

УДК 159.9

DOI: 10.34670/AR.2021.17.39.007

## **Телесность человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата в социокультурном пространстве современного российского общества**

**Нагорная Любовь Александровна**

Кандидат философских наук,  
доцент кафедры философии,  
Сибирский федеральный университет,  
660041, Российская Федерация, Красноярск, Свободный пр., 79;  
e-mail: poty-lyubov@yandex.ru

**Нагорный Николай Николаевич**

Кандидат философских наук, доцент,  
доцент кафедры тактико-специальной подготовки,  
Сибирский юридический институт Министерства внутренних дел Российской Федерации,  
660131, Российская Федерация, Красноярск, ул. Рокоссовского, 20;  
e-mail: nnagornyj@yandex.ru

### **Аннотация**

В статье рассматриваются особенности и пути оптимизации процесса вхождения телесности человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата в социокультурное пространство современного российского общества. Подчеркивается, что работа по оптимизации данного процесса должна вестись одновременно в трех, тесным образом взаимосвязанных между собой, направлениях: над формированием в общественном сознании адекватных представлений о телесности человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата; над формированием адекватного «Я-образа» человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата; над оптимизацией внешних условий социализации и инкультурации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. В нашей стране для дальнейшей оптимизации процессов социализации и инкультурации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимы определенные преобразования практически во всех сферах жизни общества. И в первую очередь изменения должны коснуться общественного сознания, в котором необходимо целенаправленно закреплять на первый взгляд уже почти сформированный образ человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата как полноправного члена общества, имеющего право на успешную самореализацию. Что касается внешних условий социализации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, то в первую очередь необходимо стремиться к снятию технологических, архитектурно-пространственных и организационно-правовых барьеров между ними и обществом.

**Для цитирования в научных исследованиях**

Нагорная Л.А., Нагорный Н.Н. Телесность человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата в социокультурном пространстве современного российского общества // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2021. Том 10. № 6А. С. 61-81. DOI: 10.34670/AR.2021.17.39.007

**Ключевые слова**

Человек с нарушениями опорно-двигательного аппарата, человек с физически ограниченными возможностями, человек с искаженной телесностью, телесность человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата, социализация, инкультурация, социокультурное пространство, жизненное пространство, ассистивные/нейроассистивные технологии, «Я-образ».

**Введение**

Каждый человек представляет собой уникальную совокупность природных и социокультурных качеств. С самого рождения биологическая составляющая человека оказывается под воздействием социального, приспосабливаясь к нему и претерпевая изменения под его влиянием. Согласно Р.И. Ивановой, биосоциальность человеческой природы – снятие биологического социальным, само социальное представляет включение биологического в социальное, его трансформацию на более высоком, социальном уровне [Иванова, 2009, 75]. А.Ю. Шеманов указывает на то, что человек является человеком, поскольку ему адресована задача стать им [Шеманов, 2006, 119]. Становление человека человеком это есть процесс его вхождения в окружающее социокультурное пространство, в определенной степени осложняющийся при наличии у индивида тех или иных нарушений телесно-физических качеств или/и интеллектуальных и духовных качеств. Вместе с тем, «адресование человеку задачи стать человеком не должно быть делом произвола человека или частной особенностью его культуры. Каждый человек самим фактом своего бытия уже воплощает собой для нас призыв адресовать ему задачу стать человеком, даже если он не способен, по нашему мнению, в понятной нам форме ее реализовать» [там же, 127]. Соответственно, в обществе должны быть созданы условия для социализации и инкультурации [Бороноева, 2009, 22] каждого входящего в него индивида.

Несмотря на то, что в настоящее время российское общество находится на пути к инклюзии людей с ограниченными возможностями здоровья [Государственная..., www; Распоряжение..., 2018, www], многие люди с инвалидностью в нашей стране продолжают подвергаться негативному социализирующему воздействию основных институтов социализации, в результате чего телесность таких людей становится еще более поврежденной, чем была изначально (с момента своего первичного повреждения) [Нагорная, Нагорный, 2015, 348; Нагорная, 2021, 121]. Напомним, что под телесностью в современной психолого-философской литературе понимают «одухотворенное тело, особый феномен, занимающий пространство между душой и телом» [Леви, 2007, 7]. Соответственно, просто *тело* при таком подходе – это, прежде всего, «физический объект, не несущий субъективности, духовности» [там же].

В последние десятилетия многие авторы говорят о необходимости рассматривать телесную и духовную составляющие человека в тесной взаимосвязи друг с другом, указывая на негативные последствия противопоставления «человека телесного» и «человека духовного». В частности, на то, что долгое время тело человека (и в первую очередь тело человека с

инвалидностью (*Л. А. Нагорная, Н. Н. Нагорный*)) оставалось в большей степени «в маргинальном ценностном аспекте, будучи отдаленным, а нередко и просто отдельным – в том числе и стереотипами массовых представлений – от подлинно культуросообразной и культууроформирующей деятельности человека» [Быховская, 2007, 57]. В связи с этим, как отмечает И.М. Быховская, в нашем обществе давно созрела необходимость всесторонней научно-гуманитарной рефлексии в отношении тела, в разработке технологий становления телесного бытия человека неотъемлемой частью социокультурного пространства, включения телесно-физических характеристик человека в рамки процесса культурной социализации [там же]. Полагаем, что данные процессы в обществе должны быть как можно более целенаправленными и систематизированными; по возможности необходимо избегать стихийного, несогласованного между собой влияния институтов социализации на телесные аспекты бытия человека [Нагорная, Нагорный, 2011, 69].

Во многих случаях целесообразно говорить о рефлексии не по отношению к телу как таковому, а по отношению к человеческой телесности в целом.

В ряде своих работ [Нагорная, Нагорный, 2015; Nagornaya, Nagornyi, 2015; Нагорная, 2021 и др.] рассматриваем поврежденную телесность как искаленную, отмечая, что инвалидизация является одним из самых серьезных последствий повреждения человеческой телесности. Соответственно, актуальными являются вопросы выработки оптимальных путей принятия обществом искаленной телесности, в том числе и телесности человека с инвалидностью.

### Основная часть

Нарушение опорно-двигательного аппарата – это, прежде всего, нарушение физического развития, т. е. человеческого тела (нарушение тела в свою очередь находит отражение в нарушении телесности человека, как тела одухотворенного, причем нарушение физического тела человека не обязательно приводит к слабости его духовного развития [Нагорная, Нагорный, 2011, 64]). Тело – это то, что непосредственно связывает объективную реальность и внутренний, субъективный мир человека, то, что помогает человеку воспринимать и воспроизводить социальный опыт. При этом приобретаемый человеком социальный опыт оказывает существенное воздействие на тело человека [там же, 65]. Согласно Н.Н. Козловой, тело является посредником между биологическим и социальным, результатом взаимного процесса биологического и социокультурного развития [Козлова, 1999, 29]. Как отмечает И. . Сидоров, в каждой культуре к данному природой телу люди все время что-то прибавляют по мере развития культуры, в соответствии с модой, нормами морали, религиозными догмами, характерными для их времени [Сидоров, 2005, 80]. К. Вульф рассматривает тело как носитель человеческой истории и культуры [Вульф, 2008, 125]. Поэтому всесторонний социально-гуманитарный анализ тела предполагает объяснение причин, сути, последствий культурных различий между представителями разных субкультур в одном обществе, между носителями культур отличных по времени и пространству обществ.

Процесс вхождения человека с искаленной телесностью в окружающее его социокультурное пространство зависит как от вида и глубины нарушения его телесности, так и от принятого в данном обществе отношения к имеющемуся у него нарушению телесности. Изменения, происходящие с телом человека с тем или иным физическим недостатком в ходе данного процесса, во многом определяются уровнем развития медицинских технологий, специальных ассистивных устройств и технологий, нейротехнологий, информационно-

коммуникационных технологий и др., а также уровнем их доступности в социуме.

В своих работах [Потылицына, 2005, 335-337; Потылицына, 2007, 54-78; Нагорная, Нагорный, 2011, 78-119; Нагорная [Агумбаева, Амирова, Беляева. и др.], 2021, 188-190] указываем на некоторые общие особенности процесса социализации людей с физически-ограниченными возможностями: 1. Процесс социализации каждого человека с физическим нарушением развития изначально, так или иначе, существенно усложняется на всех уровнях жизнедеятельности, но первичными являются нарушения на физиологическом уровне, а нарушения на психологическом, социально-психологическом и социальном уровнях жизнедеятельности носят вторичный характер и при определенных условиях являются обратимыми; 2. У всех людей с физически-ограниченными возможностями в той или иной степени нарушена способность к спонтанному (стихийному) развитию – изменениям в процессе самонаучения путем подражания [Сорокин, Кокоренко, 2003, 114] (особенно у слепоглохих лиц [Потылицына, 2006]); 3. Процесс социализации человека с приобретенным физическим нарушением существенно отличается от процесса социализации человека с врожденным нарушением физического развития, поскольку сознание человека с приобретенным физическим нарушением содержит представления об окружающем мире, сформированные на основе полноценной работы всех анализаторов. Человек с приобретенным физическим нарушением, сумевший успешно адаптироваться к своему новому состоянию, становится уникальным агентом социализации, владеющим как культурой людей без нарушений развития, так и культурой людей с тем или иным нарушением физического развития. 4. На всех уровнях процесса социализации у людей с физически-ограниченными возможностями наблюдаются так называемые компенсаторные механизмы, возможности обходных путей развития. Компенсаторные механизмы на одном (или нескольких) уровнях способны настолько сильно развиться, что это может привести к сверхкомпенсации. Понятие «компенсация» можно определить как «восстановление/замещение утраченной или глубоко нарушенной функции за счет внутрисистемных и межсистемных перестроек» [Сорокин, Кокоренко, 2003, 112]. Неоднозначное понятие «сверхкомпенсация» вслед за Л.С. Выготским можно, соответственно, трактовать как крайний вариант одного из двух возможных векторов развития процесса компенсации [Выготский, 1983, 42], при котором повреждающее воздействие на телесность человека вызывает со стороны последней защитные реакции гораздо более сильные, чем необходимо для нивелирования последствий данного повреждения [там же, 34-35]. 5. Субкультура людей с физически-ограниченными возможностями – закономерное явление общественного мира, служащее структурой, способной к самоорганизации и саморазвитию. Составные элементы данной структуры (отдельные люди с физически-ограниченными возможностями, группы таких людей) способны создавать «интеллектуальные импульсы» и, соответственно, способны принимать от общества «интеллектуальные импульсы», перерабатывать их и снова отправлять в общество информацию, имеющую интеллектуальную ценность. В целом субкультура людей с физически-ограниченными возможностями от общественного мира ожидает не столько интеллектуальной, сколько информационной и психологической поддержки.

Вместе с тем, при каждом виде нарушения физического развития наблюдаются свои особенности процесса социализации.

Далее проанализируем основные особенности процесса социализации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

При нарушении опорно-двигательного аппарата нарушенным в первую очередь является

двигательный акт поврежденной части тела, целостный двигательный акт с полноценной координацией, совместной работой всех групп мышц также является нарушенным. У человека могут быть нарушены мелкая моторика, функция ходьбы, положение тела в стоячем, сидячем положении, нередко имеются сопутствующие нарушения (так, при таком распространенном неврологическом заболевании, как детский церебральный паралич, помимо нарушений опорно-двигательного аппарата зачастую наблюдаются серьезные нарушения речи, также возможны нарушения интеллекта разной степени выраженности и др.). При крайне тяжелых формах нарушения опорно-двигательного аппарата человек практически полностью лишен способности управлять своим телом и зависит от телесности Другого в самых простых бытовых действиях. Для человека интеллектуально сохранного, но имеющего тяжелые нарушения опорно-двигательного аппарата, именно тело является самой труднопреодолимой преградой на пути к обществу, к себе самому как части социокультурного пространства.

Немаловажное значение для нашей статьи имеет такое понятие, как «жизненное пространство». Практически при любом нарушении физического развития в той или иной степени происходит сокращение зоны жизненного пространства, но именно при нарушениях опорно-двигательного аппарата проблема сокращения зоны жизненного пространства выходит на первый план. Чем более выраженными у человека являются нарушения опорно-двигательного аппарата, тем существеннее сокращается зона его жизненного пространства, что нередко сопровождается резким ограничением круга его «живых» социальных контактов, крайне замкнутым и однообразным образом жизни.

Понятие «жизненное пространство» предложил немецко-американский психолог К. Ц. Левин (1890–1947) в рамках своей теории поля [Левин, 2000]. Под жизненным пространством исследователь понимал психологическую реальность, которая включает тотальность возможных событий, способных повлиять на поведение человека [Курт..., www]. В структуре жизненного пространства К.Ц. Левин различал внешнюю среду (реальные физический и социальный макромиры) и внутреннюю среду – внутренний мир человека, являющийся центром жизненного пространства человека. Внутренний мир соприкасается с внешним миром через сенсомоторную область и психологическую среду, находящуюся в пределах жизненного пространства. Истинной средой обитания человека являются те фрагменты физической реальности и социальной среды, которые отражены в сознании человека и на которых строится его поведение. Жизненное пространство видоизменяется в течение жизни: как правило, расширяется от детства к зрелости, к старости сужается [Хасанов, 2011, 88].

Л.П. Гримак полагает, что жизненное пространство состоит из двух реальностей, первая из которых включает в себя информационно-энергетические и топологические взаимоотношения индивидуума с окружающей действительностью; вторая – субъективное моделирование внутреннего пространства личности, лежащее в основе ее взаимодействия с реальным миром [Гримак, 1999].

По мнению К. Уилбера, важной характеристикой жизненного пространства той или иной личности является то, насколько данная личность противопоставляет себя миру. Ученый различает четыре варианта прохода границы между «Я» и «не Я»: 1) уровень «маски» – это самая узкая территория Я, приравненная только к части своего сознания, к тому, что человек предъявляет окружающим; 2) уровень эго, при котором граница располагается между телом человека и его сознанием, при этом существует конфликт между духовной и телесной сферой; 3) организм в целом: на данном уровне граница проходит между внешним миром и телом, душа с телом находятся в состоянии единства и гармонии, но они противопоставлены миру; 4)

уровень увеличения пространства своего «Я» до бесконечности, отождествление себя со Вселенной. Поскольку любые границы – это есть источник конфликта, личность должна стремиться к расширению пространства Я, к осознанию единства с другими людьми и миром в целом [Уилбер, 2004].

М.Р. Хасанов, исследовав проблему жизненного пространства, пришел к следующим выводам: жизненное пространство человека – динамичная система, внутренняя структура которой содержит различные уровни включенности человека в социальную реальность (уровень телесной организации, идентификационный уровень, уровень повседневности). Конструируя и структурируя жизненное пространство, человек осваивает, прежде всего, свой жизненный мир, под которым понимается область потенциально возможного. Перемещая то, что содержит жизненный мир в сферу актуального, человек создает свое жизненное пространство. Этот процесс, по сути, постоянный и диалогичный, человек ведет диалог со своим жизненным миром. Жизненное пространство предоставляется человеку как пространство для его самоосуществления. Путь преобразования потенциального содержания жизненного мира в актуальное содержание жизненного пространства дает человеку возможность конструировать альтернативы личностного саморазвития, ориентируя ресурсы на поддержание существующих границ жизненного пространства или на их изменение (сужение, расширение). Следовательно, для создания своего актуального жизненного пространства, человек должен иметь представление о пространстве мира в целом, картине мира, то есть представление о пространстве возможного [Хасанов, 2011, 88].

Согласно И.Т. Сидорову, жизненное пространство человека – определенная среда, в которой осуществляется его воспроизводство как индивидуальности со всеми присущими ей особенностями [Сидоров, 2004, 161-162]. Жизненное пространство представлено двумя средами обитания индивида: природной и социокультурной, порожденной людьми. Человек является связующим звеном между этими средами. Природная среда представлена миром животных, миром растений и миром неживой природы, социальная – миром живых, разумных, производящих существ: людей и созданных их руками материальных и культурных ценностей [Сидоров, 2005, 79]. Основными функциями жизненного пространства являются: энергетическая, информационная, адаптационная, защитная и коммуникационная [там же, 131-133]. Роль энергетической функции заключается «в обеспечении и поддержке жизненных сил индивида как сложно организованной биосоциальной системы». Адаптационная функция заключается в том, что «посредством своего жизненного пространства индивид вписывается в окружающие его природную и социальную среды, он адаптируется к пространственным и временным изменениям, происходящим в этих средах». Коммуникативная функция заключается в том, что «человек накапливает и перерабатывает в своем жизненном пространстве различное влияние природной и социальной сред, а также оказывает обратное воздействие на окружающий мир, способствуя его преобразованию». Защитная функция жизненного пространства заключается в том, что оно «противодействует чрезмерному влиянию индивида извне, гася его отрицательное воздействие». Информационная функция заключается «в обмене информацией между людьми» [там же].

Очевидно, что чем тяжелее нарушение опорно-двигательного аппарата у человека, тем сложнее происходит его включение в социокультурное пространство, в первую очередь, на уровне телесной организации. Кроме того, при тяжелой форме нарушения опорно-двигательного аппарата в той или иной степени нарушенными являются все выделенные И.Т. Сидоровым функции жизненного пространства. Вместе с тем, в современном мире у человека

даже с тяжелой формой нарушения опорно-двигательного аппарата, но сохранным интеллектом, при определенных условиях потенциально возможно увеличение своего «Я» до бесконечности, отождествление себя со Вселенной (по К. Уилберу). Ярким примером этому может служить жизненный путь британского физика-теоретика, профессора математики Кембриджского университета Стивена Уильяма Хокинга (1942-2018). Как известно, проявившийся в довольно молодом возрасте и прогрессирующий быстрыми темпами боковой амиотрофический склероз постепенно привел ученого к практически полному параличу. Кроме того, в 1985 г. из-за тяжело протекающего воспаления легких С. Хогингу сделали серию операций, удалили трахею, в результате чего он уже тогда потерял способность говорить [Прохоров, [www](#)]. На протяжении многих лет зачастую именно С. Хокинга называли наиболее показательной медиа-персоной, определяя ученого как «гениальный мозг, заключенный в полностью медиатизированное тело» [Сидоров, 2010, 18], приводя его в качестве примера того, как «неподвижная плоть» вполне успешно «общается с миром благодаря механическим и электронным протезам и слабым нажатием кнопок» [там же, 18-19] и др.

Трудности протекания процесса социализации на физиологическом уровне вызваны повреждением опорно-двигательного аппарата, которое непосредственно влияет на жизненное пространство индивида – в той или иной степени ограничивает его свободу перемещения и действия. Вместе с тем, очевидно, что при использовании порожденных социальностью «искусственных техник» [Сидоров, 2005, 80] – современных специальных ассистивных и нейроассистивных технологий, данная проблема во многих случаях является разрешимой. С каждым годом, как зарубежными, так и российскими специалистами для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата разрабатываются все более совершенные инвалидные коляски, протезы, компьютерные устройства и приложения, деятельность которых все чаще основывается на интерфейсе «мозг-компьютер» (Brain-Computer Interface (BCI)). Так, в одной из наших предыдущих работ [Нагорная, 2021, 126] уже упоминались такие устройства с «нейрошапкой», как инвалидная коляска, управляемая посредством импульсов нейронов головного мозга, и своего рода «передатчик» информации из сознания парализованного человека на компьютер («нейрошапка», электроды которой подключены к компактному усилителю сигналов и компьютеру [Чеченова, 2019, [www](#)]). Кроме того, к настоящему времени для людей с серьезными нарушениями опорно-двигательного аппарата разработаны, в частности, следующие приспособления: инвалидное кресло, которым можно управлять с помощью изменения выражения лица (данное приспособление использует программную систему с камерой, способной к распознаванию десяти выражений лица, каждому из которых пользователь может присвоить определенную команду управления) [Intel..., [www](#)]; инвалидное кресло, управляемое с помощью нейрокомпьютерного интерфейса и датчиков отслеживания движения глаз (Eye Tracker) (пользователю доступны режимы: «вперед», «направо», «налево», «назад»; указывается, что с целью исключения непроизвольного срабатывания ассистивного приспособления устройство Eye Tracker считывает команду только тогда, когда пользователь нажимает специальную кнопку) [Чеченова, 2019, [www](#)]; электромобиль (нейромобиль) с элементами нейроуправления и нейроассистирования и др. [Mironov et al., 2018]. Отдельно следует сказать о значимости использования устройства Eye Tracker (которое изначально было разработано для геймеров) в коммуникаторах для реабилитации и абилитации людей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, поскольку «даже полностью парализованный человек в абсолютном большинстве случаев в состоянии сфокусировать взгляд и немного его перевести» [Менделеева, 2019, [www](#)]. Представляют интерес также исследования,

доказывающие, что приложения виртуальной реальности (VR) не только способны расширить жизненное пространство и скорректировать Я-образ человека с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата путем замены настоящих движений VR-симуляцией, но и в сочетании с нейрокомпьютерным интерфейсом и роботизированным экзоскелетом во многих случаях могут «разбудить» спинномозговые нервы, когда-то ставшие неактивными из-за травмы, и, соответственно, восстановить передачу нейроимпульсов из двигательной зоны коры головного мозга в спинной мозг, в результате чего к парализованному человеку частично возвращается возможность контролировать свои конечности [Donati et al., 2016].

В ряде случаев значительное улучшение физического состояния человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата может наступить в ходе лечения биотехнологическими медикаментами третьего поколения (передовой терапией (*advanced therapy*)), основанных на достижениях клеточных и генных технологий [Тарасов, 2019, www]. Так, для лечения такого генетического заболевания с аутосомно-рецессивным типом наследования, как спинальная мышечная атрофия (Spinal Muscular Atrophy) к настоящему времени разработаны три лекарства: «Спинраза» (в 2016 г.), «Рисдиплам» (в 2018 г.) и «Золгенсма» (в 2019 г.), два из которых – «Спинраза» (в конце 2020 г.) [Распоряжение..., 2020, www] и «Рисдиплам» (в конце 2021 г.) [Распоряжение..., 2021, www] – уже внесены правительством России в перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов. Напомним, что в основе патогенеза спинальной мышечной атрофии лежит мутация, либо отсутствие гена SMN1 (survival motor neuron 1), который отвечает за выработку протеина SMN, необходимого для поддержания активности двигательных нейронов, в результате чего у человека все более нарушается связь между центральной нервной системой и мускулатурой, что приводит к прогрессирующей мышечной атрофии. «Спинраза» и «Рисдиплам» рассчитаны на многократное применение, действие обоих препаратов направлено на модификацию «резервного» гена SMN2, который также способен вырабатывать протеин SMN, но в недостаточном количестве. При этом «Спинраза» вводится интратекально (т. е. под оболочки спинного мозга непосредственно в спинномозговую жидкость) и влияет в первую очередь на центральную нервную систему, а «Рисдиплам» применяется перорально (а именно в виде сиропа), комплексно воздействуя как на центральную, так и на периферическую нервную систему. В отличие от данных препаратов «Золгенсма» воздействует непосредственно на мутировавший или отсутствующий ген SMN1, заменяя его функционально полноценным геном. Вводится «Золгенсма» один раз в жизни внутривенно [Чикунев, 2021, www].

Для предупреждения, своевременной и более точной диагностики, эффективного лечения ряда болезней, сопровождающихся повреждениями опорно-двигательного аппарата, представляются перспективными новейшие научные достижения в области изучения мозга и высшей нервной деятельности. В частности, уже упоминавшиеся нами в одной из предыдущих работ [Нагорная, 2021, 126-127] нейрофотоника и такой ее метод, как оптогенетика [Доронина-Амиотонова и др., 2015; Ястребова, 2016; Желтиков, 2015, www].

Как выше уже было сказано, при физически-ограниченных возможностях первичными являются нарушения на физиологическом уровне социализации, а нарушения на психологическом, социально-психологическом и социальном уровнях носят вторичный характер и при определенных условиях (но, безусловно, только до определенного момента) являются обратимыми.

Несмотря на то, что у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, имеющих сохранный интеллект, нет объективных трудностей для восприятия и усвоения информации, для

формирования на достаточно высоком уровне высших духовных потребностей, интересов, ценностей, ценностных ориентаций и целей (в случае сопутствующих серьезных нарушений речи или/и сенсорных нарушений для этого необходимо задействовать обходные пути познания мира), в результате их попадания в психотравмирующие ситуации при отсутствии надлежащим образом сформированных приемов психологической защиты у них, как правило, возникают психологические проблемы, связанные с переживанием своего телесного несовершенства, боязнью передвижения, общения и т. п.

Так, Е.В. Лисина отмечает, что поскольку ребенку, в отличие от взрослого, не свойственно противопоставлять свое «Я» болезни, наблюдать за своей болезнью со стороны, то ребенок как бы сливается с болезнью, живет ею – чувственно и эмоционально [Лисина, 2002, 76]. Иными словами, ребенок крайне склонен отождествлять себя со своей болезнью (впрочем, многие взрослые люди с ограниченными возможностями здоровья, имеющие по тем или иным причинам искаженный «Я-образ» [Нагорная, 2011; Нагорная, 2021], также склонны идентифицировать себя со своей болезнью).

Напомним, что «Я-образ» (Я-концепция, самосознание, система «Я») – совокупность представлений человека о себе и своем месте в этом мире. В своих работах [Нагорная, 2011, 64; Нагорная, Нагорный, 2011, 379; Нагорная, 2021, 123], в частности, рассматриваем в качестве элементов «Я-образа» ряд определенных «я-реальных» и «я-идеальных» образов (образ своего тела, образ своего мышления, «образ-Я-профессионал», «образ-Я-семьянин», «образ-Я-ученик» и др.), отмечая, что по одним составляющим «Я-образа» «я-реальное» и «я-идеальное» могут практически полностью совпадать, по другим существенно расходиться.

Согласно И.В. Поставневой, у детей с физическими нарушениями наиболее уязвимым психическим образованием является «образ тела» – сложное психологическое образование, включающее в себя: индивидуальный опыт ощущения, восприятия и переживания тела; представление о своих внешних данных и физических качествах; установку на восприятие собственного тела; эмоционально-ценностное отношение к своему телу [Поставнева, 2002, 72]. Исследователь выявила следующие особенности образа тела у дошкольников с физическими нарушениями: «1. Эти дети обладают негативным телесным опытом, который является для них препятствием в овладении навыками использования физического контакта как средства коммуникации. 2. При эмоционально положительном отношении ко всему телу дети с физическими недостатками негативно относятся к дефектной части тела и использованию ее в деятельности. Своим поведением демонстрируют стремление «спрятать» пораженную часть тела от окружающих. 3. Дети с физическими дефектами средней и тяжелой степени имеют нарушения в схеме тела, у них, в частности, деформированы представления о пропорциях частей тела (прежде всего, дефектных). 4. Представления о своем телосложении, физических качествах, физических половых признаках, а также о своем теле, изменяющемся во времени (прошлом, настоящем и будущем), у таких детей отличаются упрощенностью и слабой отчетливостью. 5. У детей с физическими дефектами средней и тяжелой степени формируется установка на восприятие своего тела как слабого, беспомощного» [там же, 79–80].

М. Холл, Б. Боденхамер указывают на такие составляющие системы «Я» (метапрограммы) как самооценка, уверенность в себе, самоощущение, самоцелостность. Согласно ученым, *самооценка* (самоуважение) определяется как оценка собственной значимости, достоинства и бытия, связанная с онтологическим «Я» человека. Самооценка может находиться в каком-то месте континуума между полной никчемностью (чувство отвращения) и особой ценностью (самооценка от низкой до высокой). *Уверенность в себе* – чувство компетентности, которое

связано с представлением человека о собственных возможностях, способностях, навыках и чувством гордости от обладания ими. Уверенность в себе является обусловленной и проистекает из имеющегося у человека опыта (позитивного и негативного), особенностей его обучения, убеждений, взаимоотношений и т. д. Она относится скорее к эмоциональному / эмпирическому фактору «я», тогда как самооценка, или самоуважение, – к ментальному оцениванию себя как личности. *Самоощущение*: люди отличаются друг от друга по имеющемуся у них концепту «я» и факторам, которые они используют при определении себя в первую очередь (мышление, эмоции, воля, тело, роль, положение). То, как человек определяет себя, играет центральную роль в «я», из которого он исходит, и в «я», которое он использует на мета-метауровне. Индивидуум может склоняться к тому, чтобы идентифицировать себя либо со своими мыслями, либо со своими чувствами. Он может определять себя преимущественно посредством своей работы, ролей, опыта, знаний и т. д. *Самоцелостность*: 1. Те, кто находят, что их идеалы и идеальное «я» соответствуют их фактическому опыту, ощущают «самоцелостность». Это ощущение обуславливает принятие себя и центрирование на собственной личности. В результате человек оказывается в состоянии еще эффективнее направлять ментальную и эмоциональную энергию на актуализацию своих ценностей и представлений. 2. Те, у кого ощущение соответствия «я-реального» «я-идеальному» отсутствует, чувствуют внутреннюю раздвоенность и находятся не в ладах с собой. Это часто ведет к большому расходованию внутренней энергии на конфликты и борьбу с самим собой, на негативные эмоции и самопорицание [Холл, Боденхамер, 2007, 211-217].

Можно предположить, что у людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата компоненты системы «Я» чаще всего искажаются следующим образом: самооценка стремится в сторону низкой (вплоть до никчемности своего «я»); имеется явно выраженная неуверенность в себе; возможно отсутствие самоцелостности, что может привести к аутоагрессивным формам поведения; в метапрограмме «самоощущение» нередко характерно определение себя в первую очередь через болезнь или дефект, в результате чего у значительного числа таких людей вырабатывается иждивенческая позиция по отношению к обществу [Нагорная, Нагорный, 2011, 427-428]. Иными словами, глубоко переживая свой физический недостаток, человек с нарушением опорно-двигательного аппарата может начать выстраивать свою жизнь вокруг него, тем самым подчиняя «я – телесно несовершенному» всего себя и взаимодействующих с ним Других, от которых такой человек также ожидает восприятия себя в первую очередь в связи с телесным недостатком. Зачастую для такого человека являются характерными: преобладание мотива избегания неудачи над мотивом достижения успеха, сниженный фон настроения, склонность к замкнутости, обособленности, резкому ограничению зоны социальных контактов в совокупности с потребностью в постоянной опеке со стороны значимых Других даже в тех ситуациях, где он мог бы справиться самостоятельно [там же, 85]. В ситуации социальной коммуникации такой человек на подсознательном уровне склонен вербально и невербально акцентировать внимание на своей физической особенности (примером такого акцентирования является, в частности, попытка спрятать пораженную часть тела). И. А. Шаповал определяет такое состояние, как наличие во внутренней картине болезни концепции сверхценности своего страдания по отношению ко всем другим мотивам жизни, когда человек возводит собственное страдание в ранг добродетели, заслуживающей особых знаков внимания со стороны других людей. Такие люди подменяют свои жизненные цели только одной – потреблением социального внимания как обязательной реакции всех других. Страдающий человек через видимое проявление своего страдания получает возможность воздействовать на большие группы людей,

манипулировать ими, чтобы снять с себя ответственность за преодоление своего страдания [Шаповал, 2005, 150-151]. Несмотря на то, что все вышеизложенное может быть присуще и людям с другими видами нарушений физического развития, именно у людей с опорно-двигательными нарушениями (наряду со слепыми) данная особенность проявляется в наибольшей степени [Нагорная, Нагорный, 2011, 85].

В случае приобретенного нарушения опорно-двигательного аппарата в достаточно осознанном возрасте «Я-образ» человека, как правило, претерпевает существенные изменения. В наибольшей степени самооценка и уверенность в себе снижаются у тех людей, у кого до получения ограничения физических возможностей ведущим фактором самоощущения являлось тело, внешняя привлекательность, а также у тех, чья уверенность в себе зависела в первую очередь от возможности самореализации посредством активной физической деятельности. Люди с приобретенной инвалидностью, у которых и после инвалидизации (в результате травмы/болезни) наблюдается несильное расхождение между «я-идеальными» и «я-реальными» образами себя как профессионала, любимого супруга (-и), родителя, намного легче справляются с необходимостью жить со своими новыми физическими особенностями [там же, 385]. Более того, именно такие – имеющие устойчивую самооценку, успешные во многих социальных ролях, личности, получив по тем или иным причинам серьезные повреждения опорно-двигательного аппарата и, соответственно, определенные ограничения своих физических возможностей (в первую очередь «ампутанты», «спинальники»), зачастую становятся теми, кто во всеуслышание заявляет о реальных проблемах людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и, по возможности, предлагает адекватные варианты решения данных проблем.

Трудности, возникающие на социально-психологическом и социальном уровнях социализации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, существенно снижают их социально-адаптационные возможности. Очевидно, что причинами вторичных (и третичных) повреждений телесности людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата являются, во-первых, преобладание в общественном сознании неадекватных представлений о жизни, потребностях, потенциальных возможностях таких людей, склонности в целом обесценивать телесность человека с инвалидностью, во-вторых – несовершенство внешних условий социализации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата (так, в современном российском обществе, несмотря на то, что за последние годы ситуации значительно улучшилась, большая часть городской среды по-прежнему не приспособлена для свободного перемещения маломобильных граждан; не всем людям с нарушениями опорно-двигательного аппарата доступны современные медицинские, ассистивные и тем более – нейроассистивные технологии, а для некоторых недоступными до сих пор являются новейшие информационно-коммуникационные, образовательные технологии и др.).

В своих работах отмечаем, что инклюзия человека с инвалидностью в обществе (а, следовательно, и полноценное вхождение телесности такого человека в социокультурное пространство) предполагает не только и не столько адаптацию человека с инвалидностью к обществу, сколько адаптацию общества к человеку с инвалидностью [Нагорная, Нагорный, 2011]. Соответственно, работу по оптимизации условий социализации и инкультурации людей с инвалидностью (данный подход также актуален и для лиц со многими другими видами искащенной телесности [Нагорная, 2021]) необходимо вести в трех, тесным образом взаимосвязанных между собой, направлениях: 1) над внешними условиями процесса социализации людей с ограниченными возможностями здоровья; 2) над образом человека с инвалидностью в общественном сознании современного российского общества; 3) над

психологическими особенностями людей с инвалидностью [Нагорная, Нагорный, 2011].

Так, работа по совершенствованию внешних условий процесса социализации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата предполагает в первую очередь снятие архитектурно-пространственных, организационно-правовых, технологических, информационных, а в ряде случаев коммуникативных барьеров между ними и обществом.

Подлинная внешняя «вписанность» телесности человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата в социокультурное пространство современного российского общества невозможна без ее внутренней «вписанности». Иными словами, созданные обществом внешние условия социализации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата не будут работать должным образом без абсолютного принятия общественным сознанием телесности человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата как телесности полноценной, но требующей для своего нормального функционирования дополнения себя теми или иными «искусственными техниками». При этом в общественном сознании необходимо формировать представление об «искусственных техниках» именно как о продолжении телесности человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата, что предполагает уважительное и бережное к ним отношение (например, понимание того, что нельзя прикасаться к инвалидной коляске без согласия сидящего в ней человека и т.п.). Комплексную, целенаправленную работу по формированию в общественном сознании адекватного образа человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата/человека с инвалидностью необходимо осуществлять с помощью таких социальных институтов, как средства массовой информации, образование, право, государство и др. Немаловажное значение для формирования адекватных представлений о людях с физически-ограниченными возможностями здоровья в индивидуальных сознаниях имеют компетентные высказывания значимых Других в ходе межличностного общения, а также продуктивная коммуникация с самими людьми, имеющими нарушения физического развития.

Тем не менее, безусловно, процесс вхождения в социум человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата (как и людей с другими видами физически-ограниченных возможностей) предполагает адаптацию такого человека к обществу (в свою очередь, адаптирующемуся, к нему), а также к самому себе как части определенного социокультурного пространства. Поэтому важной составляющей благоприятного социализирующего воздействия общества на человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата имеет работа по профилактике у него формирования неадекватного «Я-образа», а также коррекции уже искаженного «Я-образа».

Очевидно, что психокоррекция во многом возможна благодаря тому, что поврежденная человеческая телесность на всех уровнях процесса социализации, включая психологический, потенциально способна к компенсации, а нередко и к сверхкомпенсации. Психологический уровень компенсации включает в себя работу защитных механизмов, т. е. неосознаваемых процессов, обеспечивающих снижение тревоги и внутреннего напряжения в стрессовых ситуациях. Также на этом уровне разворачивается действие так называемых «копинг-стратегий», т. е. сознательных усилий личности, направленных на поддержание позитивной самооценки в угрожающих для нее ситуациях [Сорокин, Кокоренко, 2003, 67-68]. В литературе по проблеме исследования отмечается, что для человека с физически-ограниченными возможностями наиболее значимыми механизмами психологической защиты являются наличие адекватной самооценки с опорой на Я-концепцию, компенсация, сублимация (переключение на деятельность, приемлемую для общества (например, творчество или спорт), в попытке забыть о травмирующем событии), субституция (перенос негативных эмоций с объекта, вызвавшего их,

на другие объекты, либо замена одних потребностей другими и т. п.), аналитическая идентификация (осознанное стремление стать похожим на другого человека), обесценивание (принижение значимости чувств, ценностей и успехов других людей или своих собственных) и др. [Зотова, 1997, 22].

В свое время еще Л.С. Выготский писал о том, что процесс движения от физической дефективности через психическую компенсацию к социальной полноценности – процесс в высшей степени болезненный, хотя именно он ведет к духовному выздоровлению [Бондаренко, 2006, 36].

Полагаем, что явление сверхкомпенсации можно рассмотреть с точки зрения оригинальной концепции И. Теодоропулоса, согласно которой боль зачастую является источником развития, совершенствования личности [Теодоропулос, 2002]. Поскольку человек с тем или иным недостатком развития по сравнению с человеком с полноценной телесностью испытывает, как правило, в своей жизни намного больше боли (душевной, а нередко и непосредственно физической (что зачастую характерно именно для людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата)), то у него должен быть в душе внутренний богатый источник саморазвития. И действительно, болезнь, физический недостаток часто способствуют раскрытию изначально скрытых резервных сил и способностей человека. В результате человек с физически-ограниченными возможностями достигает такого высокого уровня развития (духовного, интеллектуального, профессионального и т. д.), которого, возможно, не достиг бы, будучи абсолютно здоровым [Нагорная, Нагорный, 2011, 132].

Отдельно необходимо сказать о важной роли в абилитации и реабилитации, а также в целом в социализации, инкультурации и инклюзии людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата такого социокультурного феномена как спорт. Важное значение имеют как отдельные средства физического воспитания, в первую очередь, физические упражнения, так и положительное социализирующее влияние спорта как социального института в целом [Нагорная, Нагорный, 2019, 381]. Так, на психологическом уровне социализации человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата (равно как и людей с другими видами физически-ограниченных возможностей) спорт оказывает следующее положительное влияние: благодаря адекватной физической нагрузке улучшается протекание процессов восприятия, переработки и воспроизводства информации об окружающем мире, нормализуется эмоциональный фон и т.д.; при достижении определенных успехов в занятиях спортом у человека может быть выстроен «Я-образ» с минимальным расхождением между «Я-реальным» и «Я-идеальным» таких составляющих, как «Я-спортсмен», «Я-целеустремленный», «Я-успешный» и т.д.; кроме того, нередко именно благодаря занятиям спортом у людей с физически-ограниченными возможностями удается достичь психической компенсации имеющегося дефекта развития, т. е. перехода «Я-концепции» от «Я-маргинального» к «Я-полноценному» [Бондаренко, 2006, 36]. На социально-психологическом и социальном уровнях социализации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата положительное влияние спорта проявляется, в частности, в формировании и закреплении у них ряда социально-значимых качеств – целеустремленности, ответственности, решительности, уверенности в своих силах, стрессоустойчивости, умения работать в команде, выстраивать взаимоотношения с другими спортсменами, тренерами и др.; в приобщении таких людей к культуре спорта, здорового образа жизни; более того, спорт может стать центральной сферой самореализации человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата, достижения им довольно высокого социального статуса [Нагорная, Нагорный, 2019, 381-382]. Вместе с тем, необходимо понимать, что спорт на всех уровнях процесса

социализации способен оказывать наряду с исцеляющим (компенсаторным, а в отдельных случаях сверхкомпенсаторным) и повреждающее воздействие на телесность человека с ограниченными возможностями здоровья [там же, 382]. Так, согласно М. Л. Дерябину, тело атлета под воздействием спорта подвергается либо трансформации, либо деформации [Дерябин, 2015, 1013-1014]. Интересно, что рассматривая в качестве предельных состояний тела тело инвалида, тело спортсмена, тело паралимпийца (наряду с мертвым телом и рожденным телом), М.Л. Дерябин говорит о теле спортсмена как об излишке человеческого тела, отмечая, что тело спортсмена является своеобразным ответом на требования конкретного вида спорта; на инвалидность указывает как на нехватку (недостаток) целостности человеческого тела (отсутствие какой-либо части тела или сознания [там же, 1011-1012] и/или той или иной физической неспособности тела [там же, 1012]), отмечая, что для тела инвалида особенно значимой становится окружающая тело среда [там же, 1014]; тело паралимпийца – это тело, отобранное по определенному излишку-недостатку, кроме того, если тело инвалида – измененное тело *не этой среды*, то тело паралимпийца – это попытка вписать тело в стандартную социальную среду через спорт, через паралимпийское спортивное сообщество тела, именно благодаря специфике окружающей спортивной среды тело инвалида превращается в спортивное тело, которое сообщает о своем исключительном состоянии [там же].

Важнейшим институтом социализации и инкультурации является семья. Способность к выживанию человека с тяжелой формой инвалидизации зачастую в буквальном смысле зависит от уровня принятия его собственной семьей. При этом серьезная болезнь/травма ребенка, близкого человека, как правило, оказывается для семьи мощным стрессовым фактором [Нагорная, 2021, 125]. Так, в одной из своих работ мы в числе факторов, определяющих отношение родителей к своему ребенку с инвалидностью (наряду с такими факторами, как уровень нравственного развития родителей; преобладающий в общественном сознании образ человека с инвалидностью; принадлежность родителей к определенному социальному классу, субкультуре, социальной группе; поведение специалистов) называли характер нарушения развития у ребенка, отмечая, что родителям психологически легче принять ситуацию нетипичного состояния ребенка тогда, когда его нарушения развития не явно выражены, а также имеется вероятность благоприятного прогноза на будущее ребенка [Нагорный, Нагорная, 2011, 280].

Поэтому семьям, являющимся микросоциумами для людей с инвалидностью, особенно людей с тяжелыми формами инвалидности, в том числе людей с крайне тяжелыми формами нарушения опорно-двигательного аппарата, необходимо оказывать поддержку на всех уровнях жизнедеятельности, в первую очередь на физическом уровне, а также на психологическом, социально-психологическом уровнях (по сути, необходимо создание всех возможных условий для восстановления и сохранения телесности близких, осуществляющих уход за человеком с тяжелыми нарушениями развития, их не выпадения из социокультурного пространства и др.). При этом важно понимать, что отказ от тяжелобольного родного человека (особенно матери от ребенка) для большинства людей – фактор, способный нанести серьезное повреждение их телесности, крайне разрушительно воздействовать на восприятие себя, своей жизни, Других, общества в целом. В связи с этим, адаптация общества к семье, осуществляющей уход за человеком с тяжелыми нарушениями развития, в первую очередь предполагает оптимизацию условий социализации всех ее членов. В частности, необходимо увеличивать количество и совершенствовать работу центров помощи семьям по абилитации и реабилитации людей с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Основная цель адаптации общества к семьям с детьми-инвалидами – это, безусловно, комплексное решение проблем негативного социализирующего влияния семьи на детей с ограниченными возможностями здоровья. Полагаем, что работа по улучшению социализирующего влияния семьи на ребенка-инвалида должна включать следующие основные направления деятельности: 1. Формирование адекватного образа ребенка-инвалида в родительском сознании (в сознании других родственников). 2. Коррекция «Я-образа» («Я-родитель», «Я-человек» и др.) каждого из родителей. 3. Совершенствование внешних составляющих социализирующего влияния семьи на ребенка с ограниченными возможностями здоровья (в частности, информированность родителей, оказание им эффективной, квалифицированной помощи со стороны специалистов в вопросах коррекции, компенсации дефекта, получении ребенком образования и др., экономическая, юридическая, социальная, бытовая поддержка таких семей). Без эффективной работы по двум другим направлениям работа по третьему направлению будет крайне неэффективной [там же, 281–282].

Необходимо подчеркнуть, что один из наиболее конструктивных путей включения человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата в социокультурное пространство – его успешная профессиональная адаптация [Нагорная/[Агумбаева, Амирова, Беляева и др.], 2021]. Поэтому в процессе социализации и инкультурации каждого человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимо стремиться к максимально возможному разрешению объективных и субъективных, внешних и внутренних противоречий, препятствующих его грамотной профориентации, качественной профессиональной подготовке, успешному трудоустройству, продуктивной трудовой деятельности в эргономичных условиях, обеспечивающих профилактику профессиональной деформации, и, как следствие, достойному уровню жизни, восприятию себя личностью полноценной, самостоятельной, состоявшейся.

## Заключение

Таким образом, несмотря на то, что у людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и сохранными интеллектуальными способностями наблюдаются трудности на всех уровнях процесса социализации, а также снижена способность к спонтанному развитию, эти люди потенциально способны к полноценному усвоению и переработке информации об окружающем мире, активной жизненной позиции, успешной самоидентификации и самодетерминации.

В современной России сама специфика нарушений опорно-двигательного аппарата, подразумевающая в первую очередь ограничение в той или иной степени возможности свободного перемещения в пространстве, в совокупности с не всегда адекватным отношением общества к людям с инвалидностью (и, как следствие, отсутствием благоприятных условий социализации для таких людей) приводят зачастую к резкому сокращению зоны жизненного пространства людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, формированию у них неадекватных представлений о себе и своем месте в этом мире.

В нашей стране для дальнейшей оптимизации процессов социализации и инкультурации людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата необходимы определенные преобразования практически во всех сферах жизни общества. И в первую очередь изменения должны коснуться общественного сознания, в котором необходимо целенаправленно закреплять на первый взгляд уже почти сформированный образ человека с нарушениями опорно-двигательного аппарата как полноправного члена общества, имеющего право на успешную самореализацию. Что касается внешних условий социализации людей с

нарушениями опорно-двигательного аппарата, то в первую очередь необходимо стремиться к снятию технологических, архитектурно-пространственных и организационно-правовых барьеров между ними и обществом (иными словами, к дальнейшему прогрессивному развитию и повышению уровня доступности специальных медицинских, ассистивных/нейроассистивных, информационно-коммуникационных, образовательных и др. технологий; к дальнейшей адаптации городской среды и среды других населенных пунктов к особенностям жизнедеятельности инвалидов и маломобильных групп населения; к дальнейшей разработке и более адекватному применению на практике нормативно-правовых актов, регламентирующих взаимоотношения общества и людей с инвалидностью).

## Библиография

1. Бондаренко Г.И. Я-концепция человека с инвалидностью // Дефектология. 2006. № 5. С. 36-40.
2. Бороноева Н.А. Человек в мире глобальных изменений. Красноярск: Литерапринт, 2009. 224 с.
3. Быховская И.М. Аксиология телесности и здоровье: сопряженность в культурологическом измерении // Психология телесности между душой и телом. М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2007. С. 53-66.
4. Выготский Л.С. Дефект и компенсация // Собрание сочинений в 6 т. М.: Педагогика, 1983. Т. 5. С. 34-49.
5. Вульф К. Антропология: История, культура, философия. СПб., 2008. 280 с.
6. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы. URL: <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/3/0>
7. Гримак Л.П. Гипноз в формировании здорового психологического пространства личности // Мир психологии. 1999. № 4. С. 81-90.
8. Дерябин М.Л. Тело как а-грамматическое сообщение // Философия и культура. 2015. № 7 (91). С. 1008-1016. DOI: 10.7256/1999-2793.2015.7.12454
9. Доронина-Амитонова Л.В. и др. Нейрофотоника: оптические методы исследования и управления мозгом // Успехи физических наук. 2015. Т. 185. № 4. С. 371-392. DOI: 10.3367/UFNr.0185.201504c.0371
10. Желтиков А.М. Нейрофотоника. Как нейрофотоника может помочь в лечении болезни Альцгеймера? URL: <https://postnauka.ru/video/49848>
11. Зотова А.М. Интеграция ребенка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации // Дефектология. 1997. № 6. С. 21-24.
12. Иванова Р.И. Методологическое значение философского учения о человеке в различных видах социального познания и практики (включая юридическую) // Вестник Сибирского юридического института МВД России. 2009. № 3. С. 74-78.
13. Козлова Н.Н. Социально-историческая антропология. М.: Ключ-С, 1999. 187 с.
14. Леви Т.С. От составителя // Психология телесности между душой и телом. М.: АСТ, 2007. С. 5-9.
15. Левин К. Теория поля в социальных науках. СПб.: Речь, 2000. 368 с.
16. Лисина Е.В. Психотравма в контексте субъективного опыта ребенка // Дефектология. 2002. № 1. С. 75-80.
17. Менделеева Д. Парализован и не говорит: поможет ай-трекер! Как коммерческая технология помогает общаться безречевым людям. URL: <https://www.miloserdie.ru/article/chto-takoe-aj-treker/>
18. Нагорная Л.А. «Я-образ» человека с инвалидностью в современном российском обществе // Сборник материалов краевой научно-практической конференции «Социокультурная реабилитация, адаптация инвалидов и пожилых людей, защита их гражданских прав в современном обществе». Красноярск, 2011. С. 64-68.
19. Нагорная Л.А., Нагорный Н.Н. Социализация человека с ограниченными возможностями развития: прошлое, настоящее, сценарии будущего. Красноярск: Сибирский федеральный университет, 2011. 422 с.
20. Нагорная Л.А., Нагорный Н.Н. Человек с искаленной телесностью в современном обществе // Философия. Толерантность. Глобализация. Восток и Запад – диалог мировоззрений. Уфа, 2015. С. 348.
21. Нагорная Л.А., Нагорный Н.Н. Роль спорта в процессе социализации людей с ограниченными возможностями здоровья в современном российском обществе // Сборник материалов 9 международной научно-практической конференции «Физическое воспитание, физическая реабилитация и рекреация: проблемы и перспективы развития». Красноярск, 2019. С. 379-384.
22. Нагорная Л.А. Введение в философию искаленной телесности // Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке. 2021. Том 10. № 1А. С. 115-131. DOI: 10.34670/AR.2021.29.38.012
23. Нагорная Л.А. Оптимизация процесса профессиональной адаптации людей с ограниченными возможностями здоровья как направление социально-экономической политики современного российского общества // Социально-экономические процессы в условиях модернизации экономики: современные вызовы, глобальные трансформации и стратегические ориентиры развития. Самара, 2021. 205 с.

24. Нагорный Н.Н., Нагорная Л.А. Роль семьи в процессе социализации ребенка с ограниченными возможностями развития // Сборник материалов всероссийской научно-практической конференции «Социология, философия, право в системе научного обеспечения процессов развития современного общества». Красноярск, 2010. С. 276-282.
25. Поставнева И.В. Особенности образа тела у детей дошкольного возраста, имеющих физические дефекты // Дефектология. 2002. № 4. С. 72-80.
26. Потылицына Л.А. Особенности процесса социализации людей с физическими недостатками развития // Сборник материалов международной конференции «Молодежь – будущее цивилизации». СПб., 2005. С. 334-338.
27. Потылицына Л.А. Особенности построения образа мира у слепоглухонемых лиц // Вестник Сибирского государственного аэрокосмического университета. 2006. Вып. 5 (12). С. 206-211.
28. Потылицына Л.А. Особенности процесса социализации людей с ограниченными возможностями развития (социально-философский анализ): дис. ... канд. филос. наук. Красноярск, 2007. 175 с.
29. Прохоров М.Е. Кто такой Стивен Хокинг? URL: <http://shkolazhizni.ru/archive/0/n-4246/>
30. Распоряжение Правительства РФ от 23 февраля 2018 г. № 308-р «О внесении изменений в распоряжение Правительства РФ от 11 ноября 2010 г. № 1950-р». URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71786932/>
31. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 ноября 2020 г. № 3073-р. URL: <http://static.government.ru/media/files/XSa8p7I5b5HKbAYd2xmfVzBsosxagSe.pdf>
32. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 23 декабря 2021 года №3781-р. URL: <http://government.ru/docs/44206/>
33. Сидоров А.М. Медиа и проблема достоверности // Медиафилософия IV. Методологический инструментарий медиафилософии. СПб., 2010. С. 15-19.
34. Сидоров И.Т. Жизненное пространство индивидуума как одна из базовых категорий социальной антропологии (к постановке проблемы) // Теория и история. 2004. № 1. С. 161-163.
35. Сидоров И.Т. Функции жизненного пространства индивида // Теория и история. 2005. № 1. С. 131-134.
36. Сидоров И.Т. Структура жизненного пространства индивида // Теория и история. 2005. № 2. С. 79-82.
37. Сорокин В.М., Кокоренко В.Л. Практикум по специальной психологии. СПб.: Речь, 2003. 120 с.
38. Тарасов Ю. Три поколения лекарств. URL: <https://biomolecula.ru/articles/tri-pokoleniia-lekarstv>
39. Теодоропулос И. Феномен боли и нестабильные формы воспитания (экзистенциально-социологический анализ) // Вопросы философии. 2002. № 4. С. 170-175.
40. Уилбер К. Никаких границ: Восточные и западные пути личностного роста. М.: АСТ, 2004. 283 с.
41. Хасанов М.Р. Жизненное пространство человека // Современные исследования социальных проблем. 2011. № 4. Т. 8. С. 88.
42. Холл М., Боденхаммер Б. 51 метапрограмма НЛП. Прогнозирование поведения, «чтение» мыслей, понимание мотивов. СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. 347 с.
43. Чеченова Б. Чемпионы по технологиям. Нейроассистивные приборы помогают людям с ограниченными возможностями жить без границ. URL: [https://ntinews.ru/in\\_progress/likbez/chempiony-po-tekhnologiyam-neuroassistivnyye-pribory-pomogayut-lyudyam-s-ogranichennymi-vozmozhnostya.html](https://ntinews.ru/in_progress/likbez/chempiony-po-tekhnologiyam-neuroassistivnyye-pribory-pomogayut-lyudyam-s-ogranichennymi-vozmozhnostya.html)
44. Чикунов И. Лекарство за два миллиона долларов. Почему лекарство от спинальной мышечной атрофии стоит так дорого. URL: <https://knife.media/zolgensma/>
45. Шаповал И.А. Специальная психология. М., 2005. 224 с.
46. Шеманов А.Ю. Самоидентификация человека как антропогенетическое самоотличение: подход к пониманию процессов глобализации в современном мире // Личность. Культура. Общество. 2006. Вып. 2. С. 107-131.
47. Ястребова С.Б. Оптогенетика. Как управлять нейроном с помощью света // Химия и жизнь. 2016. № 2. С. 4-7.
48. Donati A. et al. Long-Term Training with a Brain-Machine Interface-Based Gait Protocol Induces Partial Neurological Recovery in Paraplegic Patients. Scientific Reports. 2016. Vol. 6. URL: <https://www.nature.com/articles/srep30383>
49. Intel Artificial Intelligence Opens Door to Mobility for Quadriplegic Community. URL: <https://newsroom.intel.com/news/intel-artificial-intelligence-opens-door-mobility-quadruplegic-community/#gs.euzljj>
50. Mironov V.I. et al. Development of a neurally-controlled vehicle – neuro-mobile – for driving by individuals with motor deficiency // Современные технологии в медицине. 2018. 10(4). С. 49-59. <https://doi.org/10.17691/stm2018.10.4.06>
51. Nagornaya L.A., Nagornyi N.N. The Correction of Self-Image as One of Directions of Work for Preventing Victimization of People with Crippled Body in Modern Russian Society // Journal of Siberian Federal University. Humanities & social sciences. 2015. № 9. P. 1877-1885.

## **The corporeality of a person with musculoskeletal disorders in the socio-cultural space of modern Russian society**

**Lyubov' A. Nagornaya**

PhD, Associate Professor,  
Department of Philosophy,  
Siberian Federal University,  
660041, 79, Svobodnyi ave., Krasnoyarsk, Russian Federation;  
e-mail: poty-lyubov@yandex.ru

**Nikolai N. Nagorny**

PhD, Associate Professor,  
Department of Fire and Tactical-Special Training,  
Siberian Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of the Russian Federation,  
660131, 20, Rokossovskogo str., Krasnoyarsk, Russian Federation;  
e-mail: nnagornyj@yandex.ru

### **Abstract**

The article discusses the features and ways of optimizing the process of entry of the corporeality of a person with disorders of the musculoskeletal system into the socio-cultural space of modern Russian society. It is emphasized that work to optimize this process should be carried out simultaneously in three closely interconnected directions: on the formation in the public mind of adequate ideas about the corporeality of a person with disorders of the musculoskeletal system; over the formation of an adequate “self-image” of a person with disorders of the musculoskeletal system; over the optimization of external conditions of socialization and inculturation of people with disorders of the musculoskeletal system. In our country, in order to further optimize the processes of socialization and inculturation of people with disorders of the musculoskeletal system, certain transformations are necessary in almost all spheres of society. And first of all, the changes should affect the public consciousness, in which it is necessary to purposefully consolidate at first glance the already almost formed image of a person with disorders of the musculoskeletal system as a full member of society with the right to successful self-realization. As for the external conditions of socialization of people with disorders of the musculoskeletal system, it is first of all necessary to strive to remove technological, architectural, spatial, organizational and legal barriers between them and society.

### **For citation**

Nagornaya L.A., Nagorny N.N. (2021) Telesnost' cheloveka s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata v sotsiokul'turnom prostranstve sovremennogo rossiiskogo obshchestva [The corporeality of a person with musculoskeletal disorders in the socio-cultural space of modern Russian society]. *Kontekst i refleksiya: filosofiya o mire i cheloveke* [Context and Reflection: Philosophy of the World and Human Being], 10 (6A), pp. 61-81. DOI: 10.34670/AR.2021.17.39.007

## Keywords

Person with musculoskeletal disorders, person with physical disabilities, person with defective exalted body, corporeality of a person with musculoskeletal disorders, socialization, inculturation, socio-cultural space, living space, assistive/neuroassistive technologies, Another, self-image.

## References

1. Bondarenko G.I. (2006) Ya-kontsepsiya cheloveka s invalidnost'yu [Self-concept of a person with a disability]. *Defektologiya* [Defectology], 5, pp. 36-40.
2. Boronoeva N.A. (2009) *Chelovek v mire global'nykh izmenenii* [Man in the world of global changes]. Krasnoyarsk: Literaprint Publ.
3. Bykhovskaya I.M. (2007) Aksiologiya telesnosti i zdorov'e: sopryazhennost' v kul'turologicheskom izmerenii [Axiology of corporeality and health: conjugation in the cultural dimension]. In: *Psikhologiya telesnosti mezhdushoi i telom* [Psychology of corporality between soul and body]. Moscow: AST: AST MOSKVA Publ.
4. Chechenova B. *Chempiony po tekhnologiyam. Neuroassistivnye pribory pomogayut lyudyam s ogranichennymi vozmozhnostyami zhit' bez granits* [Neuro-assistive devices help people with disabilities live without borders]. Available at: [https://ntinews.ru/in\\_progress/likbez/chempiony-po-tekhnologiyam-neuroassistivnye-pribory-pomogayut-lyudyam-s-ogranichennymi-vozmozhnostya.html](https://ntinews.ru/in_progress/likbez/chempiony-po-tekhnologiyam-neuroassistivnye-pribory-pomogayut-lyudyam-s-ogranichennymi-vozmozhnostya.html) [Accessed 12/12/2021]
5. Chikunov I. *Lekarstvo za dva milliona dollarov. Pochemu lekarstvo ot spinal'noi myshechnoi atrofii stoit tak dorogo* [Medicine for two million dollars. Why is the cure for spinal muscular atrophy so expensive?]. Available at: <https://knife.media/zolgensma/> [Accessed 12/12/2021]
6. Deryabin M.L. (2015) Telo kak a-grammaticheskoe soobshchenie [Body as a-grammatical message]. *Filosofiya i kul'tura* [Philosophy and Culture], 7 (91), pp. 1008-1016. DOI: 10.7256/1999-2793.2015.7.12454
7. Donati A. et al. (2016) Long-Term Training with a Brain-Machine Interface-Based Gait Protocol Induces Partial Neurological Recovery in Paraplegic Patients. *Scientific Reports*, 6. Available at: <https://www.nature.com/articles/srep30383> [Accessed 12/12/2021]
8. Doronina-Amitonova L.V. et al. (2015) Neurofotonika: opticheskie metody issledovaniya i upravleniya mozgom [Neurophotonics: optical methods of research and control of the brain]. *Uspekhi fizicheskikh nauk* [Proceedings of physical science], 185, 4, pp. 371-392. DOI: 10.3367/UFNr.0185.201504c.0371
9. *Gosudarstvennaya programma Rossiiskoi Federatsii «Dostupnaya sreda» na 2011-2020 gody* [“Accessible Environment”: State Program of the Russian Federation for 2011-2020]. Available at: <https://rosmintrud.ru/ministry/programms/3/0> [Accessed 12/12/2021]
10. Grimak L.P. (1999) Gipnoz v formirovanii zdorovogo psikhologicheskogo prostranstva lichnosti [Hypnosis in the formation of a healthy psychological space of personality]. *Mir psikhologii* [World of Psychology.], 4, pp. 81-90.
11. Hall M., Bodenhamer B. (2006) *Figuring Out People: Reading People Using Meta-Programs*. Crown House Publishing.
12. *Intel Artificial Intelligence Opens Door to Mobility for Quadriplegic Community*. Available at: [https://newsroom.intel.com/news/intel-artificial-intelligence-opens-door-mobility-quadruplegic-community/#gs.euzl\\_jj](https://newsroom.intel.com/news/intel-artificial-intelligence-opens-door-mobility-quadruplegic-community/#gs.euzl_jj) [Accessed 12/12/2021]
13. Ivanova R.I. (2009) Metodologicheskoe znachenie filosofskogo ucheniya o cheloveke v razlichnykh vidakh sotsial'nogo poznaniya i praktiki (vkluyuchaya yuridicheskuyu) [Methodological significance of the philosophical doctrine of a person in various types of social cognition and practice (including legal)]. *Vestnik Sibirskogo yuridicheskogo instituta MVD Rossii* [Bulletin of the Siberian Law Institute of the Ministry of Internal Affairs of Russia], 3, pp. 74-78.
14. Khasanov M.R. (2011) Zhiznennoe prostranstvo cheloveka [Human living space]. *Sovremennye issledovaniya sotsial'nykh problem* [Modern studies of social problems], 4, 8, p. 88.
15. Kozlova N.N. (1999) *Sotsial'no-istoricheskaya antropologiya* [Socio-historical anthropology]. Moscow: Klyuch-S Publ.
16. Levi T.S. (2007) Ot sostavitelya [From the compiler]. In: *Psikhologiya telesnosti mezhdushoi i telom* [Psychology of corporality between soul and body]. Moscow: AST Publ.
17. Lewin K. (1997) *Resolving Social Conflicts: And, Field Theory in Social Science*. Amer Psychological Assn.
18. Lisina E.V. (2002) Psikhotrauma v kontekste sub"ektivnogo opyta rebenka [Psychological trauma in the context of the child's subjective experience]. *Defektologiya* [Defectology], 1, pp. 75-80.
19. Mendeleeva D. *Paralizovan i ne govorit: pomozhet ai-treker! Kak kommercheskaya tekhnologiya pomogaet obshchat'sya bezrechevym lyudyam* [Paralyzed and does not speak? An eye-tracker will help! How commercial technology helps speechless people communicate]. Available at: <https://www.miloserdie.ru/article/chto-takoe-aj-treker/> [Accessed 12/12/2021]
20. Mironov V.I. et al. (2018) Development of a neurally-controlled vehicle – neuro-mobile – for driving by individuals

- with motor deficiency. *Sovremennye tekhnologii v meditsine* [Modern Medical Technologies], 10(4), pp. 49-59. <https://doi.org/10.17691/stm2018.10.4.06>
21. Nagornaya L.A., Nagorny N.N. (2011) *Sotsializatsiya cheloveka s ogranichennymi vozmozhnostyami razvitiya: proshloe, nastoyashchee, stsenarii budushchego* [Socialization of a person with developmental disabilities: past, present, future scenarios]. Krasnoyarsk: Siberian Federal University.
  22. Nagornaya L.A., Nagorny N.N. (2015) Chelovek s iskalechennoi telesnost'yu v sovremennom obshchestve [A person with crippled physicality in modern society]. In: *Filosofiya. Tolerantnost'. Globalizatsiya. Vostok i Zapad – dialog mirovozzrenii* [Philosophy. Tolerance. Globalization. East and West: a dialogue of worldviews]. Ufa.
  23. Nagornaya L.A., Nagorny N.N. (2019) Rol' sporta v protsesse sotsializatsii lyudei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya v sovremennom rossiiskom obshchestve [The role of sport in the process of socialization of people with disabilities in modern Russian society]. In: *Sbornik materialov 9 mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Fizicheskoe vospitanie, fizicheskaya reabilitatsiya i rekreatsiya: problemy i perspektivy razvitiya»* [Collection of materials of the 9th international scientific-practical conference: Physical education, physical rehabilitation and recreation: problems and development prospects]. Krasnoyarsk.
  24. Nagornaya L.A., Nagorny N.N. (2015) The Correction of Self-Image as One of Directions of Work for Preventing Victimization of People with Crippled Body in Modern Russian Society. *Journal of Siberian Federal University. Humanities & social sciences*, 9, pp. 1877-1885.
  25. Nagornaya L.A. (2021) Optimizatsiya protsessa professional'noi adaptatsii lyudei s ogranichennymi vozmozhnostyami zdorov'ya kak napravlenie sotsial'no-ekonomicheskoi politiki sovremennogo rossiiskogo obshchestva [Optimization of the process of professional adaptation of people with disabilities as a direction of the socio-economic policy of modern Russian society]. In: *Sotsial'no-ekonomicheskie protsessy v usloviyakh modernizatsii ekonomiki: sovremennye vyzovy, global'nye transformatsii i strategicheskie orientiry razvitiya* [Socio-economic processes in the context of economic modernization: modern challenges, global transformations and strategic development guidelines]. Samara.
  26. Nagornaya L.A. (2021) Vvedenie v filosofiyu iskalechennoi telesnosti [An introduction to the Philosophy of Crippled Corporeality]. *Kontekst i refleksiya: filosofiya o mire i cheloveke* [Context and Reflection: Philosophy of the World and Human Being], 10 (1A), pp. 115-131. DOI: 10.34670/AR.2021.29.38.012
  27. Nagornaya L.A. (2011) «Ya-obraz» cheloveka s invalidnost'yu v sovremennom rossiiskom obshchestve [Self-image of a person with a disability in modern Russian society]. In: *Sbornik materialov kraevoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Sotsiokul'turnaya reabilitatsiya, adaptatsiya invalidov i pozhilykh lyudei, zashchita ikh grazhdanskikh prav v sovremennom obshchestve»* [Collection of materials of the regional scientific and practical conference: Sociocultural rehabilitation, adaptation of disabled and elderly people, protection of their civil rights in modern society]. Krasnoyarsk.
  28. Nagorny N.N., Nagornaya L.A. (2010) Rol' sem'i v protsesse sotsializatsii rebenka s ogranichennymi vozmozhnostyami razvitiya [The role of the family in the process of socialization of a child with developmental disabilities]. In: *Sbornik materialov vserossiiskoi nauchno-prakticheskoi konferentsii «Sotsiologiya, filosofiya, pravo v sisteme nauchnogo obespecheniya protsessov razvitiya sovremennogo obshchestva»* [Collection of materials of the All-Russian scientific and practical conference: Sociology, philosophy, law in the system of scientific support for the development of modern society]. Krasnoyarsk.
  29. Postavneva I.V. (2002) Osobennosti obraza tela u detei doskol'nogo vozrasta, imeyushchikh fizicheskie defekty [Features of the body image in preschool children with physical defects]. *Defektologiya* [Defectology], 4, pp. 72-80.
  30. Potylitsyna L.A. (2005) Osobennosti protsessa sotsializatsii lyudei s fizicheskimi nedostatkami razvitiya [Features of the process of socialization of people with physical disabilities]. In: *Sbornik materialov mezhdunarodnoi konferentsii «Molodezh' – budushchee tsivilizatsii»* [Collection of materials of the international conference: Youth as the future of civilization]. St. Petersburg.
  31. Potylitsyna L.A. (2006) Osobennosti postroeniya obraza mira u slepoglukhonemykh lits [Features of building an image of the world in deaf-blind persons]. *Vestnik Sibirskogo gosudarstvennogo aerokosmicheskogo universiteta* [Bulletin of the Siberian State Aerospace University], 5 (12), pp. 206-211.
  32. Potylitsyna L.A. (2007) *Osobennosti protsessa sotsializatsii lyudei s ogranichennymi vozmozhnostyami razvitiya (sotsial'no-filosofskii analiz)*. Doct. Dis. [Features of the process of socialization of people with developmental disabilities (socio-philosophical analysis). Doct. Dis.]. Krasnoyarsk.
  33. Prokhorov M.E. *Kto takoi Stiven Khoking?* [Who is Stephen Hawking?]. Available at: <http://shkolazhizni.ru/archive/0/n-4246/> [Accessed 12/12/2021]
  34. *Rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 23 fevralya 2018 g. № 308-r «O vnesenii izmenenii v rasporyazhenie Pravitel'stva RF ot 11 noyabrya 2010 g. № 1950-r»* [Order of the Government of the Russian Federation of February 23, 2018 No. 308-r “On Amendments to the Order of the Government of the Russian Federation of November 11, 2010 No. 1950-r”]. Available at: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71786932/> [Accessed 12/12/2021]
  35. *Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 23 noyabrya 2020 g. № 3073-r* [Order of the Government of the Russian Federation dated November 23, 2020 No. 3073-r]. Available at: <http://static.government.ru/media/files/XSa8p715b5HKbAYd2xmfVzBsosxagSe.pdf> [Accessed 12/12/2021]
  36. *Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii ot 23 dekabrya 2021 goda №3781-r* [Decree of the Government of

- the Russian Federation dated December 23, 2021 No. 3781-r]. Available at: <http://government.ru/docs/44206/> [Accessed 12/12/2021]
37. Shapoval I.A. (2005) *Spetsial'naya psikhologiya* [Special psychology]. Moscow.
  38. Shemanov A.Yu. (2006) Samoidentifikatsiya cheloveka kak antropogeneticheskoe samootlichenie: podkhod k ponimaniyu protsessov globalizatsii v sovremennom mire [Human self-identification as anthropogenetic self-distinction: an approach to understanding the processes of globalization in the modern world]. *Lichnost'. Kul'tura. Obshchestvo* [Personality. Culture. Society], 2, pp. 107-131.
  39. Sidorov A.M. (2010) Media i problema dostovernosti [Media and the Problem of Authenticity]. In: *Mediafilosofiya IV. Metodologicheskii instrumentarii mediafilosofii* [Media Philosophy IV. Methodological tools of media philosophy]. St. Petersburg.
  40. Sidorov I.T. (2005) Funktsii zhiznennogo prostranstva individa [Functions of the living space of an individual]. *Teoriya i istoriya* [Theory and History], 1, pp. 131-134.
  41. Sidorov I.T. (2005) Struktura zhiznennogo prostranstva individa [The structure of the living space of an individual]. *Teoriya i istoriya* [Theory and History], 2, pp. 79-82.
  42. Sidorov I.T. (2004) Zhiznennoe prostranstvo individuuma kak odna iz bazovykh kategorii sotsial'noi antropologii (k postanovke problemy) [The living space of an individual as one of the basic categories of social anthropology (to the formulation of the problem)]. *Teoriya i istoriya* [Theory and History], 1, pp. 161-163.
  43. Sorokin V.M., Kokorenko V.L. (2003) *Praktikum po spetsial'noi psikhologii* [Workshop on special psychology]. St. Petersburg: Rech' Publ.
  44. Tarasov Yu. *Tri pokoleniya lekarstv* [Three generations of drugs]. Available at: <https://biomolecula.ru/articles/tri-pokoleniia-lekarstv> [Accessed 12/12/2021]
  45. Teodoropoulos I. (2002) Fenomen boli i nestabil'nye formy vospitaniya (ekzistentsial'no-sotsiologicheskii analiz) [The phenomenon of pain and unstable forms of education (existential sociological analysis)]. *Voprosy filosofii* [Questions of Philosophy], 4, pp. 170-175.
  46. Vygotskii L.S. (1983) Defekt i kompensatsiya [Defect and compensation]. In: *Sobranie sochinenii v 6 t.* [Collected works in 6 volumes]. Moscow: Pedagogika Publ. Vol. 5.
  47. Wulf C. (2013) *Anthropology: A Continental Perspective*. University of Chicago Press.
  48. Wilber K. (2001) *No Boundary: Eastern and Western Approaches to Personal Growth*. Shambhala.
  49. Yastrebova S.B. (2016) Optogenetika. Kak upravlyat' neuronom s pomoshch'yu sveta [Optogenetics. How to control a neuron with light]. *Khimiya i zhizn'* [Chemistry and Life], 2016. № 2. S. 4-7.
  50. Zheltikov A.M. *Neirofotonika. Kak neirofotonika mozhet pomoch' v lechenii bolezni Al'tsgeimera?* [Neurophotonics. How can neurophotonics help in the treatment of Alzheimer's disease?]. Available at: <https://postnauka.ru/video/49848> [Accessed 12/12/2021]
  51. Zotova A.M. (1997) Integratsiya rebenka-invalida v sredu zdorovykh sverstnikov kak metod sotsial'noi adaptatsii [Integration of a disabled child into the environment of healthy peers as a method of social adaptation]. *Defektologiya* [Defectology], 6, pp. 21-24.