

КОМПЕНСАЦИЯ, КОРРЕКЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК КАТЕГОРИИ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Под компенсацией понимается процесс возмещения недоразвитых или нарушенных функций путем использования сохранных или перестройки частично нарушенных.

Для теории и практики специальной психологии данная категория является одной из ключевых. То, как происходит восстановление нарушенных функций, от чего оно зависит, составляло предмет острых дискуссий на протяжении не одного столетия.

Функциональные системы обладают высокой пластичностью и способностью к перестраиванию. Именно эта способность лежит в основе механизмов компенсации перестроек.

Традиционно выделяют *два типа перестроек нарушенных функций — внутрисистемную и межсистемную.*

Компенсаторные процессы протекают под постоянным контролем и при участии высшей нервной деятельности; они проходят несколько фаз (этапов).

Первая фаза — обнаружение того или иного нарушения в работе организма. Сигнал о нарушении может быть связан и с самим расстройством, и с его последствиями, с различными отклонениями в поведении и деятельности.

Вторая фаза — оценка параметров нарушения, его локализации и глубины (выраженности).

Третья фаза — формирование программы последовательности и состава компенсаторных процессов и мобилизации, нервно-психических ресурсов индивида.

Включение этой программы с необходимостью требует отслеживания процесса ее реализации. В этом состоит содержание **четвертой фазы.**

И наконец, **пятая, завершающая фаза** связана с остановкой компенсаторного механизма и закреплением его результатов.

Временная длительность указанных этапов может быть различной, что зависит от характера нарушения, его выраженности и от индивидуальных особенностей организма. Остановка компенсаторного процесса связана с восстановлением нарушенной функции и возобновлением разных форм деятельности.

Компенсаторные процессы, разворачиваясь во времени, осуществляются на разных уровнях своей организации. Обычно выделяется четыре подобных уровня.

Первый — **биологический**, или телесный уровень: компенсаторные процессы протекают преимущественно автоматически и бессознательно.

Второй — **психологический** уровень существенно расширяет возможности компенсаторных механизмов, преодолевая ограничения первого. Можно сказать, что психологический уровень есть истинно человеческий способ восстановления нарушенных функций с привлечением работы сознания.

Не случайно одно и то же нарушение у животных и человека может привести к различным последствиям. Так, глухота у животного в условиях дикой природы не совместима с жизнью.

Человек же при всех трудностях, возникающих в условиях глухоты, способен продолжать полноценную жизнедеятельность.

Психологический уровень компенсации, прежде всего, связан со способностью человека к адекватной оценке своих возможностей в условиях тех или иных нарушений, постановке реальных целей и задач, сохранении позитивного отношения к себе. В подобных ситуациях самосознание и личность человека, в особенности его волевые качества, выполняют важнейшую компенсаторную функцию. Поэтому закономерным кажется то, что при одном и том же нарушении у разных людей мы можем наблюдать выраженные отличия в их социальной адаптации в зависимости от личностных особенностей.

Психологический уровень компенсации также связан с работой защитных механизмов и копинг-стратегий поведения.

Психологическая защита, по определению Р. М. Грановской, — это **специальная система стабилизации личности, направленная, на ограждение сознания от неприятных, травмирующих переживаний, сопряженных с внутренними и внешними конфликтами, состояниями тревоги и дискомфорта»** (Никольская И. М., Грановская Р. М. Психологическая защита у детей. СПб., 2000, с. 19). Механизмы психологической защиты по большей мере относятся к бессознательной активности. Это вытеснение, подавление, идентификация, проекция, регрессия, сублимация, рационализация, катарсис и многие другие. Будучи плохо осознаваемы, они весьма избирательны в зависимости от характера проблемной ситуации и от личностных особенностей человека. Кроме того,

механизмы защиты способны содействовать как адаптации, так и дезадаптации индивида.

В последнем случае речь идет о фиксации одного и того же защитного механизма, независимо от складывающейся внешней ситуации.

Копинг-стратегии представляют собой сознательные усилия личности, предпринимаемые для совладания со стрессовыми ситуациями, порождающими тревогу. В реальном повседневном поведении человека, пытающегося решить ту или иную проблемную ситуацию, как правило, различные защитные механизмы комбинируются с разными вариантами копинг-стратегий. Последние крайне многообразны, но легко укладываются в три основных типа — разрешение проблемы, поиск социальной поддержки и избегание — уход от необходимости самостоятельного решения. Выбор конкретного типа стратегии обусловлен объективными обстоятельствами проблемной ситуации. Но он также во многом зависит от личностных особенностей индивида, от направленности личности, характера ценностных ориентации, системы социальных установок и отношения к себе, окружающим и в особенности к своему нарушению.

Психологический уровень протекания компенсаторных процессов, являясь центральным для человека, тем не менее не может сам по себе обеспечить реализацию всей компенсаторной программы. Для этого требуется более сложная форма его организации, реализуемая на социально-психологическом уровне. Здесь, как несложно заметить, мы выходим за границы телесного бытия индивида, но остаемся в рамках его личности как социального способа существования. На данном уровне помимо интрапсихических начинают отчетливо действовать интерпсихические, экстрацеребральные механизмы.

По сути дела, выход за пределы физического бытия человека уже имел место на предыдущей психологической ступени. Ибо личность, прежде всего, продукт социальной среды, но здесь характер компенсаторного процесса представлен, если угодно, в своей открытой форме. Эффективность компенсации во многом определяется характером межличностных отношений инвалида с ближайшим окружением.

Участие, взаимопомощь, эмоциональная поддержка, понимание, терпимость и т. д. являются мощным психологическим средством раскрытия потенциальных возможностей человека, укрепляющих веру в свои силы, восстанавливающих позитивное отношение к себе. Ощущение

духовного и социального благополучия базируется на осознании своей нужности кому-то или чему-то, а также на ясном понимании своей собственной независимости и автономности. Это порождает в человеке чувство осмысленности существования и защищенности. Последнее связано с представлением о минимальной степени гарантированной безопасности и верой в собственные силы. Чувство осмысленности включает наличие ясных и достижимых целей, ощущение контролируемости происходящих событий, ненепотребности потраченных усилий.

Ощущение благополучия многими исследователями связывается с тремя основными жизненными «опорами», к числу которых относятся семья, профессия и ближайшее окружение вне семьи. В каждом из этих институтов индивид в разных пропорциях реализует осознание своей причастности и независимости. Конечно, связи человека с миром неизмеримо богаче, но указанные три принципиально важны в процессе компенсации тех или иных нарушений. Способность человека совладать с тяжелыми испытаниями и трудностями во многом зависит от прочности указанных «опор». Нетрудно заметить, что серьезные заболевания и травмы, приводящие к инвалидности, так или иначе испытывают на прочность именно эти несущие конструкции жизненного пространства человека. Не случайно в современной коррекционной педагогике и специальной психологии особое внимание уделяется семейному воспитанию и профессиональному самоопределению лиц с врожденными или рано приобретенными отклонениями от нормального хода развития.

Безусловно, возможны ситуации, при которых субъект способен переживать ощущение благополучия даже в условиях серьезных нарушений в структуре межличностных отношений, в том числе и семейных, а также в отсутствии необходимой профессиональной деятельности. Но подобное, скорее всего, может говорить о патологии личности при деформации ее смысловой сферы и системы ценностных ориентации.

Выделенное нами понятие социально-психологического благополучия и определяющие его факторы во многом по своему содержанию совпадают с весьма популярным сегодня термином качество жизни, под которым понимается характеристика степени комфорта в удовлетворении человеческих потребностей (Г. С.Никифоров). Качество жизни является общей характеристикой разных жизненных сторон. К их числу относят

удовлетворенность учебой, работой, семейными отношениями, социальным окружением, политической и экономической ситуациями в стране. Особую сторону качества жизни составляют такие характеристики субъекта, как состояния личности, позволяющие ей относительно безболезненно преодолевать разнообразные противодействия внешнего мира, адекватно решать поставленные задачи, способность быть всем, чем в состоянии стать (самореализация), возможность находиться в физическом и психическом равновесии с природой, социальной средой и с самим собой (Г. С. Никифоров). Выделенные нами уровни компенсации не имеют четких границ. Но среди них все же можно обозначить высший — социальный. Содержание этого уровня связано с макросоциальными масштабами существования человека. Прежде всего, это политика государства в отношении инвалидов, в том числе и инвалидов детства. Сюда включается, среди прочего, создание особых социальных институтов, функционирование которых направлено на помощь лицам с отклонениями в развитии — детские сады, школы, реабилитационные и абилитационные центры, учебно-производственные предприятия, лечебные мастерские и т. д. Кроме того, уровень предполагает организацию системы подготовки специалистов в области коррекционного образования. Наконец, это специальное законодательство, представляющее определенные гарантии общества в отношении разных групп инвалидов. К социальному уровню следует отнести и характер отношения к инвалидам в сфере обыденного массового сознания. Эта область не поддается прямому законодательному управлению. Нельзя издать такой указ, по которому все члены общества будут обязаны любить инвалидов. Эта область тесно связана с религиозными, национальными и историческими традициями того или иного общества. Кроме того, степень терпимости общества к инвалидам во многом обусловлена системой образования и его содержанием. На обыденное сознание оказывают сильное влияние средства массовой информации (газеты, радио, телевидение). В период, когда в нашей стране тема инвалидности, в том числе и детской, не могла быть предметом обсуждения (вплоть до 1991 г.), в проводимых социально-психологических исследованиях, посвященных изучению отношения населения к различным группам инвалидов, неизменно фиксировалась откровенная настороженность и отчужденность. Выраженность этих характеристик находилась почти в прямой зависимости от уровня образования. Опыт

интегрированного обучения детей с отклонениями в развитии в условиях обычных общеобразовательных школ как раз стремится максимально задействовать возможности социального уровня компенсации.

Сказанное не должно создавать впечатление, что компенсаторные процессы существуют изолированно от всех процессов жизнедеятельности инвалида. Отдельное рассмотрение феноменов компенсации — это продукт абстрагирования. В действительности, они лишь одна из сторон его целостной жизнедеятельности и развития. Если повреждение того или иного органа или функции оказывается совместимо с жизнью, то это означает, что в данном случае сработали компенсаторные механизмы. В подобной ситуации жизнедеятельность продолжается в новых неблагоприятных условиях одновременно с процессом восстановления (компенсации), ибо раздельно они не могут существовать. По образному выражению А. Р. Лурия, «человек не может «закрыться» на ремонт».

С понятием компенсации тесно связан другой термин — **декомпенсация**, под которым понимается **утрата достигнутого ранее компенсаторного эффекта под влиянием патогенных воздействий**.

По степени легкости возникновения и устойчивости декомпенсаторные состояния весьма переменчивы и во многом зависят от силы и прочности восстановительного эффекта. В специальной психологии часто используется еще одно близкое по содержанию понятие — псевдокомпенсация. Оно фиксирует устойчивые тенденции личностинеадекватно использовать защитные механизмы и копинг-стратегии, не позволяющие человеку найти продуктивный выход из сложившейся кризисной ситуации.

Особым образом в специальной психологии сложилась судьба понятия «гиперкомпенсация». Дать однозначное определение этого термина весьма сложно, ибо он трактуется крайне противоречиво. Иногда его используют как синоним псевдокомпенсации в смысле неадекватности выбора средств восстановления.

Исходный смысл это понятия, введенного в профессиональный психологический словарь А. Адлером, несколько иной. Сам А. Адлер дает ему разные дефиниции, общий смысл которых сводится к тем немногочисленным случаям, когда лица с серьезными недостатками в физическом и психическом развитии оказывались способными достичь высоких результатов в самых разных областях человеческой деятельности,

не доступных большинству нормальных людей. В своих работах А. Адлер приводит много примеров гиперкомпенсации, указывая на то, что механизм ее реализации связан с естественным для человека *чувством малоценности*, с одной стороны, и выраженным *мотивом к превосходству* — с другой. Стремление к превосходству понимается А. Адлером позитивно, как тенденция к развитию, к самосовершенствованию. Таким образом, задолго до появления гуманистической психологии А. Адлер предвосхитил ее основные постулаты. Чувство малоценности особенно остро переживается в детстве, что и составляет основной двигатель психического развития ребенка, так как расхождение между тем, что есть, и тем, чего бы хотелось, создает сложное динамическое напряжение. Еще более драматично выглядят переживания своей несостоятельности детьми с тяжелыми физическими или психическими отклонениями. В этом случае возникает «комплекс неполноценности, наличие которого в зависимости от целого ряда обстоятельств может как блокировать развитие, создавая почву для невроза, так и включать механизмы гиперкомпенсации.

Сам Адлер неоднократно подчеркивал, что случаи гиперкомпенсации не столь многочисленны. Но, будучи даже единичными, они ценны для науки, ибо с необыкновенной яркостью демонстрируют скрытые возможности человеческой природы, способности личности противостоять самым неблагоприятным условиям своего существования, развиваться вопреки им.

Следует особо подчеркнуть, что в отечественной психологии судьба идей А. Адлера складывалась непросто. Индивидуальная психология была воспринята с энтузиазмом. Пик небывалой популярности А. Адлера пришелся на вторую половину двадцатых годов. Особенно сильное влияние его идей наблюдалось в специальной психологии (как тогда ее называли, патопедологии) и коррекционной педагогике. Но драматизм положения состоял в том, что положение гиперкомпенсации было понято совершенно превратно. Адлеровская психология считалась доказательством того оптимистического факта, что почти любое физическое или психическое нарушение автоматически приводит к эффекту сверхразвития.

С этих позиций пересматривались программы некоторых типов специальных школ, например для слепых, ибо считалось, что незрячие дети должны обгонять в развитии речи и мышления зрячих сверстников.

В связи с распространением извращенного толкования идей индивидуальной психологии Л. С. Выготский в 1927 году опубликовал статью «Дефект и сверхкомпенсация». Эта работа не критического, а исключительно аналитического характера. Л. С. Выготский последовательно и весьма терпеливо, судя по многочисленным повторениям, воспроизводит и трактует основные положения гиперкомпенсации, предостерегая читателя от упрощенного понимания.

Но эпоха повального увлечения психоанализом так же быстро кончилась, как началась. Уже в начале 30-х годов разворачивается кампания по дискредитации психоанализа; психоаналитические упражнения упраздняются, прекращаются издания соответствующей литературы и т. д.

С этого момента отношение к А. Адлеру поменялось на противоположное. В основе критики его идей лежало все то же ложное их понимание. А. Адлеру приписывалось то, что в его трудах напрочь отсутствовало. Вряд ли можно всерьез утверждать, что патология способна стимулировать развитие.

Если человек в стесненных условиях и достигает чего-то, то не благодаря болезни, а только вопреки ей, за счет колоссальных волевых усилий и способностей. В этом состоит основной пафос идеи гиперкомпенсации. Но в эпоху дегуманизации общественных отношений, упрощенного понимания природы человека эти идеи не могли быть адекватно оценены. Не случайно вплоть до самого последнего времени ученые, пишущие на тему истории специальной педагогики, с упорством утверждали, что концепция А. Адлера никогда не оказывала никакого влияния на отечественную дефектологию. Но при этом неоднократно подвергался критике даже Л. С. Выготский за непоследовательное и сочувственное отношение к идее гиперкомпенсации. Неудивительно в связи с этим и то, что в его Собрании сочинений, изданном в 1983 году, название вышеупомянутой работы редакционной коллегией было изменено на «Дефект и компенсация», дабы дистанцировать Л. С. Выготского от «вредного» влияния А. Адлера. Правда, в 1982 г. впервые за многие десятилетия появился очерк Б. В. Зейгарник, весьма точно и психологически корректно воспроизводивший основные положения А. Адлера. Столь длинный комментарий по поводу термина «сверхкомпенсация» был, с нашей точки зрения, необходимым, во-

первых, потому, что до сих пор употребление этого понятия в специальной психологии имеет отчетливо отрицательный оттенок. Во-вторых, оно является частью одной из весьма оригинальных концепций человека, примером гуманистического понимания его природы. Индивидуальная психология А. Адлера существенно обогатила практику обучения и воспитания детей с физическими и психическими нарушениями.

В частности, на ее основе разрабатывались методы эмоционального воспитания и система психологической помощи родителям.

Уровневое строение компенсаторных процессов соответствует представлениям об уровне организации человека в целом. При этом следует учитывать, что человек — существо биосоциальное, для его развития в равной мере важны биологические и социальные детерминанты при ведущей роли последних.

Именно поэтому в компенсаторных процессах задействованы эти две группы факторов. На приведенной схеме (рис. 12. 2). мы попытались условно представить соотношение биологической и социальной составляющей процесса компенсации; диагональная черта воспроизводит это соотношение. На схеме показано, что на каждом уровне различно. Чем выше ступень, тем больший удельный вес принадлежит социальному фактору, и наоборот. Но даже на высшем социальном уровне есть определенная представленность биологического фактора, связанного с возрастом человека, общим состоянием здоровья, глубиной основного нарушения, природными особенностями его темперамента и т.д.

Говоря о компенсаторных процессах, следует отметить, что их часто путают с адаптационными феноменами. И действительно, в обоих явлениях присутствует эффект приспособления, что роднит их между собой. Именно поэтому некоторые авторы считают, что компенсация представляет разновидность адаптационных процессов. Реже высказывается обратная точка зрения. Наиболее четкую последовательную позицию занимают в данном вопросе А. И. Воложин и Ю. К. Субботин. Они рассматривают адаптацию и компенсацию как сложную биполярную функцию, где единство сочетается с разнонаправленностью и где смысл одной функции раскрывается через существование другой. Адаптация и компенсация не изолированы, они уравнивают друг друга. Примерами других биполярных функций могут служить: напряжение — расслабление,

сгибание — разгибание, вдыхание — выдыхание, возбуждение — торможение, питание — выделение и т. п.

Адаптация срабатывает, когда нарушается равновесие между индивидом и средой в результате изменений в последней. Восстановление баланса в подобной ситуации возможно лишь при условии, что определенные перемены произойдут в самом индивиде: ему следует отказаться от своего прежнего исходного состояния. Следовательно, адаптация — составная часть приспособительных реакций системы на изменение среды существования, выражающихся в том, что система, реагируя на изменения существенных для нее параметров и дефектов среды, перестраивает, изменяет свои структурные связи для сохранения функций, обеспечивающих ее существование как целого в изменившейся среде. Механизм адаптации может включать как морфологические, так и поведенческие реакции в зависимости от уровня организации системы. Компенсаторные процессы срабатывают также в ситуации нарушенного равновесия, но по причине изменений, произошедших не в среде, а в самом индивиде. В этом случае восстановление баланса возможно при условии частичного или полного возвращения индивида к исходному состоянию. Таким образом, адаптационные и компенсаторные процессы действуют в разных направлениях в ситуации нарушенного равновесия в зависимости от причины этих нарушений — средовых или внутрисемейных.

Будучи едиными и разнонаправленными, адаптация и компенсация развиваются в онтогенезе неравномерно. Становление адаптационных процессов явно обгоняет формирование компенсаторных, ибо процесс развития по своей внутренней сущности весьма близок к адаптации. Возрастное развитие — это формирование новообразований, то есть постоянный уход от своего прежнего состояния. Далее, по мере взросления развитие компенсаторных способностей усиливается и догоняет адаптационные, приблизительно уравниваясь с ним. По мере старения первыми начинают ослабевать адаптационные механизмы, а позже компенсаторные.

В современной специальной психологии термин компенсация не является широко употребляемым. Куда чаще используется понятие реабилитация. Компенсация — это внутренний процесс; реабилитация — внешний. Реабилитационная проблематика стала активно привлекать к себе внимание отечественных специалистов в конце 60-х годов. Реабилитация

определяется как система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество и к общественно полезному труду. Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу. Ключевым в этом определении является то, что реабилитация представляет собой систему мероприятий. Это следует подчеркнуть особо, чтобы отделить данное понятие от термина компенсация. Отдельно взятое воздействие не может рассматриваться как реабилитационное.

Этот процесс направлен не на само нарушение, а на личность человека с тем или иным нарушением, на восстановление полноценного существования этой личности в обществе, на преодоление социальных последствий заболевания или травмы. Говоря совсем упрощенно, цель реабилитации – недопустим превращение личности инвалида в инвалидную личность. С психологической точки зрения драма инвалидности состоит в конфликте полноценных человеческих потребностей с ограниченными возможностями их реализации.

Реабилитация направлена на максимальное преодоление и разрешение этого конфликтного состояния, ибо в противном случае возможна постепенная деформация личности пострадавшего. Следует также заметить, что реабилитационные мероприятия направлены на восстановление того, что выше нами называлось основными жизненными опорами – семья, профессия и социальное окружение. Это прямо указано в приведенном определении. Существуют специальные виды реабилитации: семейная, социально-психологическая и профессиональная. Эти направления помощи показаны в том случае, если в результате инвалидизации у человека возникают проблемы в сфере семейных отношений (в том числе и по вине самого инвалида), трудоустройства и межличностных контактов с окружающими людьми. Будучи внешними по отношению к индивиду, реабилитационные мероприятия опираются на компенсаторные внутренние процессы. Можно сказать, что реабилитация есть не что иное, как попытка воздействовать на компенсаторные способности человека. При этом разные

виды реабилитации опираются и направлены на разные уровни компенсаторных процессов. Так, медицинская реабилитация обращена к биологическому уровню организации компенсаторных механизмов.

Ведущая роль здесь принадлежит биологической терапии, включая использование лекарственных средств, лечебной физкультуры и т. д.

Психологическая реабилитация в свою очередь направлена на оптимизацию протекания компенсаторных процессов на уровне сознания. Она предполагает использование разнообразных психотерапевтических и психокоррекционных мероприятий. Их целью является максимальное по возможности смягчение кризисных переживаний личности, формирование адекватной самооценки и позитивного самовосприятия, расширение представлений о жизненной перспективе, формирование трудовых установок личности инвалида. Когда мы говорим о социально-психическом и социальном уровне компенсаторных механизмов, то должны указать, что к ним обращены такие формы реабилитации, как семейная, педагогическая (переобучение), трудовая (приобщение к доступным видам трудовой деятельности), досуговая, креативная и социальная в широком смысле слова. Последняя подразумевает весьма обширный спектр социальных, социально-экономических и государственных мероприятий, представленных не в виде отдельных акций, а как долгосрочная, целенаправленная политика в отношении разных групп инвалидов с предоставлением определенных льгот и обязательств со стороны государства.

И наконец, к сфере социальной реабилитации следует добавить формирование сообществ различных групп инвалидов, задачей которых является взаимная помощь, создание условий для социальной адаптации и отстаивание интересов самих инвалидов на региональном и государственном уровне. К вышесказанному следует добавить следующее: как нет четких границ между уровнями протекания компенсаторных процессов, так не существует и жесткого разделения разных форм реабилитационных мероприятий, что подчеркивает их единство и комплексность.

В литературе указывается, что успешность реализации реабилитационных мероприятий возможна при соблюдении определенных принципов. К их числу относятся следующие:

- 1) единство биологических и психосоциальных воздействий;

2) разноплановость усилий для организации реабилитационных мероприятий (психологическая, семейная, профессиональная реабилитация);

3) апелляция к личности инвалида с использованием партнерских отношений сотрудничества в процессе реабилитации;

4) ступенчатость или последовательность мероприятий, где предыдущие подготавливают почву для последующих воздействий.

Перечисленные принципы сформулированы одним из авторитетных специалистов по вопросам реабилитации М. М. Кабановым. Им же разработаны и этапы реабилитационного процесса. Первый этап — восстановительное лечение. Второй этап — реадаптация — заключается в развитии возможностей инвалида к условиям внешней среды. Ведущая роль здесь принадлежит психосоциальным воздействиям, направленным на стимуляцию социальной активности личности пострадавшего. Третий этап — собственно реабилитационный, задача которого состоит в восстановлении прежних отношений инвалида с окружающей действительностью.

Оценивая реабилитационный потенциал человека, мы должны учитывать не только характер и глубину нарушения, но и социально-психологические последствия этого нарушения. Так при одной и той же патологии они могут быть различными, в зависимости от того, каким образом нарушенная функция была связана с прежней профессией и какое место профессия занимала в иерархии ценностей личности. Несколько иную ситуацию воспроизводит другой термин, не менее употребимый в современной специальной психологии, — **абилитация**, означающий в дословном переводе — предоставление прав. При реабилитации речь идет о восстановлении, возмещении потерянных свойств, условий, того качества жизни, которое было утрачено индивидом.

Абилитационная ситуация характеризуется иначе. Это те случаи, когда индивид уже рождается с тем или иным пороком, отклонением в физическом или психическом развитии.

Работа с человеком, имеющим врожденные нарушения, строится на иной основе. В подобных случаях возможны исходная неадаптированность, отсутствие периода нормального развития и какой бы то ни было утраты. **Поэтому абилитационные мероприятия нужно понимать как систему раннего вмешательства в процесс развития ребенка с целью**

достижения его максимальной приспособленности к внешним условиям существования с учетом индивидуальных особенностей имеющихся нарушений. Последняя категория, которую мы рассмотрим, — **коррекция**, под которой понимается **процесс исправления тех или иных нарушенных функций.** В специальной психологии длительное время обсуждается вопрос о соотношении коррекции и компенсации.

Суммируя все точки зрения, можно сформулировать несколько положений.

Прежде всего, коррекция — это всегда определенное воздействие на человека с целью исправления чего-либо, это внешний процесс по отношению к индивиду, в отличие от компенсации. Безусловно, внешнее коррекционное воздействие должно на что-то опираться, как, например, реабилитация опирается на компенсаторные процессы. Для коррекционных мероприятий в качестве базы выступают механизмы сенсбилизации — закономерной способности функций к повышению своей эффективности под влиянием тренировки.

Коррекция, в отличие от компенсации, показана в случае нарушения функции, но не ее выпадении. Корректировать, например, зрение, когда оно отсутствует, бессмысленно. В этом случае речь идет как раз о восполнении утраченной функции. Обратите внимание, что словосочетание **нарушенная функция** фигурирует в определении и компенсации, и коррекции. Это означает, что вопрос о том, следует ли нарушенную функцию корректировать или компенсировать, решается в зависимости от того, насколько выражены сами нарушения.

Расстройства функции, при которых она еще существует, но уже не способна достичь уровня целесообразной результативности, свидетельствуют о необходимости включения компенсаторных механизмов. Так, например, снижение остроты зрения до таких показателей, при которых никакое приближение предмета к глазам, равно как и его увеличение не приводит к формированию образа восприятия, но остаются сохраненными лишь элементарные ощущения, можно назвать выраженной неспособностью к целесообразной результативности зрительной функции. В подобной ситуации говорить об эффективной коррекции не имеет смысла.

Таким образом, мы попытались разграничить обсуждаемые понятия. Тем не менее указанные различия имеют не абсолютный, а относительный

характер. Ибо коррекция и компенсация могут взаимно дополнять друг друга. Даже при незначительном снижении остроты зрения на один глаз, функцию ведущего автоматически берет на себя сохранный, восполняя недостатки больного. По сути своей это компенсаторный акт. С другой стороны, в ситуации выраженного нарушения функций возможно и даже необходимо проведение определенных коррекционных мероприятий. Хорошо известно значение развития остаточного зрения и слуха у слепых и глухих детей для повышения их адаптированности.

Мы рассмотрели в сравнительном плане такие категории, как компенсация, адаптация, реабилитация, абилитация и коррекция. Раскрытие их значений позволяет лучше понять сам феномен отклоняющегося развития. Безусловно, главным критерием эффективности коррекции, реабилитации и абилитации является полученный результат. Но не менее важна и устойчивость достигнутого эффекта, а также временные затраты, как выражение трудоемкости, а стало быть, стоимости коррекционной или реабилитационной услуги.

Контрольные вопросы

1. Что представляют собой компенсаторные процессы?
2. Какова уровневая организация компенсаторных процессов?
3. Охарактеризуйте основные фазы компенсаторного процесса.
4. В чем сходства и различия компенсации и адаптации?
5. В чем состоит сущность таких феноменов, как декомпенсация, псевдокомпенсация и гиперкомпенсация?
6. Что представляет собой реабилитационный процесс?
7. Как соотносятся между собой такие понятия, как компенсация и реабилитация?
8. Что представляет собой процесс абилитации?