

Психология инвалидности



подготовила
руководитель
Методического объединения
учителей истории и
обществознания
Центра Дистанционного
образования
детей-инвалидов
Марченко Елена Евгеньевна

План презентации

- Понятие инвалидности и ее стадии
- Стигматизация детей-инвалидов
- Феномен госпитализма и его особенности протекания у детей разных возрастных групп
- Личностные особенности детей-инвалидов, снижающие процесс социальной адаптации
- Особенности семейного воспитания детей-инвалидов

Психология инвалидности

Термин «инвалид» восходит к латинскому корню (valid – «действенный, полноценный, могущий») и в буквальном переводе может означать «непригодный», «неполноценный».

В российском словоупотреблении, начиная со времен Петра I, такое название получали военнослужащие, которые вследствие заболевания, ранения или увечья были неспособны нести воинскую службу и которых направляли для дослуживания на штатские должности.

Характерно, что в Западной Европе данное слово имело такой же оттенок, то есть относилось в первую очередь к увеченным воинам.

Психология инвалидности

Со второй половины XIX в. термин распространяется и на штатских лиц, также ставших жертвами войны, - развитие вооружений и расширение масштабов войн все более подвергали мирное население всем опасностям военных конфликтов.

Наконец, после Второй мировой войны в русле общего движения по формулированию и защите прав человека в целом и отдельных категориях населения в частности происходит формирование понятия «инвалид», относящегося ко всем лицам имеющим физические, психические или интеллектуальные ограничения жизнедеятельности.

Психология инвалидности

В соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации", 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 лица выражается в полной или частичной утрате им способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, а также заниматься трудовой деятельностью.

Психология инвалидности



Сегодня инвалиды относятся к наиболее социально незащищённой категории населения. Их доход значительно ниже среднего, а

потребности в медицинском и социальном обслуживании намного выше. Они в меньшей степени имеют возможности получить образование, не могут заниматься трудовой деятельностью.

Большинство из них не имеет семьи и не желает участвовать в общественной жизни. Всё это говорит о том, что инвалиды в нашем обществе являются дискриминируемым и сегрегированным меньшинством.

Психология инвалидности

Все инвалиды по разным основаниям делятся на несколько групп:

- **По возрасту** — дети-инвалиды, инвалиды-взрослые.
- **По происхождению инвалидности:** инвалиды с детства, инвалиды войны, инвалиды труда, инвалиды общего заболевания.
- **По степени трудоспособности:** инвалиды трудоспособные и нетрудоспособные, инвалиды I группы (нетрудоспособные), инвалиды II группы (временно нетрудоспособные или трудоспособные в ограниченных сферах), инвалиды III группы (трудоспособные в щадящих условиях труда).
- **По характеру заболевания** инвалиды могут относиться к мобильным, маломобильным или неподвижным группам.

Психология инвалидности

В культурном пространстве существуют идеальные образцы мужского или женского тела, по отношению к которым общество определяет "патологические" и "неестественные" тела. Поэтому дети с телесными дефектами, выступающими внешними знаками определенных соматических расстройств (например, ДЦП, полиомиелит и т. п.) чувствуют себя "неправильными", "иными" и подвергаются со стороны окружающих людей стигматизации (*stigma* - бросающийся в глаза признак патологии, клеймо позора).

Стигматизация - это процесс приписывания отрицательных черт или выделение из общества посредством дискриминации из-за наличия у человека признака какого-либо расстройства или из-за отклонения от социальных норм. Стигматизации подвергаются как раз такие телесные черты, которые не соответствуют культурным стандартам тела.

Психология инвалидности

Стигматизированные дети-инвалиды исключаются из социального пространства здоровых детей, т. е. маргинализируются.

Вследствие маргинализации и стигматизации у детей-инвалидов часто развивается *чувство*



неполноценности, оказывающее влияние на весь жизненный путь личности. Иногда наличие дефекта как внешнего проявления соматического расстройства может стать причиной невротических и личностных расстройств, которые вполне вписываются в психодинамическую концепцию конверсионных и психосоматических расстройств.

Психология инвалидности

Госпитализм (от лат. hospitalis — гостеприимный; госпиталь — лечебное учреждение) - в буквальном смысле, совокупность психических и соматических расстройств, обусловленных длительным пребыванием человека в больничном стационаре в отрыве от близких людей и дома.

Понятие Госпитализм ввел в оборот австро-американский психоаналитик Р. Спитс в 1945г., исследовавший его причины, проявления и последствия у младенцев и детей, долго находившихся в больницах. По Р. Спитсу, госпитализм младенческого и детского возраста обуславливается преимущественно разлукой с матерью.

Психология инвалидности

ГОСПИТАЛИЗМ У ДЕТЕЙ – это синдром, тесно связанный с аналитической депрессией, развивающейся у находящихся в больнице детей, которые разлучены с матерями или лишены домашнего окружения в

течение длительного времени.

Такие дети вялы, недостаточно активны, истощены и бледны, плохо едят и спят, выглядят несчастными; у них отмечаются приступы лихорадки.

Это расстройство обратимо, если ребенок возвращается к матери или лицу, ее заменяющему; симптомы исчезают через 2-3 нед.



Психология инвалидности

Психиатрические последствия госпитализма впервые были изучены в тридцатые годы, однако первое систематическое исследование патогенетических факторов, обуславливающих этот синдром, принадлежит Шпицу (1945).

Он изучал младенцев, которые находились в благоприятных условиях с точки зрения гигиены и питания, но были лишены нормальной аффективной поддержки со стороны матери. Начиная с **третьего месяца** жизни отмечались ухудшение физического и психического состояния с крайней подверженностью инфекциям и заболеваниям, высокая смертность, причем даже от заболеваний, обычно не приводящих к фатальному исходу. Дети страдали депрессией, были заторможены, пассивны, амимичны, с плохой координацией глаз. **Со второго года** жизни выявлялись признаки глубокой физической и психической отсталости: дети не могли сидеть, стоять, ходить, говорить. Последствия госпитализма долговременны и в целом необратимы.

Психология инвалидности

Ситуации развития человека, связанные с инвалидностью, приводят к специфическим изменениям его личности, что сказывается на всех сферах жизнедеятельности человека (Э.Б. Боровик, В.М. Коробов, А.И. Осадчих и др.)

Суть личностной проблемы ребенка-инвалида заключается в его **изолированности от общества**, в котором ему предстоит жить и расти. С раннего детства дети с отклонениями в развитии сталкиваются с оценкой их внешности другими людьми. Часто здоровые дети с детской непосредственностью и жестокостью оценивают внешние дефекты детей-инвалидов в их присутствии. В результате у детей-инвалидов формируются замкнутость, избегание широкого круга общения, замыкание «в четырех стенах», маскированная (скрытая) депрессия.

Психология инвалидности



Психология инвалидности

Скрытая депрессия (сниженный фон настроения, негативная оценка себя, собственных перспектив и других людей, часто замедленный темп мышления, скованность и пассивность) в сочетании с заниженной



отсутствием благоприятного прогноза на будущее

достаточно часто приводит к

появлению мыслей

суицидального характера.

Часто формируется комплекс

неполноценности.

Психология инвалидности

По мере взросления дети с ограниченными возможностями начинают осознавать, что уровень их жизненных возможностей по сравнению с «обычными» детьми снижен.



При этом у них формируется сниженная самооценка, что в свою очередь приводит к чрезмерному снижению уровня притязаний. Следствием этих процессов становится социальная пассивность и сужение активного жизненного пространства.



Психология инвалидности

Рано или поздно особые дети начинают осознавать глобальность своей зависимости от здоровых членов общества. Пенсия, льготы и многое другое - все это они получают за счет здоровых людей. Осознание глобальности зависимости и привыкание к зависимости способствует формированию иждивенчества. Типичными тенденциями становятся отказ от самостоятельности и перенос ответственности за свою судьбу на ближайшее окружение.



Психология инвалидности

Фактически, к дефекту развития «особых» детей присоединяется дефект воспитания. Существует целый ряд социальных факторов, оказывающих психотравмирующее действие на ребенка-инвалида:

- 1) переживание недоброжелательного отношения сверстников, чрезмерного внимания окружающих;
- 2) явления госпитализма, т.к. больные часто находятся в больницах и санаториях длительный период;
- 3) разлука с матерью или неполная семья (отцы в 25% случаев оставляют семьи);
- 4) психический травматизм в связи с лечебными процедурами (операциями) из-за несоответствия надежды ребенка на быстрое излечение и необходимостью длительной реабилитации;
- 5) затруднения в процессе обучения из-за параличей, гиперкинезов, пространственных нарушений;

Психология инвалидности

- 6) сенсорная депривация при часто сопутствующих нарушениях зрения, слуха;
- 7) неправильное воспитание по типу гиперопеки (приводит к формированию эгоцентричности, избалованности, застенчивости, эмоциональной незрелости).

Так же, как и все люди, инвалиды испытывают страх перед будущим, тревогу и неуверенность в завтрашнем дне, чувство напряжённости и дискомфорта.



Психология инвалидности

Исследования модели будущего детей-инвалидов показали, что она изменена по сравнению с моделью будущего здоровых детей. В 14-15 лет 36% особых детей мечтают об улучшении здоровья и все 100% - о получении конкретной профессии. Но, в 15-16 лет представление о будущем сужено - жизнь планируется на 5 лет и



только в отношении работы. Эмоциональная окраска будущего отрицательная. Дети не уверены в своих шансах. Мечтают быть артистом, врачом, балериной, юристом, но понимают,

что в лучшем случае будут переводчиком, машинисткой, швеей.

Психология инвалидности



motivators.ru

Самый сильный человек -
тот, кто победил свою слабость

Психология инвалидности

Модель будущего бедна, ограничена в содержании и временной характеристике, в эмоциональном плане она отрицательна. В структуре модели будущего появляются противоречивые моменты.

С одной стороны, желаемое будущее компенсирует ограничение реальных возможностей, имеет положительную окраску и отражает защитный механизм от возможных неудач.

С другой стороны, низкий уровень удовлетворенности собой порождает внутриличностный конфликт с последующим формированием различных неврозов, серьезно осложняющих межличностные взаимоотношения.

Психология инвалидности

С 3-х лет детский коллектив становится важнейшим фактором социализации ребенка. Если ребенок, вследствие своего дефекта, не может войти по-настоящему в детский коллектив, у него рождается неуверенность в себе, тревоги, чувство неполноценности. В связи с переживанием чувства неполноценности у ребенка возникают психогенные реакции, которые в случае гиперкомпенсации формируются в двух направлениях: пассивно-оборонительном и агрессивно-защитном.

Некоторые исследователи для решения этой проблемы используют концепцию К. Юнга об экстраинтравертированных личностях. Детям со спастической диплегией более свойственны интравертированные черты характера: пугливость, склонность к различным страхам, любовь к повышенному вниманию, которое гарантирует безопасность. Для детей с гиперкинезами характерны экстравертированные черты: общительность, легкая возбудимость, вспыльчивость, эмоциональная неустойчивость.

Психология инвалидности

Клинически психогенное патологическое формирование личности по дефицитарному типу проявляется несколькими вариантами. Наиболее часто встречающийся (как при ДЦП, так и у детей с заболеваниями зрения, слуха) астено-невротический вариант, проявляется робостью, застенчивостью, чрезмерной чувствительностью и впечатлительностью, неуверенностью в себе, обидчивостью, иногда - заиканием, энурезом, страхом падения, передвижения, высоты.

При псевдоаутистическом варианте, наблюдается необщительность, усиливающаяся с возрастом ребенка, замкнутость со склонностью к гипер компенсаторному фантазированию. Больные часто пишут стихи, ведут дневник; некоторые девочки собирают фотографии балерин. У детей и подростков этой группы раньше наблюдаются осознание дефекта, направленность на его коррекцию.

Психология инвалидности

Истероидный вариант характеризуется эгоцентризмом, демонстративностью поведения, избалованностью (формируется при воспитании по типу «кумир семьи»), лживости. Сексуальные интересы проявляются рано, девушки могут преувеличивать свои привязанности. Компенсация может быть достигнута подбором заданий, позволяющих быть в центре внимания: игра в школьном театре и т.п.

При неустойчивом варианте отмечается недоразвитие волевой деятельности, внушаемость, беспечность, стремление к постоянной смене впечатлений, поверхностность суждений.

При возбудимом варианте - ведущими признаками являются повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность, склонность к аффективным вспышкам, усиление примитивных влечений и инстинктов.

Психология инвалидности

В среднем школьном возрасте, примерно с 8 до 11-12 лет, формируется сознание принадлежности к определенному полу. Если в этот период ребенок лишен контактов с другими детьми, такая принадлежность может быть им до конца не осознана. У многих инвалидов не хватает социальных навыков, умения



выразить себя в общении. Инвалиды далеко не всегда могут уловить нюансы человеческих отношений, воспринимают других людей несколько обобщенно, оценивая их на основании лишь некоторых моральных качеств: доброты, отзывчивости и т.п.



Психология инвалидности

Нельзя забывать и о такой проблеме детской инвалидности, как суицид, поскольку подросткам, остро переживающим свою физическую неполноценность, свойственны аутоагрессивные поступки. В целом, суицидальное поведение детей и подростков характеризуется следующими особенностями:

- во-первых, недостаточно адекватная оценка последствий аутоагрессивных действий (они не предусматривают действительной возможности летального исхода, отсутствуют четкие границы между истинным суицидом и шантажно-демонстративным поступком, который, тем не менее, опасен для жизни);
- во-вторых, имеется незначительность, несерьезность мотивов самоубийства, что затрудняет профилактику;
- в-третьих, часто отсутствует зависимость суицидальной попытки от депрессии, которая носит скрытый характер.

Психология инвалидности



Психология инвалидности

Таким образом, можно выделить четыре основных типа развития личности детей-инвалидов.

Первый тип развития личности ребенка-инвалида - активно-позитивный тип характеризуется стремлением к поиску самостоятельного выхода из негативных жизненных ситуаций. У молодых инвалидов, относящихся к этому типу, благоприятный внутренний настрой, достаточно высокая самооценка, оптимизм, заражающий других, энергичность и самостоятельность суждений и поступков.

Второй - пассивно-позитивный тип характеризуется наличием у молодых инвалидов низкой самооценки. При пассивно-позитивном типе адаптации существующее на данный момент положение, в котором находится инвалид (например, постоянная опека близких), его устраивает, поэтому наблюдается отсутствие стремления к переменам.

Психология инвалидности

Третий - пассивно-негативный тип. У молодых людей присутствует неудовлетворённость своим положением и вместе с тем отсутствует желание самостоятельно улучшить его. Всё это сопровождается заниженной самооценкой, психологическим дискомфортом, настороженным отношением к окружающим, ожиданием глобальных катастрофических последствий даже от незначительных бытовых неурядиц.

Четвертый тип развития личности детей-инвалидов - активно-негативный тип. Присутствующие здесь психологический дискомфорт и неудовлетворённость собственной жизнью не отрицают желания изменить ситуацию к лучшему, но реальных практических последствий это не имеет в силу влияния различных объективных и субъективных факторов.



Психология инвалидности

Психологический климат в семье зависит от межличностных отношений, морально-психологических ресурсов родителей и родственников, а также от материальных и жилищных условий семьи, что определяет условия воспитания, обучения и медико-социальную реабилитацию.

Выделяют три типа семей по реакции родителей на появление ребенка инвалида:

- **с пассивной реакцией**, связанной с недопониманием существующей проблемы;
- **с гиперактивной реакцией**, когда родители усиленно лечат, находят «докторов - светил», дорогостоящие лекарства, ведущие клиники и т. д.;
- **со средней рациональной позицией**: последовательное выполнение всех инструкций, советов врачей, психологов.

Психология инвалидности

Появление в семье ребенка с ограниченными возможностями всегда тяжелый психологический стресс для всех членов семьи. Часто семейные отношения ослабевают, постоянная тревога за больного ребенка, чувство растерянности, подавленности являются причиной распада семьи, и лишь в небольшом проценте случаев семья сплочивается.



Психология инвалидности

Отец в семье с больным ребенком – единственный добытчик. Имея специальность, образование, он из-за необходимости большего заработка становится рабочим, ищет вторичные заработки и, практически, не имеет времени заниматься ребенком. Поэтому уход за ребенком ложится на мать. Как правило, она теряет работу или вынуждена работать ночью (обычно – это надомный труд). Уход за ребенком занимает все ее время, резко сужен круг общения. Если бесперспективны лечение и реабилитация, то постоянная тревога, психоэмоциональное напряжение могут привести мать к раздражению, состоянию депрессии. Часто матери в уху де помогают старшие дети, редко бабушки, другие родственники. Более тяжелая ситуация, если в семье двое детей с ограниченными возможностями.

Психология инвалидности

Наличие ребенка-инвалида отрицательно влияет на других детей в семье. Им меньше уделяется внимания, уменьшаются возможности для культурного досуга, они хуже учатся, чаще болеют из-за недосмотра родителей.

Психологическая напряженность в таких семьях поддерживается психологическим угнетением детей из-за негативного отношения окружающих к их семье; они редко общаются с детьми из других семей. Не все дети в состоянии правильно оценить и понять внимание родителей к больному ребенку, их постоянную усталость в обстановке угнетенного, постоянно тревожного семейного климата.



Психология инвалидности

Нередко такая семья испытывает отрицательное отношение со стороны окружающих, особенно соседей, которых раздражают некомфортные условия существования рядом (нарушение спокойствия, тишины, особенно если ребенок-инвалид с задержкой умственного развития или его поведение негативно влияет на здоровье детского окружения). Окружающие часто уклоняются от общения и дети с ограниченными

возможностями практически не имеют возможности полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками.



Психология инвалидности

Общество не всегда понимает проблемы таких семей и лишь небольшой их процент ощущает поддержку окружающих. В связи с этим родители не берут детей с ограниченными возможностями в театр, кино, на зрелищные мероприятия и т.д., тем самым обрекая их с рождения на полную изоляцию от общества. В последнее время родители с аналогичными проблемами налаживают между собой контакты.

Родители стараются воспитывать своего ребенка, избегая его невротизации, эгоцентризма, социального и психического инфантилизма, давая ему соответствующее обучение, профориентацию на последующую трудовую деятельность.

Психология инвалидности

Литература и Интернет ресурсы:

<http://www.klex.ru/1bm>

http://revolution.allbest.ru/psychology/00381650_0.html

<http://works.tarefer.ru/70/100203/index.html>