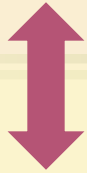


CZŁOWIEK



NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ

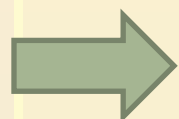


ADAPTACJA

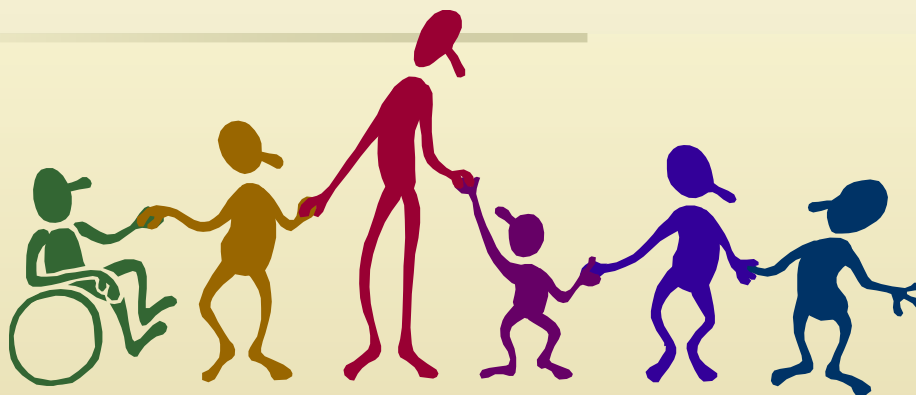


Psychologiczne problemy osób niepełnosprawnych

NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ



naruszenie sprawności określanej jako zdolność organizmu człowieka lub poszczególnych jego układów do wypełniania właściwych funkcji



WHO - systematyzacja / 1980 r.

- **uszkodzenie** (*impairment*): zaburzenie lub wada normalnej struktury lub czynności organizmu
 - **niepełnosprawność** (*disability*): brak lub osłabienie zdolności funkcjonalnych lub / i aktywności życiowej
 - **upośledzenie** (*handicap*): utrudnienia życiowe wywołane przez bariery środowiska fizycznego i społecznego (za Majewski, 1995)
-
- Zgodnie z nią **uszkodzenie** organizmu powoduje, że osoba jest **niepełnosprawna**. Niepełna sprawność zaś prowadzi do **upośledzenia** społecznego (w różnym zakresie).

Dostosowanie się do nowej sytuacji

Główny problem niepełnosprawnego



akceptacja własnego kalectwa



- Proces dostosowania do nowej sytuacji życiowej przebiega u wszystkich niepełnosprawnych, bez względu na rodzaj ograniczenia, w podobny sposób.

Wolfensberger (1967) wyodrębnia kolejno :

KRYZYS NOWOŚCI

- ✘ Pojawia się na samym początku, kiedy okazuje się, że niektóre z dążeń, celów życiowych, planów z powodu zaistniałej niepełnej sprawności są niemożliwe do zrealizowania.
- ▶ Szok emocjonalny charakterystyczny dla tego kryzysu powoduje, że chory w istotnym stopniu ogranicza swoją aktywność bądź zaczyna działać nieracjonalnie (*nierealistyczne fantazje na własny temat, niekontrolowana agresja*).

KRYZYS OSOBISTYCH WARTOŚCI

- ✘ doświadczanie wewnętrznego konfliktu
- ▶ Niepełnosprawny z jednej strony doświadcza swoich ograniczeń, z drugiej jednak nie chce, nie zamierza stracić dobrego mniemania o sobie.
- ▶ Najczęściej skutkuje to ambiwalentnym stosunkiem do siebie, bardzo obniżonym poczuciem własnej wartości.

KRYZYS RZECZYWISTY

- ✘ Pojawia się z powodu zmienionych warunków ekonomicznych oraz społecznych.
- ▶ Niepełnosprawny nie ma bądź ma mniejsze zarobki, dodatkowe koszty rehabilitacji, doświadcza trudności w przemieszczaniu się, braku akceptacji społecznej.
- ▶ Skutkuje to izolacją i osamotnieniem.

- **Adaptacja jest wynikiem interakcji pomiędzy czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i środowiskowymi; można powiedzieć, że adaptacja jest możliwa jeśli “nowa” sytuacja jest zaakceptowana nie tylko przez pacjenta, ale także przez jego bliskich i krąg społeczny.**

N. KERR

fazy przystosowania się do niepełnosprawności

- 1. FAZA SZOKU**
- 2. FAZA OCZEKIWANIA POPRAWY**
- 3. FAZA LAMENTU**
- 4. FAZA OBRONNA PRAWIDŁOWA**
- 5. FAZA OBRONNA NEUROTYCZNA**
- 6. FAZA PRZYSTOSOWANIA**

Nancy Kerr – fazy przystosowania się do niepełnosprawności / choroby przewlekłej

FAZA SZOKU

- to nie ja
- chory nie zdaje sobie sprawy z własnego położenia
- zabiegi lecznicze traktowane jako zło konieczne – powodują zdenerwowanie
- pacjent ma poczucie pełnej sprawności
- "odrzućcie choroby" w efekcie działania mechanizmu zaprzeczenia



Kerr – fazy przystosowania się do niepełnosprawności

FAZA OCZEKIWANIA POPRAWY

- jestem chory ale wyzdrowieję (włącznie z całkowitym wyleczeniem)
- uświadomienie sobie swojego stanu zdrowia
- traktowanie go jako przejściowy i chwilowy
- koncentracja na ciele i wyłapywanie sygnałów świadczących o poprawie
- przekonanie o wyzdrowieniu
- poszukiwanie alternatywnych źródeł pomocy



Kerr – fazy przystosowania się do niepełnosprawności

FAZA LAMENTU

- przekonanie, że "wszystko stracone"
 - przypadkowy i gwałtowny charakter (trudna sytuacja, zła informacja)
 - depresja, apatyczność, zrezygnowanie, życie traci sens – myśli samobójcze !
-
- kalectwo → bariera nie do pokonania



Kerr – fazy przystosowania się do niepełnosprawności

FAZA OBRONNA PRAWIDŁOWA

- Obrona A (*zdrowa*) - "idę do przodu bez względu na inwalidztwo"
- stawianie nowych celów i realizowanie nowych zadań
- gotowość do podjęcia działania o istotnej wartości
- usprawnienia ciała by osiągnąć to co wartościowe
- akceptowanie położenia życiowego



Kerr – fazy przystosowania się do niepełnosprawności

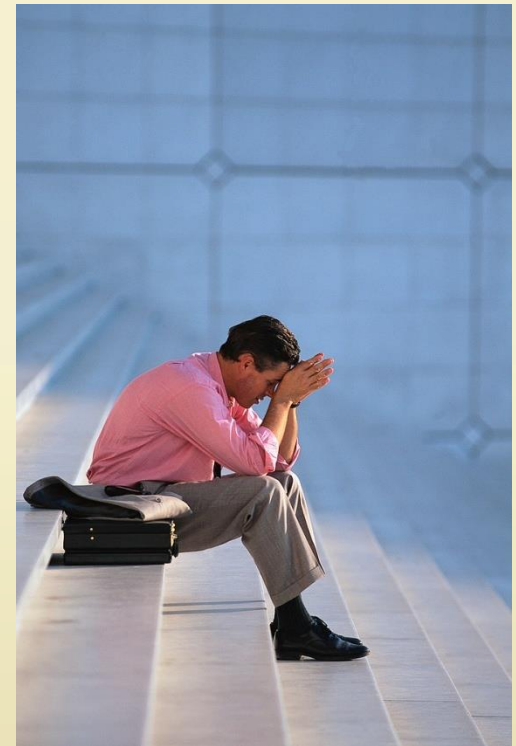
FAZA OBRONNA NEUROTYCZNA

- Obrona B (*neurotyczna*)
- uruchomienie mechanizmów obronnych celem zaprzeczenia skutkom inwalidztwa
- zbyt duże motywowanie



negacja barier związanych
kalectwem

(nie wszystko jednak się udaje)



Kerr – fazy przystosowania się do niepełnosprawności

FAZA PRYZYSTOSOWANIA

- „to jest trudne ale nie takie znowu złe”
- zaprzestanie traktowania kalectwa jako bariery blokującej zaspokajanie własnych potrzeb
- bariera uznana za jedną z charakterystycznych właściwości



TYPY REAKCJI OTOCZENIA WOBEC NIEPEŁNOSPRAWNEGO

TROSKI

- przyjęcie postawy odpowiedzialności za osobę niepełnosprawną
- deklarowanie gotowości do niesienia bezinteresownej pomocy i współczucia

ODRZUCENIA

- emocjonalne dystansowanie się w celu uniknięcia przykrych emocji (*wstyd, lęk, obrzydzenie...*)
- izolacja może przyjąć skrajną formę segregacji w specjalistycznych instytucjach: DPS, itp .

REAKCJE OTOCZENIA

- Reakcję otoczenia rozpatrywać można także w kontekście procesu: bardzo często członkowie rodziny, znajomi początkowo okazują wiele troski, zainteresowania. Kiedy natrafiają z czasem na brak zmiany sytuacji, niechęć do aktywności chorego, bądź agresję lub postawę roszczeniową dochodzi do konfliktów i odrzucenia.
- W polskim społeczeństwie przeważają reakcje odrzucenia (*niepełnosprawni mają w dalszym ciągu trudności ze znalezieniem zatrudnienia, zdobyciem wykształcenia czy znalezieniem partnera, założeniem rodziny*).

MECHANIZM ZAPRZECZANIA

- Ból towarzyszący uszkodzeniu organizmu prowadzi do silnego lęku, który uruchamia mechanizm zaprzeczania. Jest to typowy sposób reagowania wstępnego. Umożliwia utrzymywanie dotychczasowego wizerunku siebie. Chory nawet, jeśli posiada świadomość aktualnego stanu zdrowia bagatelizuje znaczenie uszkodzenia ciała dla dalszego życia, bądź przyjmuje pogląd o jego tymczasowości.
- Mechanizm ten służy neutralizowaniu silnych negatywnych emocji. Umożliwia opóźnienie konfrontacji człowieka ze swoją niepełną sprawnością.
- Mechanizm ten niekiedy stosują także osoby bliskie. Jest to bardzo niekorzystne – pogłębia nierealistyczny obraz sytuacji życiowej niepełnosprawnego.

WIEK



- Uszkodzenie we wczesnym dzieciństwie utrudnia rozwój psychiczny, stwarza jednak dobre warunki do rozwijania sposobów kompensacji. Jest problem ograniczeń, utrudnień w przebiegu rozwoju, nie ma natomiast problemu straty. Nie występuje mechanizm zaprzeczania.
- U dorosłych, gdzie potencjał rozwojowy został zrealizowany, a kalectwo ogranicza lub uniemożliwia wykorzystanie go w nowej sytuacji. Człowiek traci szansę przekształcenia posiadanych osiągnięć rozwojowych w dalsze dokonania życiowe.
- Niepełna sprawność jest mniej traumatyczna u osób w wieku starszym. Zwykle brakuje im także motywacji do rehabilitacji: „Czy warto jeszcze zabiegać o ograniczenie niepełnosprawności, jeśli zostało mi niewiele życia?”.

RODZAJ USZKODZENIA

- Sposób reakcji jest również indywidualnie zróżnicowany ze względu na rodzaj uszkodzenia. Każde z kalectw niesie z sobą inne, specyficzne problemy.
- W sensie psychologicznym, przystosowanie do niepełnosprawności polega na zaprzestaniu traktowania kalectwa jako bariery uniemożliwiającej zaspokojenie własnych potrzeb.
- W zależności od etapu przystosowania do niepełnosprawności, mogą być różne wyniki badań empirycznych nad sposobami reagowania na zaburzenia funkcjonowania somatycznego.

RODZAJ USZKODZENIA

- Według Bilikiewicza u głuchoniemych może powstać ostra reakcja psychotyczna o cechach paranoi, ale z upływem lat powstaje też przewlekły zespół cech charakterologicznych, wyrażający się nastawieniem nieufnym, prześladowczym, również poczuciem niższości, niewiary we własne możliwości, niepewnością, a czasem przeciwnie - skłonnością do hiperkompensacji.



RODZAJ USZKODZENIA

- W świetle badań psychologicznych, nie jest uzasadnione poszukiwanie związku między rodzajem niepełnosprawności a określonym typem zaburzeń osobowości.
- Zależy to od bardzo wielu czynników:
 - wcześniej ukształtowanej osobowości
 - czasu powstania kalectwa (choroby przewlekłej)
 - jego rozmiarów i rodzaju
 - gwałtowności jego wystąpienia (powolne czy nagłe, np. powypadkowe)
 - reakcji psychologicznej na uszkodzenie organizmu
 - środowiska, w jakim żyje osoba niepełnosprawna

CZAS POWSTANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

- Sugeruje się także nieco odmienny pogląd, uznający określone rodzaje niesprawności organizmu za wystarczającą przyczynę nieprzystosowania inwalidy do otoczenia.
- Struktura osobowości ludzi przed i po nabyciu kalectwa charakteryzuje się dużym stopniem stabilności, a nieprzystosowanie osób niepełnosprawnych jest tylko czasowe.
- Negatywne doświadczenia związane z inwalidztwem mogą być niekiedy nawet korzystne dla dalszego rozwoju osobowości.
- W badaniach w 1989 przeprowadzonych w grupie 40 osób (25 mężczyzn i 15 kobiet) w wieku 20-55 lat, po amputacji kończyny górnej lub dolnej, stwierdzono, porównując grupy badanych o długim (10-20 lat po amputacji) i krótkim (do 4 lat po amputacji) okresie niepełnosprawności, że:

OSOBY ODŁUGIM OKRESIE NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI

przejawiały większe zahamowanie, zamknięcie w sobie, obojętność, niższą zdolność do przewodzenia i wytrwałości oraz inicjatywy w sytuacjach społecznych; posiadały znacznie mniej zdolności przystosowawczych, pewności siebie, fantazji; nie dążyły do kontaktów interpersonalnych, były bardziej nieuporządkowane i konfliktowe, częściej ulegały autorytetom i podporządkowywały się innym; były nadmiernie ostrożne, podejrzliwe i krytyczne w stosunku do otoczenia; częściej przeżywały poczucie winy i wstydu oraz charakteryzowały się brakiem samodyscypliny i umiejętności kierowania sobą, skłonnością do wyolbrzymiania zmartwień i kłopotów.

FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE

- W każdym społeczeństwie wysokie miejsce w hierarchii wartości zajmują zdrowie, sprawność fizyczna i zdolność do pełnienia podstawowych ról społecznych.
- W procesie socjalizacji każda jednostka przejmuje te wartości i je uwewnętrznia, tak, iż stają się one podstawą samooceny.



FUNKCJONOWANIE SPOŁECZNE

- Dla osoby niepełnosprawnej, uszkodzenia somatyczne organizmu stanowią bezpośrednie naruszenie obrazu własnego ciała, a w konsekwencji zaburzenie struktury „Ja”.
- Zakłócenie funkcjonowania społecznego wskutek inwalidztwa jest dodatkowym, ważnym elementem zmieniającym dotychczasowy obraz własnej osoby, a tym samym istotnie wpływającym ujemnie na integralność i właściwości osobowości



- ▶ Osoba niepełnosprawna to osoba, która ma uszkodzony organizm, co upośledza ją w pewnym stopniu społecznie.
- ▶ Szczególną rolę w procesie diagnozy odgrywa otoczenie. Może pomijać kalectwo bądź wręcz odwrotnie stwierdzać jego obecność.
- ▶ Niepełna sprawność wiąże się z doświadczaniem kryzysów.
- ▶ Pamiętać należy o mechanizmie zaprzeczenia, który z czasem ogranicza, a nawet odbiera możliwość znalezienia konstruktywnych rozwiązań.
- ▶ Obecność, pomoc otoczenia jest bardzo potrzebna w rehabilitacji. Jej skuteczność jest także uzależniona od poziomu własnej aktywności, inicjatywy niepełnosprawnego.

Strategie radzenia sobie rodziców dzieci z niepełnosprawnością



- Urodzenie się dziecka z niepełnosprawnością, z zaburzeniami w rozwoju jest uznawane za sytuację trudną wymagającą zmiany dotychczasowego sposobu funkcjonowania.

Charakteryzuje się gwałtownymi reakcjami emocjonalnymi.

W konsekwencji, rodziców opiewuje powracający stale smutek i poczucie żalu.

Występują utrudnienia adaptacyjne rodziców do swoich niepełnosprawnych dzieci.





To jak radzą sobie rodzice, jakie style i strategie przyjmują w procesie adaptacyjnym zdeterminowane jest wieloma zmiennymi. Duże znaczenie dla specyfiki przystosowawczej ma **rodzaj niepełnosprawności**, a także **stopień nasilenia** objawów zaburzenia u dzieci. Prowadzą do pojawienia się depresji u matek oraz wzajemnych konfliktów pomiędzy rodzicami dziecka.

Postawy rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego

- Typy **nieprawidłowych** postaw rodzicielskich
 - postawa odtrącająca
 - postawa zbyt wymagająca
 - postawa unikająca
 - postawa nadmiernie chroniąca



Postawy rodziców wobec dziecka niepełnosprawnego

- Typy **prawidłowych** postaw rodzicielskich
 - postawa akceptująca
 - postawa uznania praw dziecka
 - postawa współdziałania
 - postawa rozumnej swobody



Nieprawidłowe postawy rodzicielskie



● Postawa odtrącająca

- niektórzy z rodziców traktują dziecko instrumentalnie, nie dostrzegają ich podmiotowości.
- Dziecko niepełnosprawne kojarzone jest z bezwartościowością i nieumiejętnością odniesienia sukcesu w życiu, odczuwane jest jako ciężar.
- negatywny stosunek do dziecka
- Rodzice jawią wobec dziecka uczucie rozczarowania, zawodu i urazu; często uważają, że opieka nad „ takim dzieckiem” przekracza ich możliwości.
- Wyrazem takiej postawy jest całkowity brak zainteresowania dzieckiem i jego rehabilitacją, zrezygnowanie z usprawniania dziecka lub umieszczenie dziecka w placówce rehabilitacyjnej.
- Rodzice nie podejmują żadnych kroków w celu rehabilitacji dziecka, ponieważ uważają, że i tak nie przyniesie to żadnych korzyści.
- Nie wnikają w potrzeby dzieci, często w takich domach występują liczne kary, represje, zastraszanie.

Postawa zbyt wymagająca

rodzice za dużo wymagają od swoich dzieci bez liczenia się z indywidualnymi cechami i możliwościami dziecka niepełnosprawnego

- Decydowanie za dziecko przez niedawanie dziecku prawa do samodzielności może spowodować brak wiary w siebie oraz we własne możliwości, które już i tak poprzez swoją niepełnosprawność są zachwiane.



Postawa unikająca

unikanie kontaktu z dzieckiem, obojętność oraz ubogi stosunek do dziecka (*przebywanie rodziców z dzieckiem nie sprawia im przyjemności*).

- Rodzic ignoruje dziecko oraz ogranicza z nim kontakt do minimum, co w konsekwencji prowadzi do braku nawiązywania trwałych więzi uczuciowych.
- Poprzez takie zachowanie dziecko uważa siebie jako osobę bezużyteczną, co wcale nie pomaga mu w rehabilitacji i w walce z chorobą.

Postawa nadmiernie chroniąca



charakteryzuje rodziców, którzy nadmiernie troszczą się o dziecko

- Traktują dziecko jako osobę wymagającą stale opieki i pomocy.
- Uważają, że los bardzo skrzywdził ich dziecko i chcą mu tę krzywdę zrekompensować.
- Otaczają je zbyt troskliwą czułością i opieką.
- Wyręczają je w **możliwych** do wykonania czynnościach.
- Nie stawiają dziecku żadnych wymagań, zwalniają z wszelkich obowiązków.
- Pomoc dziecku jest pozorna, ogranicza się np. do kupna zabawek, ale bez nauki ich umiejętnego wykorzystania w zabawie i rehabilitacji.
- Konsekwencją takiego postępowania jest całkowite uzależnienie się dziecka niepełnosprawnego od innych, całkowity brak przygotowania do samodzielności.

Prawidłowe postawy rodzicielskie

- **Postawa akceptująca** - zadowolenie rodziców z kontaktów z dzieckiem, okazywanie uczucia dziecku poprzez miłość i sympatię. Rodzice akceptują dziecko, jego cechy fizyczne i jego ewentualne ograniczenia. Dziecko czuje się bezpieczne – rodzice mu to gwarantują. Dzięki takim zachowaniom rodziców dziecko jest wesołe, miłe, przyjacielskie. Chętnie poddaje się ćwiczeniom z fizjoterapeutami i rehabilitacji.

Prawidłowe postawy rodzicielskie

- **Postawa uznania praw dziecka** - docenianie roli, jaką dziecko odgrywa w rodzinie, ale nie przecenianie jej.
- Przez podejmowanie decyzji przez dziecko rozwijamy w nim własną inicjatywę i nie uzależniamy dziecka tylko od siebie dając mu swobodę własnych wypowiedzi i oceny.

Prawidłowe postawy rodzicielskie

- **Postawa współdziałania** - interesowanie się rodziców tym, jak dziecko się bawi i pracuje. Idealnym przykładem postawy współdziałania jest wspólna rehabilitacja, wspólna gimnastyka korekcyjna. Dzięki takim postawom opiekunów w dziecku buduje się ufność do rodziców.



Prawidłowe postawy rodzicielskie

- **Postawa rozumnej swobody** - dawanie dziecku większej wolności w miarę jego dorastania. Przez taką postawę rodzice w dziecku wyrabiają zdolność współdziałania z rówieśnikami.





Pomoc pacjentom niepełnosprawnym

Aby pomóc pacjentowi niepełnosprawnemu zaakceptować swój stan, opiekun powinien:

- ✓ Położyć nacisk na uznanie własnej godności przez pacjenta
- ✓ Podkreślić umiejętności pacjenta
- ✓ Pomóc pacjentowi znaleźć odniesienie do przeszłości, w postaci jego dawnych hobby i zainteresowań, o ile to możliwe
- ✓ Współpracować ze specjalistą, stosować się do jego wskazówek
- ✓ Edukować pacjenta w zakresie inteligencji emocjonalnej, również w postaci kursów
- ✓ Pomagać pacjentowi w przezwyciężeniu wszystkich barier (np. Znajdź środki i pomóż pacjentowi w zdobyciu umiejętności technicznych)

Adaptacja rodziny z sytuacją

Działania pomocowe dla osoby niepełnosprawnej nie mogą być efektywne jeśli rodzina pacjenta i jego otoczenie nie idą w tym samym kierunku.

W celu adaptacji rodziny z sytuacją, należy wziąć pod uwagę:

- ✓ Integrację rodzin w proces rehabilitacji, powinni być zaangażowani w każdy krok i być świadomi procesu
- ✓ Uznanie przez rodzinę pomocy, wsparcia i zachęty
- ✓ Poszukiwanie przez rodzinę zasobów w celu wzmocnienia umiejętności i istniejących możliwości
- ✓ Zrozumienie sytuacji i skonstruowanie zachowania współpracy
- ✓ Rozpoznanie potencjalnych umiejętności i zasobów pacjenta

Bariery - rodzaje

✓ **Architektoniczne:**

- zbyt wąskie drzwi, wejścia oraz korytarze,
- zbyt małe powierzchnie pomieszczeń sanitarno-higienicznych,
- różnice poziomów - czyli schody i stopnie, niedostosowane windy lub ich brak oraz niedostateczna informacja dźwiękowa i wizualna

✓ **Społeczne:**

- stosunek ludzi sprawnych do osób niepełnosprawnych,
- stereotypowe myślenie na temat osób niepełnosprawnych, postrzeganie osób niepełnosprawnych jako tych mniej produktywnych, niezaradnych życiowo czy też niezdolnych do pracy

✓ **Spowodowane brakiem środków materialnych**

- Z wielu prowadzonych badań wynika, iż dla osób niepełnosprawnych jedynym źródłem utrzymania są świadczenia rentowe lub środki materialne uzyskiwane z pomocy społecznej

Poznawcze i emocjonalne strategie adaptacji

Aby pomóc pacjentowi zaadaptować się do niepełnosprawności, przydatny jest proces samopoznania. Samopoznanie składa się z:

- Samomonitorowania - Indywidualnych zdolności do poznania i kontroli własnych reguł i celów
- Samooceny - Indywidualnych zdolności do prawidłowej oceny własnych odpowiedzialności, sukcesów i porażek
- Skuteczności - Indywidualnych zdolności do posiadania realistycznych oczekiwań w odniesieniu do osiągnięcia celów
- Wzmacniania siebie - Indywidualnych zdolności do nagradzania się za osiągnięcie celu

Innym ważnym czynnikiem osobowości jest “kompetencja emocjonalna”, oparta na umiejętnościach inteligencji emocjonalnej:

- **Samoświadomość** - Indywidualne rozpoznanie emocji i ich wpływu oraz analiza osobistych mocnych stron i ograniczeń
- **Samokontrola** - Indywidualne zdolności kontrolowania emocji, zasobów
- **Energia** - Stany emocjonalne, które prowadzą do osiągnięcia celów
- **Empatia** - Wrażliwość potrzeb, uczuć i zainteresować innymi
- **Umiejętności społeczne** - Zdolność do interakcji z innymi.

W celu adaptacji rodziny z sytuacją, należy wziąć pod uwagę:

- Integrację rodzin w proces rehabilitacji, powinni być zaangażowani w każdy krok i być świadomi procesu
- Uznanie przez rodzinę pomocy, wsparcia i zachęty
- Poszukiwanie przez rodzinę zasobów w celu wzmocnienia umiejętności i istniejących możliwości
- Zrozumienie sytuacji i skonstruowanie zachowania współpracy
- Rozpoznanie potencjalnych umiejętności i zasobów pacjenta

Jako opiekun musisz zrozumieć potrzeby rodziny w znalezieniu odpowiedzi na następujące pytania:

- Odniesienie do przeszłości: Jaką rodziną byliśmy? Co się wokół nas zmieniło? Jakie mieliśmy oczekiwania? Jakie mieliśmy warunki ekonomiczne i społeczne?
- Odniesienie do wydarzenia: Co się stało? Czy wydarzenie zburzyło równowagę w rodzinie? Jakie napotykamy trudności?
- Odniesienie do terażniejszości: Jak się czujemy? (żałujemy, wina, inne myśli? Czy adaptujemy się do nowego życia? Jak teraz będzie? Jakie są nasze zasoby?
- Odniesienie do przyszłości: Kim będziemy? Jakie są nasze oczekiwania, motywacje, potrzeby, plany? Co możemy teraz zrobić?

Konsekwencje niepełnosprawności dla chorego

- Następstwa fizyczne
 - Następstwa psychiczne
 - Następstwa społeczne
-

Następstwa fizyczne

- Zmiany w wyglądzie zewnętrznym
- Zmiany czynnościowe
 - ograniczenia zasięgu ruchu
 - zmniejszenie oporności na wysiłek
 - zaburzenia w utrzymaniu równowagi
 - odmienny sposób reagowania na bodźce zewnętrzne
 - trudności w mowie

Następstwa psychiczne

Obawy o własne zdrowie mogą doprowadzić do:

- hipochondrii
 - fobii
 - depresji
-

Następstwa społeczne

- Zakłócenia w życiu rodzinnym
- Ograniczenie lub rezygnacja z pracy zawodowej
- Osłabienie lub zerwanie kontaktów towarzyskich
- Przekreślenie planów i aspiracji życiowych
- Obniżenie pozycji społecznej

Inwalidztwem można nazwać stan wiążący się z upośledzeniem funkcjonowania fizycznego i/lub psychospołecznego człowieka. Może ono być etapem pewnego procesu, jak ma to miejsce w przypadku wystąpienia choroby przewlekłej lub też wynikiem nagłego zdarzenia (np. utrata kończyny w wyniku wypadku czy paraliż po niefortunnym skoku do wody). W każdym z tych przypadków psychologiczne koszty są duże, i wydają się tym bardziej dramatyczne, im bardziej dramatyczne są zmiany i im młodszej osoby dotyczą. Zmianie ulega cały dotychczasowy porządek życia, zachodzi potrzeba jego przeorganizowania właściwie na każdym jego poziomie.



Zaakceptowanie inwalidztwa dla chorego wydaje się trudne z wielu powodów. Zaistnienie tego "zjawiska" burzy dotychczasowy porządek życia, obraz własnej osoby zarówno w sferze cielesnej jak i całościowo. Budowana przez całe dotychczasowe życie koncepcja samego siebie, która dotyczy wyglądu, cech, możliwości nagle przestaje być aktualna. Dotyka to takich wymiarów psychologicznych jak: niezależność, samodzielność, poczucie wpływu jak również sprawowanie kontroli.



Niewątpliwie na radzenie sobie z niepełnosprawnością, tak samo jak z pojawieniem się w życiu przewlekłej choroby, ma wpływ wiele czynników, wśród których należy wyróżnić między innymi:

- rodzaj oraz stopień upośledzenia – im bardziej jest ono widoczne tym bardziej zaburza normalne funkcjonowanie tym trudniej jest się z nim pogodzić,
- czas trwania kalectwa czy też choroby, dokuczliwość, stopień zagrożenia życia,
- właściwości indywidualne (wiek, płeć, osobowość, wykształcenie czy pełnione role)
- zakres i rodzaj kontaktów społecznych- obecność innych może być stymulująca, lub niekorzystna gdy okazują litość, odrazę czy odrzucenie,
- sytuacja ekonomiczna- ewentualna możliwość poddania się operacjom rekonstruującym ciało lub zakup specjalistycznych sprzętów ułatwiających życie np. protez, wózków inwalidzkich.

PSYCHOLOGICZNA AKCEPTACJA INWALIDZTWA

O pełnym przystosowaniu niepełnosprawnego mówimy wówczas gdy dokona się ona na trzech płaszczyznach:

- Przystosowanie fizyczne - obejmuje maksymalne wyuczenie sprawności fizycznej, która niezbędna jest do wykorzystania niej w życiu codziennym, nauki, pracy zawodowej. U podstaw wyrabiania nowych sprawności leży wytwarzanie nowych odruchów oraz nabywanie nowych nawyków.
- Przystosowanie psychiczne - możemy wyróżnić 5 etapów:
 - 1) szok, 2) oczekiwanie na wyzdrowienie, 3) rezygnacja i ubolewanie nad sobą, 4) pojawienie się postawy obronnej, 5) akceptacja inwalidztwa na którą składa się: dostosowanie się do ograniczeń narzuconych przez inwalidztwo, wykształcenie odpowiednich postaw wobec siebie i wobec innych. Psycholog, który do akceptacji inwalidztwa doprowadza poprzez współpracę z pacjentem. Ważny jest również kontakt z innymi osobami o podobnym upośledzeniu niepełnosprawności, uprawianie sportu, rekreacji, jak również, w miarę możliwości, zwiększenie aktywności intelektualnej.
- Przystosowanie społeczne - skutki niepełnosprawności są odczuwalne w sferze życia społecznego, mogą stać się przyczyną zaburzeń oraz trudności życiowych, a niekiedy nawet wykluczyć z uczestnictwa w życiu społecznym.

Oczami niepełnosprawnej osoby

Istnieje wiele opracowań na temat życia, funkcjonowania, potrzeb, rehabilitacji osób niepełnosprawnych. Jednak niewiele napisanych jest przez same osoby, których publikacje dotyczą. Tymczasem młodzież i dzieci mówią o swoim przeżywaniu świata:

- Ola (18 lat): Ja ciągle siedziałam w domu, na wsi. Nie wierzę, że coś mi się w życiu jeszcze uda. Cieszę się, że jestem wśród ludzi, bo jak miałam nauczanie indywidualne to ich prawie nie widziałam.
- Dawid (15 lat): Najgorsze jest to, że osoby sprawne nie chcą się z nami przyjaźnić, uważają nas za gorszych.
- Ewa (13 lat): Jak na mnie patrzą na ulicy, czy w autobusie to jest bardzo niemiłe, nie wiem co z sobą wtedy zrobić.
- Gosia (11 lat): Ja się dobrze czuję w szkole, gdy mam koleżanki i kolegów, razem się bawimy.

Na pewno wsparcie rodziny, rozważne oddziaływania wychowawcze uwzględniające autonomiczność i podmiotowość osoby niepełnosprawnej, wsparcie psychologiczne i trening społeczny w środowisku osób sprawnych i niepełnosprawnych są sposobem zmniejszania negatywnych konsekwencji psychicznych życia z niepełnosprawnością ruchową.

ROLA TERAPEUTY W PRZYWRACANIU POZYTYWNEJ SAMOOCENY OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH

- Od terapeutów oczekuje się psychospołecznego wspomagania pacjentów pod postacią informowania, wspierania w rozwoju czy dowartościowywania, co pomoże w szybszym zaadoptowaniu się do niepełnosprawności. Wyróżniamy kilka etapów wsparcia:
 - emocjonalne
 - informacyjne
 - instrumentalne
 - rzeczowe
 - wartościujące
 - duchowe

WSPARCIE EMOCJONALNE

- ⇒ Ukierunkowane na tworzenie takich relacji między terapeutą i pacjentem, by mógł on uwolnić się od napięć, stresu i negatywnych emocji, które towarzyszą utracie sprawności.
- ⇒ Polega na okazywaniu troski, zrozumienia i akceptacji, zachęceniu, dopingowaniu emocjonalnym i okazywaniu uznania dla najdrobniejszych nawet postępów w rehabilitacji.

WSPARCIE INFORMACYJNE

- ➡ To działanie, którego pacjenci szczególnie oczekują od profesjonalistów.
- ➡ Wsparcie tego rodzaju polega na przekazywaniu wiedzy o sposobach rozwiązywania problemów wynikających z niepełnosprawności.
- ➡ Ważną formą wsparcia informacyjnego jest także możliwość kontaktu z osobami, które znalazły się w podobnej sytuacji.

WSPARCIE WARTOŚCIUJĄCE

- ⇒ Jest wyrażeniem aprobaty pod różnymi postaciami dla osoby niepełnosprawnej oraz wzmacnianiem jej poczucia wartości, z akceptowaniem sprawności, które nadal posiada.
- ⇒ Warto pamiętać, że stoją za tym mechanizmy kompensacji i nadkompensacji (rozumianej jako pozytywna tendencja do wyrównania braków spowodowanych niepełnosprawnością lub nawet pokonania w pewnych dziedzinach osób zdrowych), które cechują się dużą siłą motywacyjną i jako takie mają istotne znaczenie w procesie rehabilitacji.

WSPARCIE DUCHOWE

Odnosi się głównie do sytuacji krytycznych, charakterystycznych dla terminalnego etapu choroby, lub takich, w których przewlekły ból, cierpienie fizyczne i psychiczne kierują do sfery duchowości oraz refleksji nad sensem życia.