



Шаповал Ирина Анатольевна,

доктор педагогических наук, профессор кафедры специальной психологии ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный педагогический университет», г. Оренбург

irinashapoval@yandex.ru

Рзиев Амир Баймуратович,

магистрант ФГБОУ ВПО «Оренбургский государственный педагогический университет», г. Оренбург

rzievamir@mail.ru

Иррациональные установки инвалидов как фактор субъективной оценки качества жизни

Аннотация. Статья посвящена анализу роли иррациональных установок в формировании субъективной оценки качества жизни в условиях инвалидности. Эмпирически установлена неравномерность психологического неблагополучия инвалидов в разных сферах жизни. Представлены и проанализированы факты связи с иррационально завышенными самооценкой и долженствованиями в отношении себя.

Ключевые слова: субъективное качество жизни, ограниченные возможности здоровья, инвалиды, иррациональные установки.

Раздел: (02) комплексное изучение человека; психология; социальные проблемы медицины и экологии человека.

Современные подходы к изучению качества жизни выделяют две его стороны:

- объективная, представляющая собой комбинацию нормативных и статистических характеристик объективной оценки степени удовлетворения научно обоснованных потребностей и интересов людей;

- субъективная – индивидуальные потребности и интересы конкретных людей, отражающиеся в их субъективных ощущениях, личных мнениях и оценках. Субъективные составляющие удовлетворенности качеством жизни зависят от объективных, но их жесткая детерминация отсутствует. Другими словами, наша удовлетворенность качеством жизни и её субъективное благополучие в значительной степени сугубо психологические и формируются на основе нашей потребности в позитивных чувствах, состояниях и в позитивной самооценке.

Анализ литературы позволяет систематизировать факторы высокого субъективного качества жизни [1]:

- в зарубежной психологии: экстраверсия, интернальный локус контроля, высокая самооценка, самоуважение, самопринятие, оптимизм, жизнерадостность, умение планировать и продуктивно использовать время (M. Argyle, E. Diener, A. Campbell, T. Lischetzke, R. Lucas, R. Veenhoven и др.);

- в отечественной психологии: самореализация, активность, смелость, ответственность, способность к самовыражению, мотивационная направленность, совладающее поведение, уверенность (К. А. Абульханова-Славская, Г. М. Головина, И. А. Джидарьян, Г. М. Зараковский, Т. Н. Савченко и др.).

Любое событие в жизни человека всегда проходит через его точку зрения, подвергается ее воздействию и, в свою очередь, воздействует на личность. Представление о мире и субъективная оценка качества своей жизни тесно связаны и формируются, трансформируются на протяжении всей жизни человека под влиянием разнообразных факторов: относительно внешних и внутренних, личностных. Когнитивными механизмами субъективной оценки качества жизни выступают рефлексия и бенчмаркинг. Лич-



ностная рефлексия как размышление человека, направленное на анализ самого себя и собственной активности, осуществляется как процесс, порождающий смыслы и потенциально приводящий к коренному изменению системы ценностей личности. Бенчмаркинг (от англ. Benchmark – эталон, ориентир) основывается на сравнении себя, своего положения, достижений и неудач с положением окружающих. В эталон сравнения, согласно А. Кемпбеллу, входят [2]: устремления – то, чего человек хочет достичь; ожидания – то, чего он ждет от жизни; равенство – положение, которое считает достойным для себя; личные потребности в плане степени их реализации.

Оценивание своей жизни может происходить в двух системах измерения: а) в социально признанной в данной культуре в данное историческое время и б) в субъективной системе измерений, опирающейся на личную иерархию жизненных ценностей и представлений о своем благополучии. Эти оценки могут не совпадать. Можно предположить, что несформированность рефлексии и несовершенство бенчмаркинга могут обуславливать затруднения в объективизации субъективного качества жизни и искажения в ее оценке.

Согласно современным представлениям о качестве жизни, его важными факторами являются реализация самоопределений и идеалов личности, гедонистическая составляющая в виде получения удовольствий и желаемого, удовлетворение материальных потребностей. Сегодня социальная реальность предлагает и даже навязывает человеку стандартные эталоны, которым он должен соответствовать. З. Бауман пишет об огромной власти, которую СМИ имеет над воображением людей: влиятельные, «более реальные, чем сама реальность», образы на экранах задают стандарты жизни и ее оценки, а также стремление сделать «живую» реальность более приятной. Желаемая жизнь стремится быть жизнью, которую люди видят по телевизору, а реальная жизнь кажется нереальной и будет продолжать видаться и ощущаться нереальной, пока она не превращена, в свою очередь, в образы на экранах телевизоров. При этом чувствующих себя несчастными гораздо больше, чем способных указать и назвать причины своего несчастья. Ощущение «несчастливости» часто расплывчато, его контуры смазаны, основания разрознены [3].

В Законе РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями на 21.07.2014) в статье 1 главы 1 даются следующие определения [4]:

– Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

– Ограничение жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Рост внимания к вопросам социального функционирования и качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) актуализирует медицина, начиная с 70-х гг. XX в. и последовательно интегрируя большое число физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик, отражающих способность человека адаптироваться к проявлениям болезни и к ОВЗ. При этом подчеркивается, что качество жизни – это *субъективное* удовлетворение, выражаемое или испытываемое индивидуумом в физических, ментальных и социальных ситуациях *даже при наличии каких-то дефицитов*.



Если феномен качества жизни включает удовлетворенность человека своим физическим, психическим и социальным благополучием, то способность индивидуума с ОВЗ функционировать в обществе соответственно своему положению и получать удовлетворение от жизни во всех ее аспектах определяется тем, насколько полезны или ее последствия не позволяют человеку жить так, как он хотел бы. Субъективное качество жизни инвалида подразумевает под собой и уровень его здоровья, и удовлетворенность им, и уровень физических ограничений, и тяжесть течения того или иного заболевания [5]. В целом качество жизни лиц с ОВЗ определяется на сегодняшний день тремя основными компонентами [6]:

1. Функциональная способность – возможность осуществления ряда повседневных функций, социальная, интеллектуальная, эмоциональная, а также возможность поддерживать экономически себя.

2. Восприятие – субъективная характеристика человека своих жизненных ценностей, здоровья, удовлетворенности жизнью и своего благополучия.

3. Симптомы и последствия – они не всегда учитываются, так как, возможно, они исчезают после лечения, сопутствуют заболеванию, видоизменяются в результате медицинского вмешательства.

Исследований субъективного качества жизни лиц с ОВЗ в отечественной психологии недостаточно, а их результаты часто противоречивы, что может объясняться междисциплинарным характером проблемы. В литературе часто упоминается «парадокс инвалидности»: люди с тяжелыми и стойкими ОВЗ сообщают о хорошем или отличном качестве жизни несмотря на то, что, по мнению большинства, они живут непривлекательной жизнью.

Сравнительное исследование субъективного качества жизни психически больных с диагнозами шизофрении и органических заболеваний ЦНС [7] выявляет в целом средние оценки качества жизни, в том числе связанные со здоровьем. Однако пациенты с органической патологией чувствовали себя менее безопасно, а их удовлетворенность финансовыми ресурсами, окружением, доступностью и качеством медицинской помощи, возможностями для отдыха была заметно ниже. Выявленные различия авторы объясняют различной длительностью заболевания и тем, что органические процессы в первую очередь затрагивают когнитивную сферу, причем критическое отношение к имеющимся дефектам у больных зачастую сохраняется, а при шизофрении когнитивные нарушения не специфичны, и на первый план выступают мотивационные нарушения, расстройства мышления и личностной сферы.

В другом исследовании субъективного качества жизни молодых инвалидов с умственной недостаточностью [8] установлено, что статус инвалида детства не является основным показателем положительной или отрицательной жизнедеятельности. В то же время значимым оказался фактор участия в реабилитационной программе: субъективная оценка качества жизни у инвалидов, участвующих в реабилитационной программе, выше, при этом репертуар доступных им видов активности количественно более широк и качественно более высок, а самооценка демонстрирует большую их критичность и включает субъективное переживание счастья.

Изучение субъективного благополучия лиц с ОВЗ, как правило, имеющих ярко выраженную зависимость от родительской опеки, но, тем не менее, способных к обучению и взаимодействию с окружающей средой, свидетельствует об опосредованном влиянии инвалидности на его оценку [9]. Условно здоровые свою удовлетворенность жизнью связывают с ее осмысленностью, инвалиды же демонстрируют ее как предиктор жизнестойкости, что само по себе способно стать личностным ресурсом.



сом. Как правило, адаптационный механизм лиц с ОВЗ более напряжен в силу их характерологической особенности, сложившейся вследствие гиперкомпенсации органического недостатка. Склонность инвалидов использовать копинг-стратегию «мысленного ухода» как стратегию защиты можно объяснить их хронической стрессированностью инвалидностью. Таким образом, инвалидность – фактор, отрицательно влияющий на субъективное благополучие человека, но оно может вернуться к изначальному уровню за счет определенных особенностей характера.

Краткий обзор современных исследований субъективного качества жизни инвалидов или лиц с ОВЗ свидетельствует об отсутствии на настоящее время полной картины этого феномена и представлений о включенных в него механизмах – в частности, рефлексии и бенчмаркинге, обуславливающих специфику субъективного качества жизни. Полагаем, что ментальные ошибки могут сыграть определяющую роль в этом процессе. Когнитивная психология и психотерапия предлагают три основные объяснительные модели.

В теории Дж. Келли [10] психическое здоровье человека определяется состоянием его личностных конструкторов – представлений; изменение личных конструкторов, таким образом, предполагает изменение представлений. Здоровые люди хотят оценивать свои личностные конструкторы и проверять их правильность по отношению к другим людям; могут отбросить свои конструкторы и переориентировать системы стержневой роли, как только окажется, что они не действуют; хотят расширять диапазон, объем и охват конструктивной системы, т. е. остаются открытыми для нового; обладают хорошо развитым репертуаром ролей. Психическое расстройство – любой личностный конструктор, повторяющийся, несмотря на его последовательную неполноценность для достижения цели. Оказавшись неспособным прогнозировать, человек погружается в тревогу и настойчиво ищет новые способы интерпретации событий в своем мире или, наоборот, может строго придерживаться старых прогнозов, сохраняя свою несовершенную систему конструкторов с вероятностью повторной неудачи. Плохо адаптированный человек не может прогнозировать события с большой точностью и, следовательно, терпит неудачу в познании мира или совладании с ним.

Создатель рационально-эмотивной терапии А. Эллис источником психологических нарушений видит систему индивидуальных иррациональных представлений о мире – жестких связей в форме приказов, не терпящих возражений [11]. Эти представления усваиваются с детства и, как правило, от значимых взрослых. Таким образом, отношение родителей к болезни или биологическому дефекту ребенка в силу механизма идентификации присваивается ребенком и становится определяющим в его жизни и оценке ее качества. Сердцевинной эмоциональных нарушений как результата действия иррациональных установок является, по мнению Эллиса, самообвинение.

А. Т. Бек, создавший в психотерапии подход, основанный на здравом смысле, подчеркивает оценочный характер когнитивных процессов: их способность оценить реальную ситуацию и реальность в целом, снижать когнитивный диссонанс от принятия решения и направленность на поддержание или повышение собственной оценки [12]. Согласно Беку:

1. В организации нашего опыта – классификации, интерпретации, навешивании ярлыков и осмысливании окружающего мира – участвуют *схемы* как «системы убеждений» о людях, событиях, ситуациях или стимулах. Схемы включают *автоматические мысли*, способные быть источником проблем, алогичного мышления и искажений реальности.



2. У человека имеется некий «свод правил», служащих основой для интерпретаций, ожиданий и распоряжений в свой адрес. Эти правила могут сильно расходиться с реальностью, содержать искажения или применяться произвольно. Правила, предрасполагающие людей к чрезмерной печали или депрессии: «Чтобы быть счастливым, я должен быть успешным, богатым, известным...», «Если я допускаю ошибку, то я некомпетентен», «Я не способен жить без любви» и т. п. Часто правила часто обозначаются как «долженствования» в том или ином виде: «Я должен уметь переносить трудности», «Я должен уметь разрешать любые проблемы», «Я всегда должен быть максимально эффективным»...

3. Необоснованность суждений, противоречащих фактам, игнорирование деталей ситуации, дихотомическое мышление, умозаключение по единичным эпизодам – все это является когнитивными ошибками.

В проведенном нами в 2014 г. эмпирическом исследовании возможного влияния иррациональных установок на субъективное качество жизни инвалидов (выборка составила 12 испытуемых-инвалидов, молодых мужчин и женщин в возрасте от 20 до 30 лет, посещающих Центр реабилитации инвалидов Оренбургской областной организации Всероссийского общества инвалидов) использовались две диагностические методики: «Шкала психологического благополучия» К. Рифф и «Диагностика наличия и выраженности иррациональных установок» А. Эллиса.

Опросник К. Рифф [13] предназначен для измерения выраженности основных составляющих психологического благополучия и активно используется в исследовательской практике во многих странах. Понятие «благополучие» взято ВОЗ в качестве основного критерия для определения здоровья как не только отсутствия болезней или физических дефектов, но и состояния полного физического, умственного и социального благополучия. В психологии нет единого общепризнанного определения понятия «психологическое благополучие»; в целом это понятие характеризует область переживаний и состояний, свойственных здоровой личности.

Рассмотрим полученные данные о психологическом благополучии. В целом доля испытуемых, набравших средние показатели, составила 34%, набравших низкие баллы – 66%. Сводные данные по шкалам психологического благополучия представлены в табл. 1.

Таблица 1

Распределение оценок психологического благополучия испытуемых по шкалам (в средних баллах и процентах)

Оценка психологического благополучия	Шкалы											
	Положительные отношения с другими		Автономия		Управление окружением		Личностный рост		Цель в жизни		Самопринятие	
	Ср.б.	%	Ср.б.	%	Ср.б.	%	Ср.б.	%	Ср.б.	%	Ср.б.	%
Высокая	–	–	–	–	1	8,3	–	–	9	8,3	–	–
Средняя	3,3	25,0	5	41,7	5,4	50,0	5,5	50,0	5	41,7	5,1	50,0
Низкая	2,3	75,0	1,57	58,3	3	41,7	1,6	50,0	2,3	50,0	2,5	50,0

Преобладание средних оценок отмечается в единственной шкале «Управление окружением» – 50,0%: половина респондентов считает, что обладают властью и компетенцией в управлении окружением, контролируют внешнюю деятельность, эффективно используют возможности, способны улавливать или создавать условия и обстоятельства для удовлетворения личных потребностей и достижения целей. В



то же время чуть меньшая часть испытуемых (41,7%) испытывает сложности в организации повседневной деятельности, чувствует себя неспособными изменить или улучшить складывающиеся обстоятельства, безрассудно относится к представляющимся возможностям, лишена чувства контроля над происходящим вокруг.

Средние и низкие оценки равномерно распределяются по 50,0% по шкалам:

– «Личностный рост»: половина респондентов осознает отсутствие собственного развития, не испытывает чувства улучшения или самореализации, испытывает скуку и не имеет интереса к жизни, ощущает неспособность устанавливать новые отношения или изменять свое поведение. Другая половина воспринимает себя «растущими» и самореализующимися, открытыми новому опыту, наблюдает улучшения в себе и своих действиях с течением времени; изменяется в соответствии с собственными познаниями и достижениями.

– «Самопринятие»: половина испытуемых недовольны собой, разочарованы событиями своего прошлого, испытывают беспокойство по поводу некоторых личных качеств, желают быть не тем, кем являются. Вторая половина позитивно относится к себе, знает и принимает различные свои стороны, включая хорошие и плохие качества, положительно оценивает свое прошлое. Утверждения «Мне кажется, что многие из моих знакомых преуспели в жизни больше, чем я» и «Я завидую образу жизни многих людей» набрали наибольшее количество баллов.

Низкие оценки преобладают в шкалах:

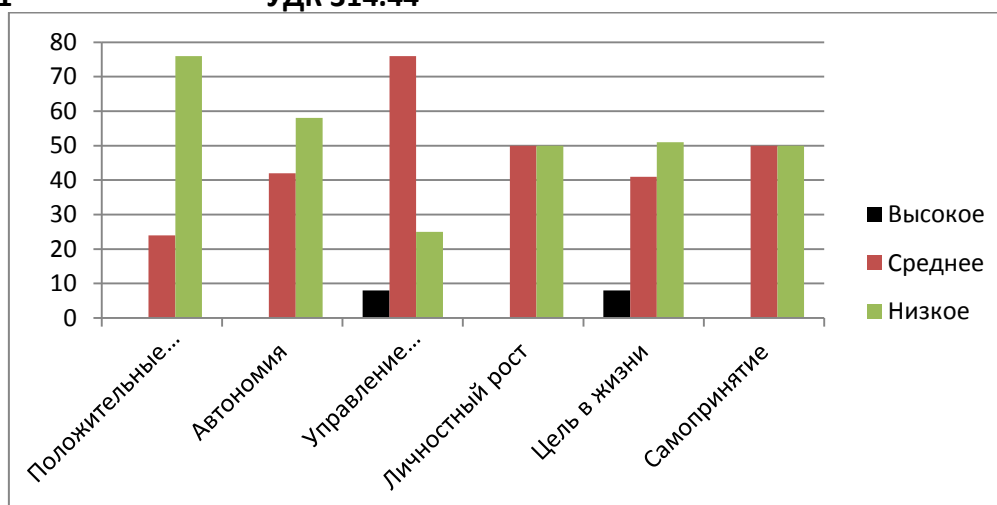
– «Автономия» – 58,3%: зависимость от мнения и оценки окружающих; в принятии важных решений полагается на мнение других; поддается попыткам общества заставить думать и действовать определенным образом. Примечательно, что утверждение «Я не из тех, кто поддается давлению общества в том, как себя вести и как мыслить» большинством было принято положительно.

– «Цель в жизни» – 50,0%: лишены смысла в жизни; имеют мало целей или намерений; отсутствует чувство направленности, не находят цели в своей прошлой жизни, не имеют перспектив или убеждений, определяющих смысл жизни.

– «Положительные отношения с другими» – 75,0%: ограниченное количество доверительных отношений с окружающими; проблемы с открытостью, проявлением теплоты и заботы; в межличностных отношениях изолированы и фрустрированы; не желают идти на компромиссы. С утверждением «Когда дело доходит до дружбы, я часто чувствую себя сторонним наблюдателем» согласились все испытуемые.

Высокие баллы по двум шкалам – «Управление окружением» и «Цель в жизни» – можно считать исключением, так как получены они одним испытуемым каждая из всей выборки.

Рисунок иллюстрирует количественные данные, представленные в табл. 1, позволяя наглядно увидеть диспропорции оценок жизни: низкое качество отношений с окружающими противоречит высоким оценкам управления ими, низкая автономия сочетается с низкими самопринятием, целями в жизни, личностным ростом. В совокупности эти данные дают основание предположить наличие у испытуемых иррациональных установок. Для проверки этой гипотезы использовалась методика «Диагностика наличия и выраженности иррациональных установок» А. Эллиса, шкалы которой соответствуют четырем группам иррациональных установок: «катастрофизация», «долженствование в отношении себя», «долженствование в отношении других», «оценочная установка» – самооценка и рациональность мышления, а также фрустрационная толерантность (табл. 2).



Показатель психологического благополучия испытуемых по шкалам

Таблица 2

Внутригрупповое распределение уровней выраженности иррациональных установок (в средних баллах и процентах)

Уровень иррациональных установок	Шкалы									
	Катастрофизация		Долженствование в отношении себя		Долженствование в отношении других		Самооценка и рациональность мышления		Фрустрационная толерантность	
	Ср.б.	%	Ср.б.	%	Ср.б.	%	Ср.б.	%	Ср.б.	%
Высокий	—	—	—	—	—	—	13	25,0	—	—
Средний	17,66	100	16,9	83,4	18,16	100	16,3	75,0	17	100
Низкий	—	—	23	16,6	—	—	—	—	—	—

Анализ данных показывает, что высокая выраженность иррациональных установок у четверти испытуемых выявлена только по одной, но очень важной шкале – «Самооценка и рациональность мышления». Этот уровень характеризуется такими иррациональными мыслями, как «Мое чувство собственной ценности не повышается, даже если у меня есть большие успехи в учебе или работе» и «Одобрение или неодобрение моих друзей или членов моей семьи не влияет на то, как я оцениваю самого себя». Наличие подобных установок свидетельствует о том, что человеку свойственно оценивать не отдельные черты или поступки людей, а личность в целом. Мышление характеризуется позицией «Все или ничего!» и дихотомичностью.

Отметим утверждения, получившие 100-процентное согласие: «Иметь дело с некоторыми людьми может быть неприятно, но это никогда не бывает ужасно», «Мне бы хотелось лучше учиться или работать, однако нет никаких оснований считать, что я должен добиваться этого во что бы то ни стало», «В общем, я нормально отношусь к тому, что подростки ведут себя иначе, чем взрослые, например, поздно просыпаются по утрам или разбрасывают книжки или одежду на полу в своей комнате» и т. п.

Для уточнения потенциальной связи двух переменных – удовлетворенности жизнью и иррациональных установок – диагностические данные были сопоставлены: по результатам диагностики психологической удовлетворенности жизнью были выделены две подгруппы, их показатели соотнесены с наличием и степенью выраженности у них иррациональных установок.



Сравнение данных (табл. 3) позволяет увидеть значимые различия между подгруппами по двум шкалам, отражающие общую закономерность: при среднем психологическом благополучии гораздо ниже иррациональность в долженствовании в отношении себя и в самооценке и рациональности мышления. И наоборот, при низком психологическом благополучии выше и иррациональное долженствование, и самооценка с рациональностью мышления.

Ключевым моментом иррациональных долженствований в отношении себя является категоричное мышление: я ДОЛЖЕН быть компетентным, адекватным и успешным, я ДОЛЖЕН получить одобрение абсолютно всех значимых людей в моей жизни. Ужасно, когда этого не происходит. Я не перенесу поражения в этих важнейших направлениях. Я ничемный человек [14], – и, добавим: жизнь не удалась!

Таблица 3

Распределение оценок психологического благополучия в соотношении со степенью выраженности иррациональных установок у испытуемых

Психологическое благополучие	Шкалы									
	Катастрофизация		Долженствование в отношении себя		Долженствование в отношении других		Самооценка и рациональность мышления		Фрустрационная толерантность	
	Ср. б.	%	Ср. б.	%	Ср. б.	%	Ср. б.	%	Ср.б.	%
В целом среднее	17,9	66	21	66	18,3	66	17	66	17,3	66
В целом низкое	17	34	16,3	34	19	34	13,6	34	16	34

Можно предположить, что иррационально завышенный уровень притязаний к своим возможностям не случайно связан с низким психологическим благополучием: выработка компенсаторных механизмов при различных отклонениях в развитии и ограниченных возможностях здоровья предполагает соотношение возможностей с потребностями и сведение их к балансу. Возможно, в описанных случаях компенсаторные механизмы сформированы недостаточно.

Низкая иррациональная самооценка, считал Эллис, создает дефицит положительного самоподкрепления личности и избыток отрицательного самоотношения с самонаказанием. Все это становится источником формирования патоориентированных [15], или «инвалидизированных» личностей. У наших испытуемых самооценка иррационально завышена, и здесь так же психологически объяснимо субъективное снижение качества жизни: внимание фокусируется на несовершенстве жизни и ее несоответствии иррациональному образу Я, полностью или частично заимствованному из социальных стереотипов и стандартов.

Подведем итоги. У трети респондентов низкое в целом субъективное качество жизни (психологическое благополучие) сочетается с иррационально завышенными самооценкой и долженствованиями в отношении себя, то есть уровнем притязаний к своему Я. Эти данные не противоречат результатам ранее проведенных исследований [16, 17] и так называемому «парадоксу инвалидности», но еще раз подчеркивают значимость личностных характеристик человека в оценке качества своей жизни при прочих равных условиях, в том числе ограниченных возможностях здоровья.

Перспективами исследования связи иррациональных установок личности с оценкой ее субъективного качества жизни может стать изучение социальных когний лиц с ОВЗ, а также более дифференцированный анализ этой связи по факторам гендера, характера и тяжести ограничений здоровья.



Ссылки на источники

1. Шаповал И. А. Субъективное качество жизни в психологии бедности // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2014. – Т. 6. – № 4. – С. 207–218. – URL: <http://psyedu.ru/journal/2014/4/Shapoval.phtml> (дата обращения 30.01.2015).
2. Лига М. Б., Щеткина И. А. Качество жизни: социально-психологический подход. – URL: http://www.rusnauka.com/16_ADEN_2011/Psihologia/12_88633.doc.htm (дата обращения 02.12.14).
3. Бауман З. Текучая современность. – СПб.: Питер, 2008. – 240 с.
4. Закон РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями на 21.07.2014). – URL: <http://docs.cntd.ru/document/9014513> (дата обращения 30.01.2015).
5. Куликов С. А., Куликова А. С., Войцеховский В. В. Сравнительное изучение качества жизни психически больных. – URL: http://www.talagi.ru/info/bulletin_1.htm (дата обращения 12.04.2014).
6. Методика оценки качества жизни больных инвалидов. – URL: <http://elib.bsu.by/bitstream/.ru> (дата обращения 07.12.2014).
7. Куликов С. А., Куликова А. С., Войцеховский В. В. Указ. соч.
8. Щербакова А. М., Забавская А. А. Субъективная оценка качества жизни молодыми инвалидами с ментальной недостаточностью // Психологическая наука и образование psyedu.ru. – 2012. – № 4. – URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57145.shtml (дата обращения 10.12.2014).
9. Лебедева А. А. Субъективное благополучие лиц с ограниченными возможностями здоровья: автореф. дис. ... канд. психол. наук (19.10.2012). – URL: <http://nauka-pedagogika.com/psihologiya-19-00-01/dissertaciya-subektivnoe-blagopoluchie-lits-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya> (дата обращения 30.01.2015).
10. Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. – СПб.: Питер, 2002. – 608 с.
11. Эллис А. Гуманистическая психотерапия. Рационально-эмоциональный подход. – СПб.: Сова, 2001. – 272 с.
12. Бек Д. Когнитивная терапия. – М.; СПб.; Киев: Вильямс, 2006. – 400 с.
13. Шевеленкова Т. Д., Фесенко Т. П. Психологическое благополучие личности // Психологическая диагностика. – 2005. – № 3. – С. 95–121.
14. Эллис А. Указ. соч.
15. Там же.
16. Лебедева А. А. Указ. соч.
17. Щербакова А. М., Забавская А. А. Указ. соч.

Irina Shapoval,

Doctor of Pedagogic Sciences, Professor at the chair of special Psychology, Orenburg State Pedagogical University, Orenburg

irinashapoval@yandex.ru

Amir Rziev,

Master student, Orenburg State Pedagogical University, Orenburg

rzievamir@mail.ru



Irrational installation of disabled as a factor of subjective assessment of life quality

Abstract. The paper analyzes the role of irrational attitudes in shaping the subjective assessment of life quality in terms of disability. The author empirically proves irregularity of psychological ill-being of persons with disabilities in different spheres of life, analyzes the connection of irrational high self-esteem and self-obligations.

Key words: subjective quality of life, disabilities, disabled, irrational installation.

References

1. Shapoval, I. A. (2014) "Sub#ektivnoe kachestvo zhizni v psihologii bednosti", *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru*, vol. 6, № 4, pp. 207–218. Available at: <http://psyedu.ru/journal/2014/4/Shapoval.phtml> (data obrashhenija 30.01.2015) (in Russian).
2. Liga, M. B. & Shhetkina, I. A. *Kachestvo zhizni: social'no-psihologicheskij podhod*. Available at: http://www.rusnauka.com/16_ADEN_2011/Psihologia/12_88633.doc.htm (data obrashhenija 02.12.14).
3. Bauman, Z. (2008) *Tekuchaja sovremennost'*, Piter, St. Petersburg, 240 p. (in Russian).
4. *Zakon RF "O social'noj zashhite invalidov v Rossijskoj Federacii" (s izmenenijami na 21.07.2014)*. Available at: <http://docs.cntd.ru/document/9014513> (data obrashhenija 30.01.2015) (in Russian).
5. Kulikov, S. A., Kulikova, A. S. & Vojcehovskij, V. V. *Sravnitel'noe izuchenie kachestva zhizni psihicheski bol'nyh*. Available at: http://www.talagi.ru/info/bulletin_1.htm (data obrashhenija 12.04.2014) (in Russian).
6. *Metodika ocenki kachestva zhizni bol'nyh invalidov*. Available at: <http://elib.bsu.by/bitstream/.ru> (data obrashhenija 07.12.2014) (in Russian).
7. Kulikov, S. A., Kulikova, A. S. & Vojcehovskij, V. V. Op. cit.



8. Shherbakova, A. M. & Zabavskaja, A. A. (2012) "Sub#ektivnaja ocenka kachestva zhizni molodymi inval'idami s mental'noj nedostatochnost'ju", *Psihologicheskaja nauka i obrazovanie psyedu.ru*, № 4. Available at: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57145.shtml (data obrashhenija 10.12.2014) (in Russian).
9. Lebedeva, A. A. *Sub#ektivnoe blagopoluchie lic s ogranichennymi vozmozhnostjami zdorov'ja: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk (19.10.2012)*. Available at: <http://nauka-pedagogika.com/psihologiya-19-00-01/dissertaciya-subektivnoe-blagopoluchie-lits-s-ogranichennymi-vozmozhnostyami-zdorovya> (data obrashhenija 30.01.2015) (in Russian).
10. H'ell, L. & Zigler, D. (2002) *Teorii lichnosti*, Piter, St. Petersburg, 608 p. (in Russian).
11. Jellis, A. (2001) *Gumanisticheskaja psihoterapija. Racional'no-jemocional'nyj podhod*, Sova, St. Petersburg, 272 p. (in Russian).
12. Bek, D. (2006) *Kognitivnaja terapija*, Vil'jams, Kiev, St. Petersburg, Moscow, 400 p. (in Russian).
13. Shevelenkova, T. D. & Fesenko, T. P. (2005) "Psihologicheskoe blagopoluchie lichnosti", *Psihologicheskaja diagnostika*, № 3, pp. 95–121 (in Russian).
14. Jellis, A. (2001) Op. cit.
15. Ibid.
16. Lebedeva, A. A. Op. cit.
17. Shherbakova, A. M. & Zabavskaja, A. A. (2012) Op. cit.

Рекомендовано к публикации:

Некрасовой Г. Н., доктором педагогических наук, профессором, членом редакционной коллегии журнала «Концепт»