

# Особенности психологического пространства у людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата

*Г.К. Кислица*

*педагог-психолог Ресурсного центра психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья galkis-1@yandex.ru*

---

Рассматриваются особенности психологического пространства личности, внешние и внутренние факторы, влияющие на его формирование, применительно к людям, имеющим нарушения опорно-двигательного аппарата. Отмечаются различия в формировании и восприятии психологического пространства и его границ при врожденных заболеваниях опорно-двигательного аппарата (ДЦП), а также нарушениях, возникающих вследствие травматической болезни спинного мозга. Обсуждаются задачи и возможности психологической реабилитации, вытекающие из выявленных особенностей. Даются некоторые рекомендации для консультационной работы с людьми, имеющими заболевания опорно-двигательного аппарата, и членами их семей. Статья написана на основе наблюдений и консультационной работы, проведенной с пациентами реабилитационного центра для инвалидов с тяжелыми ограничениями в передвижении и самообслуживании вследствие повреждения спинного мозга и детского церебрального паралича.

**Ключевые слова:** психологическое пространство личности, адаптация, приватность, нарушение личностных границ, суверенность физического тела, суверенность территории, суверенность ценностей.

---

Одна из задач общества – сохранение здоровья его членов, их социальной и творческой активности. Лишь 21 % современных школьников можно считать здоровыми [3]. Около 10 % всего населения по официальной статистике составляют инвалиды [12]. Существенную долю из них составляют люди, имеющие инвалидность вследствие нарушений опорно-двигательного аппарата, прежде всего – пациенты с последствиями ДЦП и травматической болезни спинного мозга (ТБСМ). Не случайно общество выдвигает на первое место социальную медицину и ее важнейшее направление – реабилитологию. Существенной составляющей социальной медицины, по Р.М. Войтенко, является представление о том, что человек, имеющий болезнь или дефект, не просто «болеет» – он на протяжении ряда лет живет в «ситуации болезни» [2]. Реабилитация означает не просто максимальный возврат утраченных биологических функций – необходимо включение заболевшего в психологическую, социальную и экономическую жизнь общества.

Решить подобную задачу невозможно, рассматривая человека с ограниченными возможностями здоровья как объект приложения сил различных специалистов. Активно участвовать в жизни общества может только личность, наделенная индивидуальными особенностями, интересами, способностями. Поэтому важно понять, каким образом то или иное ограничение влияет на личностные характеристики человека, какова «окраска» этого влияния и что можно сделать для ослабления его негативного спектра. Современная концепция реабилитации предполагает создание системы, которая будет включать в себя согласованное взаимодействие трех элементов: реабилитационной среды, субъекта реабилитации и групповой деятельности [10].

Комплексная характеристика, которая, по нашему мнению, достаточно полно отражает взаимодействие личности человека с окружающей средой и осуществляемой им деятельностью, – это психологическое пространство личности.

Термин «психологическое пространство личности» был детально разработан С.К. Нартовой-Бочавер. Психологическое пространство личности понимается как субъективно значимый фрагмент бытия, определяющий актуальную деятельность и стратегию жизни человека [7]. В него входит комплекс физических, социальных и психологических явлений, с которыми человек себя отождествляет (территория, личные вещи, социальные связи, установки).

Развитие психологического пространства личности в онтогенезе связано с развитием потребностей человека и его личной автономии. Близкое по смыслу понятие – «приватность». Его психологический смысл хорошо выразил А. Курпатов в книге «27 верных способов получить то, что хочется»: «Под privacy следует понимать определенное психологическое состояние человека, когда он находится в своем личном пространстве, которое является его суверенной и святой собственностью. А потому всякие претензии кого-либо на право входить в это его пространство (с добрыми ли намерениями или с плохими) остаются за пределами этого пространства» [5, с.2]. Приватность предполагает возможность личного контроля над обстоятельствами своей жизни и установлением границ между человеком, социумом и его различными институтами. В частности, речь идет о регуляции взаимодействия и регуляции информации. Существует мнение, что чем больше личностно развит человек, тем больше он нуждается во времени и месте, где он может побыть наедине с самим собой.

Помимо приватности психологическое пространство личности близко по значению понятию «персонализация». Персонализация – это стремление вынести свои личностные

смыслы за границы себя в окружающий мир. Если приватность служит целям адаптации человека, то персонализация – экзистенциальным целям, позволяя устанавливать связи с миром. В личностное пространство включены и личностные границы, помогающие человеку определять, что есть Я, а что не-Я.

Свойства психологического пространства подробно описаны в работах С.К. Нартовой-Бочавер [7]. К ним относятся:

- восприятие человеком пространства как «своего»;
- возможность контроля и защиты всего, что есть внутри пространства;
- естественность существования психологического пространства и возможность его рефлексии лишь при возникновении проблемных ситуаций («прозрачность» пространства);
- целостность границ как важнейшая характеристика.

Выделено шесть измерений психологического пространства личности человека, которые отражают его физические, социальные и духовные аспекты. Пространство способно к развитию с появлением новых потребностей и переносом границ в рамках уже имеющихся. Оно включает в себя:

- суверенность физического тела;
- суверенность территории;
- суверенность личных вещей;
- суверенность временных привычек;
- суверенность социальных связей;
- суверенность ценностей.

Опираясь на опыт консультационной работы, мы постарались рассмотреть особенности личностного пространства у пациентов с ДЦП и ТБСМ с тем, чтобы учитывать их в психологической практике.

Термин «ДЦП» употребляется для характеристики группы хронических состояний, при которых поражается двигательная и мышечная активность с нарушением координации движений. Причина церебрального паралича – поражение одного или более отделов мозга в процессе внутриутробного развития, во время родов или в младенческом возрасте. Степень нарушений может варьироваться в широких пределах. Многие люди с последствиями ДЦП успешно интегрируются в жизнь общества. При этом с самого раннего возраста им необходимо создавать условия для максимальной реализации своих потенциальных

возможностей. Восстановительные занятия нужно начинать очень рано. Фактически дети находятся под постоянным и более жестким контролем, чем их здоровые сверстники.

Травматическая болезнь спинного мозга (ТБСМ) — это все изменения в организме, наступившие в результате позвоночно-спинномозговой травмы (ПСМТ). Клиническая картина травмы спинного мозга зависит от уровня, периода, степени повреждения и тяжести состояния больного. Видимым следствием ТБСМ является нарушение статодинамических функций человека.

Проведенные ранее исследования лиц с нарушениями статодинамических функций показали, что у многих из них наблюдаются специфические изменения личности по типу инфантилизации, формирования иждивенческих установок, а также депрессивные реакции, особенно у лиц с ТБСМ, что затрудняет жизнедеятельность человека и снижает эффективность реабилитации [11]. Помимо существующей специфики преморбидных личностных характеристик, влияющей на индивидуальное своеобразие реабилитационного процесса, на наш взгляд, необходимо учитывать и временной фактор возникновения нарушения. Ранее уже ставился вопрос о необходимости проектирования и применения дифференцированных программ психологической реабилитации больных двух сходных по неврологической симптоматике групп заболеваний [11]. Наблюдение и трактовка типичных проблем у пациентов с ДЦП и ТБСМ с точки зрения развития психологического пространства личности позволяют говорить о необходимости дальнейших исследований в этой области.

Многие обращения к психологу в реабилитационном центре для людей с ТБСМ и ДЦП фактически связаны с проблемой нарушения личностных границ. Нетрудно проследить, что сам характер заболеваний существенно влияет на формирование и трансформацию личностного пространства пациентов.

Прежде всего, наблюдается нарушение суверенности физического тела, так как практически все пациенты в той или иной степени нуждаются в помощи со стороны других людей. Разница в том, что у одних это нарушение наступает с первых дней жизни, а у других – с момента травмы, которая может произойти в любом возрасте. Через развитие телесности для человека открываются возможности в овладении способностями:

- принимать себя;
- устанавливать контакты с окружающим миром;
- вести целенаправленную деятельность;

- осваивать пространство;
- устанавливать надежную привязанность.

Пациенты с травматической болезнью спинного мозга имеют, с теми или иными вариациями, нормальный опыт развития телесности в детском возрасте. Для пациентов с ДЦП их практически самые ранние воспоминания о своем физическом развитии связаны с болью, ощущением давления взрослых, когда их заставляли заниматься, а порой и с нелицеприятными высказываниями об их физическом облике и возможностях. Они с раннего детства привыкают к физическому вмешательству в самые интимные сферы своей жизни. Их чувствительность в этом отношении постепенно притупляется, и они значительно реже жалуются на ощущение неловкости при необходимости частых обращений к медперсоналу за помощью. Более того, многие отмечают, что в реабилитационном центре они имеют больше самостоятельности и не подвергаются постоянному контролю со стороны, чувствуют себя спокойнее и увереннее, чем дома. Это подтверждают и тесты на тревожность, которые фиксируют умеренный и даже низкий уровень ситуативной тревожности, в то время как личностная тревожность у большинства пациентов с ДЦП имеет высокий уровень.

Для пациентов с ТБСМ частый физический контакт с персоналом является одной из причин повышения тревожности при поступлении в реабилитационный центр.

Нарушение суверенности физического тела сказывается на чувстве принятия себя. У пациентов с ТБСМ острое неприятие «себя такого» чаще всего отмечается в восстановительном периоде травмы (до 3 лет). Пациенты с ДЦП, несмотря на внешнее приспособление и привычку жить в соответствии с возможностями своего тела, в беседах с психологом часто говорят о том, что «ненавидят свое тело, ненавидят себя». При этом уровень нарушения двигательных функций может быть не обязательно тяжелым.

Пациенты с ДЦП обычно затрудняются в определении своих целей. Простой вопрос о том, что им нравится, часто ставит их в тупик: «Я сам(а) не знаю, чего хочу». Пациенты признаются в своей разбросанности и неумении спланировать свою деятельность. Они склонны объяснять это тем, что сложно планировать, когда не знаешь, как поведет себя тело в следующий момент. Мы же полагаем, что, помимо этого, у них просто нет достаточно сформированного навыка целеполагания, ведь с раннего детства их жизнь, режим занятий планируют взрослые, от которых дети с ДЦП зависят в гораздо большей степени, чем обычные дети.

Сложности с управлением тела ведут к тому, что в семье часто складывается атмосфера гиперопеки и повышенного контроля. Многие уже взрослые пациенты, живущие с родителями, жалуются на то, что их сильно контролируют несмотря на возраст. В любой момент родители могут войти в их комнату, взять личные вещи. Порой родители пытаются контролировать не только слова, но даже мысли своих взрослых детей, оценивая их правильность. Как следствие большинство пациентов имеют повышенную личностную тревожность, жалуются на трудности в установлении контактов с другими людьми и сложности в общении.

Большинству пациентов с ДЦП трудно воспринимать временные рамки, контролировать поток информации. Вследствие того, что их ближайшее окружение вольно или невольно систематически нарушает их личностные границы, они плохо чувствуют границы другого человека. В ситуации психологического консультирования это выражается в том, что приходится часто напоминать им о времени, выбранной теме разговора. Они больше склонны говорить, чем слушать. Создается впечатление, что в течение длительного времени эти люди испытывали «разговорный голод» и стараются наверстать упущенное. Неумение чувствовать время, дистанцию, очередность в беседе – одна из причин, почему сверстники часто стремятся сократить общение с такими больными. Следовательно, одна из задач реабилитационной работы с такими пациентами может состоять в обсуждении и осознании роли времени и психологических границ в жизни людей, развитии чувствительности к ним.

Особенность «искаженной» чувствительности ко времени и личностному пространству других людей хорошо известна близким пациентам с ДЦП, проживающим вместе с ними. К сожалению, на практике это часто выливается в усиление контроля за социальными связями больных: отслеживание телефонных звонков, электронной переписки. Типичное объяснение подобного контроля: «У тебя нет “стоп-кнопки”, я не хочу, чтобы люди плохо о нас думали». Следовательно, в повышении психологической грамотности нуждаются не только сами пациенты с ДЦП, но и их родственники.

Подобные проблемы редко возникают при общении с пациентами с ТБСМ. Видимо, это обусловлено тем, что до момента получения травмы их жизнь протекала в обычном для здорового человека режиме, когда каждый включен в ряд стандартных ситуаций, имеющих общее временное и пространственное измерение. Включенность в общие процессы позволяет усваивать ряд правил общения автоматически, чего не происходит у пациентов с ДЦП. Причины этого могут лежать не только в особенностях развития нервной системы, но и в той социальной ситуации, в которой они развиваются и живут.

У людей, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата вследствие ТБСМ, также много ситуаций искажения личностного психологического пространства. Основное отличие – это время наступления деформаций. Травма делит жизнь человека на две части: «до» и «после». В этом ее ужас, но в этом же – и ресурс, если суметь правильно использовать накопленный до травмы личностный опыт.

В данной статье мы имеем в виду отдаленный период спинальной травмы. В раннем периоде травмы человек находится в состоянии острого посттравматического стрессового расстройства, и все личностные ориентиры неизбежно смещены [8]. По мере того, как проходит время и человек осваивает изменившуюся ситуацию своей жизни, он приходит к новому равновесному состоянию. В литературе это время обозначено как поздний период травмы, и время его наступления считается после трех лет [4].

Основная «болевая точка» пациентов с ТБСМ, независимо от уровня благополучия других показателей, – это ограниченность свободного перемещения в пространстве. Она воспринимается гораздо острее, чем у пациентов с ДЦП, так как возникает «внезапно», и человек не подготовлен к ней предыдущим опытом своей жизни. Способность свободно взаимодействовать с пространством и социумом – одна из важнейших характеристик, которые определяют качество жизни человека. Для нормального самочувствия человеку необходимо ощущать себя включенным в более широкий контекст, чем семья, – в пространство социума, природы, наконец, мироздания. Необходимо иметь место, территорию, на которой возможен такой контакт. У любого человека в течение жизни появляются свои любимые места в окружающем пространстве. Их присутствие в жизни расширяет восприятие человеком личностного пространства. Непременное требование к ним – доступность и безопасность. Всем по опыту знакомо, насколько обогащают и делают полнее ощущение жизни загородные поездки и путешествия. Благодаря им личностные границы субъективно раздвигаются, появляется ощущение большей укорененности и уверенности в жизни, уменьшаются стрессы, возрастает самооценка.

В целом, территориальность играет важную роль в жизни человека. Ее функции:

- обозначение социальной значимости в группе (социуме);
- возможность самостоятельно контролировать частоту и качество социальных контактов;
- возможность регулировать поток информации;
- возможность защититься от сверхсильной стимуляции и вторжений;
- возможность самостоятельно выбирать и вести деятельность;

- возможность психологической реабилитации.

Подавляющее число пациентов с ТБСМ – колясочники. Невозможность передвигаться без помощи коляски при отсутствии доступной среды практически лишает их возможности на удовлетворение потребности в наличии суверенной территории. Это касается не только городской среды, но и домашней, где сами габариты помещения, устройство балконов и дверных проемов, не говоря уже о лестницах в доме, способствуют искажению личного пространства человека.

Одно из направлений психологии среды – средовая персонология – говорит о наличии тесной взаимосвязи между личностью, ее внутренним миром и той средой, в которой находится человек [1]. К. Левин в своей концепции «жизненного пространства» рассматривал поведение человека как объединение усилий личности и воспринимаемого им окружения. Условия среды могут либо поддерживать, либо препятствовать осуществлению целей человека [5]. А. Х. Мюррей считал, что образ действий индивида не может анализироваться без учета характеристик среды, которая детерминирует его поведение.

Часто пациенты с ТБСМ говорят о том, что у них нет иных целей, кроме одной – встать и пойти. В условиях нашей социальной действительности не всегда нужно расценивать это как неадекватность [6]. Порой за этим стоит не сужение сознания, когда человек не понимает границ возможного при его травме, а понимание того, что для полноценной адаптации в социуме необходима возможность перемещения. Пока общество подходит к созданию доступной среды весьма формально, и принятые меры часто отражают полную безграмотность тех, кто их реализует. В связи с этим действительная реабилитация должна выполнять просветительские функции, чтобы принимаемые меры отвечали реальным возможностям людей.

В завершение обзора хотелось бы сказать несколько слов о суверенности ценностей. Именно они отражают мировоззренческий аспект бытия и определяют стратегию жизни.

Практически все пациенты отмечают серьезное изменение системы ценностей. Прежде всего, это выражается в осознании ценности здоровья, которая выходит на первое место. По признанию многих, до травмы о здоровье они практически не думали или думали в последнюю очередь. Только после травмы они по-настоящему поняли, насколько здоровье влияет на всю жизнь человека и его окружения.



И тут иногда возникает своеобразный конфликт между пациентом и членами его семьи. Первый вдруг начинает активно интересоваться вопросами медицины, особенно в части возможных осложнений, профилактики, правильного питания, лечебной физкультуры. Для него это понятно и естественно – он хочет максимально надежно ослабить ограничивающие факторы травмы. А члены семьи, для которых внезапно свалившаяся болезнь – огромный стресс, боятся любых разговоров и рассказов на эту тему. Часто при этом они испытывают иррациональное чувство вины за то, что они здоровы. Нередко прежние общесемейные темы разговоров воспринимаются пациентами с ТБСМ как неактуальные из-за появившихся ограничений, а, следовательно, неинтересные. А близкие избегают говорить на тему травмы, так как у них возникает ощущение, что они сами погружаются в атмосферу болезни и еще больше погружают туда своих родных. В результате утрачиваются общие интересы, отношения становятся натянутыми. Учитывая, что и возможности бывать где-то вместе, помимо домашних стен, у многих ограничены, подобная ситуация со временем отдаляет членов семьи друг от друга. Остается формальная сторона общения, а теплота, общность взглядов и интересов уходят.

На наш взгляд, это тоже – следствие нарушения личностного пространства человека. Только речь идет о границах идеологических. Неумение удерживать собственные мировоззренческие границы ведет к нетерпимости по отношению к иным, не свойственным самому ценностям. По нашему наблюдению, не травма сама по себе приводит к подобным ситуациям. Как правило, зерна недооценки индивидуальности другого были в таких семьях и раньше, просто они были менее заметны. Там, где всегда ценилась индивидуальность друг друга, теплые отношения сохраняются.

Особые жизненные обстоятельства выводят ценности семейных и родственных отношений на одно из ведущих мест. Работа с семьей – одно из важных, но пока слабо развитых направлений в реабилитационной работе. И причина заключается не только в самих психологах, но и в недостаточной психологической грамотности населения. До сих пор многие воспринимают приглашение к психологу как своеобразное наказание за их вину: «Что-то я делаю не так или что-то не так у меня самого». Зачастую родственники под благовидными предлогами просто игнорируют подобные приглашения. А, следовательно, просвещение должно оставаться одной из форм реабилитационной работы. С этой целью возможны проведение открытых семинаров для родственников пациентов в реабилитационных центрах или общение через Интернет, где будут обсуждаться общие вопросы и закономерности психологических изменений после травмы. Информационный характер таких встреч поможет создать атмосферу психологической безопасности и в то же

время даст достаточно сведений, чтобы более грамотно двигаться дальше самому или решиться на индивидуальную консультацию с психологом.

В целом, ряд специалистов [8] считают, что адаптация пациентов к ближайшей среде родственников и инвалидов оправдана лишь на первых этапах реабилитации. Это часто связано с чрезмерной опекой родственников, что мешает в полной мере самореализации человека. В дальнейшем необходимо выходить на уровень материального и информационного обмена со здоровой средой и реализовать естественные потребности к доступному труду, интеллектуальной и творческой деятельности.

При консультировании пациентов важно помнить, что, помогая человеку преодолеть ограничения физического тела, нельзя нарушать его личностные границы. В противном случае задачи психологической и социальной реабилитации вряд ли могут быть решены.

Учитывая, что сама специфика нарушений неизбежно, хотя бы временно, ведет к деформации личностных границ, консультанту следует быть предельно тактичным и терпеливым в контакте с пациентом. Его задача – способствовать восстановлению естественных границ личности, в том числе через выработку совместно с пациентом адекватных копинг-стратегий поведения, опираясь на понимание особенностей развития психологического пространства в ситуациях нарушенных статодинамических функций.

### Литература

1. *Абрамова Ю.Г.* Психология среды: истоки и направления // Вопросы психологии. 1995. № 2.
2. *Актуальные проблемы* психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: научное издание / Под ред. А.М.Щербаковой. М., 2011.
3. *Бойко Н.Н.* Разбудить внутреннего врача. М., 2011.
4. *Булюбаш И.Д., Морозов И.Н., Приходько М.С.* Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы. Самара, 2011.
5. *Курпатов А.* 27 верных способов получить то, что хочется. М., 2007. Электронная версия: [http://psychologi.net.ru/book/kurpatov\\_27/2.html](http://psychologi.net.ru/book/kurpatov_27/2.html)
6. *Левин К.* Теория поля в социальных науках. СПб., 2000.
7. *Нартова-Бочавер С.К.* Психологическое пространство личности: Монография. М., 2005.
8. Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ. ред. Г.Е.Ивановой, В.В.Крылова, М.Б.Цыкунова, Б.А.Поляева. М., 2010.

9. *Щербакова А.М.* Психологические аспекты реабилитационной среды // Другое детство: Сб. научных статей /Ред. Л.Ф. Обухова, Е.Г. Юдина, И.А. Корепанова. М., 2009.
10. *Щербакова А.М., Гудилина О.Н.* Сравнительная характеристика отношения к ограниченным возможностям своего здоровья лиц с врожденными и приобретенными нарушениями статодинамической функции //Психологическая наука и образование. 2010. № 5. Электронная версия: <http://www.dislife.ru/flow/theme/3823>

# Peculiarities of psychological space in people with musculoskeletal system disorders

*G.K. Kislitsa,*

*Educational psychologist at the Resource center for psychological rehabilitation of people with special needs galkis-1@yandex.ru*

---

The article deals with the peculiarities of personality psychological space and its aspects, internal and external factors influencing its development in people with musculoskeletal system disorders. The differences in development and perception of psychological space and its limits in cases of innate musculoskeletal disorders (cerebral palsy) and disorders, acquired as a result of spinal cord traumas. The tasks and potential of psychological rehabilitation are discussed considering the revealed differences. Recommendations for counseling people with musculoskeletal system disorders and their family members are given. The article is based on observational and clinical work with the patients of the rehabilitation center for people with severe limitations of mobility and self-care resulting from spinal cord damages or cerebral palsy.

**Keywords:** personality psychological space, adjustment, privacy, violation of personality boundaries, physical body sovereignty, sovereignty of territory, sovereignty of values.

---

## References

1. *Abramova Yu.G.* Psihologiya srede: istoki i napravleniya // *Voprosy psihologii.* 1995. № 2.
2. *Aktual'nye problemy* psihologicheskoi reabilitacii lic s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya: nauchnoe izdanie / Pod red. A.M.Sherbakovoi. M., 2011.
3. *Boiko N.N.* Razbudit' vnutrennego vracha. M., 2011.
4. *Bulyubash I.D., Morozov I.N., Prihod'ko M.S.* Psihologicheskaya reabilitaciya pacientov s posledstviyami spinal'noi travmy. Samara, 2011.
5. *Kurpatov A.* 27 vernyh sposobov poluchit' to, chto hochetsya. M., 2007. Elektronnaya versiya: [http://psychologi.net.ru/book/kurpatov\\_27/2.html](http://psychologi.net.ru/book/kurpatov_27/2.html)
6. *Levin K.* Teoriya polya v social'nyh naukah. SPb., 2000.
7. *Nartova-Bochaver S.K.* Psihologicheskoe prostranstvo lichnosti: Monografiya. M., 2005.
8. Reabilitaciya bol'nyh s travmaticheskoi boleznyu spinnogo mozga / Pod obsh. red. G.E.Ivanovoi, V.V.Krylova, M.B.Cykunova, B.A.Polyaeva. M., 2010.

9. *Sherbakova A.M.* Psihologicheskie aspekty reabilitacionnoi sredy // *Drugoe detstvo: Sb. nauchnyh statei /Red. L.F. Obuhova, E.G. Yudina, I.A. Korepanova. M., 2009.*
10. *Sherbakova A.M., Gudilina O.N.* Sravnitel'naya harakteristika otnosheniya k ogranichennym vozmozhnostyam svoego zdorov'ya lic s vrozhdennymi i priobretennymi narusheniyami statodinamicheskoi funkcii // *Psihologicheskaya nauka i obrazovanie. 2010. № 5. Elektronnaya versiya: <http://www.dislife.ru/flow/theme/3823>*