

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

¹Айдаров В.И., ²Масленникова В.Ш., ³Масленников Т.Ю.

¹ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства Здравоохранения Республики Татарстан» г. Казань 420064 ул. Оренбургский тракт 138»Б».e-mail: Aidarov_vladimir@mail.ru;

²ФГНУ Институт педагогики и психологии профессионального образования, Российской академии образования, Казань;

³«Казанский радиомеханический колледж», гор. Казань улица Красного Пожарника, 1

Коллектив авторов предлагает на рассмотрение интересную научную статью на довольно редкую тему: «Психолого-педагогические особенности личности с ограниченными возможностями здоровья». В статье рассматриваются психолого-педагогические особенности личности с ограниченными физическими возможностями здоровья, на примере феномена одиночества. На примере двух групп людей с ограниченными физическими возможностями здоровья авторы подвергают анализу особенности и стиль межличностного общения. Показано присутствие нескольких подходов к изучению одиночества, а также наличие в этом понятии реального научного содержания имеющего также и практическое значение. В данной научной статье раскрывается ряд интересных аспектов, которые требуют дальнейшего теоретического и экспериментального осмысления и дальнейшего исследования.

Ключевые слова: Психолого-педагогическое сопровождение, личность с ограниченными возможностями здоровья, одиночество.

PSYCHOLOGY AND PEDAGOGICAL FEATURES OF THE PERSONALITY WITH LIMITED OPPORTUNITIES OF HEALTH

¹Aydarov V.I., ²Maslennikov V.S., ³Maslennikov T.Y.

1. FC GAUZ "Republican Clinical Hospital of Ministry of Health of the Republic of Tatarstan" Kazan 420064 st. Orenburg path 138 of" B".e-mail: Aidarov_vladimir@mail.ru

2FGNU IPP ON Russian joint stock company, RT, Kazan., Institute of pedagogics and psychology of professional education. Russian Academy of Education Address: 420039, Tatarstan, Kazan, Isaeva, 12

3 "The Kazan radio mechanical college", mountains. Kazan KrasnogoPozharnika Street, 1a

The group of authors offers for consideration the interesting scientific article on quite rare subject: "Psychology and pedagogical features of the personality with limited opportunities of health". In article psychology and pedagogical features of the personality with limited physical capacities of health, on the example of a loneliness phenomenon are considered. On the example of two groups of physically disabled people of health authors subject to the analysis of feature and style of interpersonal communication. Presence of several approaches to studying of loneliness, and also existence in this concept of the real scientific contents having as well practical value is shown. In this scientific article a number of interesting aspects which demand further theoretical and experimental judgment and further research reveals.

Keywords: psychology and pedagogical maintenance, the personality with limited opportunities of health, loneliness.

Актуальность. Решение задачи оптимизации качества жизни обуславливается повышением адаптационных возможностей людей с ограниченными возможностями здоровья, которые требуют постоянной и комплексной работы со стороны специалистов разных профилей. Для того, чтобы такая работа была эффективной, специалистам нужно иметь представление не только о проблемах, нарушениях, болезнях, но и о тех качествах, которые помогают человеку выстоять в трудных жизненных обстоятельствах.

Современное понятие «лицо с ограниченными возможностями здоровья» заменяет наиболее распространенное ранее понятие «инвалид». Латинское слово «инвалид» (invalid)

дословно означает «непригодный» и служит для характеристики лиц, которые вследствие заболевания, ранения, увечья ограничены в проявлениях жизнедеятельности[8]. В России этот термин вошёл в обращение в XVIII веке и первоначально инвалидами назывались бывшие военнослужащие, по состоянию здоровья, не могущие себя обслуживать. В следующем в XIX веке, к инвалидам стали относить людей, полностью или частично утративших возможность самостоятельно зарабатывать на проживание в связи с ущербным состоянием здоровья. Поскольку инвалидность является препятствием к полноценной профессиональной деятельности и лишает человека возможности самостоятельно обеспечить своё существование, преимущественное внимание до середины XX века уделялось медицинским аспектам нарушений трудоспособности и проблемам материальной помощи инвалидам. К началу XX века в Европе в России внимание в основном уделялось «признанию», причём в основном за счёт частной благотворительности и пожертвований меценатов. В городах строились интернаты и дома признания, призванные хоть как - то восполнить недостаток в финансировании по проживанию и питанию инвалидов. Также значительная роль в благотворительности инвалидам принадлежала различным религиозным организациям. В начале XX века были высказаны идеи о необходимости такой помощи, которая давала бы этой категории людей возможность вести достаточно самостоятельный образ жизни. Было пересмотрено и само понятие «инвалидность», которое теперь расценивается как интегральная биопсихосоциальная категория.

Материалы и методы. По наблюдению наших специалистов, работающих с группой молодых лиц имеющих ограниченные возможности здоровья, возникшие вследствие заболевания или повреждения нервной системы, был выявлен следующий интересный факт: насущной проблемой для этой категории молодых людей является необходимость «принять» свою настоящую инвалидность и изменить ее восприятие. Это возможность удовлетворять потребности любого человека то есть «ощутить не те ограничения, которые теперь имеет инвалид, а те возможности, которые предоставляет ему настоящее: это возможность смотреть в будущее, а не в прошлое, но при этом наслаждаться настоящим». Это три группы основных потребностей: физические потребности; духовные (интеллектуальные) потребности; социальные потребности.

Универсальная способность, позволяющая человеку, группе или сообществу предотвратить или свести на нет отрицательные последствия трудной ситуации, называется устойчивостью (resilience). Этот термин также используется для описания ряда качеств, которые способствуют процессу успешной адаптации в жизни вопреки трудностям. Анализируя модель устойчивости, предложенную Э. Гротберг, А.М. Щербакова и А.В. Шехорина делают вывод об эффективности ее использования при разработке

индивидуальных программ психолого-педагогического обеспечения реабилитации и оптимизации качества жизни. [4]

Лица с ограниченными возможностями здоровья иногда бывают более пессимистичны, чем не одинокие, они испытывают гипертрофированное чувство жалости к себе, ожидают от других людей только неприятностей, а от будущего – лишь худшего. Они также считают свою жизнь и жизнь других людей одинокой и бессмысленной. В таких случаях они малоразговорчивы, ведут себя тихо, стараются быть незаметными, чаще всего выглядят печально.

Бесспорно, что на переживание одиночества оказывают сильное влияние личностные особенности людей. У лиц с ограниченными физическими возможностями формирование личностных особенностей происходит под влиянием факторов, связанных с их заболеваниями особенно возникшие вследствие заболевания или повреждения центральной нервной системы. В первую очередь, это ограниченность передвижения в неприспособленной окружающей среде, что резко сужает круг общения, которое часто происходит только по телефону. Очень часто, развивается замкнутость и неуверенность в себе. Можно четко выделить две группы людей с ограниченными физическими возможностями: первая группа — люди больные с детства; вторая группа — люди, заболевшие или получившие травму во взрослом возрасте. Можно предположить, что личностные особенности и стиль межличностного общения двух этих групп будут достаточно резко различаться, так как люди больные с рождения или с самого раннего детства сразу оказались в условиях ограничения своих физических возможностей. Жизнь людей заболевших или получивших травму во взрослом возрасте была поделена на две части, до и после болезни, что не могло не привести к психологической травме[7].

Феномен одиночества отличается сложностью и многозначностью в плане научного определения и индивидуального осмысления его исследователем. Наличие нескольких подходов к изучению одиночества доказывает присутствие в этом понятии реального научного содержания, которое с одной стороны поддается рационализации, с другой — требует дальнейшего теоретического и экспериментального исследования. Такое требование обусловлено недостаточной изученностью феноменологии, а тем более — психологических механизмов одиночества[6].

Одна из самых ярких черт одиночества — это специфическое чувство полной погруженности самого себя. Чувство одиночества не похоже на локальные ощущения, переживания, оно целостно, абсолютно всеохватно. Выделение феноменального и когнитивного элементов приводит к пониманию того, что одиночество — особая форма самовосприятия, острая форма самосознания. Не обязательно абсолютно полно и точно понимать свое состояние,

однако одиночество — это одно из явлений, требующее самого серьезного внимания. Бесспорно, личностные особенности индивида играют значительную роль в его восприятии и переживании одиночества[1].

Можно сказать, что люди с ограниченными физическими возможностями больные с рождения или с самого раннего детства, в своем большинстве оказываются более способными к интеграции в общество, более контактными и с большим, хотя и сдержанным оптимизмом, смотрят в будущее. Это объясняется тем, что «правила игры» этой категории людей были определены с раннего детства или с рождения адекватным воспитанием, формированием реалистичной оценки своего положения, уметь контактировать с окружающими и находить свое место в жизни. Такие люди с ограниченными физическими возможностями предпочитают в межличностном общении стратегию сотрудничества и компромисса. Наибольшее значение для них имеет дружелюбие, все остальные типы отношений к окружающим, тоже имеют достаточную выраженность, причем, наиболее значимые из них зависимость и подчиняемость. Наиболее выражены акцентуации характера по типу эмотивности, педантичности и тревожности. Высок уровень эмпатии и сострадания.

У людей с ограниченными возможностями здоровья, заболевшими или получившими травму во взрослом возрасте, жизнь резко разделилась на «до» и «после» болезни и они оказались на перепутье, совершенно не готовыми к новому образу жизни. Старые межличностные отношения подвергаются серьёзным испытаниям и часто прекращаются, семьи часто распадаются, установление новых межличностных связей представляет большую трудность. Их поведение, нередко, связано с резкой сменой настроения, что часто объясняется появлением в печати сообщений о новых способах лечения. И когда, в большинстве случаев, методы лечения оказываются неэффективными или просто выдумкой, они впадают в глубокую депрессию. Предпочитают в межличностном общении стратегии противоборства и сотрудничества. Для них наиболее ярко выражены 4 типа отношения к окружающим: авторитарность, подозрительность, агрессивность и подчиняемость. Наиболее выражены акцентуации характера по типу демонстративности, неуравновешенности и дистимичности, высок так же уровень экзальтированности.

Формирование личности у людей с ограниченными возможностями здоровья, особенно с нарушениями опорно-двигательного аппарата, происходит в условиях ограниченного жизненного пространства и коммуникативности, иногда в полной зависимости от посторонней помощи в самообслуживании. Не смотря на то, что такие люди, как правило, обладают высокой внутренней восприимчивостью мироощущений и развитым самоанализом, дающими предпосылки для развития творческих способностей, им намного труднее реализовывать свои возможности, чем другим инвалидам.

Это вызывает неуверенность в себе, комплекс неполноценности, ориентирует на потребительское сознание и иждивенчество, то есть ведет к синдрому социального инфантилизма. В результате – потенциал личности теряется, а затраты на социальную помощь «дивидендов» для общества практически не приносят. Необходима комплексная социальная оценка.

К потере здоровья и трудоспособности ведут разные причины, но все они отражаются на материальном положении и мироощущении инвалидов, порождают настроения обездоленности, ущербности и пессимизма не только у них самих, но и у окружающих. Причем, следует учитывать, что социальная среда, как правило, враждебна инвалиду и условия для своевременной и успешной адаптации отсутствуют. Задержки и срывы в этом процессе ведут к развитию психологического феномена, определяемого как формирование статуса инвалида. Социально-психологическая и психолого-педагогическая реабилитация – самый надежный путь к успешной социальной адаптации личности с ограниченными возможностями здоровья.

Социальная реабилитация – это комплекс социально-экономических, психологических, педагогических мероприятий, направленных на формирование самостоятельности, включение в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду с учетом психофизических возможностей инвалида.

Успешность реабилитации зависит от учёта ряда психолого-педагогических факторов. Как указывал Л. С. Выготский[3], решает судьбу личности не дефект, а его социальные последствия. В общем виде реакции на свое состояние можно подразделить на следующие типы: адекватный (соответствующий объективному состоянию человека), ипохондрический и анозогнозический. Неадекватные типы реакций негативно влияют на возможности реабилитации: при ипохондрическом типе наблюдается слабость побуждений, заниженная самооценка здоровья, неверие в свои возможности и как следствие — нежелание активно включаться в реабилитационный процесс; при анозогнозическом типе — отрицание какого-либо влияния болезни и инвалидности на возможности человека, нежелание изменить свой образ жизни в соответствии с возможностями — нередки случаи столкновения с непреодолимыми препятствиями, приводящие к фрустрации, к краху жизненных планов, отрыву от реальности.

Третья группа факторов, влияющих на возможности реабилитации, связана с взаимоотношениями лиц с ограниченными возможностями и общества. Болезнь и инвалидность, наступившие в зрелом возрасте, нередко ведут к изменениям мотивационно-потребностной сферы, ценностных ориентации и др. личностных характеристик. Чувство

зависимости от других людей, потребность в особых условиях нередко влекут за собой снижение самооценки, чувство неполноценности, ущербности, эмоционально-волевые нарушения, сужение круга общения из-за невозможности в полной мере выполнять прежние социальные роли. Инвалидов оценивают скорее на основании групповой принадлежности, чем индивидуальных характеристик[5]. Такое отношение усугубляет изоляцию лиц с ограниченными возможностями здоровья от привычного социального окружения (включая семью), влечёт трудности в устройстве на работу.

Специфика психолога - педагогического обеспечения оптимизации качества жизни таких людей состоит в преимущественно коррекционной направленности этого процесса. От лиц, осуществляющих этот процесс, прежде всего, требуется максимально расширить возможности лиц с ограниченными возможностями здоровья для освоения предметно-практического и теоретического опыта. Особого внимания требует эмоциональное состояние таких людей. Необходимо в доброжелательной и поощрительной манере формировать у них адекватную самооценку и уровень притязаний, стремление к развитию тех способностей и склонностей, которые могут способствовать максимальной самореализации. Создание соответствующих этим требованиям условий — комплексная проблема; её решение во многом зависит от реализации совокупности психолого-педагогических и медико-организационных условий психолого-педагогического обеспечения процесса оптимизации качества жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья. Восстанавливая способности инвалидов к социальному функционированию, к созданию независимого образа жизни социальные работники помогают им определять свои социальные роли, социальные связи в обществе, способствующие их полному развитию[2].

Инвалиды как социальная категория людей, находятся в окружении здоровых по сравнению с ними и нуждаются в большей степени в социальной защите, помощи, поддержке. Эти виды помощи определены законодательством, соответствующими нормативными актами, инструкциями и рекомендациями, известен механизм их реализации. Следует отметить, что все нормативные акты касаются льгот, пособий, пенсий и других форм социальной помощи, которая направлена на поддержание жизнедеятельности, на пассивное потребление материальных затрат. Вместе с тем, инвалидам необходима такая помощь, которая могла бы стимулировать и активизировать инвалидов и подавляла бы развитие иждивенческих тенденций. Молодые инвалиды, по существу находятся в условиях социальной депривации, они постоянно испытывают дефицит информации[6].

Роль специалиста - реабилитолога состоит в том, чтобы создать особую среду в медицинском стационарном учреждении и особенно в тех отделениях, где проживают молодые инвалиды. Терапия средой занимает ведущее место в организации образа жизни

инвалидов молодого возраста. Основным направлением является создание активной, действенной среды обитания, которая побуждала бы молодых инвалидов на «самодеятельность», самообеспечение, отход от иждивенческих настроений и гиперопеки.

Для реализации идеи активизации среды можно использовать занятость трудом, любительские занятия, общественно - полезную деятельность, спортивные мероприятия, организацию содержательно- развлекательного досуга, обучение профессиям. Такой перечень мероприятий должен осуществляться не только лишь специалистом - реабилитологом. Важно, чтобы весь персонал был ориентирован на изменение стиля работы медицинского учреждения, в котором находятся молодые инвалиды. В связи с этим, специалисту реабилитологу необходимо владение методами и приемами работы с лицами, обслуживающими инвалидов стационарном медицинском учреждении. С учетом таких задач, специалист реабилитолог должен знать функциональные обязанности медицинского и вспомогательного персонала. Он должен уметь выявить общее, сходное в их деятельности и использовать это для создания психолого-терапевтической среды.

Заключение. Роль специалиста-реабилитолога состоит в том, чтобы с учетом возрастных интересов, личностно- характерологических особенностей всех категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья, организовать социально-бытовую и социально-психологическую адаптацию молодых инвалидов. Оказание содействия в поступлении инвалидов в учебное заведение является также одной из важных функций участия специалиста-реабилитолога, социального работника в социально-психологической и психолого-педагогической реабилитации этой категории лиц.

Список литературы

1. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида// Пер. с англ.- М.: Педагогика, 1991.- 112 с.
2. Васильев А. Л. Россия в XXI веке. Качество жизни и стандартизация// – М.: Стандарты и качество. – 2003. – 440 с.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений// В 6 т. - Т. 4. - М.: Педагогика, 1984.- 432 с
4. Изуткин А.М., Петленко В.П., Царегородцев Г.И. Социология медицины// Киев: Свит, 2003.- 435 с.
5. Инвалидность — Материалы Всемирного банка для учащихся. – [Электронный ресурс]. - Режим доступа: un.org.ru/youthink/disabilities.shtml.
6. Менделевич В. Д. Клиническая медицинская психологи// М.:Медпресс. 1998. – 592 с.
7. Осницкий А.К. Проблемы исследования субъектной активности//Вопросы психологии. - №1.- 1996. – С. 32-37.

8. Словарь иностранных слов// - 15-е изд., испр. - М.: Рус.яз.,1988.- 608 с.

Рецензенты:

Ибрагимов Я.Х., д.м.н., профессор кафедры травматологии и ортопедии ГБОУ ДПО «Казанская государственная медицинская академия» МЗ РФ, г. Казань;

Скворцов А.П., д.м.н., главный научный сотрудник научно-исследовательского отдела ГАУЗ «Республиканская клиническая больница Министерства Здравоохранения Республики Татарстан», г. Казань.