

**УДК 666.762****Т.М. Кравцова**, кандидат психологических наук

Инновационный Евразийский университет (г. Павлодар, Республика Казахстан)

E-mail: irresistible\_t@mail.ru

**А.Б. Касанова**, студент

Инновационный Евразийский университет (г. Павлодар, Республика Казахстан)

E-mail: zhmkz\_66@mail.ru

**Выученная беспомощность у людей с ограниченными возможностями**

***Аннотация.** В статье рассмотрено понятие «Выученная беспомощность» применительно к людям с ограниченными возможностями. Одним из препятствий в распространении и охвате большого числа людей инклюзией является инертность самих людей с ограниченными возможностями. Психологическое проживание постоянной беспомощности, ощущение своей инаковости приводит к изменению личностных особенностей и формированию депрессивного состояния. В свою очередь это состояние накладывает отпечаток на всю деятельность и на все отношения. В статье представлены результаты исследования беспомощности у людей с ограниченными возможностями.*

***Ключевые слова:** выученная беспомощность, люди с ограниченными возможностями, инклюзия.*

Сегодня инклюзивное образование широко внедряется в Республике Казахстан на всех уровнях: на этапе дошкольного, школьного, профессионального и высшего образования. Одним из приоритетных направлений Государственной программы развития образования и науки на 2016-2019 годы является увеличение доли образовательных организаций, создавших условия для интеграции людей с особыми потребностями в общее образование.

На данный момент в программах инклюзивного образования не учитывается такое понятие, как «Выученная беспомощность». И хотя синдрому выученной беспомощности подвержены все люди, независимо от того, имеют ли они какие-либо физические или ментальные нарушения, люди с ограниченными возможностями переживают его гораздо сильнее. Постоянное ощущение и проживание своей инаковости, недоступности ряда действий, переживаний и компонентов действительности сильнейшим образом искажают самооценку, деформируют образ себя и сказываются на эмоциональной составляющей психики, вызывая депрессивные реакции.

Выученная беспомощность – это важный и интересный феномен, являющийся одной из базовых человеческих проблем [1]. Люди (дети и взрослые), имеющие ограничения в здоровье и диагностированную инвалидность различной нозологии, относятся к группе с повышенным уровнем риска. На это влияет ряд социальных и психологических факторов, таких как наличие дефекта и закрепленного статуса инвалида, личностные особенности человека, внутрисемейные отношения, гендерный аспект, нахождение в определенной межличностной среде (школьной, студенческой или профессиональной) и возрастная принадлежность. Имея врожденное или приобретенное заболевание, или увечье, человек ощущает себя жертвой обстоятельств и подсознательно опасается повторения негативных событий. Кроме этого он длительное время находится в психоэмоциональном напряжении.

Представленная работа своей целью ставит: изучить особенности выученной беспомощности у людей с ограниченными возможностями (далее – ОВ) и разработать рекомендации. Практическая значимость результатов исследования заключается в том, что результаты могут послужить основой для разработки и изменения программ психолого-педагогического сопровождения с учетом степени выученной беспомощности у людей с ОВ. Также одним из практических результатов является разработка рекомендаций родителям и педагогам по профилактике выученной беспомощности.

Нами проведен эксперимент, в ходе которого была выявлена выученная беспомощность у людей с ОВ как личностная особенность и представлены рекомендации по преодолению и по профилактике этого феномена.

В данном исследовании мы опираемся на научные труды американского психолога Мартина Селигмана, а именно на его теорию (концепцию) выученной беспомощности.

Мы применили следующие методики исследования: Шкала безнадёжности Бека (Hopelessness Scale, Beck et al. 1974), методика диагностики иррациональных установок А. Эллиса.

Экспериментальную базу исследования составили 4 человека с диагнозами различных нозологий (ДЦП, врожденные аномалии развития и генетические дефекты).

Выученная беспомощность – это явление, при котором повторяющееся воздействие неконтролируемых стрессовых факторов приводит к тому, что люди не могут использовать какие-либо варианты контроля, которые впоследствии могут стать доступными.

По сути, людям не хватает поведенческого контроля над внешними событиями, что, в свою очередь, подрывает мотивацию к изменениям или попыткам изменить ситуацию. Впервые этот феномен был описан в 1967 году американскими психологами Брюсом Овермиером и Мартином Селигманом после экспериментов, в ходе которых животные (собаки и мыши), подверглись серии поражений

электрическим током, которых они не могли предотвратить или избежать. Впоследствии часть животных не имела возможности научиться избегать этих ударов при тестировании в другом устройстве, а другой части была предоставлена возможность реализовать поведение, которое приведет к прекращению подачи электрического тока. В итоге обе реакции закрепились, и даже изменение условий не приводило к тому, что животные из первой группы пытались научиться прекращать подачу тока, а животные из второй – искать способы прекращения болезненных ощущений.

Исследование выученной беспомощности у людей было проведено в 1974 году. В этом исследовании участников разделили на три группы: одна группа подвергалась воздействию громкого и неприятного шума, но была в состоянии прекратить его, нажав кнопку четыре раза; вторая группа подвергалась тому же воздействию, но кнопка не была функциональной; третья группа не подвергалась никакому воздействию шума вообще.

Позже все участники, которые подвергались воздействию громкого шума, получали коробку с рычагом, который при манипуляции выключал звук. Так же как и в экспериментах на животных, те, кто не контролировал шум в первой части эксперимента, как правило, даже не пытались отключить шум, в то время как остальные испытуемые обычно выясняли, как отключить шум очень быстро.

М. Селигман и его коллеги предположили, что подчинение участников ситуациям, в которых у них нет контроля, приводит к трем дефицитам: мотивационному, когнитивному и эмоциональному.

1. Когнитивный дефицит относится к идее субъекта о том, что обстоятельства неконтролируемы;

2. Мотивационный дефицит относится к отсутствию у субъекта реакции на потенциальные способы выхода из негативной ситуации;

3. Эмоциональный дефицит относится к депрессивному состоянию, возникающему, когда субъект находится в негативной ситуации, которая, как он чувствует, не находится под его контролем.

Основываясь на своих исследованиях, М. Селигман обнаружил важную связь между приобретенной беспомощностью и депрессией.

Чтобы понять предполагаемую связь между выученной беспомощностью и депрессией, нам нужно понять два типа выученной беспомощности, как это было описано М. Селигманом и его коллегами.

Всеобщая беспомощность – это чувство беспомощности, в котором субъект верит, что ничего нельзя сделать с ситуацией, в которой он находится. Он считает, что никто не может помочь ему и облегчить боль или дискомфорт. С другой стороны, личная беспомощность – это более локализованное чувство беспомощности. Субъект может верить, что другие могут найти решение или избежать боли или дискомфорта, веря при этом, что лично он не способен найти решение.

Оба типа беспомощности могут привести к состоянию депрессии, но качество этой депрессии может отличаться. Те, кто чувствуют себя абсолютно беспомощными, склонны искать внешние причины как своих проблем, так и своей неспособности их решить, в то время как те, кто чувствуют себя лично беспомощными, склонны искать внутренние причины. Кроме того, те, кто чувствуют себя лично беспомощными, чаще страдают от низкой самооценки, поскольку считают, что другие, вероятно, могли бы решить проблемы, которые они неспособны решить.

Хотя когнитивный и мотивационный дефициты одинаковы для людей, страдающих как от личной, так и от всеобщей беспомощности, люди, испытывающие личную беспомощность, как правило, имеют более значительный эмоциональный дефицит.

В дополнение к этой дифференциации между типами беспомощности приобретенная беспомощность может зависеть от двух других факторов: общности (глобальной и конкретной) и стабильности (хронической и преходящей). Когда человек страдает от глобальной беспомощности, он испытывает негативные последствия в нескольких областях жизни, а не только в самой актуальной области. Они также более склонны испытывать тяжелую депрессию, чем те, кто испытывает конкретную беспомощность.

Кроме того, те, кто страдает от хронической беспомощности (те, кто чувствовал себя беспомощным в течение длительного периода времени), с большей вероятностью испытывают последствия депрессивных симптомов, чем те, кто испытывает временную беспомощность (кратковременное и нерегулярное чувство беспомощности) [2].

Все эти примеры выученной беспомощности приводят Мартина Селигмана к следующим выводам: когда очень желаемые результаты считаются маловероятными и/или очень неприятные результаты считаются вероятными, и человек не ожидает, что он изменит результат, это приводит к депрессии. Однако депрессия будет варьироваться в зависимости от типа беспомощности. Диапазон депрессивных симптомов будет зависеть от общности и стабильности беспомощности, а любое воздействие на самооценку зависит от того, как индивид объясняет и с чем связывает свой негативный опыт (влияние внутренних или внешних факторов).

Эта предлагаемая структура определяет причину, по крайней мере, одного типа депрессии - той, которая происходит из беспомощности [3, с. 12].

Неудивительно, что приобретенная беспомощность связана со многими негативными симптомами и чертами характера, в том числе:

– возраст: чем старше возраст, тем больше вероятность того, что они испытают изменение или потерю ролей и физического упадка. Проживание в учреждении также связано с приобретенной беспомощностью;

- стресс, особенно связан с бедностью;
- тревога и беспокойство, в частности, о тестах для студентов;
- большая отрицательная реакция на ожидаемую боль.

Приобретенная беспомощность не только часто ассоциируется с другими негативными состояниями, но и, по-видимому, способствует или вызывает многие негативные последствия, в том числе:

- негативные симптомы здоровья, а также негативные эмоции по поводу своей болезни;
- неадаптивный перфекционизм;
- выгорание или эмоциональное истощение и цинизм;
- обостренная депрессия, тревога, фобии, застенчивость и одиночество [3, с. 154].

Для получения представления об особенностях выученной беспомощности у людей с ОВ мы представим результаты диагностики по методикам Бека и методике диагностики иррациональных установок А. Эллиса.

Результаты диагностики по шкале безнадежности Бека (по каждому респонденту).

1. Женщина – 27 лет – 11 баллов.
2. Женщина – 26 лет – 8 баллов.
3. Мужчина – 26 лет – 6 баллов.
4. Мужчина – 23 года – 5 баллов.



Рисунок 1 – Результат диагностики по шкале безнадежности Бека

Шкала безнадежности выявила у 25 % исследуемых умеренный и 75 % легкий уровень безнадежности.

Результаты диагностики иррациональных установок А. Эллиса (по каждому респонденту).

1. Женщина – 27 лет
  - Катастрофизация – 22 балла.
  - Долженствование в отношении себя – 22 балла.
  - Долженствование в отношении других – 31 балл.
  - Низкая фрустрационная толерантность – 35 баллов.
  - Самооценка – 25 баллов.
2. Женщина – 26 лет
  - Катастрофизация – 34 баллов.
  - Долженствование в отношении себя – 36 баллов.
  - Долженствование в отношении других – 36 баллов.
  - Низкая фрустрационная толерантность – 27 баллов.
  - Самооценка – 35 баллов.
3. Мужчина – 26 лет
  - Катастрофизация – 23 балла.
  - Долженствование в отношении себя – 22 балла.
  - Долженствование в отношении других – 37 баллов.
  - Низкая фрустрационная толерантность – 25 баллов.
  - Самооценка – 39 баллов.
4. Мужчина – 23 года
  - Катастрофизация – 24 балла.
  - Долженствование в отношении себя – 25 баллов.

- Долженствование в отношении других – 33 балла.
- Низкая фрустрационная толерантность – 44 балла.
- Самооценка – 22 балла.

В этой методике 5 диагностических шкал, результаты которых представлены далее на рисунках 2, 3, 4, 5 и 6.



Рисунок 2 – Результаты диагностики иррациональных установок А. Эллиса – шкала «Катастрофизация».

Два человека показали выраженное наличие иррациональной установки и 1 – среднее наличие иррациональной установки, связанной с катастрофизацией.

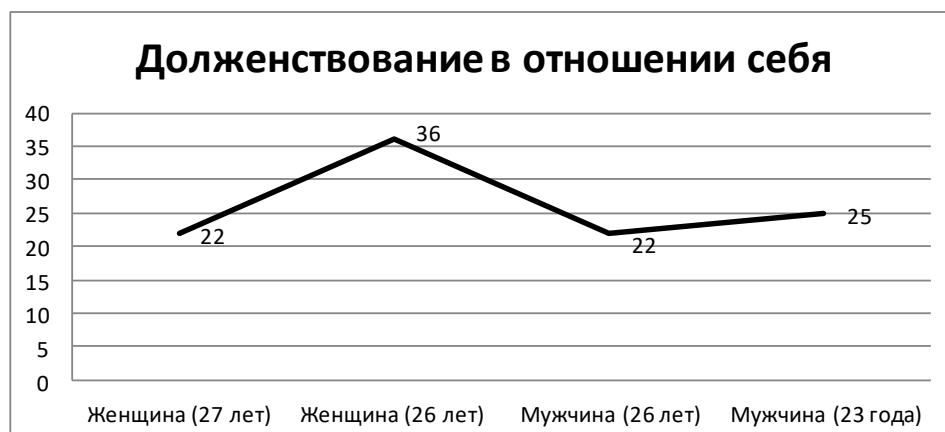


Рисунок 3 – Результаты диагностики иррациональных установок А. Эллиса – шкала «Долженствование в отношении себя».

Три человека показало выраженное наличие иррациональной установки, 1 человек - среднее наличие иррациональной установки долженствования в отношении себя.

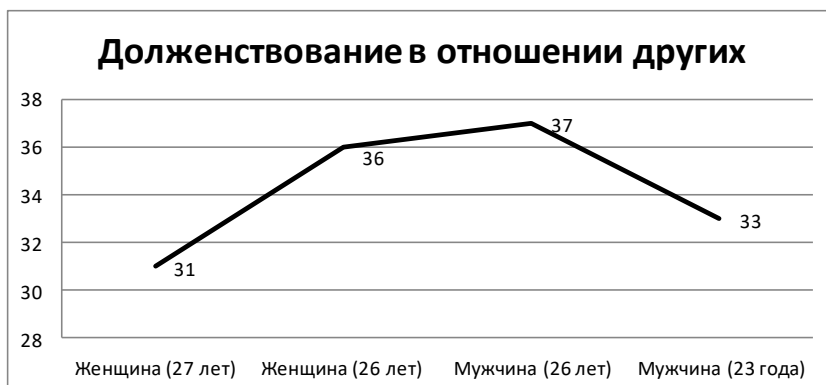


Рисунок 4 – Результаты диагностики иррациональных установок А. Эллиса – шкала «Долженствование в отношении других».

Все участники исследования показали среднее наличие иррациональной установки долженствования в отношении других.



Рисунок 5 – Результаты диагностики иррациональных установок А. Эллиса – шкала «Низкая фрустрационная толерантность».

Выраженное наличие иррациональной установки было выявлено у 2 участников исследования, также 2-е – среднее наличие иррациональной установки.

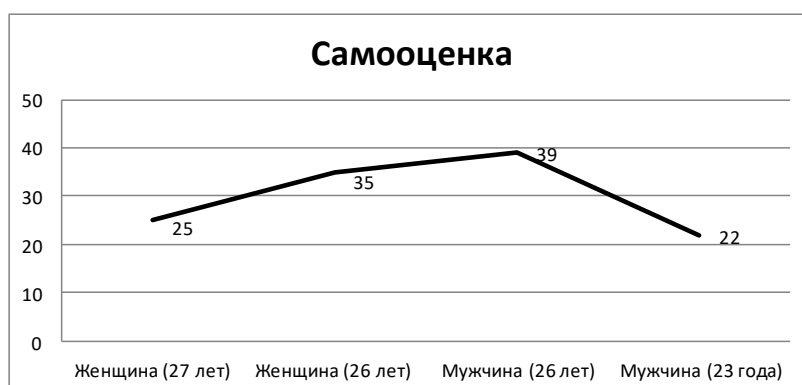


Рисунок 6 – Результаты диагностики иррациональных установок А. Эллиса – шкала «Самооценка».

У двух участников – заниженная самооценка и также у двух – низкая самооценка.

В ходе проведенного исследования были получены следующие результаты.

*Результат 1.* Был составлен план исследования с определением темы исследования, цели, гипотезы, объекта, предмета, методов; подобрана методика исследования; проведен анализ научно – методической литературы.

*Результат 2.* Диагностический этап исследования показал у респондентов легкий и умеренный уровень безнадежности. Также были выявлены умеренное и выраженное наличие иррациональных

установок. Из выше изложенного следует, что все участники исследования подвержены в той или иной степени выученной беспомощности.

Полученные нами результаты можно оценивать как достаточно тревожные: ни у кого не было выявлено отсутствие безнадежности и отсутствие иррациональных установок. Из этого можно сделать вывод, что все участники исследования подвержены в той или иной степени выученной беспомощности. Именно поэтому одной из рекомендаций для участников исследования было систематическое обучение навыкам преодоления беспомощности и депрессии через работу на тренингах в формате когнитивно-бихевиорального подхода, индивидуальные консультации и прохождение поддерживающих сессий-тренингов.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1 Movkebayeva Z.A., Iskakova A.T. Inclusive education. – Almati: Association of higher educational institutions of Kazakhstan, 2016. – 236 p.

2 Seligman M.E. Overcoming learned helplessness. – New York: Vintage, 2015. – 325 p.

3 Seligman M. E. Learned Optimism: How to Change Your Mind and Your Life. 2nd Edition. – New York: Vintage, 2006. – 337 p.

### **REFERENCES**

1 Movkebaeva Z.A., Iskakova A.T.. Inklúzívti bilim berý-jaña. – Almaty: Qazaqstan joǵary oqý oryndarynyń qaýymdastyǵy, 2016. - 236 p.

2 Seligman M. E. úrenshikti dármensizdikti jeńý. – Nú-Iork: Vıntaj, 2015. – 325 p.

3 Seligman M. E. optımızmge úrendi: óz sana-sezimin jáne óz ómirin qalai ózertýge bolady. 2-shi basylım. – Nú-Iork: Vıntaj, 2006. – 337 p.

### **ТҮЙІН**

**Т.М. Кравцова**, психология ғылымдарының кандидаты

*Инновациялық Еуразия университеті (Павлодар қ., Қазақстан Республикасы)*

**А.Б. Касанова**, студент

*Инновациялық Еуразия университеті (Павлодар қ., Қазақстан Республикасы)*

#### ***Мүмкіндігі шектеулі адамдардың үйреншікті әлсіздігі***

Бұл мақалада «үйреншікті әлсіздік» ұғымы мүмкіндігі шектеулі адамдарға қатысты қарастырылған. Көптеген адамдарды инклюзиямен қамту кедергілердің бірі мүмкіндігі шектеулі адамдардың инерттілігі болып табылады. Тұрақты әлсіздікті, өзінің өзгешелігін психологиялық тұрғыдан сезіну, жеке ерекшеліктерінің өзгеруіне және депрессивті жағдайдың қалыптасуына алып келеді. Өз кезегінде бұл жағдай барлық қызметке және барлық қатынастарға із салады. Мақала дәріменсіздіктің ерекшеліктерін, оның құрылымын зерттейді және үйренген дәріменсіздікті жеңу бойынша ұсынымдарды қамтиды.

**Түйін сөздер:** үйреншікті әлсіздік, мүмкіндігі шектеулі адамдар, инклюзия.

### **RESUME**

**T.M. Kravtsova**, Candidate of Psychological Sciences

*Innovative University of Eurasia (Pavlodar, Republic of Kazakhstan),*

**A.K. Kasanova**, student

*Innovative University of Eurasia (Pavlodar, Republic of Kazakhstan)*

#### ***Learned helplessness in people with disabilities***

The article considers the concept of «learned helplessness» in relation to people with disabilities. One of the obstacles to the spread and coverage of a large number of people by inclusion is the inertia of people with disabilities themselves. Psychological living of constant helplessness, a sense of their otherness leads to changes in personal characteristics and the formation of a depressive state. In turn, this state affects all activities and all relationships. The article studies the features of helplessness, its structure and contains recommendations for overcoming the learned helplessness.

**Key words:** learned helplessness, people with disabilities, inclusion.