения или угрозы своему самоуважению. Эмоция тревоги — одно из наиболее частых переживаний людей в критических ситуациях и при чрезвычайных воздействиях, которое может выполнять различные функции, как адаптивные, так и дезорганизирующие психическую деятельность. Так, легкая степень тревоги — беспокойство — определяется как чувствительность к опасности: она предупреждает о надвигающейся угрозе и мобилизует организм для ее

преодоления [15]. Уровень тревоги, как правило, повышен при хронических соматических заболеваниях [15]; при этом известно, что тревожность снижает уровень социально-психологической адаптивности [15]. В качестве метода измерения тревоги нами были выбраны шкалы ситуативной и личностной тревожности Д. Спилбергера в адаптации Ю. Л. Ханина, поскольку они являются «единственной методикой, позволяющей дифференцированно измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние» [14, с. 8]. При этом под личностной тревожностью понимается устойчивая индивидуальная характеристика, отражающая предрасположенность субъекта к тревоге и предполагающая наличие у него тенденции воспринимать достаточно широкий «веер» ситуаций как угрожающие, отвечая на каждую из них определенной реакцией [4, с. 35]. Ситуативная, или реактивная, тревожность как состояние характеризуется субъективно переживаемыми эмоциями: напряжением, беспокойством, озабоченностью, нервозностью. Это состояние возникает как эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию и может быть разным по интенсивности и динамичности во времени [4, с. 80].

Данные, полученные нами в ходе исследования, говорят об умеренном уровне тревожности в обеих группах (см. табл. 1). Анализируя полученные результаты, следует заметить, что респонденты, получившие инвалидность в совершеннолетнем возрасте, участвующие в нашем исследовании, имеют инвалидность более десяти лет. Стабилизация уровня тревожности объяснима: тревожность имеет более высокие значения в начале наступления инвалидности [20, с. 98], с изменением внутренней картины болезни и развитием адаптационных защитных механизмов приобретает умеренные значения.

В исследовании особенностей временной перспективы мы опираемся на основные положения Ф. Зимбардо, сформулированные им в следующих тезисах. Каждая из трех основных субъективных временных зон —

прошлое, настоящее и будущее — разделена на две части [3, с. 49]. Это дает нам шесть основных временных перспектив.

- 1) Люди с временной перспективой «позитивное прошлое» фокусируются на «добрых старых деньках». Они делают альбомы для наклеивания вырезок, собирают фотографии и с нетерпением ждут наступления традиционных семейных праздников.
- 2) Люди с временной перспективой «негативное прошлое» фокусируются на всем том, что в прошлом пошло не так: «Не имеет значения, что я делаю, моя жизнь никогда не изменится».
- 3) Люди с временной перспективой «гедонистическое настоящее» живут моментом — ищут удовольствие, новизну и ощущения и избегают боли.
- 4) Люди с временной перспективой «фаталистическое настоящее» ощущают, что их решения не имеют значения, поскольку заранее определенная судьба играет ведущую роль в жизни: «Чему быть, того не миновать».
- 5) Люди, ориентированные на будущее, планируют его и верят, что их решения приведут к результату.
- 6) Люди, ориентированные на трансцендентное будущее, верят в то, что лучшее время наступает после смерти, и строят планы на свою жизнь после смерти, пока живут сейчас [3, с. 50].

Описанные временные перспективы выявляются при помощи опросника Зимбардо. В контексте нашего исследования данная информация позволяет определить, различно ли восприятие времени совершеннолетних инвалидов с детства и лиц, получивших инвалидность в совершеннолетнем возрасте, и оказывает ли влияние характер временной линии на уровень социально-психологической адаптивности, а также как он связан с типом отношения к болезни и уровнем тревожности.

Для определения уровня социально-психологической адаптивности мы используем

методику диагностики социально-психологической адаптации К. Роджерса и Р. Даймонда. Методика содержит шесть интегративных показателей:

- 1) «Адаптация»;
- 2) «Приятие других»;
- 3) «Интернальность»;
- 4) «Самовосприятие»;
- 5) «Эмоциональная комфортность»;
- 6) «Стремление к доминированию».

Данные показатели основными маркерами социально-психологической адаптации. Методика является весьма распространенной; в частности, она достаточно часто применяется в работах о социальной реабилитации и социализации инвалидов (Е. В. Морозова и др.).

Тип отношения к болезни диагностируется при помощи теста, разработанного А. Е. Личко. Типы отношения к болезни были объединены по трем блокам [10, с. 67].

Первый блок включает гармоничный, эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается. При гармоничном типе реагирования больные, адекватно оценивая свое состояние, активно участвуют в лечении заболевания, соблюдают назначенный врачом режим и в то же время характеризуются стремлением преодолеть заболевание, неприятием «роли» больного, сохранением ценностной структуры и активного социального функционирования. Кроме гармоничного типа реагирования, в первый блок включены эргопатический и анозогностический типы. Для больных с этими типами отношения к болезни характерно: снижение критичности к своему состоянию, преуменьшение «значения» заболевания вплоть до полного его вытеснения, иногда проявляющееся поведенческими нарушениями рекомендуемого врачом режима жизни, «уходом» в работу, отрицанием подчас факта заболевания. Однако выраженные явления психической дезадаптации у этих больных отсутствуют, что позволило условно включить их в один блок

с гармоничным типом. Во второй и третий блоки включены типы реагирования на болезнь, характеризующиеся наличием психической дезадаптации в связи с заболеванием и различающиеся преимущественно интрапсихической или интерпсихической направленностью реагирования на болезнь.

Второй блок включает тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования. Эмоционально-аффективная сфера отношений у таких больных проявляется в дезадаптивном поведении: реакциях по типу раздражительной слабости, тревожном, подавленном, угнетенном состоянии, «уходом» в болезнь, отказе от борьбы — «капитуляции» перед заболеванием и т. п.

В третий блок вошли сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных. Больные с этими типами отношения к болезни характеризуются таким сенсibilизированным отношением к болезни, которое, вероятно, в наибольшей степени зависит от преморбидных особенностей личности. Такое сенсibilизированное отношение к болезни проявляется дезадаптивным поведением больных: они стесняются своего заболевания перед окружающими, «используют» его для достижения опреде-

ленных целей, строят паранойяльного характера концепции относительно причин своего заболевания и его хронического течения, проявляют гетерогенные агрессивные тенденции, обвиняя окружающих в своем недуге.

В качестве респондентов исследования выступили члены Новокузнецкой городской организации Всероссийского общества инвалидов и студенты Новокузнецкого гуманитарно-технического колледжа для инвалидов, всего 200 респондентов (50% — совершеннолетние инвалиды с детства и 50% — лица, ставшие инвалидами в совершеннолетнем возрасте), в возрасте от 18 до 49 лет. Выбор обозначенных групп обусловлен как наличием в них лиц с различным временем наступления инвалидности, так и включением данных лиц в программы социокультурной реабилитации. Оба этих фактора обеспечили достоверность проверки заявленной нами гипотезы о большем влиянии типа отношения к болезни на показатели социально-психологической адаптивности для совершеннолетних инвалидов с детства, чем для лиц, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте. Процедура проведения тестирования занимала от часа до полутора часов в зависимости от физических возможностей респондентов. При статической обработке информации использовались программы IBM SPSS Statistics 20 и Microsoft Excel 2010.

Перейдем к анализу полученных нами результатов. Мы провели исследование уровня тревожности и сравнили показатели обеих групп, данные представлены в таблице 1.

Таблица 1

Средние показатели тревожности по тесту Д. Спилбергера в адаптации Ю. Л. Ханина

Всего	200	Тревожность	
		Реактивная	Личностная
Из них			
Инвалиды с детства	100	41,81	42,87
Лица, ставшие инвалидами в совершеннолетнем возрасте	100	41,79	41,46

Исследователи, в частности А. П. Коновалова [5, с. 45], А. Н. Шимгаева [20], указывают на высокий уровень личной и ситуативной тревожности детей-инвалидов. Причиной этого является не только невозможность удовлетворения потребностей, но и тот факт, что «тревожность больного ребенка связана с жесткими установками родителей и методами воспитания в семье, что не позволяет подросткам свободно выражать эмоции, особенно негативные. А также с высокой тревогой и переживаниями родителей по поводу болевых ощущений у ребенка» [5, с. 56].

Таким образом, инвалиды с детства воспитываются в ситуации и собственной тревоги, вызванной реальными ситуациями неуспеха, обусловленными состоянием здоровья, и родительской тревоги. По результатам экспертного опроса психологов основным родительским запросом является непринятие ребенка с ограничениями, чувство вины и несоответствия ожиданиям как собственным («Я не смогла родить здорового ребенка»), так и общественным (родитель выпадает из привычного круга общения с резко сниженным социально-психологическим и социально-экономическим статусом). Все это оказывает влияние на формирование тревожности и непринятия себя для инвалидов с детства.

Временная линия в обеих группах схожа, ее характеристиками являются несбалансированность, значительные показатели позитивного прошлого и будущего, завышенные значения фаталистического настоящего при низких значениях гедонистического настоящего.

Как процесс усвоения социального опыта путем вхождения в социальную среду, так и процесс активного воспроизводства системы социальных связей индивидом за счет его активной деятельности, активного включения в социальную среду характеризуется для инвалидов рядом неблагоприятных факторов.

Для совершеннолетних инвалидов с детства проблематичными являются оба этапа социализации. Процесс вхождения в социальную среду и освоения социального опыта, начинающийся с детского возраста, для инвалидов этой группы затруднен не только реальными физическими ограничениями, сужающими количество социальных институтов и число социальных агентов, но и фактором негативного влияния деструктивных воспитательных моделей, формирующих социально-психологические качества, замедляющие процесс социализации. Вследствие нарушения первого этапа неполным является процесс активного воспроизводства системы социальных связей индивидом за счет его активной деятельности, активного включения в социальную среду. Об этом свидетельствуют корреляционные связи между показателями социально-психологической адаптивности и типом отношения к болезни (табл. 2).

Отметим, что обнаружена только одна схожая корреляционная связь в соотношении результатов теста тревожности и социально-психологической адаптации совершеннолетних инвалидов с детства и лиц, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте. Следовательно, можно говорить, что для каждой группы существует свой набор качеств, обуславливающих процесс социальной адаптации. В группе инвалидов с детства обнаружено большее число корреляционных пар (чем в группе ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте), практически все они в равной мере распределены в подгруппах с нарушением социальной адаптации по интрапсихическому и интерпсихическому типам. Полученные данные детализируют элементы типа отношения к болезни и шкалы, способствующие нарушению социальной адаптации. Рассмотрим шкалы социально-психологической адаптации, имеющие большее число корреляционных связей с типами отношения к болезни. Так, внешний контроль имеет корреляционные связи с тревожным и ипохондрическим типом

Таблица 2

Корреляции теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни в группе совершеннолетних инвалидов с детства

Показатели теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни	Корреляция
Интегративный показатель адаптивности и гармонический тип отношения к болезни	0,3 при 0,002
Адаптивность и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,004
Деадаптивность и ипохондрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,02
Отрицательное предписывание и тревожный тип отношения к болезни	0,3 при 0,03
Отрицательное предписывание и меланхолический тип отношения к болезни	0,2 при 0,03
Отрицательное предписывание и апатический тип отношения к болезни	0,2 при 0,04
Отрицательное предписывание и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,01
Отрицательное предписывание и паранойяльный тип отношения к болезни	0,2 при 0,03
Неприятие себя и сенситивный тип отношения к болезни	0,2 при 0,02
Интегративный показатель адаптивности и гармонический тип отношения к болезни	0,3 при 0,02
Отрицательное предписывание и эргопатический тип отношения к болезни	0,3 при 0,01
Приятие себя и эргопатический тип отношения к болезни	0,2 при 0,01
Приятие себя и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,3 при 0,01
Приятие себя и паранойяльный тип отношения к болезни	0,3 при 0,07
Неприятие себя и тревожный тип отношения к болезни	0,3 при 0,02
Неприятие себя и ипохондрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,02
Неприятие себя и апатичный тип отношения к болезни	0,2 при 0,04
Принятие других и паранойяльный тип отношения к болезни	0,3 при 0,05

Корреляции теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни в группе совершеннолетних инвалидов с детства

Показатели теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни	Корреляция
Неприятие себя и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,4 при 0,0
Неприятие себя и паранойяльный тип отношения к болезни	0,2 при 0,009
Самоприятие по формуле и тревожный тип отношения к болезни	0,3 при 0,008
Самоприятие по формуле и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,3 при 0,002
Самоприятие по формуле и паранойяльный тип отношения к болезни	0,2 при 0,005
Принятие других и эргопатический тип отношения к болезни	0,3 при 0,04
Принятие других и меланхолический тип отношения к болезни	0,2 при 0,04
Внешний контроль и ипохондрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,03
Внешний контроль и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,3 при 0,01
Принятие других и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,3 при 0,02
Эмоциональный комфорт и эргопатический тип отношения к болезни	0,3 при 0,05
Эмоциональный комфорт и эгоцентрический тип отношения	0,2 при 0,04
Эмоциональный дискомфорт и гармонический тип отношение	0,3 при 0,04
Внутренний контроль и эргопатический тип отношения к болезни	0,2 при 0,01
Внешний контроль и тревожный тип отношения к болезни	0,3 при 0,008
Доминирование и паранойяльный тип отношения к болезни	0,2 при 0,02
Ведомость и тревожный тип отношения к болезни	0,3 при 0,01

Таблица 2. Продолжение

Корреляции теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни в группе совершеннолетних инвалидов с детства

Показатели теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни	Корреляция
Ведомость и ипохондрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,01
Ведомость и сенситивный тип отношения к болезни	0,3 при 0,08
Ведомость и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,4 при 0,0
Склонность к доминированию и эгоцентрический тип отношения к болезни	-0,2 при 0,01
Доминирование и апатический тип отношения к болезни	0,2 при 0,04
Доминирование и эгоцентрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,01
Внешний контроль и паранойяльный тип отношения к болезни	0,2 при 0,04
Интернальность и ипохондрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,01
Интернальность и гармоничный тип отношения к болезни	0,2 при 0,01
Интернальность и ипохондрический тип отношения к болезни	0,2 при 0,04
Доминирование и эргопатический тип отношения к болезни	0,3 при 0,0
Доминирование и меланхолический тип отношения к болезни	0,2 при 0,01
Эскапизм и меланхолический тип отношения к болезни	0,2 при 0,01

отношения к болезни, характеризующимся нарушением социальной адаптации по интрапсихическому типу. Заметим, что внешний контроль имеет наибольшее число корреляций с типом отношения к болезни. Внешний контроль, как мы знаем, характеризует склонность личности объяснять происходящие с ними события внешними факторами, такими как судьба, рок и т. д. Применительно к нашей группе, под такими внешними факторами чаще понимается фактор инвалидности, то, как инвалидность интерпретируется в семейной среде. Кроме того, тревожный

тип отношения к болезни характеризуется в том числе непрерывным беспокойством и мнительностью, следовательно, у такой личности возникает потребность в защите, внешнем контроле. Ипохондрический тип отношения к болезни проявляется в том числе в стремлении постоянно рассказывать о своих болезненных ощущениях врачам, медперсоналу и окружающим, следовательно, здесь мы наблюдаем потребность в другом. Данный тип отношения к болезни коррелирует с такой социально-психологической характеристикой, как ведомость. Ведомость

затрудняет социально-психологическую адаптацию личности, так как ведомость лишает личность самостоятельности, которая является основанием для прохождения адаптации.

Еще одним фактором, затрудняющим социально-психологическую адаптацию, является принятие себя; в ходе исследования мы обнаружили шесть корреляционных связей между шкалой принятия себя и типами отношения к болезни. Принятие себя в контексте нашего исследования в том числе означает принятие своего диагноза. Процесс социальной адаптации как постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды предполагает, что личность готова к самоизменениям. При ситуации принятия себя (в том числе своего состояния здоровья) мы имеем дело с открытым или скрытым принятием самого процесса социализации, отсутствием мотивации вхождения как в малые, так и в большие группы, частым отрицанием

значимости этих групп. Типы отношения к болезни (тревожный, ипохондрический, апатичный, сенситивный, эгоцентрический, паранойяльный), в которых обнаружены корреляции с фактором принятия себя, характеризуются такими определениями, как мнительность, преувеличение страданий, полное безразличие к своей судьбе, уязвимость, эмоциональная нестабильность и непрогнозируемость.

Для лиц, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте, проблематичным является второй этап социализации, то есть воспроизводство системы социальных связей и процесс активного включения в социальную среду зачастую являются недоступными. Это подтверждают выявленные нами корреляции теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни в группе лиц, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте, представленные в таблице 3.

Таблица 3

Корреляции теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни в группе лиц, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте

Показатели теста социально-психологической адаптивности и типа отношения к болезни	Корреляция
Адаптивность по формуле и паранойяльный тип отношения к болезни	0,2 при 0,02
Эмоциональный комфорт и эргопатический тип отношения к болезни	0,3 при 0,01
Эмоциональная комфортность и сенситивный тип отношения к болезни	0,2 при 0,02
Доминирование и неврастенический тип отношения к болезни	-0,2 при 0,02
Доминирование и дисфорический тип отношения к болезни	-0,2 при 0,03
Ведомость и эргопатический тип отношения к болезни	0,2 при 0,04
Ведомость и сенситивный тип отношения к болезни	0,2 при 0,03
Склонность к доминированию и эргопатический тип отношения к болезни	0,2 при 0,02
Склонность к доминированию и сенситивный тип отношения к болезни	0,2 при 0,02
Склонность к доминированию и эргопатический тип отношения к болезни	0,2 при 0,02

Во-первых, число корреляционных связей в этой группе на порядок меньше, чем в группе инвалидов с детства. Во-вторых, большинство связей между показателями социально-психологической адаптации и типом отношения к болезни в группе людей, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте, отражает шкалы, способствующие социальной адаптации. Процесс социальной адаптации в этой группе менее зависим от типа отношения к болезни, а там, где обнаружена корреляционная связь, она имеет позитивный характер: например, эмоциональный комфорт связан с эргопатическим

типом отношения к болезни. Эти результаты мы объясняем тем, что этапы прохождения первичной и вторичной социализации у лиц, ставших инвалидами в совершеннолетнем возрасте, не связаны с типом отношения к болезни, так как на момент социализации респонденты не имели инвалидности.

Вывод проведенного исследования: различие социализации взрослых в условиях врожденной и приобретенной инвалидности состоит в том, что для первых значительным фактором социализации выступает тип отношения к болезни.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева Г. М. Социальная психология: Учебник для высших учебных заведений. М.: Аспект Пресс, 2001. 384 с.
2. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности. Трактат по социологии знания. М.: Московский философский фонд, 1995. 323 с.
3. Зимбардо Ф., Сворд Р., Сворд Р. Время как лекарство. М.: Питер, 2014. 352 с.
4. Коновалова А. П. Социально-педагогическая защита детей-инвалидов во взаимодействии семьи и других институтов воспитания: дис. ... канд. пед. наук. Вологда, 2001. 147 с.
5. Косов А. В. Психологические основания социальной мифологии людей с ограниченными возможностями здоровья // Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья». М.: Изд-во МГППУ, 2011. С. 34–40.
6. Костина Л. М. Методы диагностики тревожности. СПб.: Речь, 2002. 197 с.
7. Костяк Т. В. Подход к проблеме социализации и индивидуализации постнеклассической психологии // Концепции социализации и индивидуализации в современной психологии / под ред. Т. Д. Марцинковской. М.; Обнинск: Исследовательская группа «Социальные науки», 2010. С. 151–175.
8. Костицын Н. Л. Родительские установки как фактор личностного самоопределения в ранней юности: На примере старшекласников с ограниченными физическими возможностями: дис. ... канд. психол. наук. Хабаровск, 2003. 223 с.
9. Лопатина Е. А. Современные зарубежные концепции социализации // Социально-гуманитарные знания. 2015. № 9. С. 218–223.
10. Морозова Е. В. Социально-психологическая адаптация личности, находящейся в условиях инвалидизирующего заболевания: на примере хронической эндокринной патологии и онкологических заболеваний: дис. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2009. 178 с.
11. Мудрик А. В. Социально-педагогические проблемы социализации. М.: Изд-во МПГУ, 2016. 248 с.
12. Писарева Т. А. Общие основы педагогики: конспект лекций. Воронеж: Научная книга, 2008. 126 с.
13. Сапогова Е. Е. Современная взрослость: трансформация или кризис? // Горизонты зрелости: Сборник научных статей / под ред. Л. Ф. Обуховой, И. В. Шаповаленко, М. А. Одинцовой. М.: Изд-во МГППУ, 2015. С. 54–59.
14. Смирнов Ю. А. Стиль жизни у лиц с разным уровнем личностной тревожности: дис. ... канд. психол. наук. М., 2007. 158 с.
15. Соловьева С. Л. Тревога и тревожность: теория и практика // Медицинская психология в России. 2012. № 6 (17). [Электронный ресурс]. URL: http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_6_17/nomer/nomer14.php (дата обращения: 25.12.2020).

16. *Сорокина И. О.* Особенности социализации взрослых // Инновации в профессиональном и профессионально-педагогическом образовании: материалы 25-й Международной научно-практической конференции, 7–8 апреля 2020 г., Екатеринбург. Т. 2. Екатеринбург: Изд-во РГППУ, 2020. С. 100–102.

17. *Суроегина А. Ю.* Психосоциальные факторы эмоциональной дезадаптации подростков и молодежи, перенесших спинальную травму: дис. ... канд. психол. наук. М., 2015. 161 с.

18. *Тарханова И. Ю.* Педагогические особенности социализации взрослого человека // Ярославский педагогический вестник. 2014. Т. 2. № 3. С. 160–163.

19. *Тельминова К. В.* Деятельность НГО ВОИ в развитии реабилитационного потенциала людей с ограниченными возможностями // Психолого-социальная работа в современном обществе: проблемы и решения: материалы Международной научно-практической конференции, 18–19 апреля 2013 года. СПб.: Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, 2013. С. 230–232.

20. *Шумгаева А. Н.* Феномен тревожности у подростков с нарушением зрения: дис. ... канд. психол. наук. М., 2007. 158 с.

21. *Arnett J. J.* Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage // Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New synthesis in theory, research, and policy / ed. by J. J. Arnett. Oxford: University Press. 2011. P. 255–275.

22. *Brim O. G. Jr., Wheeler S.* Erwachsen-Sozialisation. Sozialisation nach Abschluß der Kindheit. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1974. 165 S.

REFERENCES

1. *Andreeva G. M.* Sotsial'naya psihologiya: Uchebnik dlya vysshih uchebnyh zavedeniy. M.: Aspekt Press, 2001. 384 s.

2. *Berger P., Lukman T.* Sotsial'noe konstruirovaniye real'nosti. Traktat po sotsiologii znaniya. M.: Moskovskiy filosofskiy fond, 1995. 323 s.

3. *Zimbardo F., Sverd R., Sverd R.* Vremya kak lekarstvo. M.: Piter, 2014. 352 s.

4. *Konovalova A. P.* Sotsial'no-pedagogicheskaya zashchita detey-invalidov vo vzaimodeystvii sem'i i drugih institutov vospitaniya: dis. ... kand. ped. nauk. Vologda, 2001. 147 s.

5. *Kosov A. V.* Psihologicheskie osnovaniya sotsial'noy mifologii lyudey s ogranichennymi vozmozhno-styami zdorov'ya // Aktual'nye problemy psihologicheskoy reabilitatsii lits s ogranichennymi vozmozhno-styami zdorov'ya. Materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii 'Aktual'nye problemy psihologi-cheskoy reabilitatsii lits s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya'. M.: Izd-vo MGPPU, 2011. S. 34–40.

6. *Kostina L. M.* Metody diagnostiki trevozhnosti. SPb.: Rech', 2002. 197 s.

7. *Kostyak T. V.* Podhod k probleme sotsializatsii i individualizatsii postneklassicheskoy psihologii // Kontseptsii sotsializatsii i individualizatsii v sovremennoy psihologii / pod red. T. D. Martsinkovskoy. M.; Obninsk: Issledovatel'skaya gruppya 'Sotsial'nye nauki', 2010. S. 151–175.

8. *Kostitsyn N. L.* Roditel'skie ustanovki kak faktor lichnostnogo samoopredeleniya v ranney yunosti: Na primere starsheklassnikov s ogranichennymi fizicheskimi vozmozhnostyami: dis. ... kand. psihol. nauk. Habarovsk, 2003. 223 s.

9. *Lopatina E. A.* Sovremennye zarubezhnye kontseptsii sotsializatsii // Sotsial'no-gumanitarnye znaniya. 2015. № 9. S. 218–223.

10. *Morozova E. V.* Sotsial'no-psihologicheskaya adaptatsiya lichnosti, nahodyashcheysya v usloviyah invalidizatsii-ruyushchego zabolovaniya: na primere hronicheskoy endokrinnoy patologii i onkologicheskikh zabolovaniy: dis. ... kand. psihol. nauk. Yaroslavl', 2009. 178 s.

11. *Mudrik A. V.* Sotsial'no-pedagogicheskie problemy sotsializatsii. M.: Izd-vo MPGU, 2016. 248 s.

12. *Pisareva T. A.* Obshchie osnovy pedagogiki: konspekt lektsiy. Voronezh: Nauchnaya kniga, 2008. 126 s.

13. *Sapogova E. E.* Sovremennaya vzroslost': transformatsiya ili krizis? // Gorizonty zrelosti: Sbornik nauchnykh statey / pod red. L. F. Obuhovoy, I. V. Shapovalenko, M. A. Odintsovoy. M.: Izd-vo MGPPU, 2015. S. 54–59.

14. *Smirnov Yu. A.* Stil' zhizni u lits s raznym urovnem lichnostnoy trevozhnosti: dis. ... kand. psihol. nauk. M., 2007. 158 s.

15. *Solov'eva S. L.* Trevoga i trevozhnost': teoriya i praktika // Meditsinskaya psihologiya v Rossii. 2012. № 6 (17). [Elektronnyj resurs]. URL: http://www.medpsy.ru/mprij/archiv_global/2012_6_17/nomer/nomer14.php (data obrashcheniya: 25.12.2020).

-
16. *Sorokina I. O.* Osobennosti sotsializatsii vzroslyh // Innovatsii v professional'nom i professional'no-pedagogicheskom obrazovanii: materialy 25-y Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, 7–8 aprelya 2020 g., Ekaterinburg. T. 2. Ekaterinburg: Izd-vo RGPPU, 2020. S. 100–102.179
17. *Surogina A. Yu.* Psihosotsial'nye faktory emotsional'noy dezadaptatsii podrostkov i molodezhi, perenessih spinal'nyu travmu: dis. ... kand. psihol. nauk. M., 2015. 161 s.
18. *Tarhanova I. Yu.* Pedagogicheskie osobennosti sotsializatsii vzroslogo cheloveka // Yaroslavskiy pedagogicheskiy vestnik. 2014. T. 2. № 3. S. 160–163.
19. *Tel'minova K. V.* Deyatel'nost' NGO VOI v razvitii rehabilitatsionnogo potentsiala lyudey s ograni-chennymi vozmozhnostyami // Psihologo-sotsial'naya rabota v sovremennom obshchestve: problemy i resheniya: materialy Mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii, 18–19 aprelya 2013 goda. SPb.: Sankt-Peterburgskiy gosudarstvennyy institut psihologii i sotsial'noy raboty, 2013. S. 230–232.
20. *Shimgaeva A. N.* Fenomen trevozhnosti u podrostkov s narusheniem zreniya: dis. ... kand. psihol. nauk. M., 2007. 158 s.
21. *Arnett J. J.* Emerging adulthood(s): The cultural psychology of a new life stage // Bridging cultural and developmental approaches to psychology: New synthesis in theory, research, and policy / ed. by J. J. Arnett. Oxford: University Press. 2011. P. 255–275.
22. *Brim O. G. Jr., Wheeler S.* Erwachsenen-Sozialisation. Sozialisation nach Abschluß der Kindheit. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1974. 165 S.