

Качество жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья: от средового подхода к личностному

А. А. Лебедева

аспирант, научный сотрудник лаборатории проблем развития личности лиц с ограниченными возможностями здоровья ИПИО МГППУ

Статья посвящена анализу теоретических подходов к изучению качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья. Большинство исследований качества жизни локализуются в контексте клинической проблематики и основываются на средовом подходе, в котором основное значение придается анализу условий существования человека и выраженности различных связанных с ними дефицитов. Однако опыт западных стран показывает, что оптимизация средовых переменных в форме совершенствования социально-экономической и медицинской помощи лицам данной категории не решает проблемы улучшения субъективного аспекта качества жизни людей, живущих с инвалидностью. Субъективным аспектом качества жизни является субъективное благополучие личности, которое представляет собой интегральную самооценку эффективности «работы личности» в тех или иных условиях развития. Приведенный анализ научно-практического опыта, полученного отечественными и западными исследователями, показывает, что ведущую роль в продвижении к реализованному качеству жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья играют психологические ресурсы личности, а также жизненная позиция по отношению к собственной инвалидности.

Ключевые слова: качество жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья, субъективное благополучие, психологические ресурсы личности.

На сегодняшний день улучшение качества жизни населения является одной из центральных задач, направляющих развитие прикладного аспекта общественных наук. Термин «качество жизни» используется учеными для оценки общего благополучия отдельно взятого человека или населения в целом. Довольно трудно дать определение этому понятию, так как оно состоит из целого набора объективных и субъективных измерений, которые могут изменяться с течением времени, с приобретением человеком нового опыта [15]. Каждая дисциплина ориентируется на свои подходы и концепции, а это означает, что термин «качество жизни» приобретает различное толкование и предполагает использование разных способов измерения. В работах, посвященных качеству жизни, главным образом преобладает средовой подход, ориентированный на изучение условий жизни (социально-экономических, социально-политических, медицинских). В противовес этому в современных концепциях все чаще формулируется идея первостепенной значимости таких социально-психологических параметров качества жизни, как социальная активность, психологическое благополучие, возможности реализации своего личностного потенциала [23].

В связи с традиционным стремлением к объективизации измерения качества жизни исследования лю-

дей, живущих с инвалидностью, в большей мере сосредоточены на изучении объективных средовых переменных. Действительно, во многих странах проблема повышения качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) решается в первую очередь улучшением социально-экономических условий их существования и оптимизацией оказываемой им медико-реабилитационной помощи. Так, одной из целей и тактических задач деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации является повышение качества и увеличение объема услуг по реабилитации и социальной интеграции инвалидов. В рамках этой работы в период до 2013 г. Министерством планируется осуществить ряд мероприятий, предусматривающих «совершенствование систем медико-социальной экспертизы, реабилитации и социальной интеграции инвалидов, создание равных возможностей для инвалидов во всех сферах жизни общества путем обеспечения доступности физического, социального, экономического и культурного окружения, здравоохранения и образования, информации и связи» [4].

Таким образом, большинство государственных программ социального развития, как и большинство научных исследований, ведущихся в этом направлении, сосредоточено на изучении качества жизни с точ-

ки зрения внешних по отношению к субъекту условий существования. Вследствие этого работы, посвященные изучению качества жизни лиц с ОВЗ, зачастую сосредоточены на негативных сторонах и последствиях инвалидности (низкий уровень жизни, снижение социальной включенности, выявление степени физической и психологической неполноценности). При этом анализ общетеоретических взглядов на проблему качества жизни в разных отраслях науки показывает, что исследователями признается, в том числе, и высокая значимость субъективного аспекта качества жизни, который касается внутреннего содержания человеческой жизни — вопросов счастья, субъективного благополучия личности в условиях тех или иных жизненных обстоятельств.

Клинический и социальный контексты изучения качества жизни лиц с ОВЗ

Главным предметом исследований качества жизни лиц с ОВЗ являются физические сложности и средовые препятствия. Естественным образом сложилось, что основная линия научной традиции — это изучение негативных условий существования людей с ограниченными возможностями здоровья, на что указывают, в том числе, и западные исследователи [29]: культурно и исторически укоренилось почти полное отсутствие дискурса радости и счастья в контексте инвалидности.

Закономерно, что исследования качества жизни лиц с ОВЗ в первую очередь строятся вокруг проблемы здоровья — болезни. Здесь можно выделить два подхода к изучению качества жизни, связанного со здоровьем. Первый подход, реализующийся в классических клинических исследованиях, предполагает рассматривать здоровье как системообразующий фактор качества жизни. Предметом таких исследований является прежде всего состояние здоровья обследуемого и связанные с ним ограничения физического или психического функционирования организма. В данном случае в фокусе исследователей находится не сам субъект (личность), а медицинский статус и его субъективно воспринимаемые последствия. Другой исследовательский подход ориентирован на изучение восприятия субъектом своего статуса здоровья и его способности вести полноценную жизнь [17]. При таком ракурсе рассмотрения качество жизни, связанное со здоровьем, определяется как оптимальный уровень психического, физиологического и социального функционирования, включающего субъективное благополучие, удовлетворенность лечением, восприятие актуального состояния здоровья, а также будущих перспектив его изменения [15].

Что касается социального контекста изучения качества жизни лиц с ОВЗ, то здесь нужно отметить, что общественное мнение по всему миру, независимо от уровня экономического развития государства, склонно к выработке специфического отношения к людям с инвалидностью. В социальной модели инвалидности,

которая наиболее политизирована, люди с ограниченными возможностями здоровья рассматриваются как меньшинство среди доминирующего населения. Зачастую стереотипно признается неспособность людей с инвалидностью жить полноценной жизнью.

Страны с высоким уровнем экономического развития, безусловно, преуспели в вопросах социального обеспечения людей с ограниченными возможностями здоровья. Тем не менее, как показывают исследования [28; 14], трудности в жизнедеятельности лиц с ОВЗ носят повсеместный характер. В нашей стране в последние годы наблюдается усиление внимания к людям данной категории со стороны государства. В условиях демографического кризиса система образования претерпевает кардинальные изменения. Об этом свидетельствует рост финансирования соответствующих проектов реабилитации лиц с ОВЗ, а также разработка программ реализации инклюзивного подхода в образовательном процессе. Лицам с ОВЗ открываются возможности получать образование наряду с их сверстниками, не имеющими инвалидности. Вопросы инклюзии широко обсуждаются как в средствах массовой информации и на политической арене, так и в научно-практических институтах. Тем не менее с точки зрения практики главной опасностью признается неготовность образовательной среды принять людей с ограниченными возможностями здоровья. Наряду с этим со стороны науки остается нерешенной проблема методологического подхода к анализу инвалидности. Слабая разработанность специальных методов и средств работы с лицами с ОВЗ ставит под сомнение возможность реализации успешного процесса инклюзивной социализации и, как следствие, инклюзивного образования.

Итак, традиционных сведений социального и клинического характера оказывается недостаточно для разработки подхода к пониманию субъективного качества жизни лиц с ОВЗ. Множество исследований упускают роль личности и ее активности в процессе жизни. Таким образом, мы наблюдаем глубокую пропасть между научной теорией, делающей акцент на медицинских и социально-экономических факторах качества жизни, и имеющимися в окружающей нас действительности реальными фактами раскрытия потенциала личности в условиях ограниченных возможностей здоровья.

Качество жизни лиц с ОВЗ в контексте психологии личности

Социальная актуальность исследования позитивного аспекта личностного развития заключается в существовании многочисленных «живых свидетельств» преодоления инвалидности, отраженных в литературе, а также в средствах массовой информации. Однако современное состояние проблемы научного исследования роли личности в затрудненных условиях развития по сей день ограничивается немногочисленными работами в этой области.

Отечественная традиция

Традиционно проблема ограниченных возможностей здоровья рассматривалась в контексте специальной психологии и психологии аномального развития. В отечественной науке вопрос о рассмотрении «дефекта» с позиции социально-психологической, а не клинической проблематики одним из первых поставил Л. С. Выготский [2]. Он считал, что само действие дефекта не является непосредственным, оно вторично. Затруднения, с которыми сталкивается ребенок, реализуются в первую очередь как «социальный вывих», как снижение социальной позиции. Развитие личности осуществляется под действием культурных факторов, и именно в отношениях с окружающим миром личность обретает свое содержание. Таким образом, само «ограничение возможностей здоровья» возникает первоначально в социальном плане, в «драме» отношений с миром, и только затем становится объективно переживаемым самой личностью. Главной методологической ценностью здесь обладает идея компенсации органического недостатка, при которой выполнение нарушенных функций берет на себя другая, культурно обусловленная, психологическая структура. В этих условиях сам физический недостаток становится движущей силой развития личности.

В нашей стране основные исследования, посвященные проблеме развития личности с физическими ограничениями, касаются разработок, осуществленных на основе осмысления опыта практической работы с людьми с ОВЗ. В результатах этой работы наряду с факторами «целенаправленного формирования психики» (термин введен И. А. Соколянским и А. И. Мещеряковым) решающая роль отводится собственной активности личности, находящейся в ситуации ограниченных возможностей здоровья. В. Э. Чудновский [13] говорит о превращении слабости в силу, когда сами физические ограничения становятся стимулом личностного развития.

Объясняя успех формирующего эксперимента, реализованного на факультете психологии МГУ им. Ломоносова, А. Н. Леонтьев рассматривает уникальные результаты через призму идеи формирования сознания. Он говорит о том, что освоение слепоглухонемыми детьми письменной, устной и других форм речи — это не следствие какой-то чрезвычайной одаренности, а результат целенаправленной работы специалистов: «только путем систематического упорядочивания осязательных и иных воздействий на слепоглухонемых со стороны окружающей действительности удастся, шаг за шагом, сформировать у них, используя сохранный физиологическую основу, первые навыки действия с вещами и этим выделить их для сознания» [6, с. 253].

Вслед за ним Э. В. Ильенков указывает на то, что «условия психического развития ребенка, создаваемые слепоглухотой, заставляют в полной мере оценить решающее значение непосредственной предметно-практической деятельности для формирования человеческой личности. <...> В ходе педагогического

процесса <...> прозрачнее, чем “в норме”, прослеживается весь тот путь, на котором с необходимостью рождается, а затем развивается, усложняясь и расцветая, вся совокупность высших психических функций (сознания, воли, интеллекта), увязанная в единство личности, <...> индивидуально неповторимое “Я”» [5].

В своих работах А. В. Суворов [11] разрабатывает подход к личностной реабилитации детей-инвалидов. Он особым образом выделяет необходимость формирования человечности в современном мире, в том числе ее значимость при работе с такими детьми, а также необходимость содействия становлению личности. Развитие личности, по его мнению, осуществимо лишь как саморазвитие, где важнейшими элементами являются личные усилия и собственная активность личности. Для субъективного преодоления ограниченных возможностей здоровья особую роль приобретает рефлексивное, исследовательское отношение человека к самому себе.

Особая роль в развитии личности с тяжелыми ограничениями здоровья, а также в поддержании баланса ее субъективного благополучия отводится качеству оказываемой социальной поддержки. Главными участниками этого процесса становятся, безусловно, близкие родственники, профессиональные и духовные наставники. Примеры многочисленных историй «полноценных инвалидов» дают основания сделать вывод о чрезвычайной значимости фактора социального окружения человека с ОВЗ, который особенно сильно влияет на ранних этапах детского развития в ситуации инвалидности. Однако и здесь активность личности является залогом успеха. Социальная поддержка людей с ОВЗ отличается необходимостью сбалансированного, тонкого и аккуратного «руководства» в условиях «совместно-разделенной деятельности» [10].

Таким образом, активная и творческая жизнь, а также личностные усилия являются важнейшими факторами субъективного благополучия любого человека. В ситуации ограничений возможностей здоровья эти факторы становятся первостепенными. Духовное и личностное развитие лиц с ОВЗ — это наиболее важное и необходимое условие подлинного благополучия. Вместе с тем возрастает роль «другого», который становится не только «плечом», а порой единственной возможностью для постижения мира и самопознания саморазвивающейся личности.

Позитивная психология

Стоит отметить, что наряду с переосмыслением «органической неполноценности» в западной науке XX столетия возникает новый взгляд на психологическое функционирование личности, проблему здоровья и болезни, а также на роль негативных обстоятельств в жизни человека. Здесь главной линией исследования субъективных аспектов качества жизни становятся исследования позитивного психологического функционирования.

Одну из первых попыток исследовать положительное психологическое функционирование и за-

дать не медицинские, а психологические критерии здоровья предприняла М. Яхода [20]. Ею были рассмотрены и интегрированы различные точки зрения, в основном клинические, на благополучие и психическое здоровье. Она выделила психологические особенности, ведущие к здоровью: (1) принятие себя; (2) точное восприятие реальности; (3) автономия; (4) компетентность; (5) рост и развитие; (6) интеграция личности.

Развивая эти взгляды, К. Рифф [25] выявляет шесть основных измерений ядра психологического благополучия: самопринятие, цель в жизни, компетентность, позитивные отношения с другими людьми, автономия и личностный рост. Взятые вместе, эти измерения здоровья включают положительную оценку самого себя и своей жизни, чувство постоянного роста и развития как личности, убеждение в целенаправленности и осмысленности жизни, умение строить хорошие отношения с другими людьми, способность эффективно управлять своей жизнью и самоопределяться в окружающем мире [24]. К. Рифф отмечает, что «цели и жизненные стремления, намерения могут являться предшественниками психологического благополучия» [там же, с. 1078], а смысл жизни выступает его индикатором [26].

Другой крупный пласт исследований осуществляется в русле идей Э. Динера и его коллег [18]. Они изучают параметры субъективного благополучия, главными из которых являются оценка удовлетворенности жизнью в целом как когнитивная сторона и оценка аффективного опыта (негативный или позитивный) как эмоциональная составляющая. Согласно обнаруженным исследователями «парадоксам» инвалидности и счастья, некоторая доля лиц с ОВЗ способна сохранить или восстановить качество жизни вопреки хроническому течению заболевания. Индивидуальное и психосоциальное функционирование характеризуется диапазоном оптимальных значений или аттракторов, к которым будет стремиться вернуться система саморегуляции даже после серьезных жизненных событий, влияющих на здоровье и благополучие [19].

Исследователи процессуальных сторон счастья, таких, как переживание «потока» и вовлеченность в жизнь, свидетельствуют в пользу того, что внешние события и условия жизни не приносят счастья или несчастья в его широком понимании. М. Чиксентмихайи [12] говорит о необходимости переживаний погруженности в деятельность, состояний «потока», которые изменяют и формируют личность, тем самым делая проживание жизни более глубоким, осмысленным, качественным.

Другими словами, внешние условия существования не только не являются основополагающими базисами счастья и удовлетворенности жизнью, но выступают условиями трансформации личности, а опыт волевого преодоления личностью жизненных трудностей ведет к росту субъективного благополучия.

Таким образом, улучшение объективных показателей качества жизни (здоровья, уровня социально-

го обеспечения и др.) служит только средством, а не целью самой по себе. Конечной целью улучшения качества жизни должно быть поддержание и расширение охвата, глубины и интенсивности благополучия человека. Это говорит о том, что какие-либо всеобъемлющие оценки качества жизни должны полагаться на измерения нематериальных переменных переживания субъективного благополучия [21].

Развитие личности в затрудненных условиях

Наличие ограничений возможностей здоровья предполагает целый ряд объективных трудностей жизнедеятельности субъекта во внешнем мире. Суть этих трудностей зависит от специфики и степени морфофункциональных нарушений и может касаться как сферы взаимодействия с людьми и освоения культурных форм поведения, так и проблем социально-экономического и юридического характера, с которыми сталкиваются лица с ОВЗ.

В психологии развития выделяются две основные силы, влияющие на ход развития. Первым фактором является некоторая данность или заданность. Можно сказать, что речь идет о задатках, в том числе частично реализовавшихся. Второй фактор — среда в самом широком смысле слова. По мере формирования представлений о личности как об активном субъекте, влияющем на свою жизнь и деятельность, стало оформляться представление о «третьем факторе» развития личности, не сводимом ни к «внутреннему», ни к «внешнему» — самой личности, ее позиции, отношении и активности [8].

Таким образом, физические ограничения возможностей здоровья можно рассматривать в качестве условий или предпосылок, оказывающих влияние на развитие. Вслед за Д.А. Леонтьевым мы используем термин «затрудненные условия развития», под которыми понимается «неоптимальное состояние биологических и/или социальных предпосылок личностного развития, требующее существенно повышенных усилий для решения задач развития и предъявляющее в силу этого повышенные требования к личности» [там же, с. 69]. Стоит отметить, что развитие личности лиц с ОВЗ представляет собой вариант нормального развития, о чем свидетельствуют проведенные исследования [1]. По сути, задачи развития личности лиц с ОВЗ и людей без инвалидности (условно здоровых) оказываются принципиально сходными. Различия между этими группами заключаются в количестве и качестве трудностей на пути к достижению тех же в сущности целей. Если инвалидность приводит к сужению жизненных перспектив, это может привести личность к полному отказу от борьбы, к подчинению болезни. Вместе с тем встреча с препятствием в виде ограничения возможностей здоровья может стать ресурсной и провоцировать раскрытие потенциальных возможностей личности, ее сильных сторон.

Подход к научному анализу проблемы инвалидности, ставящий во главу угла личность, ее самостоятельную активность, субъектность, самодетерминированность, по-новому раскрывает задачи поиска мишеней, форм и методов организации психолого-педагогической и социальной поддержки лиц с ОВЗ.

Исходя из парадигмы саморегуляции как принципа построения динамических отношений с миром, противостоящей структурной парадигме черт и состояний, мы рассматриваем ситуацию инвалидности как ситуацию, предъявляющую повышенные требования к жизнедеятельности человека. При этом главным здесь является идея, что личностные факторы опосредуют влияние стрессогенных и травматических ситуаций на здоровье и субъективное благополучие. Жизненные трудности, воспринимаемые как вызов, брошенный личности самой жизнью, могут провоцировать запуск совершенно иных механизмов саморегуляции, чем когда они принимаются субъектом как данность, не поддающаяся изменению [9]. М. Чиксентмихайи [12] называет это *вызовом сложности*. Когда личность сталкивается со сложностью внешнего мира, ей необходимо реагировать либо принятием его путем собственного усложнения, либо уходом от вызова путем субъективного упрощения мира. Основным двигателем и в то же время результатом усложнения личности становится стремление к самосовершенствованию, росту, реализации себя и своего потенциала. Автор указывает, что на определенном этапе личность обращается внутрь себя, находя новые ценности. Именно в этой точке взгляды М. Чиксентмихайи перекликаются с идеями личностного саморазвития, описанными А. В. Суворовым, о которых мы говорили выше. На этом этапе личность становится внутренне автономной, не зависящей прямо от уровня своих физических ограничений здоровья. На высших уровнях «спирали самосовершенствования» [12] личность качественно изменяется, перестраивается, раскрывает свои глубины и обретает подлинные смыслы существования, таким образом начиная с самого первого этапа развития-саморазвития, отношение к миру, к себе, к тем или иным условиям (будь то инвалидность или соматические заболевания) определяет траекторию, по которой идет развитие. Это отношение формируется в результате взаимодействия с миром, в процессе переживания той самой драмы, возникшей сначала между людьми, а затем внутри личности. Этот принцип развития высших форм поведения Л. С. Выготский описывал, говоря о развитии ребенка. «Однако и в дальнейшем развитие не перестает быть драмой, столкновением, результатом таких социальных отношений, которые приводят к полной качественной перестройке личности» [3, с. 145]. Результатом этой перестройки будет переосмысление себя в изменяющемся мире. В зависимости от смысла, который инвалидность с этих пор имеет для субъекта, она может восприниматься им либо как безвыходная, либо как ресурсо-емкая [1].

Субъективный аспект качества жизни и психологические ресурсы личности

В ситуации затрудненных условий развития, предъявляющей повышенные требования к функционированию личности, становятся актуальными ресурсы, которые она может задействовать, принимая и отвечая на жизненный вызов. Под психологическими ресурсами нами понимаются те уникальные (отличные от других) индивидуальные особенности личности, за счет которых решаются задачи мобилизации, адаптации и преодоления стрессовой ситуации [7]. Эти задачи решаются легче в условиях достаточности для личности ресурсов и труднее при их дефиците.

Д. А. Леонтьев [там же] различает три наиболее глобальных класса ресурсов: физиологические ресурсы (общее состояние здоровья или тип нервной системы, от которого зависит физиологическая «цена» адаптации к стрессу), психологические ресурсы (особенности личности, характера, способностей, психических процессов) и социальные ресурсы (ресурсы реальной или виртуальной социальной поддержки). В свою очередь, в числе психологических ресурсов он выделяет: 1) *ценностно-смысловые психологические ресурсы устойчивости*, наличие которых дает субъекту чувство опоры и уверенности в себе, устойчивую самооценку и внутреннее право на активность и принятие решений (сюда относятся удовлетворенность жизнью, осмысленность жизни, чувство связности, субъективная витальность, жизнестойкость, толерантность к неопределенности, базовые убеждения); 2) *психологические ресурсы саморегуляции*, отражающие устойчивые, но выбранные из ряда альтернатив стратегии саморегуляции как способа построения динамического взаимодействия с обстоятельствами жизни (каузальные ориентации, локус контроля, ориентация на действие, самоэффективность, склонность к риску, рефлексия, параметры временной перспективы, посттравматический личностный рост); 3) *мотивационные ресурсы*, отражающие энергетическое обеспечение действий индивида по преодолению стрессовой ситуации; 4) *инструментальные ресурсы*, к которым относятся выученные (приобретенные) инструментальные навыки и компетенции, например навыки и стереотипы организации операциональной стороны деятельности, а также стереотипные тактики реагирования на те или иные ситуации (в том числе психологические защиты, или механизмы совладания в узком значении).

В соответствии со спецификой психотравмирующей ситуации людей с ОВЗ мы предполагаем, что во многом успешное функционирование личности в таких условиях связано с работой ресурсов устойчивости. Возможно, что сама ситуация инвалидности по своим характеристикам (длительность, неизбежность, интенсивность, неподконтрольность) провоцирует активацию определенных потенциалов устойчивости личности.

Мотивационные ресурсы актуализируются путем изменения своей позиции по отношению к инвалид-

ности. Одним из его вариантов может быть изменение позиции жертвы на позицию субъекта, способного помогать другим. Такое изменение статуса влечет за собой психотерапевтический эффект — переосмысление проблемы.

В числе прочих инструментальных ресурсов особенно важны ресурсы социальной поддержки, которые могут носить разный характер в зависимости от задачи совладания. В ситуации, когда личности требуется сохранить психологическую гармонию в условиях психотравмирующей данности, обращение за поддержкой к близким является первоочередным шагом, дающим действительный эффект. Однако немаловажно, что порой эта поддержка приобретает формы гиперопеки, препятствующей или искажающей личностное развитие.

Итак, основой позитивного личностного развития является способность личности при столкновении с психотравмирующей ситуацией осваивать и использовать имеющиеся внешние и внутренние ресурсы с целью осознания и раскрытия своего потенциала, а также сохранения внутренней гармонии и целостности и, как следствие, достижения субъективного благополучия.

В понимании субъективного благополучия мы опираемся на идеи западной психологии. Так, главным компонентом субъективного благополучия мы считаем удовлетворенность жизнью, поскольку аффективный компонент, выявляемый опросными методами, зачастую смешивается с когнитивной оценкой удовлетворенности жизнью. Впрочем, мы рассматриваем благополучие как многогранный феномен, не сводимый к одним только результатам оценки субъекта своей жизни, и предполагаем его ресурсную роль в функционировании личности и саморегуляции. Другими словами, под субъективным благополучием понимается результат оптимального функционирования позитивных личностных ресурсов, выражающийся в удовлетворенности жизнью.

Субъективное ощущение благополучия или не-благополучия тесно связано с эмоциональной сферой личности, и потому выполняет сигнальную функцию. Ощущение благополучного течения жизни является индикатором того, что человек следует своему смыслу. Теоретически можно смоделировать как минимум два стиля достижения субъективного благополучия. Первый стиль — *сохраняющий* — будет иметь целью сбережение имеющегося уровня удовлетворенности. Второй — *поисковый* — сопряженный с риском и нацеленный на развитие и поиск новых источников благополучия. Оценка удовлетворенности жизнью есть некоторый интуитивный вывод, каково мне существовать в этом качестве жизни: насколько я счастлив в условиях моего материального благосостояния, в условиях обеспечения моей безопасности, в условиях данного уровня здоровья и т. п., насколько, в конце концов, всё это значимо и ценно для меня?

Таким образом, на уровне анализа психической деятельности имеет место компенсаторное воспол-

нение поврежденной психической функции, а на уровне анализа личности — физический недостаток является условием для формирования специфической системы ресурсов личности и раскрытия ее потенциала. Соответственно, суть психологии преодоления состоит в движении от декомпенсированного развития к компенсации, а суть позитивной психологии состоит в развитии способности к активному преобразованию физических ограничений здоровья в условия для раскрытия личностного потенциала, и таким образом в продвижении от нереализованного качества жизни к реализованному.

Другими словами, лица с ОВЗ изначально находятся в ситуации ограниченного социальными и физиологическими условиями качества жизни. Однако активная «работа личности», ведущая к смене жизненной позиции, ценностных ориентаций и т. п., запускает движение к компенсированному качеству жизни. М. Дж. Сёрджи [27] описывает данный вариант изменения субъективного качества жизни как горизонтальное перетекание аффекта из одной сферы жизни в другую. Стоит отметить, что стратегия компенсации в таком виде может приводить как к позитивным результатам развития, так и к негативным (гиперкомпенсация), при которых инвалидность становится «выгодной» субъекту, и саморегуляция личности выстраивается вокруг физического недостатка. Такую стратегию можно назвать «инвалидной», когда само ограничение возможностей здоровья начинает управлять как самим человеком, так и его окружением.

Вместе с тем нереализованные особенности личностного потенциала могут быть трансформированы личностью в реализованное качество жизни путем волевого преобразования стиля своей жизнедеятельности [22]. Такую стратегию мы называем «здоровой», ведущей к саморазвитию. Она характеризуется тем, что ситуация ограниченных возможностей здоровья воспринимается как «вызов», который личность принимает, делая наличие физических ограничений стимулом к самосовершенствованию.

Исходя из проведенного анализа, мы приходим к выводу, что субъективное благополучие — это «результатирующая» от личности. В качестве основного критерия оценки удовлетворенности жизнью выступают индивидуальные эталоны, смыслы и ценности. В свою очередь, субъективное качество жизни — это свойство, «результатирующая» от деятельности (ее цели, процесса и результата), тесно связанная с образом жизни.

Подводя итог вышесказанному, мы приходим к выводу, что выявление психологических параметров качества жизни не должно ограничиваться изучением одной только удовлетворенности теми благами, какие имеет субъект, статусом его здоровья или степенью физических и психических ограничений. Перспективным является изучение субъективно воспринимаемого уровня реализованности потенциальных возможностей, которые видит перед собой человек. Мы предлагаем изучать качество жизни субъекта с разных сторон: с позиции реализации возможностей, лежа-

щих во внешних по отношению к личности условиях существования (в том числе, возможностей здоровья), а также с позиции внутренних индивидуально-психологических ресурсов личности. Под внешними условиями существования мы подразумеваем те объективированные характеристики жизнедеятельности, которые исследуются представителями социально-экономического, юридического, медицинского подходов к качеству жизни. Под индивидуально-психологическими ресурсами следует рассматривать личностные особенности и субъективное благополучие.

Выводы

Исследования, ориентированные на изучение качества жизни лиц с ОВЗ, в большей мере сосредоточены на изучении его объективных аспектов, таких, как социально-экономические и медицинские показатели. При этом объектом этих исследований становятся внешние условия жизнедеятельности, а внутреннее содержание человеческой жизни остается на периферии или же вовсе не учитывается исследователями. Вместе с тем ученые разных дисциплинарных областей сходятся в том, что субъективный аспект качества жизни обладает высокой значимостью, а психологическое благополучие может существенно варьироваться у людей, находящихся в сходных жизненных ситуациях.

Основной проблемой современного изучения субъективного аспекта качества жизни является поиск ведущего фактора, обуславливающего влияние внешних (физиологических, социально-экономических, психологических) условий на личность и субъективное благополучие.

Проблема выявления психологических факторов субъективного благополучия наиболее активно раз-

рабатывается в контексте западной психологии. Тем не менее наблюдается дефицит исследований субъективного благополучия на выборках людей с физическими ограничениями здоровья. Исследователи в большей степени сосредоточены на изучении негативных аспектов качества жизни лиц с ОВЗ. Подход к ситуации инвалидности с точки зрения позитивного психологического функционирования только обретает свою популярность.

Отечественная наука в XX в. также совершила колоссальный прорыв в области теории и практики работы с лицами с ОВЗ. Уникальные формирующие эксперименты, выполненные в традициях культурно-исторической теории и деятельностного подхода, позволили русским ученым глубоко проанализировать процесс развития человека с физическими ограничениями возможностей здоровья. Феноменологические исследования открыли важнейший фактор, определяющий развитие, — личность и ее активная жизненная позиция.

Таким образом, интегративный анализ теоретических идей и эмпирических разработок, накопленных в разных подходах, позволяет сделать вывод, что важнейшими детерминантами субъективного благополучия личности, а также ее гармоничного развития выступают, с одной стороны, факторы личностных усилий, стремления к саморазвитию, готовность к самоизменению, а с другой — особая форма организации социальной поддержки лиц с ОВЗ. Главным фактором, определяющим качество жизни, являются не условия среды жизнедеятельности, а сама личность и ее позиция по отношению к жизни в ситуации инвалидности, ее способность к активации собственного ресурсного потенциала. Именно личность, принимающая «вызов инвалидности», отталкиваясь от ограничений возможности здоровья, делает их основополагающим ресурсом саморазвития.

Литература

1. Александрова Л. А., Леонтьев Д. А., Лебедева А. А., Рассказова Е. И. Личностные ресурсы и совладание в затрудненных условиях развития // Личностный потенциал: структура и диагностика / Под ред. Д. А. Леонтьева. М., 2011.
2. Выготский Л. С. Дефект и компенсация // Педагогическая энциклопедия. М., 1928. Т. 2 // Собр. соч. Т. 5. М., 1983.
3. Выготский Л. С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. М., 1983.
4. Доклад о результатах и основных направлениях деятельности Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации как субъекта бюджетного планирования на 2011 год и на период до 2013 года. Электронная версия: <http://www.minzdravsoc.ru/ministry/budget>.
5. Ильенков Э. В. Становление личности: к итогам научного эксперимента // Коммунист. 1977. № 2.
6. Леонтьев А. Н. Об опыте обучения слепоглухонемых // Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии / Под ред. И. И. Ильясова, В. Я. Ляудис. М., 1980.

7. Леонтьев Д. А. Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых конструктов // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II Международной научно-практической конференции / Под ред. Т. Л. Крюковой, М. В. Сапоровской, С. А. Хазовой. Кострома, 23—25 сентября 2010. Т. 2. Кострома, 2010.

8. Леонтьев Д. А. Факторы и психологические механизмы развития личности в затрудненных условиях // Инклюзивное образование: методология, практика, технология: Материалы международной научно-практической конференции (20—22 июня 2011, Москва). М., 2011.

9. Леонтьев Д. А., Александрова Л. А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // Третья Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений / Под ред. Д. А. Леонтьева. М., 2010.

10. Соколянский И. А., Мещеряков А. И. Обучение и воспитание слепоглухонемых / Под ред. И. А. Соколянского, А. И. Мещерякова. М., 1962.

11. Суворов А. В. Человечность как фактор саморазвития личности: Дисс. в форме научного доклада ... д-ра психол. наук. М., 1996.

12. Чиксентмихайи М. Поток: психология оптимального переживания / Пер. с англ. М., 2011.
13. Чудновский В. Э. Становление личности и проблема смысла жизни. М.; Воронеж, 2006.
14. Boutin D. Persistence in postsecondary environments of students with hearing impairments // Journ. of Rehabilitation. 2008. Vol. 74 (1).
15. Bowling A. Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham: Philadelphia, 2001.
16. Bullinger M., Anderson R., Cella D., Aaronson N. Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models // Quality of Life Research. 1993. Vol. 2 (6).
17. Diener E., Suh E. M., Lucas R. E., Smith H. L. Subjective Well-being: Three decades of progress // Psychological Bulletin. 1999. Vol. 125 (2).
18. Diener E. Subjective well-being: the science of happiness, and a proposal for a national index // Amer. Psychol. 2000. Vol. 55.
19. Jahoda M. Current concepts of positive mental health. N. Y., 1958.
20. Hajiran H. Toward a quality of life theory: net domestic product of happiness // Social Indicators Research. 2006. Vol. 75.
21. Lyubomirsky S., Sheldon K. M., Schkade D. Pursuing happiness: The architecture of sustainable change // Review of General Psychology. 2005. Vol. 9.
22. Murphy K., Cooney A., Shea E. O., Casey D. Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community // Journ. of Advanced Nursing. 2009. Vol. 65 (3).
23. Ryff C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing // Journ. of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 57.
24. Ryff C. D. What I know and how I change: Is education a help or hindrance during life transition? // Gerontological Society of America Meetings. November. Los Angeles, 1995.
25. Ryff C. D., Singer B. The contours of positive human health // Psychological Inquiry. 1998. Vol. 9.
26. Sirgy M. J. The psychology of quality of life. Dordrecht; Boston; L., 2010.
27. Stodden R. A., Dowrick P., Gilmore S., Galloway L. M. A review of secondary school factors influencing postschool outcomes for youth with disabilities. Honolulu (HI), 2001. Электронная версия: <http://www.rrtc.hawaii.edu/documents/products/phase1/043-H01.pdf>.
28. Sunderland N., Catalano T., Kendall E. Missing discourses: concepts of joy and happiness in disability // Disability and Society. 2009. October. Vol. 24. № 6.

Quality of Life of the Disabled: From Environmental to Personality-Oriented Approach

А. А. Лебедева

researcher at the Laboratory of Developmental Problems of the Disabled, Institute of Inclusive Education Problems, Moscow State University of Psychology and Education

The paper analyses the theoretical approaches to the investigation of the quality of life in persons with disabilities. Most of these investigations are localised within the clinical context and are based on the environmental approach which focuses upon one's living conditions and the related deficiencies. However, the experience of the Western countries has proved that improving environmental conditions, that is, social, financial and medical assistance to the disabled, does not automatically improve the subjective aspect of the quality of life of people with disabilities. The subjective aspect of the quality of life is one's subjective well-being that represents the integral self-evaluation of 'personality effectiveness' in various developmental conditions. The analysis of both foreign and Russian research and practical experience presented in this paper shows that the leading role in promoting a higher quality of life of persons with disabilities is attributed to one's inner psychological resources, as well as one's attitude towards his/her own disability.

Keywords: quality of life of people with disabilities, subjective well-being, psychological resources of personality.

References

1. *Aleksandrova L. A., Leont'ev D. A., Lebedeva A. A., Rasskazova E. I.* Lichnostnye resursy i sovladanie v zatrudnennykh usloviyakh razvitiya // Lichnostnyi potencial: struktura i diagnostika / Pod red. D. A. Leont'eva. M., 2011.
2. *Vygotskii L. S.* Defekt i kompensaciya // Pedagogicheskaya enciklopediya. M., 1928. T. 2 // Sobr. soch. T. 5. M., 1983.
3. *Vygotskii L. S.* Sbranie soch.: V 6 t. T. 3. M., 1983.
4. Doklad o rezul'tatah i osnovnykh napravleniyakh deyatel'nosti Ministerstva zdrazvoohraneniya i social'nogo razvitiya Rossiiskoi Federacii kak sub'ekta byudzhethnogo planirovaniya na 2011 god i na period do 2013 goda. Elektronnyaya versiya: <http://www.minzdravsoc.ru/ministry/budget>.
5. *Il'enkov E. V.* Stanovlenie lichnosti: k itogam nauchnogo eksperimenta // Kommunist. 1977. № 2.
6. *Leont'ev A. N.* Ob opyte obucheniya slepogluhonemykh // Hrestomatiya po vozrastnoi i pedagogicheskoi psikhologii / Pod red. I. I. Il'yasova, V. Ya. Lyaudisa. M., 1980.
7. *Leont'ev D. A.* Psikhologicheskie resursy preodoleniya stressovykh situacii: k utocnieniu bazovykh konstruktov // Psikhologiya stressa i sovladayushogo povedeniya v sovremennom rossiiskom obshestve. Materialy II Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferencii / Pod red. T. L. Kryukovoi, M. V. Saporovskoi, S.A. Hazovoi. Kostroma, 23–25 sentyabrya 2010. T. 2. Kostroma, 2010.
8. *Leont'ev D. A.* Faktory i psikhologicheskie mehanizmy razvitiya lichnosti v zatrudnennykh usloviyakh // Inkluzivnoe obrazovanie: metodologiya, praktika, tehnologiya: Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferencii (20–22 iyunya 2011, Moskva). M., 2011.
9. *Leont'ev D. A., Aleksandrova L. A.* Vyzov invalidnosti: ot problemy k zadache // Tret'ya Vserossiiskaya nauchno-prakticheskaya konferenciya po ekzistencial'noi psikhologii: materialy soobshchenii / Pod red. D. A. Leont'eva. M., 2010.
10. *Sokolyanskii I. A., Mesheryakov A. I.* Obuchenie i vospitanie slepoglulonemykh / Pod red. I. A. Sokolyanskogo, A. I. Mesheryakova. M., 1962.
11. *Suvorov A. V.* Chelovechnost' kak faktor samorazvitiya lichnosti. Diss. v forme nauchnogo doklada ... d-ra psihol. nauk. M., 1996.
12. *Chiksentmihaii M.* Potok: psikhologiya optimal'nogo perezhivaniya / Per. s angl. M., 2011.
13. *Chudnovskii V. E.* Stanovlenie lichnosti i problema smysla zhizni. M., Voronezh, 2006.
14. *Boutin D.* Persistence in postsecondary environments of students with hearing impairments // Journ. of Rehabilitation. 2008. Vol. 74 (1).
15. *Bowling A.* Measuring disease: a review of disease-specific quality of life measurement scales. Buckingham: Philadelphia, 2001.
16. *Bullinger M., Anderson R., Cella D., Aaronson N.* Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models // Quality of Life Research. 1993. Vol. 2 (6).
17. *Diener E., Suh E. M., Lucas R. E., Smith H. L.* Subjective Well-being: Three decades of progress // Psychological Bulletin. 1999. Vol. 125 (2).
18. *Diener E.* Subjective well-being: the science of happiness, and a proposal for a national index // Amer. Psychol. 2000. Vol. 55.
19. *Jahoda M.* Current concepts of positive mental health. N. Y., 1958.
20. *Hajiran H.* Toward a quality of life theory: net domestic product of happiness // Social Indicators Research. 2006. Vol. 75.
21. *Lyubomirsky S., Sheldon K. M., Schkade D.* Pursuing happiness: The architecture of sustainable change // Review of General Psychology. 2005. Vol. 9.
22. *Murphy K., Cooney A., Shea E. O., Casey D.* Determinants of quality of life for older people living with a disability in the community // Journ. of Advanced Nursing. 2009. Vol. 65 (3).
23. *Ryff C. D.* Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing // Journ. of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 57.
24. *Ryff C. D.* What I know and how I change: Is education a help or hindrance during life transition? // Gerontological Society of America Meetings. November. Los Angeles, 1995.
25. *Ryff C. D., Singer B.* The contours of positive human health // Psychological Inquiry. 1998. Vol. 9.
26. *Sirgy M. J.* The psychology of quality of life. Dordrecht; Boston; L., 2010.
27. *Stodden R. A., Dowerick P., Gilmore S., Galloway L. M.* A review of secondary school factors influencing postschool outcomes for youth with disabilities. Honolulu (HI), 2001. Электронная версия: <http://www.rrtc.hawaii.edu/documents/products/phase1/043-H01.pdf>.
28. *Sunderland N., Catalano T., Kendall E.* Missing dis-courses: concepts of joy and happiness in disability // Disability and Society. 2009. October. Vol. 24. № 6.