

Научно-методический сборник
«Социальное обслуживание семей и детей»

Выпуск 6

НОРМАЛИЗАЦИЯ ЖИЗНИ И СОЦИАЛЬНОЕ
СОПРОВОЖДЕНИЕ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С
НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ

Серия основана в 2013 году



The series is based in 2013

Normalization of life and social support
for disabled children and adults

Issue 6

Scientific and methodical collection
«Social services to families and children»

Санкт-Петербург
2015

Печатается по решению экспертно-методического совета СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья».

Коллектив авторов: Андреева М.Ю., Афанасова Т.Я., Богданова А.Ю., Вечканова И.Г., Владимирова О.Н., Горяйнов И.В., Гусак Ю.Л., Дегтярева О.И., Жвакина М.А., Желаева Н. М., Зинченко И.М., Зубанова Ф.Г., Иваненко Е.Г., Клепикова А.А., Кочетова А.П., Красильникова И.Е., Куликова Д.А., Лукин М.А., Львова М.А., Любомудрова О.В., Митрачкова С.Б., Мичурина А. Н., Оленникова М.Е., Плис В.П., Провоторова И.А., Рыскина В.Л., Самарина Л.В., Самсонова А.В., Севастьянов М.А., Сергеева Г.К., Сидорова М.К., Смирнова С.П., Трифоненкова З.К., Филиппова М.В., Фролова Е.И., Цветкова Е.Г., Чайкина С.Е., Чернышева Т.Н., Шадорская Л.А., Шарова Г.М.

Нормализация жизни и социальное сопровождение детей и взрослых с нарушениями в развитии [Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник]. // под ред. В.Л. Рыскиной. – СПб.: СПбГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», 2015. – вып. 6 – 216 стр.

Научно-методический сборник «Социальное обслуживание семей и детей» публикует статьи по теории и практике социальной работы: концептуальным и методологическим подходам в социальной работе, историческим аспектам, современным инновационным технологиям, проблемам и перспективам развития, результатам научных исследований и обобщению опыта практической деятельности, а также методические материалы и разработки специалистов учреждений социального обслуживания населения Санкт-Петербурга.

Выпуск 6 «Нормализация жизни и социальное сопровождение детей и взрослых с нарушениями в развитии» посвящен представлению и обобщению опыта практической деятельности специалистов, работающих с детьми и взрослыми с нарушениями в развитии в рамках концептуальных основ – концепции нормализации, социальной модели инвалидности, увеличения активности и участия в жизни общества и повышения качества жизни семьи человека с нарушениями в развитии.

Материалы сборника адресованы специалистам по социальной работе, социальным педагогам, психологам, методистам, руководителям учреждений социального обслуживания населения, а также всем, кто интересуется данной проблематикой. Представленные методические разработки могут использоваться специалистами в практической деятельности.

Перепечатка материалов только по согласованию с СПбГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья».

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Раздел 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАБОТЫ С ЛЮДЬМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ В РАЗВИТИИ И ИНВАЛИДНОСТЬ	6
<i>Владимирова О. Н., Горяйнов И. В., Иваненко Е. Г.</i> Методические вопросы систематизации проблем здоровья маломобильных инвалидов для решения практических задач их социальной интеграции	6
<i>Клетикова А. А.</i> Идеология и практика «нормализации» в отношении людей с отклонениями умственного развития в российских специальных интернатах	14
<i>Оленникова М. Е.</i> Опыт формирования терапевтической среды для людей с особенностями психического развития	31
<i>Рыскина В. Л.</i> Теория нормализации и другие концептуально-правовые основы курсов повышения квалификации для специалистов, работающих с детьми и взрослыми с инвалидностью	36
<i>Самарина Л. В.</i> Построение программ раннего вмешательства на основе международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья	47
Раздел 2. ОПЫТ РАБОТЫ УЧРЕЖДЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ САНКТ-ПЕТЕРБУРГА С СЕМЬЯМИ, ИМЕЮЩИМИ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ С НАРУШЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ И ИНВАЛИДНОСТЬЮ	58
<i>Богданова А. Ю.</i> Нормализация жизни и социальное сопровождение детей и взрослых с нарушениями в развитии в реабилитационных учреждениях	58
<i>Вечканова И. Г., Шадорская Л. А.</i> Технологии социально-психологической адаптации детей с синдромом Дауна в различных социо-культурных условиях	63
<i>Гусак Ю. Л., Провоторова И. А.</i> Психологическая реабилитация инвалидов с последствиями органических поражений головного мозга	70
<i>Дегтярева О. И.</i> Созависимость как дисфункциональный способ решения проблем семьи, имеющей «особого» ребенка	75
<i>Зинченко И. М., Куликова Д. А.</i> Инновации в социальной работе: краткосрочное размещение детей с особыми потребностями в профессиональные семьи	81
<i>Львова М. А.</i> Сказкотерапия как метод работы с тревожными детьми-инвалидами	93
<i>Жвакина М. А., Любомудрова О. В.</i> Практический опыт сопровождения ребенка с расстройством аутистического спектра	100

<i>Сидорова М. К.</i> Социальный патронаж на дому, как форма психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья	107
<i>Шарова Г. В.</i> Открытая среда как путь к интеграции. Опыт создания проекта «Пространство радости»	112
Раздел 3. ИНФОРМАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИЕ СТАТЬИ	120
<i>Андреева М. Ю., Самсонова А. В.</i> Внеурочная деятельность как средство социализации и интеграции детей с ОВЗ в общество. (Из опыта работы)	120
<i>Афанасова Т. Я.</i> Организация трудовой деятельности инвалидов с нарушением интеллекта как основа успешности социально-трудовой реабилитации	124
<i>Желаева Н. М.</i> Социальная реабилитация детей, имеющих нарушения в развитии на примере организации работы отделения дневного пребывания	128
<i>Кочетова А. П.</i> Трудовая деятельность молодых людей с тяжелыми множественными нарушениями	136
<i>Красильникова И. Е., Мичурина А. Н.</i> Система комплексного сопровождения семей с детьми-инвалидами в социально-реабилитационном отделении	138
<i>Мауль И. Ю.</i> Психологическое сопровождение клиентов на отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов	144
<i>Зубанова Ф. Г., Лукин М. А., Севастьянов М. А.</i> Возможности учреждений социальной сферы Санкт-Петербурга по оказанию социальных услуг инвалидам по зрению	154
<i>Сергеева Г. К.</i> Трудовая подготовка воспитанников стационарного учреждения с отклонениями умственного развития в процессе включения в производственные отношения в условиях социума	160
<i>Трифоненкова З. К.</i> Социальные квартиры в системе социализации молодых инвалидов.....	166
<i>Филиппова М. В.</i> Профессиональная реабилитация инвалидов трудоспособного возраста	173
<i>Фролова Е. И.</i> Реализация социальной модели инвалидности на социально-трудовом отделении для людей с нарушением интеллекта...	181
<i>Плис В. П., Цветкова Е. Г., Чайкина С. Е.</i> Системно-индивидуальный подход в профессиональной реабилитации инвалидов	189
<i>Митрачкова С. Б., Смирнова С. П., Чернышева Т. Н.</i> Роль воспитания в процессе социализации, нормализации и повышения качества жизни людей трудоспособного возраста с ограниченными возможностями здоровья	198
НАШИ АВТОРЫ	210

ВВЕДЕНИЕ

В сборнике представлены статьи исследователей и практиков в области помощи детям и взрослым с инвалидностью и нарушениями в развитии.

В первой части собраны исследования, которые описывают концептуальные основы работы с людьми с инвалидностью - международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков, концепция нормализация жизни, терапевтическая реабилитационная среда.

Во второй и третьей частях – работы практиков государственных и негосударственных учреждений, которые описывают и обобщают результаты своей работы в различных областях реабилитации и описывают формат и особенности предоставления услуг. Важно отметить, что в сборник наряду с государственными услугами вошли статьи об инновационных услугах - «Кратковременное размещение детей с особыми потребностями в профессиональных семьях» (Передышка), реабилитационные открытые пространства (Пространство радости) и другие. Надеемся, сборник будет полезен в работе и концептуализации деятельности учреждений и НКО, оказывающих услуги детям и взрослым с инвалидностью.

Раздел 1. Теоретико-методологические основы работы с людьми, имеющими нарушения в развитии и инвалидность

Методические вопросы систематизации проблем здоровья маломобильных инвалидов для решения практических задач их социальной интеграции

*Владими́рова Оксана Николаевна, Горя́йнов Игорь Влади́мирович,
Иваненко Елена Геннадьевна*

Аннотация: в статье на основе анализа нормативно-правовых и методических документов систематизируются различные варианты классификаций проблем здоровья маломобильных групп населения. Данная информация может быть полезна при решении вопросов медико-социальной реабилитации и социальной интеграции инвалидов, создания доступной среды для маломобильных групп населения.

Ключевые слова: доступная среда, инвалиды, МКФ, социальная интеграция.

Methodological Issues of Systematization of Health Problems of Disabled People with Limited Mobility to Solve Practical Problems of their Social Integration

Vladimirova Oksana, Goryainov Igor, Ivanenko Elena

Annotation. The article systematizes different variants of classifications of health problems of people with limited mobility based on the analysis of the legal and procedural documents. This information may be useful in dealing with medical and social rehabilitation and social integration of disabled people, creating an accessible environment for people with limited mobility.

Keywords. Accessible environment, disabled people, International Classification of Functioning, Disability and Health, social integration.

В настоящее время решению вопросов социальной интеграции инвалидов путем создания доступной среды жизнедеятельности уделяется большое внимание. Во многом это связано с подписанием и ратификацией Российской Федерацией Конвенции о правах инвалидов (ООН, 2006). Среди принципов, указанных в этом международном документе, приводятся полное и эффективное вовлечение инвалидов в общество, равенство возможностей и доступность.

Согласно российскому законодательству «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 [1].

Маломобильные группы населения (МГН) – люди, испытывающие затруднения при самостоятельном передвижении, получении услуги, необходимой информации или при ориентировании в пространстве. К маломобильным группам населения здесь отнесены: инвалиды, люди с временным нарушением здоровья, беременные женщины, люди старших возрастов, люди с детскими колясками и т.п.[2].

Проанализированы нормативно-правовые и методические документы с целью обобщения имеющихся классификаций проблем здоровья маломобильных инвалидов для решения практических задач их социальной интеграции, направленных на устранение барьеров окружающей среды, использование фасилитаторов (облегчающих факторов), специфичных для разных категорий МГН, в том числе и инвалидов.

Для решения различных вопросов создания доступной среды жизнедеятельности в широком смысле этого термина могут быть использованы различные классификационные подходы к оценке здоровья инвалидов.

Оценка стойких расстройств функций организма человека (нарушений здоровья, проблем здоровья и др.) при установлении инвалидности осуществляется в соответствии с классификациями и критериями «Классификациями и критериями, используемыми при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы», утвержденными приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 29.09.2014 № 664н. Этот документ предусматривает шесть основных групп расстройств функций организма. Инвалиды с разными проблемами здоровья испытывают разные затруднения, связанные со стойкими нарушениями функций организма (табл. 1).

Таблица 1

Характеристика проблем здоровья у инвалидов с разными нарушениями функций организма

Нарушения функций организма	Характеристика проблем здоровья
Психических функций	Могут наблюдаться нарушения сознания, ориентации, интеллекта, личностных особенностей, волевых и побудительных функций, внимания, памяти, психомоторных функций, эмоций, восприятия, мышления, познавательных функций высокого уровня, умственных функций речи, последовательных сложных движений
Языковых и речевых функций	Могут наблюдаться нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия); письменной (дисграфия, дислексия); вербальной и невербальной речи; нарушение

	голосообразования
Сенсорных функций	Могут наблюдаться нарушения зрения; слуха; обоняния; осязания; тактильной, болевой, температурной, вибрационной и других видов чувствительности; вестибулярной функции; боль
Нейромышечных, скелетных и связанных с движением функций (статодинамических)	Могут наблюдаться нарушения движения головы, туловища, конечностей, в том числе костей, суставов, мышц; статики, координации движений
Функций внутренних органов и кожи	Могут наблюдаться нарушения функций сердечно-сосудистой системы, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы, мочевыделительной функции, функции кожи и связанных с ней систем
Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством	Могут наблюдаться нарушения деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству; аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов; нарушение размеров тела

Также специалисты применяют количественную оценку стойких расстройств функций организма человека. Комплексная оценка показателей, характеризующих стойкое нарушение функций организма, предусматривает выделение 4 степеней, которые оцениваются количественно в процентах в диапазоне от 10 до 100, с шагом в 10 процентов (табл. 2).

Таблица 2

Количественная оценка стойких расстройств функций организма человека

Нарушения функций организма в различном выражении		
В цифровом выражении	В вербальном выражении	Диапазон, в %
I степень	стойкие незначительные нарушения	от 10 до 30
II степень	стойкие умеренные нарушения	от 40 до 60
III степень	стойкие выраженные нарушения	от 70 до 80
IV степень	стойкие значительно выраженные нарушения	от 90 до 100

Детальная количественная оценка степени выраженности стойких нарушений функций приводится в Приложении к Классификациям и критериям. Приложение включает классы, блоки и наименование болезней, травм или дефектов (их последствий), соответствующую им рубрику по МКБ-10, а также клинко-функциональную характеристику стойких нарушений функций организма человека, обусловленных указанными заболеваниями, последствиями травм или дефектами, и собственно количественную оценку последних в процентах.

Описание процесса функционирования и способностей инвалида возможно с помощью доменов здоровья и доменов, связанных со здоровьем,

систематизированных Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья или МКФ (ВОЗ, 2001). Для детей и подростков разработана адаптированная версия «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков» – МКФ-ДП, слияние которой с МКФ одобрено в 2012 г. (рис.1).

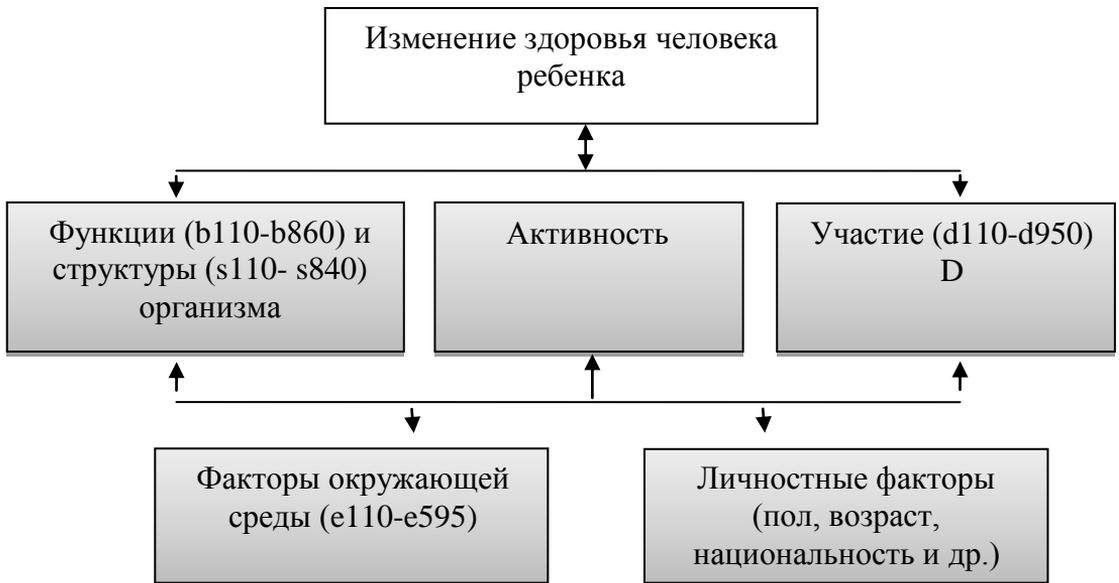


Рис. 1. Систематизация процесса функционирования и способностей человека с помощью МКФ в контексте факторов окружающей среды и личностных факторов

Так, для описания функционирования организма МКФ предлагаются домены функций (b110 - b860) и домены структур (s110 - s840); для описания жизнедеятельности человека и ограничений жизнедеятельности – домены d110 - d950; для описания факторов окружающей среды – домены e110 - e595.

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

Ограничением жизнедеятельности инвалида может считаться полная или частичная утрата им способности или возможности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными. Основные категории жизнедеятельности человека представлены в табл. 3.

Содержание категорий жизнедеятельности человека

Категории жизнедеятельности	Содержание категории жизнедеятельности
Способность к самообслуживанию	Способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены
Способность к самостоятельному передвижению	Способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и при перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом
Способность к ориентации	Способность к адекватному восприятию личности и окружающей обстановки, оценке ситуации, к определению времени и места нахождения
Способность к общению	Способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки, хранения, воспроизведения и передачи информации
Способность контролировать свое поведение	Способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм
Способность к обучению	Способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни
Способность к трудовой деятельности	Способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы

Для оценки ограничений жизнедеятельности человека специалисты проводят сопоставление выявленных нарушений здоровья и требований, которые предъявляются конкретными видами деятельности к системам организма человека.

Классификация основных категорий жизнедеятельности включает также три степени выраженности этих категорий в зависимости от способности лица осуществлять определенный вид жизнедеятельности и необходимых для этого условий (1, 2, 3 степени).

В зависимости от преимущественных ограничений жизнедеятельности учеными предложена для использования классификация «категорий (видов)» инвалидности [3]. Эта классификация не имеет правового закрепления, но также может быть использована для решения практических задач создания

доступной среды жизнедеятельности (табл. 4).

Таблица 4

Основные ограничения жизнедеятельности у инвалидов с разными нарушениями здоровья

«Категория (вид)» инвалидности	Основное ограничение жизнедеятельности
Инвалид передвигается в кресле-коляске	Ограничение способности к самостоятельному передвижению: дома, вне дома, в транспорте, на объектах
Инвалид с нарушением зрения (слепота или слабовидение)	Ограничение способности к ориентации в пространстве, ограничение способности к общению (восприятию, передачи информации и др.), ограничение способности к самостоятельному передвижению
Инвалид ограничен в действии руками (в том числе отсутствие рук)	Ограничение способности к самообслуживанию, в том числе действий руками
Инвалид с нарушением зрения и слуха (слепоглухота)	Ограничение способности к ориентации, общению, ограничение способности к самостоятельному передвижению
Инвалид с нарушениями функции слуха и речи (глухота, глухонемота)	Ограничение способности к ориентации, общению

Вся система социальной защиты инвалидов направлена на реализацию гарантированных государством экономических, правовых мер и мер социальной поддержки, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества [1].

По показателям способности к передвижению (или мобильности) для решения технических задач создания доступной среды жизнедеятельности, например, расчет потока эвакуации людей разных по мобильным качествам, выделяют среди маломобильных групп населения – условные «группы мобильности» (табл. 5) [2].

Таблица 5

Группы мобильности МГН в зависимости от снижения способности к самостоятельному передвижению

Группы мобильности	Общие характеристики людей групп мобильности (используются формулировки документа)
М1	Люди, не имеющие ограничений по мобильности, в том числе с дефектами слуха
М2	Немощные люди, мобильность которых снижена из-за старения

	организма (инвалиды по старости); инвалиды на протезах; инвалиды с недостатками зрения, пользующиеся белой тростью; люди с психическими отклонениями
МЗ	Инвалиды, использующие при движении дополнительные опоры (костыли, палки)
М4	Инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках, приводимых в движение вручную

Для решения вопросов создания доступной среды жизнедеятельности на объектах социальной инфраструктуры разработана классификация форм инвалидности, которую условно можно обозначить «пентада КОСГУ» (табл. 6) [4,5].

Таблица 6

Буквенное обозначение	Формы инвалидности	Графическое изображение
К	Инвалиды, передвигающиеся на креслах-колясках	
О	Инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата	
С	Инвалиды с нарушениями зрения	
Г	Инвалиды с нарушениями слуха	
У	Инвалиды с нарушениями умственного развития	

Краткая характеристика барьеров окружающей среды (домены из раздела «Продукция и технологии» е110 - е199) для инвалидов разных форм:

– для инвалидов, передвигающихся на креслах-колясках, барьерами различной степени выраженности могут быть пороги, ступени, неровное, скользкое покрытие, неправильно установленные пандусы, отсутствие поручней, высокое расположение информации, высокие прилавки, отсутствие места для разворота на кресло-коляске, узкие дверные проемы, коридоры, отсутствие посторонней помощи при преодолении препятствий (при необходимости) и др. физические и информационные барьеры;

– для инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата:

1) для лиц, передвигающихся самостоятельно с помощью тростей, костылей, опор – пороги, ступени, неровное, скользкое покрытие, неправильно установленные пандусы, отсутствие поручней, отсутствие мест отдыха на пути движения и др. физические барьеры;

2) для лиц, не действующих руками, – препятствия при выполнении действий руками (открывание дверей, снятие одежды и обуви и т.д., пользование краном, клавишами и др.), отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для осуществления действий руками;

– для инвалидов с нарушениями зрения – отсутствие тактильных указателей, в том числе направления движения, информационных указателей, преграды на пути движения (стойки, колонны, углы, стеклянные двери без контрастного обозначения и др.); неровное, скользкое покрытие, отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для получения информации и ориентации и др.;

– для инвалидов с нарушениями слуха – отсутствие зрительной информации, в том числе при чрезвычайных ситуациях на объекте социальной инфраструктуры, отсутствие возможности подключения современных технических средств реабилитации (слуховых аппаратов) к системам информации (например, через индукционные петли), электромагнитные помехи при проходе через турникеты, средства контроля для лиц с кохлеарными имплантами, отсутствие сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика и др. информационные барьеры;

– для инвалидов с нарушениями умственного развития – отсутствие понятной для усвоения информации на объекте социальной инфраструктуры, отсутствие помощи на объекте социальной инфраструктуры для получения информации и ориентации и др.

Таким образом, при диагностике потребностей маломобильных групп населения, в том числе инвалидов, с целью решения вопросов их социальной интеграции могут быть использованы различные методические подходы к оценке проблем здоровья.

Литература

1. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ, статья 1. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/10164504/>

2. Кодификатор категорий инвалидности (для обеспечения идентификации преимущественных видов ограничений жизнедеятельности). В кн.: Справочная документация к семинарам для специалистов реабилитационных и лечебно-профилактических учреждений по внедрению кодификатора категорий инвалидности с учетом положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ):

информационно-методический сборник/ сост. Т. Н. Шеломанова, О. Н. Владимирова, М. А. Севастьянов. – 2-изд. – М: Минтруд России, 2013.– 192 с.

3. СП 59.13330.2012 Доступность зданий и сооружений для маломобильных групп населения. Актуализированная редакция СНиП 35-01-2001. [Электронный ресурс]. –

Режим доступа:<http://docs.cntd.ru/document/1200089976>

4. Методика паспортизации и классификации объектов и услуг с целью их объективной оценки для разработки мер, обеспечивающих их доступность: методические рекомендации Минтруда России от 18.09.2012. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=EXP;n=539983>

5. Методика формирования и обновления карт доступности объектов и услуг, отображающих сравнимую информацию о доступности объектов и услуг для инвалидов и других маломобильных групп населения: приказ Минтруда России от 25.12.2012 № 626. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:<http://docs.cntd.ru/document/499049790>

Идеология и практика «нормализации» в отношении людей с отклонениями умственного развития в российских специальных интернатах¹

Клетикова Анна Александровна

Аннотация: в настоящей статье нормализация рассматривается в социально-антропологической перспективе как один из подходов к инвалидности в рамках современной западной цивилизации. В работе кратко прослеживается предыстория возникновения идеологии нормализации в западной культуре. Затем, на материалах собственного исследования автора в специальных интернатах для людей с ментальными нарушениями, рассматриваются особенности функционирования идеологии нормализации на практике в современном российском контексте.

Ключевые слова: нормализация, медицинская модель инвалидности, социальная модель инвалидности, психоневрологические интернаты, некоммерческие организации, специальная педагогика.

¹ Автор благодарит Марию Беркович и Илью Утехина за высказанные ими идеи и мысли, подтолкнувшие к написанию этой работы.

Ideology and Practice of “Normalization” concerning People with Mental Disabilities in Russian Special Boarding Schools

Klepikova Anna

Annotation. The article views normalization in the perspective of social and cultural anthropology as one of the ways to treat disability within the modern Western civilization. The paper provides a brief overview of the background of the emergence of the ideology of normalization in the Western culture. Then it deals with the features of the functioning of the ideology of normalization in practice in the modern Russian context based on the author’s study in special boarding schools for people with mental disabilities.

Keywords. Normalization, medical model of disability, social model of disability, psycho-neurological boarding schools, non-governmental organizations, special pedagogy.

Каждое общество, сталкиваясь с отклонением, ищет способ его интерпретировать и классифицировать, предлагает свои рамки и институты для вписывания отклоняющегося индивида в культуру. Люди с «отклонениями развития» или с «ограниченными возможностями» – сегодня существует много эвфемизмов для разных видов инвалидности – представляют собой интерес для культурной и социальной антропологии как социальная группа, выделенная из «нормального общества» своей инаковостью. Эта инаковость в разных культурах и на протяжении разных исторических эпох дает повод к особенному отношению: стигматизации, изоляции, уничтожению, дискриминации (негативной или позитивной), «нормализации» и т.д. Вариативность членов общества в некоторых случаях не создает проблемы и понимается этим обществом в терминах отличий между людьми, в других случаях таких индивидов записывают в разряд «отклонения от нормы» и приписывают им особенный статус².

В настоящей статье дискурс и практики «нормализации» будут рассмотрены с социально-антропологической точки зрения, как один из способов обращения с инвалидностью в современной западной цивилизации. Прежде всего мы уделим внимание нормализационному подходу в отношении людей с интеллектуальными нарушениями. Это связано со спецификой полевой работы автора: источником материалов в нашем исследовательском проекте послужило продолжительное включенное наблюдение в статусе волонтера некоммерческой организации в детском доме-интернате для детей с отклонениями в умственном развитии и во взрослом психоневрологическом интернате под Петербургом. В начале работы мы кратко обрисовем культурно-исторический контекст возникновения идеологии нормализации в отношении

² Обзор социально-антропологических работ по инвалидности см.: [18].

людей с инвалидностью, а затем, с опорой на собственные материалы, проанализируем особенности функционирования идеологии нормализации в повседневности специальных интернатов для людей с ментальными нарушениями³.

В конце XVIII – начале XIX века с развитием научного знания в европейской культуре на смену представлениям о сверхъестественной природе телесных и психических отклонений (одержимость дьяволом, божий гнев, кара за грехи и т.п.) приходят представления из области медицины. Медицинское понимание подразумевало, что в основе подобных отклонений, в том числе психических, лежат патологические биологические процессы, которые могут быть скорректированы при помощи профессионального медицинского вмешательства. С первой половины XIX века в западном обществе, наряду с медикализацией и спецификацией психического отклонения (например, выделения умственной отсталости в отдельную категорию, отличную от приобретенных психических заболеваний), начинается процесс создания специальных учреждений для людей с интеллектуальными нарушениями⁴. Крупные учреждения, где граждане, признанные умственно неполноценными, изолировались от общества, просуществовали в Европе и США более века. На протяжении этого периода можно было наблюдать разные подходы к людям с отклонениями развития – и эволюцию этих подходов. Они варьировались от ориентации на уничтожение «неполноценных» индивидов (в рамках евгенической политики 1930-1940-х гг.) до попыток воспитания и организации специального обучения тех из них, которые признавались пригодными для воспитания и обучения [8, с. 65-172]; [9, с. 235-272]; [13, с. 14-15.]; [15, с. 1090]; [23, с. 857]; [24, с. 786-788]; [26, с. 355-356]; [36, с. 32]; [43, с. 379]; о евгеническом подходе к инвалидности см., например: [22]; [27]; [29]⁵.

В первые годы после окончания Второй мировой войны в Европе и США социальная политика продолжила ориентироваться на изоляцию инвалидов в крупных учреждениях больничного типа, число подопечных таких заведений росло. Стремление поместить ребенка или родственника с нарушениями в специальное учреждение было вызвано не только экономическими соображениями, но и популярностью евгенических представлений о дурной наследственности: семьи, в которых появлялся такой человек, опасались подвергнуться сильнейшей стигматизации. Положение подопечных специальных учреждений первые критики подобной системы заботы об инвалидах называли «эвтаназией путем игнорирования» – “*euthanasia through*

³ Ранее часть материалов статьи была опубликована в наших работах: [3, 4].

⁴ Отметим, что сам термин «инвалид», то есть «не имеющий ценности», «негодный», в англоязычных странах в XVIII в. относился к раненым и вышедшим из строя военным, а с XIX в. начал употребляться по отношению к людям со всеми типами нарушений – об этом см., например: [17, с. 21-24].

⁵ Об исторических аспектах инвалидности, в том числе ментальной, и учреждениях для людей с отклонениями развития см., например, также в работах [2]; [10]; [11]; [44]; [47]; [48].

neglect” [10, с. 41-44]; [47, с. 225-243]; [15, с. 1091]. Ситуация в подобных учреждениях находит параллели с состоянием дел в интернатах для инвалидов в современной России.

В 50-е гг. XX века по инициативе родителей людей с нарушениями стали появляться первые организации, ориентированные на защиту прав инвалидов, а затем и собственно организации инвалидов [10, с. 41-44]. В 1960–1970 гг. появились ныне классические социологические исследования, посвященные анализу внутренней организации психиатрических клиник, такие как книга Ирвина Гоффмана [19] о «тотальных институтах» и эксперимент Дэвида Розенхана [34], работа И. Гоффмана о стигматизации [21], первые работы теоретиков антипсихиатрии, такие как [37, 38]; [45, 46], а также одно из первых исследований, в котором шла речь о людях с умственной отсталостью [14]. Эти авторы указали на обезличивающий характер воздействия на индивида, оказывающегося внутри системы специальных учреждений, на невозможность избавиться от ярлыка психически ненормального или умственно отсталого, если однажды такой диагноз был поставлен, и в целом на негуманность социальной политики, направленной на изоляцию людей с отклонениями в специальных учреждениях. Одновременно с этим западная психология обратилась к концепциям Л. С. Выготского, ориентирующимся не на «исправление» отклонений, а на компенсаторные процессы, играющие роль в развитии личности ребенка с отклонениями, о социальной природе «дефекта» [1]. Эти исследования популяризировали концепцию социальной сконструированности психического заболевания и инвалидности вообще.

В рамках медицинской модели инвалидности, доминировавшей в западной культуре в течение полутора веков, инвалидность понимается как следствие болезни, патологий и дефектов, имеющих у конкретного индивида, и в этом смысле – как частная проблема и личная трагедия. К 70-м годам прошлого века идеология, лежащая в основе западной социальной политики в отношении инвалидов, стала переориентироваться с медицинской на социальную модель инвалидности, подразумевающую, что «инвалидность», «отклонение от нормы», «неполноценность» – следствие ограничений, накладываемых на людей не столько их нарушениями, сколько окружающей социальной средой (подробнее о моделях инвалидности см. [7])⁶. В рамках гуманистически ориентированной политики, в целом направленной на предоставление равных возможностей различным социальным группам и меньшинствам, в 1970-х гг. ООН принимает декларации о правах инвалидов и людей с умственной отсталостью. Социальная политика переориентируется на деинституционализацию людей с отклонениями в развитии, на их проживание

⁶ Позднее, в 1980-1990-е гг., идеологами социальной модели инвалидности на западе стали ученые-социологи и активисты в сфере борьбы за права инвалидов М. Оливер и Т. Шекспир например: [30, 31]; [40,41]; [42]. Критика социальной модели инвалидности представлена, например, в: [12, с. 21-23]; [35].

в семье, на десегрегацию школ, инклюзивную модель образования, интеграцию инвалидов, в том числе людей с интеллектуальными нарушениями, в общество и их «позитивную дискриминацию» [6, с. 55-56].

Центральным в интеграционном подходе является принцип «нормализации» жизни, который впервые начал применяться в социальной политике в скандинавских странах уже в конце 1940–1950-х гг. [32]. В конце 1960-х гг. шведский общественный деятель Бенгт Нирье сформулировал основные принципы идеологии нормализации [28, с. 1157-1158]. Согласно этим принципам жизнь человека с отклонениями развития, какими бы тяжелыми они ни были, должна быть максимально приближена к жизни обычного человека. Нирье продвигал концепцию «нормальных ритмов жизни»: «нормального» дневного, годового, жизненного цикла. Обычные люди встают с кровати по утрам, обедают за столом, ходят в школу или на работу, развлекаются, путешествуют, встречаются с друзьями, отмечают дни рождения, вступают в брак. Все это должно быть в той же мере доступно и человеку с отклонениями. Инвалиды имеют право на достойные экономические условия жизни, на любовь и заботу близких, на сексуальное общение. Нирье полагает, что необходимо исходить из того, что человек с отклонениями представляет собой некое «единое целое» со своими собственными потребностями. Для интеграции такого индивида необходимо «исправлять» не его самого, а максимально адаптировать среду под его нужды.

Помимо описанного выше скандинавского варианта теории нормализации существует и ее североамериканский вариант. В понимании американского идеолога нормализации Вульфа Вульфенсбергера [49] необходимо стремиться к тому, чтобы поведение человека с отклонениями максимально соответствовало нормам, принятым в данной культуре, что поможет ему интегрироваться в общество. С позиции критиков данного подхода подобная точка зрения в каком-то смысле означает, что индивид с отклонениями должен скрывать свой недостаток и пытаться «сойти за нормального»⁷. Такая концепция нормализации непосредственно связана с идеями «исправления» отклоняющегося тела и восходит к практикам медицинского подхода к инвалидности. Так, в рамках этого подхода в Европе до конца 1980-х гг. были распространены лечебные программы, нацеленные на то, чтобы дети с детским церебральным параличом могли научиться ходить «правильно», не используя вспомогательные приспособления [22, с. 240–242]; [32, с. 1159–1160]; [48, с. 276–277]⁸. В практике волонтеров благотворительной организации, которую мы рассмотрим ниже, можно усмотреть элементы обоих подходов.

⁷Нюансы и эффекты такой стратегии (“passing”) описаны И. Гоффманом в работе о стигматизации [21, с. 92–113].

⁸Истории и теории нормализации и дискуссии вокруг подходов посвящена книга [16]; об этике и политике нормализации см. работу [33].

Современная западноевропейская идеология отношения к людям с отклонениями исходит из того, что инвалид – это прежде всего личность. Вот характерный пример, иллюстрирующий современный психолого-педагогический дискурс в отношении людей с инвалидностью: «Человек с синдромом Ретта⁹ – это прежде всего человек. Люди с синдромом Ретта, как и все мы, — это личности со своей собственной эмоциональной жизнью. Как и любой другой человек (вне зависимости от того, есть у него какие-либо нарушения или нет), человек с синдромом Ретта живет своей уникальной и особенной жизнью. Множественные нарушения, вызванные генетической патологией, – это общая особенность людей с синдромом Ретта, но ею не описывается и не исчерпывается индивидуальность каждого из них. Именно поэтому человек с таким диагнозом является не просто «больным с синдромом Ретта» или «лицом с множественными нарушениями» – прежде всего, это женщина определенного возраста, живущая в определенной среде, обладающая определенными личностными чертами и т. д.» [5, с. 15]. Однако такой дискурс и концепции профессиональных психологов, педагогов и идеологов интеграции и нормализации соседствуют с противоречащими этим теориям культурными стереотипами и практиками. Так, достаточно привести в пример случай в США, когда по инициативе родителей девочке с серьезными умственными и физическими отклонениями вводились препараты, призванные сдерживать ее рост, а также были сделаны операции по стерилизации и удалению молочных желез. Таким образом, девочка должна была отвечать культурными представлениями о том, что человек с интеллектуальными нарушениями, даже вырастая, остается вечным ребенком [25, с. 174-176].

В качестве перехода к анализу нашего собственного материала стоит процитировать текст, который висит среди других объявлений на стене волонтерской комнаты в специальном интернате для взрослых людей с ментальными нарушениями:

«10 заповедей для не-инвалидов

Если Вы не инвалид, то это не ваша заслуга, если Вы – инвалид, то это не ваша вина

1. Ты не должен обращаться со мной как с ребенком — даже если я все еще могу радоваться мелочам, как ребенок.

2. Ты должен называть меня моим настоящим именем. Ведь за уменьшительно-ласкательными именами ты прячешь свое кажущееся превосходство.

3. Ты не должен меня жалеть и не должен глупо шутить со мной.

4. Ты не должен излишне меня опекать и решать все за меня. Достаточно того, что я и так во многом завишу от помощи других людей.

⁹ Синдром Ретта — генетическое заболевание, встречающееся только у девочек и вызывающее множественные нарушения развития.

5. Ты не должен отказывать мне в праве иметь такие же желания, какие имеешь ты.

6. Ты должен позволять мне решать самому, до тех пор, пока я не ограничиваю твоих прав и не подвергаю себя опасности.

7. Ты должен воспринимать меня всерьез, даже если я не во всем могу идти с тобой в ногу.

8. Ты не должен сразу говорить, что я невыносим или импульсивен только потому, что я не прячу свои чувства под маской.

9. Ты не должен полагать, что я не замечу твое настоящее отношение ко мне только потому, что я не так хорошо могу выразить свои мысли.

10. Ты должен говорить не обо мне, а со мной».

Текст¹⁰ (перевод с немецкого) написан как бы от лица человека с нарушениями и представляет собой квинтэссенцию новой для России идеологии и практики обращения с инвалидами, которую волонтерская организация пытается пересадить на местную почву (помимо прочего, он стремится разбить существующий стереотип в отношении того, что человек с умственной отсталостью – это вечный ребенок). Список – не только перечисление постулатов политкорректности, но и набор претензий: все сформулировано через список запретов. Это означает, что в Западной Европе и в современной России все это так или иначе встречалось или встречается.

Специальные учреждения для людей с ментальными нарушениями в современной России – детские дома-интернаты (ДДИ) и психоневрологические интернаты (ПНИ) – являются наследием советского социального обеспечения и социальной политики в отношении инвалидов. В учреждениях с подопечными работает государственный персонал: санитарки, врачи, медсестры, в некоторых случаях – воспитатели, психологи и социальные работники. Основной уход, помощь и обслуживание повседневных нужд подопечных ложатся на плечи санитарок, число которых обычно крайне невелико: одна санитарка на группу из восьми-тринадцати человек в детском доме, одна-две санитарки на отделение из восьмидесяти человек в взрослом интернате. С середины 1990-х годов в двух интернатах, на материалы из которых опирается эта статья, работают также волонтеры петербургской некоммерческой благотворительной организации. Волонтеры – молодые люди из России, Германии, Польши, Швейцарии и других стран, с одной стороны, тоже участвуют в повседневной работе по уходу за подопечными, а с другой, следуя установкам собственной организации, пытаются на практике в условиях интернатов реализовать принципы идеологии нормализации.

Интернаты – это традиционно «закрытые» учреждения, обладающие рядом признаков «тотального института», как его описал И. Гоффман [19],

¹⁰ Первоисточник установить не удалось, но текст фигурирует на немецких христианских сайтах.

такими как жесткая регламентация жизни, отсутствие возможности поддерживать приватность, постоянная подконтрольность проживающих персоналу и др. С точки зрения теории нормализации, жизнь в условиях интерната далека от «нормальной», то есть от обычной жизни человека нашей культуры.

Просыпаясь утром, мы встаем с кровати, умываемся или принимаем душ, чистим зубы, варим кофе, завтракаем, выбираем, что сегодня надеть, одеваемся, гуляем с собакой, собираем сумку, идем пешком до остановки, садимся в трамвай, едем на работу... Сколько времени с утра мы тратим от момента пробуждения до момента выхода из дома, чем именно наполняем это время, в каком порядке совершаем те или иные действия, включаем музыку или новости в качестве фона и так далее – во многом определяется нашими собственными предпочтениями и привычками. Вечером, в качестве досуга, мы можем пойти в театр или в гости или в бар, где нас будет окружать множество знакомых или незнакомых людей, но, с большой долей вероятности, не тех же самых, с которыми мы работаем или живем, а возможно, предпочтем побыть наедине с собой.

Жизнь в специальном интернате сильно отличается от нашей повседневной жизни. Так, не все из подопечных, просыпаясь утром, «встают с кровати». В действительности более «слабые» подопечные зачастую остаются лежать в кровати целый день – у персонала зачастую просто недостаточно временных и физических ресурсов, чтобы помочь им поменять положение, сесть в коляску, выбраться из кровати. Проживающие не «одеваются» – ведь если человек все равно весь день остается в кровати, то, с точки зрения персонала, нет смысла одевать ему штаны, и рациональнее, исходя из соображений экономии усилий, если он весь день останется лежать просто в «памперсе». Если подопечного все же одевают, то чаще всего он не выбирает, во что его оденут. Едят проживающие зачастую прямо в кровати, еда однообразна, выбор блюд не предусмотрен, прием пищи происходит всегда в одно и то же время. Не все проживающие умываются или чистят зубы – некоторые физически не способны делать это самостоятельно, другие не освоили этих практик; банный день же в интернатах проходит раз в неделю по фиксированному графику. Проживающие завтракают, обедают, ужинают, спят, посещают уборную, в общем, проводят все время в компании одних и тех же людей. Они постоянно находятся на виду у персонала и еще у шестидвенадцати соседей по палате, у многих нет тумбочки или полки для личных вещей, а большинство вещей – общие. Подопечные, по большей части, не идут на работу, не гуляют с собакой, не ходят в магазин – вообще, не покидают территорию интерната. Не говоря уже о том, что у многих из них в жизни в принципе отсутствуют такие основополагающие для человека нашей культуры составляющие, как школа, работа и семья.

Волонтеры благотворительной организации стремятся сделать так, чтобы у людей с нарушениями был доступ к обычным повседневным практикам нашей культуры, к более «нормальным» условиям жизни.

Так, с появлением в ПНИ волонтерской организации в принципах распределения подопечных по отделениям произошли некоторые изменения. По инициативе организации удалось создать специальное отделение, которое так и называется «отделение нормализации», предназначенное только для молодых инвалидов¹¹. Во-первых, это отделение – смешанное, то есть на нем в разных палатах живут мужчины и женщины, тогда как остальные отделения интерната предназначены либо для мужчин, либо для женщин. Это приближает жизнь человека в интернате к жизни обычного человека в нашем обществе, где мужчины и женщины не сегрегированы. Во-вторых, число проживающих в одной палате в среднем меньше, чем на других отделениях (шесть по сравнению с десятью), и, кроме того, по инициативе волонтерской организации удалось сделать душевые комнаты в каждой из них. Стоит отметить, что, следуя примеру волонтерской организации и пытаясь символически соперничать с ней, интернат по собственной инициативе создал особое смешанное «отделение реабилитации», ориентированное прежде всего на молодых и наиболее умственно сохранных и самостоятельных инвалидов, с небольшим числом проживающих в палатах.

Волонтер, приходя с утра в группу детского дома, старается посадить детей, которые не могут самостоятельно передвигаться, в коляски или на специальные стульчики или хотя бы немного изменить их положение в кровати, чтобы тем самым маркировать начало нового дня – ребенок «встал». Волонтеры пытаются учить детей умываться, ежедневно чистят им зубы, стремятся предоставить ребенку хотя бы минимальный выбор – например, спрашивают, какую футболку из двух предлагаемых он хочет надеть. По инициативе волонтерской организации для подопечных интернатов проводятся экскурсии, выезды, летние лагеря, походы в кино или кафе, они включаются в благотворительные проекты, в рамках которых продают или выставляют свои поделки или картины. Во взрослом интернате организованы рабочие места для проживающих: они готовят обед для волонтеров, стирают в небольшой прачечной, убирают помещения, чинят коляски, работают в мастерских. За эту работу они получают деньги, в отличие от принудительного и бесплатного труда, в который проживающих вовлекает персонал интерната. Полученные деньги служат подопечным поводом для того, чтобы выйти за территорию интерната, пойти, например, до продуктового магазина и самостоятельно купить себе еды на свой вкус, чтобы разнообразить интернатское меню. Администрация и персонал интернатов нередко противятся таким усилиям по нормализации, с одной стороны, потому что в результате работы волонтеров

¹¹ Общая практика в подобных интернатах – селить молодых и престарелых проживающих в одних и тех же палатах.

подопечные становятся более самостоятельными и персоналу сложнее их контролировать, с другой – в силу существующих культурных стереотипов. Так, одна из заведующих врачей во взрослом ПНИ хотя и отпускала проживающих своего отделения с волонтерами в кинотеатр, но настаивала на том, чтобы они смотрели только мультфильмы или кино для детей.

Особенности распределения по группам в детском доме или по палатам во взрослом ПНИ, когда подопечные с разным уровнем интеллектуального развития и разными физическими возможностями проживают в одной и той же комнате, связаны скорее с интересами персонала, чем подопечных (так, более сильных можно заставить следить за более слабыми). Это распределение парадоксальным образом отвечает, в некотором смысле, интересам волонтеров – интегративному принципу – и способствует реализации постулатов идеологии нормализации на практике. Слабый ребенок в группе интеллектуально более развитых детей может не понимать, к примеру, что у него сегодня день рождения. Но другие дети в группе знают, что есть такой праздник, и это позволяет волонтеру посадить ребенка за стол в роли именинника, поздравить его и раздать всем угощение. Такое сосуществование довольно сильно отличающихся друг от друга детей в одном пространстве создает возможности для того, чтобы в «игре», подобной «игре в день рождения», нивелировать различия между этими разными категориями детей, включить всех в круг «человеческого» и осуществить нормализацию.

Важная цель работы волонтеров и педагогов благотворительной организации – предоставление подопечным контекстов для проявления собственной активности. Персонал интерната кормит, переодевает и моет не вполне самостоятельных подопечных так, что у тех нет возможности включиться в процесс, поскольку чаще всего быстрее и проще сделать всю работу за подопечного. Волонтеры же стремятся к тому, чтобы подопечные могли совершить то или иное действие самостоятельно, хотя бы и с поддержкой. Конечная цель такого взаимодействия, в идеале, состоит в том, чтобы проживающий освоил полностью тот или иной навык, стал полностью самостоятельным в процессах приема пищи, умывания, чистки зубов и т.п. Однако волонтеры осознают, что в условиях интерната, без постоянной систематической педагогической работы, это не всегда достижимо. Поэтому для волонтера ценен не только и не столько конечный результат подобного взаимодействия, сколько сам процесс. Во взаимодействии для волонтера оказывается очень важным умение дать подопечному время, выдержать паузу и подавить произвольный импульс помочь и сделать что-то за подопечного. Приведем в пример ситуацию умывания с незрячим подопечным с задержкой умственного развития. Волонтер дает подопечному возможность самому поднять упавшее мыло, самому дотянуться до зубной щетки, самому открыть кран с водой, хотя порой с трудом избегает соблазна автоматически, реагируя на «естественное» желание помочь несамостоятельному и более слабому, подать упавший предмет или повернуть ручки крана. По сравнению с

повседневной такая коммуникация проходит в несколько ином ритме: волонтер, делая паузы в ходе взаимодействия и не предупреждая действия подопечного, а лишь иногда подсказывая ему, дает ему время самому сориентироваться в окружающем мире и стоящих перед ним задачах.

Приведем другой пример. Для подопечной, которая значительную часть времени проводит в собственной палате, прогулка по коридору с волонтером и поливка цветов, висящих вдоль стен в горшках, вносит в повседневность элемент разнообразия. При этом, по всей видимости, подопечная не осознает цель и смысл этого процесса: поливка цветов в коридоре имеет смысл как проявление расширенной (то есть производимой с помощью другого человека) квазитрудовой деятельности и задает один из таких контекстов, в рамках которого и осуществляется «нормализация».

Иногда подопечные осваивают лишь форму того или иного действия, не понимая его практической, с точки зрения культуры, сути. Так, можно привести в пример девушку-подопечную, которая с удовольствием соглашается на предложение волонтера причесаться с и радостью общается с волонтером в рамках этой процедуры, однако, беря расческу в руку, причесывается ее обратной стороной. Прагматика этого действия для подопечной оказывается иная, чем в обычной повседневности: ей, возможно, важнее и интереснее, что волонтер просто обратился к ней и что-то совместно с ней делает. Включая проживающих в подобные практики, волонтер берет на себя часть работы по производству того или иного культурного действия, тем самым во взаимодействии позволяя восстановить недостающие им качества и навыки и расширяя границы их возможностей и способностей. Совместно с волонтером подопечный обретает способность действовать в повседневности до некоторой степени как «нормальный» и выглядеть таковым.

В 2012 году по инициативе благотворительной организации дети с тяжелыми множественными нарушениями, живущие в ДДИ и ранее считавшиеся необучаемыми, начали посещать специальную школу. На практике это означает, что учителя государственной коррекционной школы стали приходить в детский дом и брать детей в классы внутри того же здания, то есть дети не покидают территорию интерната и не «ходят в школу» в обычном понимании. Однако в жизни детей появились каждодневные регулярные занятия, школьное расписание, праздники первого сентября и последнего звонка и т.д.

Учителя, которые пришли работать в классы с детьми с тяжелыми множественными нарушениями и глубокой умственной отсталостью, в большинстве случаев столкнулись с такими детьми впервые и не имеют специальной адекватной подготовки. Университетские программы подготовки специалистов по данному направлению практически отсутствуют в России: на дефектологических факультетах будущих специальных педагогов учат работать отдельно с детьми с умственной отсталостью, отдельно с детьми с

нарушениями слуха, отдельно с детьми с нарушениями зрения, но не с детьми с физическими, умственными и коммуникативными нарушениями одновременно. Причем на кафедрах олигофренопедагогики специалистов обучали почти исключительно работе с детьми с легкой степенью умственной отсталости, тогда как в действительности им приходится работать с детьми с более тяжелыми и комплексными нарушениями, зачастую не способными научиться читать, писать и считать. Государственные образовательные программы и стандарты, методические материалы для учителей и пособия по работе с детьми с множественными нарушениями и тяжелыми формами умственной отсталости только начинают создаваться. Учителям приходится импровизировать и на ходу выдумывать методы работы с детьми, но в то же время большинство из них оказываются ориентированы именно на поддержание фрейма «нормального»¹² школьного урока, в течение которого ребенок должен сорок минут сидеть, не вставая со стула, и проявлять собственную активность только тогда, когда учитель об этом просит.

Идеология «нормализации» в отношении людей с инвалидностью, в том числе с тяжелой, подразумевает их включение в разнообразные культурные практики, характерные для «обычных» людей. В некоторых случаях, в особенности в ситуации тяжелых умственных нарушений, такие попытки могут противоречить здравому смыслу: школьное обучение некоторых детей может в действительности являться своего рода игрой в школьное образование, которая со стороны ребенка выглядит совсем иначе. В рамках школьного урока детей с тяжелыми нарушениями в детском доме не учат читать или писать, поскольку, по всей видимости, дети не способны освоить эти навыки или пока еще не достаточно подготовлены для этого. Но ребенку, например, могут предлагать выбрать нужную картинку из ряда (например, с изображением птицы, а не других животных), на которую непременно нужно показать указательным пальцем. Ребенок может не вполне понимать суть задания, или же ему трудно скоординировать свое тело так, чтобы выставить вперед именно указательный палец (у многих детей – детский церебральный паралич, серьезно ограничивающий движения), а возможно, у него вообще очень плохое зрение. В такой ситуации порой невозможно оценить, насколько сознательно ребенок выбирает картинку, а насколько – гадает или просто хлопает, не глядя, по изображению, освоив требования формата – «указать на» или «выбрать из ряда». Но он так или иначе обязан подчиниться правилам игры, даже если большую часть работы по указыванию на нужную картинку, осознанно или неосознанно (подталкивая руку ребенка к правильному изображению или пододвигая изображение ближе к «рабочей» руке), выполняет учитель.

Действия учителя могут в большей степени ориентироваться на формальное соответствие программе, на оценку коллег, на внешние атрибуты

¹² О фрейм-анализе как практической деятельности и исследовательском методе см. в книге И. Гоффмана [20].

«нормального» урока, нежели чем на способности и потребности ребенка. При этом как учителя, так волонтеры, призванные поддерживать фрейм «урока», нередко сами осознают и признают, что происходящее во время занятий до некоторой степени является «игрой» в урок, и такая «нормализация» носит во многом ритуальный характер. Дети же включены в него постольку, поскольку к ним обращаются и что-то с ними делают, но эта включенность со стороны ребенка не всегда осмысленна: именно учитель в паре с волонтером придают происходящему смысл с точки зрения заданного фрейма. Впрочем, стоит отметить, что такие практики напоминают то, что воспитатели детского сада проделывают в младших группах с обычными детьми: изготавливают поделки к празднику или «рисуют» такие рисунки, где вклад педагога выше, чем результат непосредственной деятельности ребенка.

Отметим и то обстоятельство, что в ходе такого урока ребенок с особенностями развития получает удовольствие от общения и может осваивать те или иные навыки: так, просто сам факт, что тех детей в детском доме, которые раньше проводили весь день в кровати, стали ежедневно брать на школьные занятия, безусловно, подталкивает их развитие.

С приходом школы в детский дом детям стали чаще устраивать театральные представления внутри детского дома и возить на спектакли, экскурсии и праздники за его пределы. Для некоторых таких праздничных событий детей специально наряжают: девочек в пышные платья и банты, мальчиков в костюмы с галстуком-бабочкой. Некоторые из детей способны дать понять, как они хотели бы быть одеты, радуются не повседневным костюмам и усвоили гендерные стереотипы и отличия в отношении одежды и внешнего вида¹³. Но в отношении части детей довольно трудно судить, насколько дети сами заинтересованы в такой форме одежды, ощущают ли они преимущества такого внешнего вида и, вообще, комфортно ли им. Так или иначе, подобные практики нацелены на то, чтобы в рамках представления в детском доме, на котором присутствуют «внешние» люди (артисты, гости, администрация школы), или во время выезда в «большое» общество дети выглядели как можно более «нормально» и как можно в большей степени отвечали существующим культурным стереотипам, в частности, гендерным.

В описанных выше контекстах взаимодействия с людьми с отклонениями развития можно усмотреть два разных направления нормализации. Первое из них представлено скорее волонтерами благотворительной организации. Оно заключается в том, что главной ценностью в «нормализующей» работе волонтера становится демонстрация агентивности подопечного в совместной деятельности, даже если со временем сферу его агентивности не удастся

¹³ Не останавливаясь подробно на этой теме, отметим, что прививание детям гендерных стереотипов в отношении их внешнего вида и, в меньшей степени, поведения является важной точкой приложения усилий как волонтеров, так и школьных учителей.

расширить (это, в сущности, и является педагогической целью). Второе представлено скорее школьными учителями и теми волонтерами благотворительной организации, которые ассистируют учителям во время урока. В данном случае нормализация скорее ориентирована во многом на соблюдение внешних (в том числе по отношению к интересам подопечного), социально одобряемых, ритуалов и атрибутов, на оценку со стороны большого общества «нормальных» людей. Это отчасти связано с особенностями работы государственной образовательной организации, со спецификой контроля со стороны вышестоящей администрации, системы отчетности и критериев оценки деятельности школьных учителей.

В коммуникации с людьми с умственными отклонениями идеология нормализации предоставляет широкие возможности для развития так называемого «эффекта смышленного Ганса» – лошади, которая «умела считать», в действительности реагируя на неосознанные коммуникативные движения-подсказки хозяина¹⁴. Партнер по коммуникации нередко осознанно, но зачастую и неосознанно «подсказывает» подопечному с нарушениями развития «правильный ответ», чтобы соблюдать, хотя бы внешне, «нормальный» порядок взаимодействия. Некоторые практики в отношении людей с отклонениями в рамках нормализационного подхода напоминают практики обращения с домашними животными, когда, например, хозяин одевает на собаку или кошку костюм и бантик, не слишком задумываясь о том, как это может выглядеть со стороны животного, и принимая в расчет, прежде всего, собственное удовольствие и умиление от такого наряда. Но так или иначе в рамках идеологии и практик нормализации подопечный получает возможность проявлять целенаправленную активность в рамках по-человечески осмысленного действия, хотя бы и совместного, где источником осмысленности выступает его партнер.

Институциональная логика учреждений, являющихся частью системы государственного социального обеспечения инвалидов, в целом не подразумевает возможностей для осуществления «нормализации» жизни подопечных, однако под влиянием идеологии и практик волонтерского сообщества в учреждениях для инвалидов в период с середины 1990-х годов происходят такие изменения, которые в целом свидетельствуют о постепенном движении в сторону «нормализации». Волонтерские инициативы зачастую не находят поддержки среди администрации и персонала этих заведений (с чем столкнулась и рассмотренная нами организация), и логика их действий нередко нацелена на то, чтобы свернуть волонтерские проекты. В то же время такое присутствие руководство интернатов может эффективно использовать в своих целях. Открывая свои двери и поддерживая волонтерские инициативы и тем самым делая жизнь своих подопечных более разнообразной, а обращение с ними — более гуманным, администрация учреждений оказывается способна отчитаться

¹⁴ Об «эффекте смышленного Ганса» см. подробнее в книге [39].

за проведение социально-реабилитационных мероприятий перед вышестоящими органами. Кроме того, учреждения получают возможность экономить собственные средства, предусмотренные на обеспечение потребностей подопечных, за счет помощи, предоставляемой благотворительными организациями и волонтерами.

Идеология «нормализации» и современный гуманистический дискурс в отношении людей с отклонениями развития, носителями которых являются волонтеры, вступают в противоречие с господствующим (в учреждениях и, шире, в российском обществе) медикалистским подходом. Волонтеры предлагают иную, новую для нашей культуры, версию конструирования неполноценности, опирающуюся на идеологию толерантности и предлагающую посмотреть на мир глазами инвалида и реконструировать его перспективу. Усилиями волонтеров внутри учреждений создаются островки новой для нашей культуры идеологии, внедряются альтернативные практики работы с инвалидами. Это создает предпосылки для перехода к социальной модели интерпретации инвалидности в нашем обществе.

Литература

1. Выготский Л.С. Основные проблемы современной дефектологии / Л.С. Выготский. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003. – 656 с. – С. 22–59.
2. Замский Х.С. Умственно отсталые дети. История их изучения, воспитания и обучения с древних времен до середины XX века. М.: Академия, 2008. – 368 с.
3. Клепикова А., Утехин И. Взрослость инвалидов, проживающих в психоневрологическом интернате // Антропологический форум, 2012, № 17 online. Режим доступа: URL: http://anthropologie.kunstkamera.ru/07/17online/klepikova_utehin2/http://anthropologie.kunstkamera.ru/07/17online/klepikova_utehin2/ (дата обращения: 01.09.2015).
4. Клепикова А., Утехин И. Ребенок с «отклонениями развития»: опыта анализа фреймов // Антропологический форум, 2010, № 12 online. Режим доступа: URL: http://anthropologie.kunstkamera.ru/07/12online/klepikova_utehin/ (дата обращения: 01.09.2015).
5. Латтерад А. Личность и ее окружение: эмоциональный опыт // Ливандовская Н. (ред.) Дети с синдромом Ретта. М.: Теревинф, 2009. – 261 с.
6. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Научная книга, 2006. – 260 с.
7. Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики. Т.2, №1, 2004. – С. 7-28.
8. Фуко 1997: 65-172 Фуко М. История безумия в классическую эпоху. СПб.: Книга света, 1997. – 576 с.

9. Фуко 2007: 235-272 Фуко М. Психиатрическая власть. Курс лекций, прочитанный в Коллеж де Франс в 1973-1974 учебном году. СПб.: Наука, 2007. – 450 с.
10. Albrecht G.L., Seelman K.D., Bury M. An Institutional History of Disability // Albrecht G.L., Seelman K.D., Bury M. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage, 2001. – 864 p. – P. 11 – 68.
11. Barnes C. A Legacy of Oppression: A History of Disability in Western Culture // Barton L., Oliver M. (Eds). Disability Studies: Past Present and Future. Leeds: The Disability Press, 1997. – 294 p. – P. 3 – 25.
12. Barnes C. Understanding the Social Model of Disability: Past, Present and Future // Watson, N. Roulstone, A., Thomas, C. The Routledge Handbook of Disability Studies. London: Routledge, 2012. – 468 p. – P. 12-29.
13. Devlieger P., Rusch F.R., Pfeiffer D. Rethinking Disability as Same and Different! Towards a Cultural Model of Disability // Devlieger P., Rusch F.R., Pfeiffer D. (Eds). Rethinking Disability: The Emergence of New Definitions, Concepts and Communities. Antwerpen – Apeldoorn: Garant, 2003. – 210 p. – P. 9-16.
14. Edgerton R. The Cloak of Competence: Stigma in the Lives of the Mentally Retarded. – Berkeley: University of California Press, 1993 (1967). – 247 p.
15. Ferguson P.M. History of Mental Retardation // Albrecht G.L. (Ed.). Encyclopedia of Disability. Vol.3. – Thousand Oaks: Sage, 2006. - 1934 p. – P. 1088 – 1091.
16. Flynn R.J., Lemay R.A. (Eds). A Quarter-Century of Normalization and Social Role Valorization: Evolution and Impact. Ottawa: University of Ottawa Press, 1999. – 571 p.
17. Frawley M.H. Invalidism and Identity in Nineteenth-Century Britain. Chicago: University of Chicago Press, 2010. – 280 p.
18. Ginsburg F., Rapp R. Disability Worlds // Annual Review of Anthropology. Vol.42, 2013. – P. 53-68.
19. Goffman E. Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates. L.: Penguin Books, 1991 (1961). – 336 p.
20. Goffman E. Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1974. – 586 p.
21. Goffman E. Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity. London: Penguin Books, 1990 (1963). – 174 p.
22. Grue L., Heiberg A. Notes on the History of Normality: Reflections on the Work of Quetelet and Galton // Scandinavian Journal of Disability Research. Vol. 8, № 4, 2006. – P. 232-246.
23. Hudson G.L. History of Disability: Early Modern West // Albrecht G.L. (Ed.) Encyclopedia of Disability. Vol.2. – Thousand Oaks: Sage, 2006 – 1934 p. – P. 855-858.
24. Kudlick C.J. Disability History: Why We Need Another “Other” // The American Historical Review. Vol. 108 №3, 2003. – P.763 –793.

25. Landsman G.H. *Reconstructing Motherhood and Disability in the Age of "Perfect" Babies*. – N.Y.: Routledge, 2009. – 276 p.
26. Longmore P.K. *Uncovering the Hidden History of People with Disabilities // Reviews in American History*, Vol. 15, № 3, 1987. – P. 355-364.
27. Mostert M.P. *Useless Eaters: Disability as Genocidal Marker in Nazi Germany // The Journal of Special Education*. Vol. 36 №3, 2002. – P. 157-170.
28. Nirje B. *The Normalization Principle and Its Human Management Implications // The International Social Role Valorization Journal*. Vol. 1, № 2, 1994. – P. 19-23.
29. Noack T., Fangerau H. *Eugenics, Euthanasia and Aftermath // International Journal of Mental Health*. Vol. 36, №1, 2007. – P. 112-124.
30. Oliver M. *Disability and Dependency: A Creation of Industrial Societies // Barton L. (Ed.). Disability and Dependency*. London: The Falmer Press, 1989. – 145 p. – P. 6–22.
31. Oliver M. *The Politics of Disablement: A Sociological Approach*. London: Macmillan, 1990. – 152 p.
32. Parmenter T.R. *Normalization // Albrecht G.L. (Ed.) Encyclopedia of Disability*. Vol.3. – Thousand Oaks: Sage, 2006. – 1934 p. – P. 1157 – 1160.
33. Rose-Ackerman S. *Mental Retardation and Society: The Ethics and Politics of Normalization // Ethics*, Vol. 93, № 1, 1982. – P. 81-101.
34. Rosenhan D.L. *On Being Sane in Insane Places // Science, New Series*. Vol. 179, № 4070, 1973. – P. 250-258.
35. Samaha A.M. *What Good Is the Social Model of Disability? // The University of Chicago Law Review*, Vol. 74, № 4, 2007. – P. 1251-1308.
36. Scheer J., Groce N. *Impairment as a Human Constant: Cross-Cultural and Historical Perspectives on Variation // Journal of Social Issues*, Vol. 44, № 1, 1988. – P. 23-37.
37. Scheff T.J. *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine, 1966 – 230 p.
38. Scheff T.J. *The Labelling Theory of Mental Illness // American Sociological Review*, Vol. 39, № 3, 1974. – P. 444-452.
39. Sebeok T.A., Rosenthal R. (Eds). *The Clever Hans Phenomenon: Communication with Horses, Whales, Apes and People*. New York: The New York Academy of Science, 1981. – 364 p.
40. Shakespeare T. *Disability, Identity and Difference // Barnes C., Mercer G. (Eds). Exploring the Divide: Illness and Disability*. Leeds: The Disability Press, 1996. – 219 p. – P. 94–113.
41. Shakespeare T. *The Social Model of Disability // Davis L.J (Ed.) The Disability Studies Reader*. New York: Routledge, 2013. – 600 p. – P. 214-221.
42. Shakespeare T., Watson N. *Defending the Social Model // Disability & Society*, Vol. 12, № 2, 1997. – P. 293-300.
43. Snyder S.L., Mitchell D.T. *Re-engaging the Body: Disability Studies and the Resistance to Embodiment // Public Culture*, Vol. 13, № 3, 2001. – P. 367-389.
44. Stiker H.J. *A History of Disability*. Ann Arbor: The University of Michigan Press, 1999. – 239 p.

45. Szasz T.S. The Manufacture of Madness. St Albans: Paladin, 1973. – 413 p.
46. Szasz T.S. The Myth of Mental Illness: Foundations of a Theory of Personal Conduct. New York: Harper & Row, 1974. – 297 p.
47. Trent J. W. Inventing the Feeble Mind: A History of Mental Retardation in the United States. – Berkeley: University of California Press, 1995. – 356 p.
48. Turner B. S. Intellectual Disabilities - Quo Vadis? // Albrecht G.L., Seelman K.D., Bury M. Handbook of Disability Studies. Thousand Oaks: Sage, 2001. – 864 p. – P. 267 – 296.
49. Wolfensberger W. The principle of Normalization in Human Services. Toronto: National Institute on Mental Retardation, York University Campus, 1972. – P. 266.

Опыт формирования терапевтической среды для людей с особенностями психического развития

Оленникова Марина Евгеньевна

Аннотация: в статье описывается опыт формирования терапевтической среды. Внимание сосредоточено на конкретных инструментах, которые можно использовать при применении этой формы помощи. Затрагиваются вопросы поддержки инициативы, особенности групповой работы и позиции персонала в помогающем учреждении. Статья содержит практические рекомендации.

Ключевые слова: терапевтическая среда, терапия средой, милье-терапия, поддержка

The Experience of the Therapeutic Environment Formation for People with Peculiarities of Mental Development

Olennikova Marina

Annotation. The article describes the experience of the therapeutic environment formation. The attention focuses on specific instruments that can be used when using this form of aid. The article addresses the issues of support of the initiative, features of group work and the staff position in helping institution. The article reflects observations and contains practical recommendations.

Keywords. Therapeutic environment, therapy via environment, milieu therapy, support.

В этой статье мне бы хотелось рассмотреть базовые явления и процессы, которые необходимо учитывать, когда мы стремимся сделать среду в нашей организации терапевтической. Я затрону лишь небольшую часть этих явлений и сосредоточу внимание на технических средствах, которые помогают их достичь. Материал, который здесь представлен, является результатом опыта работы на трех площадках: подростково-молодежный клуб, центр помощи для

психологов в начале профессиональной практики и центр абилитации и творчества для людей с особенностями психического развития. Три очень разные организации, с разными целями и аудиторией. Тем не менее в каждой из перечисленных структур присутствовало то, что мы можем называть терапией средой. Также хочется отметить, что цель статьи – сместить фокус внимания с чисто медикаментозных и поведенческих форматов помощи к помощи через формирование отношений и создания благоприятного социума в рамках помогающего учреждения.

Базовые понятия и описание случая

У истоков развития концепции терапевтических сред стоял немецкий психиатр Н. Simon (1927), обозначивший важность включения пациента в социальную и трудовую деятельность для его реабилитации. В дальнейшем вопросами окружения больного, характером взаимоотношений между персоналом и пациентами, особенностями структуры помогающего учреждения занималось большое количество специалистов. Среди наиболее ярких представителей можно отметить Laing R. D., Ammon G., Zwerling I., Lewin K., Ayllon T., Gunderson J. G.

В широком смысле под терапией средой подразумевается использование терапевтического потенциала взаимодействия больного с окружением [2]. Окружение включает в себя характер отношений пациентов между собой и с персоналом, предметы, помещение, иерархию в учреждении.

Несмотря на то, что перечисленные авторы принадлежали к разным методологическим школам, позиция персонала по отношению к пациенту в терапевтической среде в большинстве случаев подразумевает отношения в рамках традиции гуманистической психологии. Она выражается в принятии, доброжелательном отношении к пациенту, вере в его способности и потенциал [3].

Кроме того, мы должны помнить, что терапия средой – одна из форм психологической (психотерапевтической) помощи наряду с индивидуальным консультированием/психотерапией, семейной терапией и групповой. А это значит, что при осознанном формировании среды необходимо понимать цели использования именно этой формы помощи. Здесь возникает ряд вопросов. Какие задачи стоят перед вашими подопечными? На что должна быть направлена эффективная среда вокруг них? Терапевтическая среда хорошо помогает решать задачи, связанные с формированием отношений, приобретением новых моделей поведения, эмоциональной поддержкой. Однако стоит помнить, что организация среды – это длительный процесс (от года), требующий активного сотрудничества всего персонала и тесно связанный с психологическим благополучием персонала.

На сегодняшний день в России применение этой формы помощи используется эпизодически в рамках отдельных психиатрических учреждений.

Здесь описан опыт центра, который не является медицинской структурой. При отборе подопечных внимание было сосредоточено не на диагностике, а на

конкретных поведенческих проявлениях и трудностях человека (особенности установления и поддержание контакта, агрессивное поведение, сложности удержания внимания и целенаправленной деятельности в течение определенного времени и др). Форматы работы, которые были использованы: рабочие мастерские, групповые занятия, общие собрания сотрудников и подопечных. Контролируемое исследование эффективности психотерапевтической помощи организовать трудно в силу этических причин, сложности подбора валидной выборки и др. Субъективные наблюдения позволяют отметить следующие достижения. Между подопечными стали складываться дружеские отношения (общение по телефону, прогулки вне центра, финансовые отношения). Студенты стали брать ответственность друг за друга, регулировать поведение друг друга, поддерживать и помогать справляться с трудными ситуациями. Появилась идея трудоустройства и ее реализация (несколько человек приобрели работу). Наблюдение за подопечными во время мероприятий, которыми директивно не управляют сотрудники (например, обед, свободные прогулки), – один из способов, который позволяет оценить динамику характера взаимодействия между ними.

Проявление инициативы в терапевтической среде

Одним из параметров терапевтической среды является возможность проявлять инициативу. Люди с особенностями психического развития часто оказываются окруженными другими людьми, которые эту инициативу у них принять не могут. Их идеи и планы окружающие не принимают всерьез и отвергают. Внимание сосредоточено на удовлетворении базовых потребностей (накормить, одеть и т. п).

Ответственность и деятельность помогает человеку сталкиваться с реальностью и корректировать свои представления о ней. Человек с ментальными особенностями очень часто лишен этой возможности. Даже если он начинает какую-либо деятельность самостоятельно, то не всегда способен адекватно отразить препятствия, которые стоят на пути реализации идеи. Терапевтическая среда, а вернее люди, которые ее формируют, не отнимают шансы на реализацию проектов у подопечных, а стараются приблизить их идеи к реальности. Появление инициативы и групп, которые реализуют проекты – один из критериев создания терапевтической среды. Важно предоставить подопечным пространство для ошибок – это совершенно необходимая вещь при освоении любого нового дела.

Совместная реализация проектов позволяет людям вступать во взаимоотношения друг с другом и с персоналом. Важно, что они при этом выполняют активную роль.

Психические расстройства очень часто сопровождаются нарушениями волевой сферы. Воля связана с инициированием действий в направлении конкретной цели и торможением тенденций, которые с этой целью не связаны

[2]. Пробуждение и поддержка инициативы оказывает терапевтическое воздействие на волевой компонент психики.

В начале формирования среды можно столкнуться с другой проблемой – полное отсутствие инициативы. Большую роль в ее появлении играет доверие персонала к пациентам. Препятствием может стать ответственность, которая возложена на сотрудников за подопечных. Например, если один из участников предлагает отменить правило запрета на агрессию в организации, сложно пойти на этот шаг, потому что последствия решения могут нанести вред остальным членам сообщества. Страх передачи инициативы чаще всего связан с последствиями решений.

Некоторые технологии и правила, помогающие пробуждать инициативу

1) Вопросы, а не решения. При обучении людей всегда проще сделать действие за человека. Особенно ярко эта проблема всплывает при работе с людьми с ментальными нарушениями. Пространство для ошибок возможно только тогда, когда есть пространство для действий. После того как вы задали вопрос или попросили что-то сделать, важно подождать некоторое время, если мгновенного ответа не происходит. Можно сосчитать про себя до десяти и подождать реакции. Важна вера в эту реакцию, вера в то, что человек способен выполнить действие. Не останавливайтесь, если это не сработало один раз – на появление инициативы требуется время. Вопросы также помогают скорректировать идею и приблизить ее к реальности.

2) Делать явным проблему. В любом обществе возникают проблемы. Они могут быть бытового или социального характера. Важно не стремиться сразу решать их самостоятельно, а сделать явными для сообщества. Один студент ударил другого – это наша общая трудность. Завтра не будет электричества: «Давайте решим, чему это мешает и что нам с этим делать». Инициатива рождается от дискомфорта, когда не нравится то, как мир устроен сейчас.

3) Опора на реальность и уход от игрового взаимодействия. Сообщество должно знать, что действия отдельного человека могут повлиять на реальность, изменить ее. Должен быть набор понятных и несложных шагов на пути к этим изменениям (инструменты). У подопечного появилась идея. Есть ли в организации человек, к которому он может прийти с ней и получить помощь и поддержку? Терапевтическая среда чувствительна к активности отдельного человека.

Игровое взаимодействие часто проявляется в том, что есть видимость реализации проектов, но реальных изменений они не несут. Человеку обеспечивается деятельность, которая не приносит результата сообществу. В начале формирования среды такая ситуация допустима, однако важно следить, чтобы проекты развивались дальше и не останавливались исключительно на этой фазе.

4) Принятие и поддержка инициативы. Формализовать эти понятия очень трудно, однако они играют важную роль при формировании среды. Принятие связано с нашим эмоциональным отношением и когнитивной интерпретацией поступков другого. Участник сообщества что-то сделал – понаблюдайте за собой. Что вы испытываете? О чем думаете? Страх, злость, нетерпимость – чувства, которые могут рождаться в нас в ответ на действие подопечного. Очень часто в них трудно признаться даже самому себе, потому что это ставит под угрозу профессиональную самооценку. Однако принятие подопечных начинается с принятия себя.

Поддержка внешне, безусловно, выражается в конкретных словах или действиях. Однако основное, что составляет действие, которое интерпретируется как поддерживающее, – эмоциональное сопереживание и эмоциональная вовлеченность в проблемы другого человека. Если этого нет, все поддерживающие действия могут не сработать.

Важно делать поддержку культурной нормой сообщества, чтобы ее демонстрировал не только ведущий, но и все члены группы по отношению друг к другу. Этому помогает обращение внимание подопечных на состояние одного из них, когда кому-то плохо. Делать это можно также с помощью вопросов. Например, один из студентов много говорит, говорит только о себе, эмоциональное состояние нестабильное. Это может вызвать злость и раздражение остальных членов группы. Можно задать вопрос: «Как вам кажется, этому человеку хорошо или плохо?» Обратит внимание, что все одновременно стали на него злиться. Спросить, помогает ли это ему? Отразить, что он – тоже член нашего сообщества, и мы не можем его бросить или выгнать.

Похвала/благодарность является одним из видов поддержки («молодец», «здорово», «спасибо»). Важно обращать внимание даже на незначительные проявления инициативы и поощрять участников, которые соблюдают нормы и правила сообщества. Например, во время групповой работы какие-то участники группы не перебивали остальных – можно поощрить их, похвалить или поблагодарить. Конечно, это не принесет эффекта, если делать это один раз, однако со временем поддержка станет культурной нормой.

Можно также просить подопечных поддерживать друг друга. Например, один человек заявил о своей проблеме, спросите у остальных участников группы, кто хочет его поддержать, сказать «добрые слова». Это могут быть простые высказывания («ты хороший», «ты меня радуешь», «ты молодец») или действия (подойти пожать руку, обнять).

5) Обратная связь. Для того чтобы корректировать поведение, важно четко проговаривать то, что человек делал и какие от этого наступили последствия. Важно, чтобы описание было конкретным и на поведенческом уровне.

Групповые мероприятия

Для формирования терапевтической среды необходимо наличие групповых мероприятий и собраний. Сложность заключается в том, что

должны быть собрания, которые уменьшают статусный разрыв между персоналом и подопечными. Здесь велика вероятность столкновения с сопротивлением персонала.

На установление норм и правил такого мероприятия потребуется время. Отдельные приемы, помогающие их формированию, были описаны выше. Правила должны четко проговариваться. В начале развития среды можно обозначать их при каждой встрече, а в дальнейшем просить делать это кого-то из участников сообщества. Правил не должно быть много (2-3), они должны быть четко сформулированы (например, «говорим по очереди»). Особенности групповой работы, содержание и процессы в группе подробно описал Yalom I. D [4].

Содержание собраний должно быть связано с деятельностью организации. Важно, чтобы оно было значимо, полезно и хотя бы иногда эмоционально приятно (особенно вначале). Собрания должны помогать решать актуальные проблемы как подопечных, так и сотрудников. Возможно, даже в первую очередь сотрудников, так как это позволит преодолеть сопротивление.

Заключение

Полученный опыт позволяет заключить, что организация терапевтической среды помогает повысить социальную адаптацию людей с особенностями развития, создать более комфортные условия для их существования, выработать новые модели поведения. Безусловно, заявленная тема требует дополнительного исследования и более подробного описания.

Хочется выразить благодарность Холявко Вячеславу Викторовичу и Трубачевой Ренате Владимировне (руководитель Психологического центра «Форсайт»). Наблюдения, описанные в статье, являются результатом работы под их руководством.

Литература

1. Гюнтер Аммон. Динамическая психиатрия. СПб.: изд. Психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1995. – 200 с.
2. Психотерапевтическая энциклопедия (п/р Б. Д. Карвасарского). – СПб.: Питер, 2006. – 752 с.
3. Роджерс К. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994. – 478 с.
4. Ялом И. Стационарная групповая психотерапия. – М : Эксмо, 2011. – 480 с.

Теория нормализации и другие концептуально-правовые основы курсов повышения квалификации для специалистов, работающих с детьми и взрослыми с инвалидностью

Рыскина Виктория Львовна

Аннотация: в статье представлен опыт проведения курсов повышения

квалификации для специалистов, работающих с детьми и взрослыми с инвалидностью. Описаны основные концепции, на которых базируется курс.

Ключевые слова: нормализация жизни, МКФ, социальная модель инвалидности, социальная инклюзия, альтернативная коммуникация, эгротерапия.

The theory of normalization and other conceptual and legal bases of training courses for professionals working with children and adults with disabilities

Ryskina Victoia

Annotation. This paper presents the experience of training courses for professionals working with children and adults with disabilities and basic concept of course.

Keywords. Normalization of life, ICF, social model of disability, social inclusion, alternative communication, ergotherapy

*«Можно измерить интеллект, но нельзя измерить ценность человека»
Карл Грюнневальд*

С 2013 года на базе Городского информационно-методического центра «Семья» проводятся курсы повышения квалификации для специалистов, работающих с детьми и взрослыми с нарушениями развития и инвалидностью в учреждениях социального обслуживания населения Санкт-Петербурга. За время проведения курса «Реабилитация и социальная инклюзия детей и взрослых с нарушениями в развитии» в программе участвовало около 100 человек: специалисты по социальной работе, педагоги, психологи Центров реабилитации инвалидов и детей-инвалидов и комплексных центров социального обслуживания населения.

Довольно часто бывает так, что специалисты, работающие в учреждениях, не имеют специальной подготовки и приходят в сферу поддержки инвалидов, впервые столкнувшись с темой и людьми уже в процессе работы. Практически все учреждения, работающие с людьми, могут и должны встать перед решением проблемы: что они могут сделать для того, чтобы социальная инклюзия людей с инвалидностью происходила активнее и людям с нарушениями было проще жить в таком большом мегаполисе, как Санкт-Петербург. Это касается школ, призванных готовить детей и родителей к инклюзивному образованию и осуществлять его; работодателей, призванных предоставлять рабочие места для людей с инвалидностью, а также центров социальной реабилитации инвалидов, где должна осуществляться поддержка людей с инвалидностью и их семей. Однако часто сотрудники мало знают о том, какова жизнь человека с нарушениями в развитии. Причин для этого множество, но ясно одно: людям – специалистам и неспециалистам –

необходимо иметь опыт соприкосновения с инвалидностью, разный опыт, в том числе и эмоционально наполненный. Люди, пришедшие работать в подобные центры, не всегда имеют опыт отношений с семьями инвалидов, и даже если они имеют подобный опыт, он часто искажен профессиональными деформациями и профессиональным выгоранием. Сотрудники центров часто на семинарах делятся проблемами, связанными с трудностями общения с семьями, с их иждивенческой позицией, страхами по отношению к инвалидности, бесперспективностью своих усилий в работе и фрустрацией. Анализ и проработка личного отношения и опыта в отношении к инвалидности, а также к различиям в команде сотрудников могут помочь в разрешении профессиональных проблем, ежедневной работе с клиентами и наилучшему осуществлению миссии организации. Исходя из этого, в задачи курса входит ознакомление с основными подходами и ценностями, которые лежат в основании идей реабилитации инвалидов в РФ и других странах. Курс содержит теоретическую и практическую части, а также ознакомление с реабилитационными пространствами Санкт-Петербурга. Кратко представим концептуальные и идеологические основы курса.

Конвенция о правах инвалидов. 3 мая 2012 был подписан и вступил в силу Федеральный закон № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» [5]. Конвенция о правах инвалидов направлена на защиту и поощрение реализации прав инвалидов, ликвидацию дискриминации в связи с инвалидностью, *обеспечение полного участия инвалидов в жизни общества* (социальной интеграции). Она является первым комплексным международно-правовым актом, закрепляющим особые права инвалидов во всех основных сферах жизни человека и устанавливающим обязательства государств - участников по их защите, по содействию реабилитации и социальной интеграции инвалидов. Конвенция принята как развитие других документов Организации Объединенных Наций: «Декларации о правах инвалидов» (1975 г.), «Всемирной программы действий в отношении инвалидов» (1982 г.), «Стандартных правил обеспечения равных возможностей для инвалидов» (1993 г.) и др. Конвенция основана на принципах и нормах Всеобщей декларации прав человека и Международного пакта об экономических, социальных и культурных правах и Международного пакта о гражданских и политических правах, а также на положениях Международной конвенции о ликвидации всех форм расовой дискриминации, Конвенции о ликвидации всех форм дискриминации в отношении женщин, Конвенции против пыток и других жестоких, бесчеловечных или унижающих достоинство видов обращения и наказания, Конвенции о правах ребенка и Международной конвенции о защите прав всех трудящихся-мигрантов и членов их семей и других международно-правовых актах о правах человека. Подтверждая наличие у инвалида всех прав и свобод человека и его статус как полноправного члена общества, Конвенция устанавливает дополнительные гарантии их реализации, закрепляет соответствующие обязанности государств-участников Конвенции.

Медицинская и социальная модель инвалидности. В современном обществе на смену «медицинской» модели, которая определяет инвалидность как нарушение здоровья и ограничивает поддержку людям с инвалидностью социальной защитой больных и неспособных, приходит «социальная» модель, которая утверждает:

- причина инвалидности находится не в самом заболевании как таковом;
- причина инвалидности – это существующие в обществе физические («архитектурные») и организационные («отношенческие») барьеры, стереотипы и предрассудки.

Социальный подход к пониманию инвалидности закреплен в Конвенции о правах инвалидов (2006): *«Инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими».* При социальной модели понимания инвалидности ребенок с инвалидностью или с другими особенностями развития не является «носителем проблемы», требующей специального обучения. Напротив, проблемы и барьеры в обучении такого ребенка создает общество и несовершенство общественной системы образования, которая не может соответствовать разнообразным потребностям всех учащихся в условиях общего образования.

Таблица 1

Медицинская модель		Социальная модель	
Диагноз	➔	Инвалидность	← Общественное устройство
↓		↓	
Изоляция, лечение, компенсации инвалидам		Изменение общественного устройства, развитие технологий	

Для того чтобы увидеть различия между медицинской и социальной моделью инвалидности, рассмотрим такой пример: человек с небольшим остатком зрения хочет купить продукты в магазине самообслуживания. Согласно медицинской модели человек с остатком зрения не может совершить покупку прежде всего потому, что он не видит. Поэтому ему нужно восстановить зрение, сделав многочисленные операции. Если вернуть зрение не удалось, то и хлеб, например, ему не купить, потому что он не видит, а значит, не найдет его в большом магазине, не увидит цену, не узнает, свежий хлеб или нет. С социальной точки зрения человек с ослабленным зрением не

может купить хлеб потому, что в магазине темно, а ценники повешены высоко и написаны мелко. И если бы ценники в магазине писали крупными цифрами, а освещение было достаточно ярким, то слабовидящий не был бы инвалидом и смог бы покупать хлеб. Медицинская модель хочет исправить человека, а социальная – отношение общества к инвалидам.

Нормализация жизни. Принцип «нормализации» жизни впервые начал применяться в социальной политике в скандинавских странах в конце 1940–1950-х гг.¹⁵ В конце 60-х гг. прошлого века шведский общественный деятель Бенгт Нирье сформулировал основные принципы идеологии нормализации. Согласно этим принципам жизнь человека с отклонениями развития, какими бы тяжелыми они ни были, должна быть максимально приближена к жизни обычного человека. Нормализация жизни не означает, что человек с нарушениями становится «нормальным», то есть человеком без нарушений. Этот термин означает, что *жизнь человека становится нормальной* – такой же, как у других членов общества. Нормальное состояние жизни для любого человека включает:

- нормальный (обычный) режим дня (работа, отдых и свободное время). Возможность самому планировать свой день и изменять режим дня по своему желанию. Возможность жить в одном месте, а работать в другом;
- нормальный (обычный) ритм недели. Такое же, как и у других членов общества, чередование рабочих и выходных дней;
- нормальный (обычный) ритм года (праздники и отпуск такие же, как у других людей);
- нормальное развитие жизненного цикла (детство, отрочество, юность, зрелость и старость).
- нормальное уважение и право на самоопределение;
- нормальные (обычные) для данной культуры формы половой жизни;
- нормальные для данной страны экономические формы и права;
- нормальные для данного общества требования к окружающей среде и жилищным стандартам.

Все это должно быть доступно и человеку с инвалидностью, который имеет право на достойные экономические условия жизни, на любовь и заботу близких, на сексуальное общение – все, что доступно человеку без инвалидности. Для интеграции такого человека необходимо «исправлять» не его самого, а максимально адаптировать среду под его нужды [3].

Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ – ICF) [2]. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, известная как МКФ, является классификацией показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Эти показатели описаны с позиций

¹⁵ Подробнее см. статью А.А. Клепиковой в настоящем сборнике (стр. 14)

организма, индивида и общества посредством двух основных перечней: 1) функции и структуры организма, 2) социальная активность и участие в общественной жизни. Учитывая то, что функциональное здоровье индивида зависит от внешних условий, МКФ содержит перечень факторов окружающей среды, которые взаимодействуют со всеми этими категориями. МКФ является стандартом ВОЗ в области измерения состояния здоровья и инвалидности как на уровне индивида, так и на уровне населения. МКФ была официально одобрена всеми странами-членами ВОЗ на пятьдесят четвертой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения 22 мая 2001 года (резолюция WHA 54,21). В отличие от своей предшественницы МКФ была одобрена для применения в странах-членах ВОЗ в качестве международного стандарта для описания и измерения степени нарушений здоровья.

Рисунок 1



Таким образом, в последние десятилетия во всем мире значительно изменились взгляды на реабилитацию в целом. Акценты сместились с *вылечить, научить и исправить (скорректировать)* нарушения на то, как можно научить использовать имеющиеся навыки в повседневной жизни, то есть на увеличение *активности*. Специалисты, которые работают в этом подходе, пытаются помогать человеку активно участвовать во всем том, что обычно делают дети и взрослые: общаться и быть мобильным. Постепенно меняется сам контекст реабилитации: она перестает быть лечением, которое проводится в искусственной обстановке. Теперь специалисты все чаще говорят о терапии в естественной среде. Такой подход и приводит к *нормализации жизни*, о котором шла речь выше.

Социальная и образовательная интеграция и инклюзия. Анализируя так называемую «неготовность» общества к включению инвалидов в общество, на которую обычно ссылаются представители СМИ, описывая трудности процесса, необходимо учитывать, что «готовность» общества не может быть сформирована до начала активного процесса социальной инклюзии, а только

путем участия в социальной инклюзии и опыта взаимодействия с людьми с инвалидностью. По данным многих зарубежных и российских исследований (Самсонова, 2012; Рыскина, Иванова, 2012), [4] очевидно, чем больше у людей возможностей для получения опыта (чаще положительного, чем отрицательного) соприкосновения с различиями, тем толерантнее и чувствительнее к потребностям других они становятся. Например, трудности в продвижении инклюзивного образования – процесса, с которого начинается социальная интеграция инвалидов в общество, – выражаются в том, что родительское и педагогическое сообщества порой активно сопротивляются тому, чтобы ребенок с инвалидностью получал доступ к общему образованию. Они беспокоятся о многом: и о том, что некоторые виды нарушений могут пагубно повлиять на здоровых детей и отразиться на общей успеваемости класса; и о том, что обычным людям просто неприятно соприкасаться с болезнями и страданиями.

Другая проблема заключается в том, что центры социальной реабилитации инвалидов, призванные осуществлять подготовку и заниматься включением инвалидов в общество, порой выполняет работу не по инклюзии, а по эксклюзии людей с инвалидностью, формируя для них отдельные мероприятия, организуя реабилитацию и досуг. Для получения положительного опыта должны создаваться специальные условия, которые, кроме повышения качества жизни инвалида, постепенно меняют в глазах сообщества образ человека с инвалидностью. Инвалид, передвигающийся на коляске по городской доступной среде в сопровождении сопровождающего или без него, жизнерадостный и активный, имеющий место работы или учебы, которым он доволен и выбрал сам (или его родители), проводящий свой досуг в общественных местах, вызывает уважение, порой восхищение окружающих. Формирование положительного образа инвалида – человека, не только нуждающегося в поддержке, но и способного поддержать других и быть интересным для них, – один из путей изменения общественного мнения, и это постепенно отражается на отношении ко всем категориям инвалидов. Формирование принимающего сообщества начинается с детства – именно с этими целями активно поддерживается инклюзивное образование, которое может оказаться решающим в процессе формирования социальных навыков ребенка. Таким образом, формирование позитивного и адекватного образа человека с инвалидностью и его семьи – ключ к толерантному и принимающему отношению инвалидов в обществе. В мировой практике усилия международных организаций, таких как ЮНЕСКО, направлены на то, чтобы информировать все страны о политике равного доступа и поддерживать ее развитие. В России идеи инклюзивного образования пришли на смену идеям интегративного образования в последние годы, что постепенно отражается на процессе образования. Инклюзивное образование предполагает не только возможности и попытки самого ребенка с нарушениями в развитии и его семьи влиться в процесс, но и активное специально организованное встречное

движение окружения с целью произвести изменения, чтобы стать максимально доступной для совместного обучения обычно развивающихся детей и детей с нарушениями в развитии.

Рисунок2¹⁶

Рис. 1.2 **Различная организация системы образования: общее/специальное — интегрированное — инклюзивное**³



Концепция экосистем Бронфенбреннера. Ури Бронфенбреннер¹⁷ описал развитие как происходящее в серии гнездовых систем, каждая из которых погружена в более широкие окружения.

Рисунок 3



¹⁶ Рисунок с сайта РООИ «Перспектива», электронный ресурс, URL: <http://perspektiva-inva.ru/> (дата обращения 18.11.2015)

¹⁷ http://www.psychologos.ru/articles/view/teoriya_ekologicheskikh_sistem_uri_bronfenbrennera

Он выделяет четыре группы факторов, влияющих на социализацию человека.

К ним относятся: микросистема – то, что непосредственно окружает человека с самого рождения и оказывает наиболее существенное влияние на его развитие (она, в частности, включает семью, родителей, условия жизни, игрушки, книги, которые читает ребенок, и пр.); мезосистема – взаимоотношения, складывающиеся между различными жизненными областями, определяющими и существенно влияющими на действенность воспитания (к ним относятся, например, школа и семья; объединения, в которые входят члены семьи; среда семьи, улицы и места, где дети и взрослые проводят свое время, и др.); экзосистема – общественные институты, органы власти, административные учреждения и т.д. (они опосредованно влияют на социальное развитие и воспитание); макросистема – нормы культуры и субкультуры, мировоззренческие и идеологические позиции, господствующие в обществе (она выступает нормативным регулятором воспитывающей системы человека в среде жизнедеятельности). Бронфенбрэннер подчеркивает решающую роль макросистемы и ее роль в изменениях, происходящих с семьей, в составе которой есть человек с нарушениями в развитии.

В числе концептуальных основ курса важно выделить два важных направления в специализации – эрготерапия и альтернативная коммуникация. *Эрготерапия*¹⁸ - это специальность, которая, используя целенаправленную деятельность, помогает людям с различными физическими или психическими нарушениями достигнуть максимальной независимости во всех аспектах повседневной жизни. Эрготерапия – междисциплинарная специальность, основанная на научно доказанных фактах того, что целенаправленная, имеющая для человека смысл активность (деятельность) помогает улучшить его функциональные возможности (двигательные, эмоциональные, когнитивные, психические), так как человек, перенесший заболевание, травму, имеющий нарушения развития от рождения, часто оказывается зависимым от посторонней помощи и не всегда может найти решение проблем, связанных с невозможностью ухода за собой, ведения домашнего хозяйства, работы, выполнения досуговой деятельности и др. Эрготерапия является неотъемлемой частью современной медико-социальной реабилитации и абилитации людей всех возрастных категорий. *Альтернативная коммуникация* [1] применяется для расширения коммуникативных возможностей у людей, которые не говорят или речь которых недостаточно развита. Это средства, способы, системы, которые помогают детям и взрослым с серьезными проблемами в развитии вербальной речи выразить себя и лучше понимать происходящее. Идея альтернативной коммуникации проста: человек с любыми нарушениями нуждается в том,

¹⁸ Русская профессиональная ассоциация эрготерапевтов, электронный ресурс, <http://ergotherapy.ru/>

чтобы общаться и влиять на мир, устанавливать связи между реальностью и ее обозначением *любыми способами*. Этот процесс установления связей с помощью самых разнообразных знаков. Передача и прием информации с помощью знаков помогают человеку развивать свои способности и быть удовлетворенным жизнью, даже если у него есть проблемы в вербальной речи.

Опыт государственных и негосударственных организаций в поддержке детей и взрослых с нарушениями развития и инвалидностью

Кроме обсуждений в центре «Семья», слушатели посещают отделения в центрах реабилитации инвалидов и детей-инвалидов: отделения раннего вмешательства, отделения дневного пребывания, отделения поддерживаемого проживания, профессиональной реабилитации, специализированные центры реабилитации. А также негосударственные организации, занимающиеся поддержкой молодых людей и детей БОО «Перспективы», Центр «Антон тут рядом» и т.д. Опыт некоммерческих организаций наглядно показывает участникам курса, что *есть группа людей с нарушениями, которым не находится пока места в центрах реабилитации из-за тяжести нарушений (множественные нарушения) и из-за ограниченности услуг и реабилитационных мероприятий*. Большое впечатление на слушателей оказывают встречи с представителями общественных организаций ГАООРДИ: М. А. Урманчевой, Б. З. Кривошеем и его сыном Кириллом, Ю. В. Кузнецовым. В курсе используется много фильмов международного фестиваля «Кино без барьеров».¹⁹

В итоге курса слушатели заполняют анкету, где их просят оценить по 10-бальной системе полезность курса с двух точек зрения. Обобщенные результаты представлены ниже. В анкетировании принимали участие 90 слушателей курсов.

Таблица 2

	Новые профессиональные знания	Информация, важная для формирования профессиональной позиции и личностного развития
1-3 балла	4	0
4-6 баллов	20	15
7-10 баллов	66	75

Из данных видно, что большинство участников ценит курс не только за профессиональные знания, а за поддержку профессиональной позиции и развитие системы ценностей в области помощи людям с инвалидностью. Об этом свидетельствуют и следующие цитаты из анкет: *«Я чувствую, как эти курсы изменили мою жизнь. Появилось много мыслей. Я раньше вообще не думала об*

¹⁹ Сайт фестиваля «Кино без барьеров» <http://www.kinofest.org/ru/>

этих людях, о том, что они чувствуют, и, главное, о том, как вся эта работа может изменить меня....».

«Спасибо за курс и особенно за встречи с настоящими людьми: с Юрием Кузнецовым, Борисом Кривошеем, волонтерами ГАООРДИ, БФ «Перспективы» и Центра «Антон тут рядом» и другими. Так обстановка, атмосфера, которую я почувствовала, очень сильно повлияла на меня, как на профессионала. Я не знаю, можно ли так работать на моем рабочем месте, но я сама точно стала другой. И это очень важно для меня не только, как для профессионала, но более всего, как для человека».

В итоге курса у специалистов складывается картина реабилитационного пространства Санкт-Петербурга, выстраиваются приоритеты, они начинают понимать, какое место играют услуги, оказываемые в учреждениях, где они работают в жизни человека и его семьи в целом.

Одна из важных ценностей для слушателей – то, что центры реабилитации являются альтернативной институциональных форм – детских домов-интернатов и психоневрологических интернатов. Они начинают больше понимать, как живет семья, в которой есть ребенок или молодой человек с нарушениями, лучше представлять, какие услуги являются для них наиболее востребованными и как постепенно переходить от концепции «предоставления услуги» к поддержке, сопровождению и нормализации жизни.

Литература

1. Альтернативная и дополнительная коммуникация как основа для развития, реабилитации и обучения людей с нарушениями в развитии. Сборник статей международной научно-практической конференции 18-20 сентября 2014 г. Под редакцией В. Л. Рыскиной — СПб.: 2014. – 250 с.
2. Всемирная организация здравоохранения <http://icd-11.ru/icf/> [Электронный ресурс]. URL: <http://www.msu.ru>. (Дата обращения: 18.11.2015).
3. Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями: теоретические основы и практический опыт // под редакцией Карла Грюневальда, СПб., 2003.
4. Российские и зарубежные исследования в области инклюзивного образования: учебное пособие для студентов вузов / под ред. В. Л. Рыскиной, Е. В. Самсоновой. – М.: Форум, 2012. – 207 с.
5. Федеральный закон №46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» 3 мая 2012 года N 46-ФЗ.

Построение программ раннего вмешательства на основе Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья

Самарина Лариса Витальевна

Аннотация: в статье представлены основные изменения в подходах к построению и реализации программ раннего вмешательства. Изменения произошли в результате применения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Рассматривается функциональный подход и такие характеристики программ вмешательства, как их функциональная направленность, реализация в естественной среде на основе активного участия ребенка и семьи. Приведены примеры алгоритмов проведения междисциплинарной оценки и построения программ на основе МКФ-ДП.

Ключевые слова: Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья, МКФ, активность, участие в жизни общества.

Building Early Intervention Programs on the Base of the International Classification of Functioning, Disability and Health

Samarina Larisa

Annotation. The article presents the main changes in the approaches to the developing and realization of early intervention programs. The changes are the result of using of the International Classification of Functioning, Disability and Health. The article deals with the functional approach and such characteristics of intervention programs as their functional orientation, implementation in the natural environment through the active participation of the child and the family. The article also deals with the examples of algorithms for the multidisciplinary evaluation and developing programs on the basis of the International Classification of Functioning, Disability and Health, Version for Children and Adolescents.

Keywords. International classification of functioning, disability and health, activity, participation in society.

Изменение подходов к оценке функционирования ребёнка: функциональный подход и его преимущества

Традиционно в течение многих лет в зарубежных странах и в России процесс реабилитации детей, имеющих инвалидность, носил исключительно медицинский характер. Раннее вмешательство как область помощи детям раннего возраста строилась по аналогии с реабилитацией детей старшего возраста. Основными задачами реабилитационных мероприятий были:

постановка правильного медицинского диагноза, подбор и осуществление лечебных мероприятий. Медицинский диагноз часто ассоциировался с наличием нарушений развития ребёнка, например, церебральный паралич связывали с двигательными нарушениями, задержкой развития речи, когнитивными нарушениями и пр.; синдром Дауна с интеллектуальными нарушениями и трудностями в поведении. Для преодоления нарушений развития предлагалось медицинское лечение и специальное обучение. С ребенком занимались различные специалисты: логопеды, дефектологи, сурдо-, тифло-, олигофренопедагоги и др. Задачи их работы касались развития у ребенка конкретных знаний и умений, например, различать и называть цвет предмета, собирать пирамидку по определенному признаку, складывать разрезную картинку. Большинство умений носили академический характер и были очень мало связаны с повседневной жизнью ребенка. При этом семьи сталкивались с большими трудностями при необходимости каждый день общаться и договариваться с ребенком, кормить, мыть и одевать его, ездить с ним в транспорте, ходить по улицам, посещать общественные места. Реабилитационные мероприятия не касались жизни и потребностей семьи, а были направлены на преодоление «недостатков» ребенка, не учитывали и не опирались на его сильные стороны.

В последние десятилетия в международной практике раннего вмешательства произошло изменение целей, начал развиваться новый подход, определяемый как *функциональный* (World Health Organization. Early Childhood Development and Disability: A discussion paper. World Health Organization: Geneva). Главными целями раннего вмешательства становятся содействие благополучию ребенка, улучшение способностей ребенка выполнять задачи, встающие в *повседневной жизни*, обеспечение максимальной *активности и участия* ребенка в повседневных жизненных ситуациях. При этом развитие у ребенка способности участвовать в различных социальных ситуациях рассматривается как наиболее значимая цель программ помощи семье и ребенку.

Развитие функционального подхода привело к изменению программ раннего вмешательства. Теперь они обладают следующими характеристиками.

Функциональная направленность программ. «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья для детей и подростков» – МКФ-ДП (International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version. Geneva, Switzerland, World Health Organization, 2007) [5] подчеркивает необходимость сфокусироваться в реабилитации на *функционировании ребенка в повседневной жизни и его социальном участии*. В отличие от задач, типа «развивать слуховое восприятие», «учить складывать разрезную картинку» или «учить рисовать вертикальные линии», функциональный подход сосредотачивается на

развитии у ребенка способностей выполнять разные задачи, встающие перед ним в основных жизненных сферах, таких как:

- получение и применение знаний, нужных для игры, общения, творчества и пр.;
- выполнение задач, простых и сложных, управление своим поведением, адаптация к изменениям в жизни;
- общение с разными людьми в различных ситуациях для выполнения совместных дел, разделения информации, достижения взаимопонимания;
- забота о своем здоровье, в частности распознавание и сигнализация о факторах, ухудшающих здоровье, таких как боль, голод, усталость, холод;
- уход за своим телом и освоение таких умений, как умывание и мытье рук, чистка зубов, причесывание, одевание-раздевание и пр., помощь в повседневных делах;
- совершение различных движений: крупных, необходимых для поддержания позы во время еды, игры и передвижения в пространстве; мелких, необходимых для ухода за своим телом, творчества, игры и пр.;
- установление и развитие отношений с другими людьми;
- участие в различных общественных мероприятиях: детских праздниках, спортивных играх.

Основными мероприятиями в программах становятся развитие способностей ребенка, приспособление и устройство окружающей среды, обучение окружающих людей взаимодействию с ребенком с учетом его особенностей.

Реализация программ в естественной среде, на основе повседневных рутин. Идея проведения программ раннего вмешательства в естественной среде исследуется с начала 90-х годов. Установлено, что маленькие дети учатся лучше, когда они могут развивать и закреплять новые навыки в рамках той деятельности, в которой они будут их использовать, а не в специально созданных учебных ситуациях [6]. Известно, многие повседневные естественные ситуации способствуют развитию и расширению различных возможностей ребенка (в социальной, коммуникативной, двигательной и др. областях), которые в свою очередь улучшают его способности учиться. Иными словами, предоставление услуг раннего вмешательства должно происходить в типичных повседневных активностях ребенка, что увеличивает количество возможностей для его обучения.

Реализация программ вмешательства на основе участия семьи, направленность на повышение компетентности семьи в вопросах развития ребенка. Использование семейно-центрированного подхода в раннем вмешательстве означает переход от экспертной модели взаимодействия с семьей к консультативной модели, в которой опыт профессионалов используется для поддержки семьи, а не для прямого обучения ребенка. Задача

профессионалов в том, чтобы направлять действия родителей, с учетом их индивидуальных повседневных жизненных ситуаций, пожеланий и условий.

Специалисты, которые обеспечивают реализацию программы вмешательства, опираются на активность и участие членов семьи. Понятие «участие» предполагает вовлеченность членов семьи в процесс развития собственного ребенка, который характеризуется такими показателями, как частота и интенсивность. Реализация программы вмешательства в естественной среде позволяет развивать у ребенка новые навыки и умения в привычных для него рутинных делах, которые почти всегда выполняются совместно с родителями, и естественным является то, что именно родители помогают ребенку учиться. Само по себе использование рутин для обучения обеспечивает частоту повторения, а необходимость достижения результата обеспечивает интенсивность включения родителей в этот процесс.

Применение МКФ для проведения оценки

На первоначальных стадиях развития системы раннего вмешательства, когда целью вмешательства было улучшение развития ребенка в различных областях, оценка предполагала изучение факторов, влияющих на развитие ребенка (особенности его рождения, анамнез, история развития), обследование достижений ребенка в различных областях: когнитивной, речевой, социальной, двигательной. Чаще всего описание развития ребенка включало в себя описание не столько имеющихся умений, сколько описание «неумений» и ограничений, что влияло в дальнейшем на специфику поставленных задач, которые могли быть направлены на формирование отдельных недостающих навыков, не связанных с повседневным функционированием ребенка.

Подход к оценке функционирования ребенка, основанный на диагнозе или нарушениях ребенка, не обеспечивает достаточной информацией о личности ребенка, о его умениях и особенностях его участия в разных жизненных ситуациях, о том, с какими проблемами при этом он сталкивается. Дети, имеющие одинаковые диагнозы, такие как церебральный паралич или аутизм, могут иметь самые разные способности, интересы, умения, сталкиваться с различными трудностями.

С позиции МКФ-ДП оценка функционирования ребенка должна быть нацелена на исследование жизни ребенка с точки зрения ее нормализации [1], когда в фокусе внимания оказывается не только сам ребенок, но и его повседневная жизнь, трудности, с которыми он сталкивается. Главная цель такой оценки – получение необходимой информации для построения программы помощи ребенку и семье, чтобы максимально нормализовать их жизнь и улучшить функционирование ребенка в повседневной жизни [4].

Анализ функционирования ребенка на основе МКФ-ДП осуществляется в биопсихосоциальной модели. Рисунок ниже показывает соотношение между основными факторами, влияющими на активность и участие ребенка: здоровье, функции и структуры организма, контекстуальные факторы, включающие

личностные факторы и факторы окружающей среды. При этом под активностью в МКФ-ДП понимается «выполнение задачи или действия индивидом», «участие – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию».

Функционирование ребенка является результатом комплексного взаимовлияния всех элементов этой модели, которые находятся в динамическом взаимодействии друг с другом. Воздействие на один элемент потенциально может изменить другой или другие элементы и состояние системы в целом.

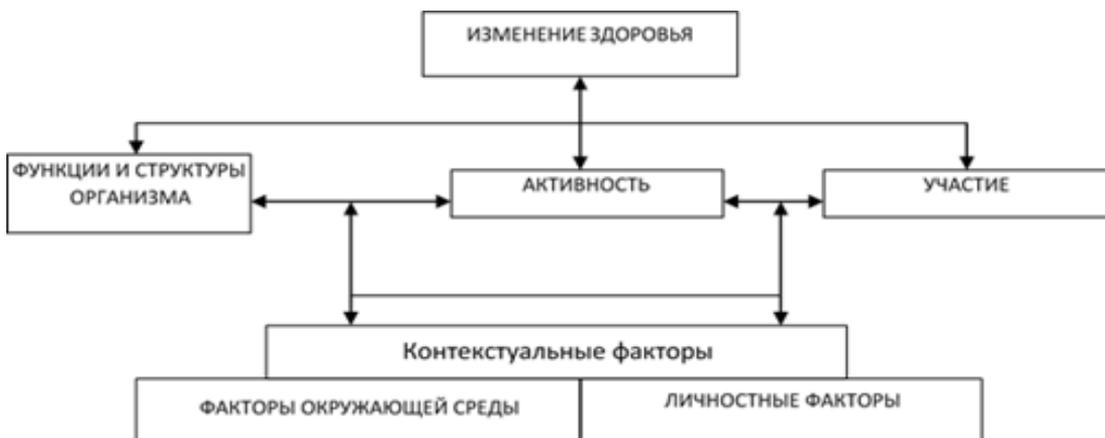


Рисунок 1. Факторы, влияющие на функционирование ребенка

Обычно семья обращается за помощью к специалистам из-за тех или иных нарушений активности и участия ребенка, которые не позволяют ему выполнять необходимые виды деятельности *в повседневной жизни*. Поэтому оценка по МКФ-ДП строится на основе следующего алгоритма (рис. 2):

- первичная оценка трудностей в повседневной жизни;
- оценка активности и участия ребенка, а именно оценка уже имеющихся у ребенка способностей к выполнению какой-либо деятельности, навыков;
- оценка трудностей, с которыми ребенок встречается при выполнении деятельности, и определение степени трудности;
- изучение нарушений функций и структур организма, которые потенциально могут влиять на формирование умений и выполнение деятельности в целом;
- исследование и оценка влияния на функционирование ребенка факторов окружающей среды и личностных факторов.



Рисунок 2. Алгоритм проведения оценки

Проиллюстрируем сказанное на примере оценки умения ребенка самостоятельно принимать пищу (домен d5, раздел d550 «Прием пищи: выражение желания есть, выполнение скоординированных действий и задач по приему поданной пищи, помещение её в рот в соответствии с общепринятыми культурными нормами, разрезание или разделение еды на куски, пользование столовыми приборами при обычном приеме пищи или во время торжества»).

Родители и специалисты, наблюдая за ситуацией кормления ребенка отмечают, что ребенок изначально вовлечен в кормление, активен, но в целом кормление проходит очень долго, ребенок держит еду во рту или выплевывает ее. И мама, и ребенок испытывают значительные эмоциональные трудности. Чем все эти проблемы обусловлены?

Важно последовательно изучить, что умеет делать ребенок, состояние его здоровья и функций организма, важных для процесса еды, то, какие средовые факторы оказывают влияние на процесс и насколько сильное. Взгляд специалистов направляется:

- на способность ребенка поддерживать необходимую позу, удерживать пищу во рту, жевать ее, глотать;
- стул и стол, которые обеспечивают позу ребенка во время кормления, состав пищи, ее количество, температуру;
- умение родителями учитывать состояние ребенка (наличие аппетита, усталость), установки мамы относительно кормления, способ, которым она это делает;
- прием ребенком лекарственных препаратов, его личностные особенности, такие как пищевые предпочтения.

Какой же будет программа вмешательства? Это будет зависеть от результатов оценки, которая как раз и выявит основные причины возникающих трудностей. В данном случае в рамках функционального подхода цели

программы могут быть направлены на улучшение способностей ребенка принимать пищу, а способы достижения цели могут касаться как навыков самого ребенка, например, жевать пищу, так и факторов окружающей среды. В данном случае, возможно, необходимо подобрать удобный стул, чтобы ребенок мог стабильно сидеть и держать голову, изменить консистенцию пищи, ее количество, установить режим кормления, оказать эмоциональную поддержку маме. Достаточно часто изменение именно окружающей среды значительно улучшает функционирование ребенка.

Продолжая исследовать важность изучения влияния факторов окружающей среды на жизнь ребенка, мы отмечаем, что их оценка позволяет также рассматривать обыденные ситуации с точки зрения потенциальной опасности для состояния ребенка, например, с точки зрения возникновения вторичных осложнений (отсутствие тьюторов ведет к развитию контрактур, деформаций; отсутствие технических средств для коммуникации приводит к вторичным нарушениям социального взаимодействия и др.)



Рисунок 3. Факторы окружающей среды, влияющие на функционирование ребенка в повседневной ситуации

К факторам окружающей среды в соответствии с МКФ-ДП относятся:

– **e1 Продукция и технологии** – специально произведенные и общедоступные любые изделия, инструменты, оборудование или технические системы, используемые лицами с ограничениями жизнедеятельности, предотвращающие, компенсирующие, контролирующие, облегчающие или нейтрализующие ограничения жизнедеятельности.

– **e2 Природное окружение** – особенности ландшафта, климат, природные явления, группы людей, населяющих данную местность и их

особенность адаптации к природному окружению, свет, качество воздуха, вибрации.

– **e3 Поддержка и взаимосвязи** – люди или животные, которые обеспечивают практическую физическую или эмоциональную поддержку, заботу, защиту и помощь во взаимоотношениях с другими людьми в своем доме, на рабочем месте, в школе, в играх или в других аспектах ежедневной деятельности.

– **e4 Установки** – установки, являющиеся видимым результатом обычаев, правил, идеологии, ценностей, норм, религии и других убеждений. Эти установки влияют на индивидуальное поведение и социальную жизнь на всех уровнях отношений, от межличностных и отношений в сообществе до политических, экономических и юридических отношений, например: индивидуальное или общественное отношение к человеческому достоинству другого индивида, ценности человека как личности, проявление этих отношений позитивным и поощрительным или отрицательным и дискриминационным образом (например, клеймить, подгонять под шаблон, рассматривать как второстепенную или пренебрегать личностью).

– **e5 Службы, административные системы и политика** - службы, предлагающие услуги, программы и действия в различных областях жизни для удовлетворения потребностей индивида:

- *Административные системы* включают административный контроль и механизмы организации, установленные местной, региональной, национальной, международной или другой признанной властью.

- *Политика* включает правила, инструкции, стандарты, установленные местной, региональной, национальной, международной или другой признанной властью.

МКФ-ДП также задает структуру оценки функционирования ребенка (активность и участие), которая проводится по девяти доменам:

- d1 научение и применение опыта,
- d2 общие задачи и требования,
- d3 коммуникация,
- d4 мобильность,
- d5 забота о себе,
- d6 участие в повседневной жизни,
- d7 социальное взаимодействие,
- d8 главные сферы жизни (участие в игре),
- d9 участие в общественной жизни.

Осуществление такого рода интегративной оценки предполагает участие различных специалистов (врача, специального педагога, логопеда, психолога, физического терапевта, эрготерапевта и др.) и их

профессиональное сотрудничество при обсуждении функционирования ребенка в повседневных ситуациях. Каждый специалист, отталкиваясь от списка категорий в домене, выстраивает логику проведения оценки, подбирает необходимые инструменты и затем вносит свой вклад в понимание целостной ситуации развития и функционирования ребенка.

Например, повседневная ситуация «одевание» требует интегративной оценки сразу нескольких специалистов: физического терапевта (оценка способности сидеть, стоять, протягивать руки, сжимать кулачок), специалиста по коммуникации (оценка того, насколько ребенок понимает указания и может отвечать), педагога (оценка понимания ситуации, управления поведением, способа решения проблем, осуществления выбора).

Соответственно первоначально специалисты совместно обсуждают цель оценки, которая может быть сформулирована как «оценить способность ребенка участвовать в процессе одевания», далее каждый планирует и оценивает собственную сферу, и после этого они вновь возвращаются к междисциплинарному обсуждению для выработки общего мнения об особенностях развития ребенка, семейной ситуации и других важных факторов и в итоге формулируют цели и задачи программы вмешательства.

Пример применения МКФ-ДП для проведения оценки

Известно, что на функционирование ребенка с церебральным параличом (его собственную активность и участие) влияет множество факторов: его здоровье, особенности функций и структур организма (наличие спастичности в руках, ногах, артикуляционном аппарате); опыт обучения ребенка различным навыкам; наличие или отсутствие необходимых вспомогательных средств и оборудования; доступность зданий, установки и отношение к нему других людей.

Медицинская реабилитация в данном случае будет направлена лишь на здоровье и функционирование организма ребенка, это могут быть различные медицинские мероприятия: массаж, ЛФК, инъекции и пр.

Функциональная реабилитация будет направлена на понимание трудностей в жизни ребенка и осуществление мероприятий, нацеленных на улучшение активности ребенка и повышение его участия. При этом усилия специалистов будут касаться, если необходимо, всех причин, приводящих к трудностям: состояния организма ребенка, его способностям, физической окружающей среде и людям. Так, если ребенок трех лет с церебральным параличом испытывает трудности в осуществлении ведущего вида деятельности в этом возрасте – игре, будет проведена комплексная оценка функционирования ребенка именно в этой деятельности, чтобы выявить основные причины трудностей. Согласно основным доменам раздела «Активность и участие» будут рассмотрены способности ребенка,

относящиеся к деятельности «Игра»:

- производить целенаправленные эксперименты с предметами, исследовать их;
- управлять вниманием, наблюдать, слушать;
- принимать решения;
- участвовать в коммуникации;
- понимать простые задачи, следовать инструкциям;
- понимать и продуцировать сообщения;
- поддерживать позу для игры, совершать движения руками;
- взаимодействовать с другими людьми, развивать и поддерживать отношения.

С точки зрения влияния факторов окружающей среды будет проанализировано:

- наличие у ребенка подходящих предметов для игры, игрушек, игр, материалов, адаптированных, к его особенностям;
- наличие вспомогательного оборудования, позволяющего ребенку поддерживать позу для игры, передвигаться (специальный стул, вертикализатор, коляска и пр.), совершать движения руками;
- наличие специального оборудования, такого как очки, слуховой аппарат;
- наличие оборудования для коммуникации.

Кроме того, будут изучены следующие факторы: установки членов семьи относительно игры ребенка, например, часто родители (бабушки, дедушки) считают, что ребенок просто не может играть или что он не может участвовать в совместной игре; установки других людей, участвующих в жизни ребенка: специалистов учреждений, которые посещает ребенок, нянь, врачей и др.

Безусловно, задачей для оценки будет изучение функций и структур организма, которые влияют на развитие у ребенка игровой деятельности: умственных функций, двигательных функций, и т.д.

В результате подобной междисциплинарной оценки у специалистов появится информация о причинах трудностей у ребенка, которые могут быть устранены созданием условий для игры, обучением близких людей, развитием необходимых для игры способностей у самого ребенка.

Таким образом, использование рамок МКФ-ДП как инструмента клинического мышления в работе команды раннего вмешательства снимает междисциплинарные барьеры в общении, задает общий язык для профессиональных суждений, направляет мышление специалистов на разработку гипотез относительно причин имеющихся трудностей в функционировании ребенка, помогает сформулировать именно функциональные цели вмешательства [2,3].

Литература

1. Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития/ Пер. со шведск. Под ред. Ю. Колесовой. СПб.: Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства, 2001. – 360 с.
2. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы), Журнал «Клиническая и специальная психология»; 2014. № 2.
3. M. Adolfsson, Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities. Dissertation No. 14, 2011.
4. Bronfenbrenner, U. (1979). The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design. Cambridge, MA: Harvard University Press.
5. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth Version. Geneva, Switzerland, WHO, 2007. – 322 p.
6. R.A. McWilliam “Routines-Based Early Intervention: supporting young children and their families”, Brookes Publishing 2011.

Раздел 2. Опыт работы учреждений социального обслуживания населения Санкт-Петербурга с семьями, имеющими в своем составе детей и взрослых с нарушениями в развитии и инвалидностью

Нормализация жизни и социальное сопровождение детей и взрослых с нарушениями в развитии в реабилитационных учреждениях

Богданова Анна Юрьевна

Аннотация: в статье описана работа по нормализации жизни и реабилитационным мероприятиям в отделении дневного пребывания детей и подростков с ограниченными возможностями. Описание случая применения ААС – аугментативной (дополнительной) альтернативной коммуникации.

Ключевые слова: PECS, множественные нарушения, ААС.

Normalization of Life and Social Support for Children and Adults with Developmental Disabilities in Rehabilitation Institutions

Bogdanova Anna

Annotation. The article describes the work on the normalization of life and rehabilitation in the department of day care for children and adolescents with disabilities, as well as a case of application of ACC (alternative complementary communication).

Keywords. PECS, multiple disabilities, AAC.

Отделение дневного пребывания (ОДП) реализует программу реабилитации и социальной адаптации детей, имеющих проблемы в умственном и/или физическом развитии. В отделении работают следующие специалисты: учитель-дефектолог (специалист по реабилитации инвалидов), специалист по профориентации, психолог, а также социальные работники. На базе ОДП каждый из клиентов может получить педагогическую, психологическую помощь, рекомендации и консультации, а также всестороннюю поддержку всех специалистов.

Все клиенты отделения подразделяются на 4 категории: МНР (множественные нарушения развития), СНР (сенсорные нарушения развития), НУР (умственные нарушения развития), ДНР (двигательные нарушения развития).

Исходя из этого, хотелось бы сразу выделить принцип инклюзии, который долгое время работает в ОДП. Все эти категории клиентов могут посещать реабилитацию вместе, находиться в компании друг друга и заниматься со специалистами, общаться и взаимодействовать. Типичный

пример: в утреннюю смену, которую посещают дети-дошкольники, ходит девочка семи лет, имеющая проблемы сенсорной сферы: у нее практически полностью отсутствует зрение, она закрыта и избирательна в общении, фиксирована на своих интересах. Одновременно с ней реабилитацию проходит девочка пяти лет с тяжелыми множественными нарушениями развития, микроцефалией и ДЦП. Обе девочки взаимодействуют, слышат друг друга, в некотором смысле наблюдают. Семилетняя клиентка любит с улыбкой комментировать действия второй словами: «ну, снова, она кричит», «раскричалась тут».

Социальная модель инвалидности подразумевает для специалистов отделения некое житейское «отсутствие жалости» к подопечным в контексте отрицания понятия «больного человека», «человека с недостаточным умственным развитием». Все наши специалисты придерживаются гуманистического подхода, который подразумевает оптимистичный и адекватный взгляд на проблемы человека и сосредотачивает внимание на его способностях, возможностях и умениях, а не на недостатках.

Каждый из специалистов отделения фиксируется на запросе самого клиента, даже если этот самый запрос звучит из уст родителя. Очень важно грамотно разобраться в истинных потребностях ребенка, узнать, что ему необходимо развить в его умениях, какой навык укрепить, чтобы нормализовать его жизнь, позволить успешно социализироваться.

Разнообразие в возрасте, уровне развития клиентов, которое наблюдается в ОДП, позволяет специалистам видеть каждого из них более адекватно, ведь среди клиентов есть интеллектуально сохранные дети, имеющие инвалидность по некому показанию, который не категорично ограничивает их возможности жизнедеятельности. И в то же время, по контрасту с этими детьми, можно наблюдать за другим клиентом такого же возраста, но с выраженными интеллектуальными трудностями, отсутствием навыков социально-бытовой ориентировки, психологическими проблемами (замкнутостью, стеснительностью, неуверенностью в собственных действиях).

Для того чтобы более полно посмотреть на вопрос нормализации жизни, лучше рассмотреть отдельный случай работы с клиентом в отделении:

Клиент, мальчик по имени Пётр (имя изменено), 11 лет, с диагнозом сенсомоторная алалия, ЗПРР (задержка психосооооооо-речевого развития), посещает отделение дневного пребывания достаточно долгое время. Возможность наблюдения за ним была с января 2014 года по настоящее время.

После первичной диагностики [2,5] было выявлено, что он достаточно хорошо умеет классифицировать предметы по признакам, форме и размеру. Умеет выделять главное, отделяет фигуру от фона, а также очень жаден до внимания и новых знаний. Он с радостью участвует в любых коллективных работах, с удовольствием занимается индивидуально, буквально «расцветает», когда весь спектр внимания направлен именно на него. Петр проявлял стойкий негативизм к занятиям, направленным на развитие речи, он

не желал повторять звуки за специалистом, подражать артикуляции, предпочитал общаться с помощью мычания и настойчивого хватания за руку и тянул в нужную для него сторону или к нужному предмету.

В целом его характер можно охарактеризовать как очень настырный, он любит, а главное умеет добиваться своего, но при этом Петя достаточно послушный и с удовольствием выполняет поручения. Петр обожает, когда ему и только ему уделяют внимание, быстро к этому привыкает, а затем требует этого как данности. У мальчика сформированы бытовые навыки, он сам ходит в туалет, умеет самостоятельно принимать пищу, переодеваться, но недостаточно хорошо ориентируется в бытовых вопросах, связанных с поведением в социуме и социально приемлемом поведении. В целом он ведет себя достаточно адекватно, но ему все равно обязательно необходимы сопровождение и поддержка взрослого человека.

После общего обсуждения планов реабилитационных мероприятий специалисты стали продумывать способы развития у Петра коммуникативных навыков и умений. Учитывая его стойкое нежелание подражать хоть каким-то звукам, даже самым простым, мы решили сделать акцент на альтернативных способах коммуникации [1,3].

Для этого специалисты отделения дневного пребывания составили список самых необходимых пиктограмм [4,5], которые перерисовали на довольно крупные карточки с липучками. Карточки предполагалось цеплять на кусок серого однотонного ковролина, прикрепленного к стене. Эти карточки содержали следующие слова или словосочетания: «я хочу», «спасибо», «кушать», «пить», «идти в туалет», «мыть руки», «смотреть телевизор», «рисовать» и т.д. Как мы и надеялись, карточки очень заинтересовали Петю, и он стал с удовольствием использовать их в своей деятельности. Стоит заметить, что мальчику всегда нравилась некая регламентированность действий, он любил ориентироваться на визуальную подсказку при мытье рук. Введение в обиход пиктограмм облегчило ребенку акт коммуникации, а эмоциональное поощрение со стороны взрослых еще более подкрепило и поддержало коммуникативную деятельность.

Петя с нескрываемой радостью приносил каждому из специалистов карточку с рисунком мальчика и сердечка и подписью «спасибо», по поводу, а иногда и без него. При посещении отделения бежал сначала к пиктограммам, отлепляя карточку с подписью «помыть руки», и всячески демонстрировал ее всем подряд.

По прошествии некоторого времени клиент совсем расслабился и адаптировался, почувствовал, что его понимают и принимают. Он стал очень правдоподобно подражать звукам разных животных, вставляя эти звукоподражания в свою речь. Например, он с удовольствием облаивал всех подряд, мяукал как котенок, цокал как лошадка, но по-прежнему совсем не хотел попробовать произнести даже один слог, который помог бы ему в коммуникации со всеми вокруг.

Важная ремарка: реабилитация в отделении дневного пребывания ограничена временными рамками (4 месяца в году), соответственно, специалисты не могут всесторонне поддерживать динамику развития умения у клиента, а зачастую приобретенные навыки катастрофически теряются.

Время реабилитации Пети подошло к концу, мы проконсультировали его маму, дали ей необходимые рекомендации и предоставили методики.

С нового, 2015 года, Петя стал снова посещать отделение дневного пребывания. Он вернулся в радостном настроении, был рад всех видеть. Он по-прежнему любил пиктограммы и стал с удовольствием ими пользоваться. Заметим, что жесты данный клиент практически не использовал, единственно замеченный – это легкое верчение головой в сопровождении вокализаций, когда он отчего-то отказывался.

Дабы расширить его коммуникативные навыки, специалисты решили применить некоторые возможности системы PECS [3,4], в частности изготовить коммуникативный альбом для того, чтобы Петя смог составлять фразы и давать обратную связь по каким-либо поводам. При начальном знакомстве с пиктограммами его внимание сразу же заострилось на стрелках, которые указывали направления. Несколько дней мы посвятили тому, что прикладывали эти стрелки ко всему подряд и даже к людям, чтобы увидеть, что в этот раз оказалось «справа», «слева», «впереди» и «сзади».

Петя находился в отличнейшем настроении и очень нас удивил, когда стал произносить слово «да», воспроизводя его с большим трудом и напряжением. Он помогал себе моторно, размахивая рукой и ногой, поднося руку ко рту, будто бы «вылевающая» это слово из себя. Он очень радовался новому умению и стал произносить с таким же удовольствием еще несколько слов: «мама», «баба», «бэбубе» (дедушка) и «ляля». Каждое из слов он произносил много раз за день, зачастую он не мог остановиться в собственном звукоизвлечении и говорил «да» по 10 раз подряд. При совместных индивидуальных занятиях Петя очень любит давать обратную связь, касающуюся вопросов личности близких или бытовых ситуаций. Он неплохо понимает обращенную речь, может четко ответить на вопросы: кто его заберет сегодня, ходил ли он в школу, хочет ли он есть, кто помогает ему чистить зубы. В процессе общения Петр расслабляется и в игровой форме позволяет специалистам просить себя произносить другие звуки, подражать или перепевать песенки. Петр очень активный слушатель, несмотря на сенсомоторную алалию и крайне ограниченный словарный запас, он является одним из самых общительных клиентов. Забавная ситуация, которая была с этим связана: в отделение дневного пребывания пришла представитель детской библиотеки с лекцией и презентацией про традиции празднования масленицы. После каждой картинки или фразы Петя с нескрываемым удовольствием громко восклицал «да», чем очень поддерживал библиотекаря, не заставив ее даже усомниться в том, что он умеет говорить что-либо еще.

На сегодняшний день, помимо произнесения слов и слогов, о которых было упомянуто, Петя умеет показать дискомфортность чего-либо (например, температуры в комнате) возгласом «ай-ай», отлично подражает голосам животных, в частности кошке, собаке, лошади, свинье, корове, очень любит визуальную подражательность, пытается повторить действия или звуки за другим ребенком. В процессе деятельности он постоянно что-то напевает, с удовольствием откликается на предложение «спеть песенку», меньше мычит.

По нашему мнению, в данной ситуации, именно средства альтернативной коммуникации дали тот необходимый толчок для развития речевых навыков клиента. Петя существенно расслабился от отсутствия регламентированности логопедических занятий, просьб повторить что-либо (особенно когда это что-то не получалось), он научился объясняться без применения голоса.

Реальность такова, что наше отделение не обладает большой территорией, работа специалистов, по сути, осуществляется вместе со всеми, что, с одной стороны, весьма затрудняет некоторые моменты, а с другой — позволяет создать нужную атмосферу уюта, общения и живости обстановки.

Уютность обстановки — это одна из главных черт отделения дневного пребывания. ОДП сочетает в себе, с одной стороны, уютную домашнюю атмосферу, в которой тем не менее существуют четкие правила и регламентация, где нужно соблюдать субординацию. Но в то же время, в ОДП нет жесткого расписания занятий, здесь можно отдохнуть, просто пообщавшись с друзьями или со специалистом, посмотреть фильм или мультфильм. Здесь дети учатся адекватно взаимодействовать друг с другом, ухаживать за собой, учатся читать и писать, занимаются творчеством.

Литература

1. Альтернативная и дополнительная коммуникация как основа для развития, реабилитации и обучения людей с нарушениями в развитии. Сборник статей международной научно-практической конференции 18-20 сентября 2014 г. — СПб., 2014. — 250с.
2. Практикум по психологии / Под ред. А.Н. Леонтьева, Ю.Б. Гиппенрейтер. М., 1972. Осгуд Ч., Суси Дж., Танненбаум П. Приложение методики семантического дифференциала к исследованиям по эстетике и смежным проблемам // Семиотика и искусствоведение / Под ред. Ю.М. Лотмана, В.М. Петрова. М., 1972.
3. фон Течнер Стивен, Харальд Мартинсен «Введение в альтернативную и дополнительную коммуникацию», Теревинф, 2014 г. — 432 с.
4. Фрост, Бонди: Система альтернативной коммуникации с помощью карточек (PECS), Теревинф, 2011 г. — 398 с.
5. Шипицына Л. «Обучение умственно отсталого ребенка», Владос, Северо-Запад 2010 г. — 280 с.

Технологии социально-психологической адаптации детей с синдромом Дауна в различных социокультурных условиях

Вечканова Ирина Геннадьевна, Шадорская Лариса Анатольевна

Аннотация: в статье рассматривается социально-культурная деятельность как фактор социально-психологической адаптации людей с синдромом Дауна и их семей в общество. Изучено влияние технологий совместной досуговой деятельности и культурных мероприятий на изменение отношения различных социальных групп к людям с синдромом Дауна.

Ключевые слова: социальная адаптация, интеграция, общество, люди с синдромом Дауна, социально-культурная деятельность.

Technologies of Social and Psychological Adaptation of Children with Down Syndrome in Various Socio-cultural Conditions

Vechkanova Irina, Shadorskaya Larisa

Annotation. The article deals with social and cultural activities as a factor of social and psychological adaptation of people with Down syndrome and their families in society. The article also evaluates the impact of the technology of joint leisure activities and cultural events on changing attitude of different social groups to people with Down syndrome.

Keywords. Social adaptation, integration, society, people with Down syndrome, social and cultural activities.

Запрос общества и государства об улучшении «качества жизни», социализации детей с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья) отражается в целом ряде документов: стратегическом направлении «Равные и разные», во введении ФГОС (Федеральные государственные образовательные стандарты) дошкольного образования. Поскольку Стандарт дошкольного образования исходит из принципа создания благоприятной социальной ситуации развития каждого ребёнка в соответствии с его возрастными и индивидуальными особенностями и склонностями, то встает вопрос об определении понятия психолого-педагогической реабилитации детей дошкольного возраста с ОВЗ как деятельности по формированию специфических компенсаторных умений, навыков и качеств, потребность в которых «возникает в связи с нарушениями в действии механизмов социального наследования» (В. З. Кантор), обусловленные ранним влиянием аномального фактора.

Педагогическая реабилитация инвалидов, по определению В. З. Кантора, представляет собой специфическую педагогическую деятельность по повышению их социальной дееспособности, имеющую своей целью

обеспечение готовности реабилитантов к реализации нормативного для конкретных общественно-исторических условий стиля жизни [2].

Таким образом, повышение уровня реабилитированности детей с ОВЗ, повышение качества жизни семьи человека с нарушениями в развитии, в том числе с синдромом Дауна (СД), происходит за счет увеличения активности и участия в жизни общества, тем самым мы можем говорить о нормализации стиля жизни. Стиль жизни дошкольника отражен и в целевых ориентирах дошкольного образования: формирование готовности к совместной деятельности со сверстниками, становление самостоятельности, соблюдение общепринятых моральных норм и правил поведения, формирование уважительного отношения и чувства принадлежности к своей семье и к сообществу детей и взрослых.

В психолого-педагогической литературе описаны показатели включения в общество, инклюзии детей с ОВЗ: инклюзивная культура, политика, практика (Зигле Л. А., Тони Бут и Мэл Эйнскоу) [5 и др.]. Для их улучшения в методической литературе предлагается разрабатывать социальные и организационные аспекты деятельности в отношении различных социальных групп и типов учреждений, участвующих в инклюзивном образовании как многостороннем процессе: макрогруппы (социальное окружение), мезогруппы (профессиональное сообщество) и микрогруппы (семьи нормативно развивающихся детей и ребенка с ОВЗ) [1]. Во-первых, необходима деятельность по подготовке социальных партнеров, в том числе при создании социально значимого статуса ребенка с ОВЗ. Рассматривается роль СМИ и СМК в информировании различных слоев населения о возможностях и перспективах инклюзивного образования [5, с. 31], роль общественных организаций в пропаганде идей инклюзивного обучения по формированию толерантного отношения к лицам этой категории и социально значимого образа лиц с ОВЗ [1, с. 54]. Во-вторых, подчеркивается влияние развития общественного сознания в отношении лиц с ОВЗ на успешность включения в общеобразовательное пространство. Недостаточно освещено значение социальной рекламы в распространении и реализации инклюзивного образования [1, с. 37].

Именно эти аспекты легли в основу констатирующего эксперимента, который был направлен на исследование нескольких социальных групп в различных типах учреждений: студенты кафедры социально-культурной деятельности института СПб ГИК, общественная организация инвалидов (ООИ) СПб «Даун-Центр», участники образовательных отношений ГБДОУ №5 комбинированного вида Невского района. Исследовался реабилитационный ресурс различных социо-культурных, игровых, арт-технологий, который заложен в этих развивающих технологиях как фактор социальной адаптации. Для развития инклюзивной политики и культуры в постиндустриальном обществе медийные технологии становятся неизбежным инструментом освоения мира взрослым и ребенком. И только игровые технологии предоставляют им возможность прямой интериоризации чувственного опыта на основе личностного

переживания, а театр, музей, театрализованная игра – еще и посредством «общения искусством» (М. А. Васильева, Л. А. Венгер, О. М. Дьяченко, А. А. Леонтьев, Е. Л. Трусова).

Они транслируют «модель эстетического способа освоения действительности» (Е. П. Постникова) новым поколениям, – по словам Хейзинги, не «культура из игры, а культура как игра».

Группа студентов Института СПб ГИК была включена в эксперимент, поскольку в их компетенции по окончании профессионального образования должно войти создание программы совместно с общественными организациями, театрами, музеями для лиц с ОВЗ с целью их социальной адаптации в общество. Первоначально студенты СПб ГИК не проявили интерес к работе с данной категорией людей.

В ноябре 2014 года на базе института СПб ГИК было проведено исследование студентами кафедры социально-культурной деятельности на тему «Отношение студентов СПб ГИК факультета социально-культурных технологий к людям с синдромом Дауна (СД)».

Первый этап проходил в виде анкетирования. Количество участников – 80 человек. В опросе принимали участие студенты в возрасте 17-24 лет. Целью первого этапа исследования являлось выявление степени осведомленности студентов СПб ГИК факультета социально-культурных технологий о людях с СД.

В ходе анализа результатов исследования было выявлено, что большинство (51%) студентов СПб ГИК факультета СКТ встречались с людьми с СД, но лишь 9% из них имели опыт общения с такими людьми. Лидирующими качествами при встрече с людьми с СД у студентов СПб ГИК факультета СКТ стали: страх – 45% и неприязнь – 18%; также большой процент набрало сострадание – 29%, желание помочь – 9%. Большинство студентов СПб ГИК не хотели бы принимать участие в волонтерских движениях (67%), организованных для людей с СД. Причиной этого является неосведомленность о людях с СД, т.е. отсутствие знаний об особенностях, о способностях людей данной категории, нет опыта взаимодействия. А представление студентов о людях с СД построено на стереотипах. Студенты не знают, как общаться и как себя вести с такими людьми. Неосведомленность играет важнейшую роль в отказе от совместной деятельности с людьми данной категории.

Второй этап исследования проводился с февраля по апрель 2015 года. Были выбраны следующие методы: анкетирование, эксперимент по взаимодействию, наблюдение, интервьюирование. Целью эксперимента являлся анализ изменения отношения у студентов СПб ГИК факультета СКТ к людям с СД после личного контакта с ними. Место проведения по взаимодействию было выбрано с учетом социальной доступности, использования игровых и арттехнологий – в интерактивном музее. Для формирования эстетических и социальных доминант у детей музейная педагогика на современном этапе предлагает осмысление музея как интерактивного игрового пространства: разрабатывает специализированные

циклы занятий для широкой дошкольной аудитории на основе драматизации (С. А. Калмыкова), тематического сценирования экскурсий в форме «сказочных путешествий» (М. В. Мацкевич).

В совместном театрализованном досуговом мероприятии участвовало 56 семей с детьми с СД и 16 человек с СД из детского дома.

Перед экспериментом с группой студентов СПб ГИК факультета СКТ было проведено повторное анкетирование, по результатам которого было выявлено, что при отсутствии личного контакта с людьми с СД большинство участников (38% студентов) до личного контакта имели негативное отношение к людям с СД (испытывали: страх 25%, неприязнь 18%, раздражение 5%). Среди опрошенных студентов 25% имели позитивное отношение: сострадание – 20%, симпатия – 5%. От ответа воздержались 27% респондентов. После эксперимента с группой студентов СПб ГИК факультета СКТ было проведено интервью. В ходе его анализа было выявлено, что при личном контакте с людьми с СД негативные стереотипы не подтвердились. Все студенты рассказывали о положительных эмоциях (радость, улыбки) от встречи с людьми с СД и выражали желание в дальнейшем участвовать в совместных досуговых мероприятиях вместе с ними.

Наше исследование проходило и на базе общественной организации СПб ООИ «Даун центр», который был организован в 2003 году родителями детей с СД. 197 детей с СД и 350 родителей являются членами организации, участвуют в различных социокультурных мероприятиях 315 детей. В условиях центра осуществляется практика интеграции в общество по следующим задачам:

- Психолого-педагогическое сопровождение семьи буквально с первых дней жизни малыша, когда родители узнают о диагнозе, который, как правило, подтверждается уже на первой неделе жизни.
- Рекомендации по медицинскому сопровождению в первые месяцы и годы жизни (абилитация, раннее вмешательство, оперативные консультации многоопытных родителей и специалистов).
- Гармоничное развитие личности ребенка в реальной городской среде (социализация).
 - Подготовка детей к ДОУ в среде обычно развивающихся сверстников.
 - Подготовка к школьному образованию на основе инклюзивного и дифференцированного подхода к образованию (по желанию родителей).
 - Профессиональное образование и трудоустройство.
 - Пропаганда адекватного отношения к лицам с синдромом Дауна в обществе.
 - Подготовка, издание и распространение достоверной справочной информации о синдроме Дауна среди родителей и соответствующих специалистов.

Одной из технологий, которая широко используется в работе с детьми с СД, является канистерапия («canis» с лат. «собака»). Использование

канистерапии способствует развитию сенсорной сферы пациента посредством упражнений на поглаживание и ощупывание, распознавание текстуры шерсти, ощущения разницы температуры на разных частях тела собаки, наблюдения за ее движениями. Присутствие собаки стимулирует поддерживающую коммуникацию.

Другим направлением в интеграционной работе Центра является развитие комплекса основных навыков: трудовых и социальных, а также навыков самообслуживания, необходимых детям для нормального функционирования в обществе. Как отмечают исследователи, одним из показателей успешной социализации и интеграции в общество детей с ограниченными возможностями здоровья является наличие так называемого «социализированного действия». В «Даун центре» дети занимаются мокрым валянием из шерсти, учатся шить на швейных машинах. Причём освоили этот навык не только девочки, но и мальчики.

Коррекционно-развивающая работа с детьми начинается в возрасте 10-11 месяцев. В коррекционно-развивающей работе мы выделяем следующие направления: развитие речи, формирование общения, развитие крупной моторики и пространственной ориентации, развитие мелкой моторики и зрительно-двигательной координации, когнитивное развитие [6]. Каждое из указанных направлений содержит в себе «сенсорную программу», направленную на стимуляцию развития чувственного опыта детей. Сенсорная программа включает в себя: развитие слухового восприятия, развитие зрительного восприятия, стимуляцию тактильно-двигательной чувствительности, развитие вкусового восприятия и обоняния, развитие проприоцептивной, кинестетической и вестибулярной чувствительности, позволяющей осознать положение и перемещение своего тела в пространстве. В центре функционирует группа «Мягкая школа», на которой дети совместно с мамами или папами выполняют различные физические упражнения.

Отдельное направление в технологиях социальной интеграции – театрализованные игры и постановки, к которым привлекаются нормально развивающиеся дети. Те дети с СД, которые не могут говорить, изображают роль с помощью жестов и мимики. К оформлению декораций, костюмов привлекаются родители.

Опыт нашей работы показывает, что коррекционно-развивающая работа, проводимая в Центре, благоприятное окружение могут оказывать позитивное влияние на развитие познавательной сферы ребенка с СД, его коммуникативной сферы и личностных качеств, а также на психоэмоциональное состояние их родителей, которые начинают с оптимизмом смотреть на своего ребенка и его возможности. Первые результаты такой работы: дети посещают ясельную группу детского сада с нормально развивающимися сверстниками, 19 детей младшего и старшего дошкольного возраста посещают группы с обычно развивающимися детьми. Кроме того, в общеобразовательных школах сейчас обучаются 6 детей с СД.

Следующим типом учреждения, который занимается инклюзивной практикой детей с СД и участвовал в исследовании, – это ГБДОУ № 5 Невского района. Вариативность осуществления в дошкольном образовании инклюзии в группы обычно развивающихся сверстников и интеграции, а также специального образования в компенсирующих группах как 12-ти часового, так и 5-ти часового пребывания реализует возможность «запуска» семейно-центрированной модели совместного образования, тем самым повышается «качество жизни» семей, имеющих детей с ОВЗ.

В соответствие с ФГОС дошкольного образования реализация программы в ГБДОУ № 5 проходит у дошкольника в форме игры и творческой активности, обеспечивающей художественно-эстетическое и социально-коммуникативное развитие ребенка. Для адаптации в социуме важно овладеть не только коммуникативными навыками, но и коммуникативной культурой.

Ввиду широких развивающих возможностей игры и специфики игровой деятельности у детей с ОВЗ, она рассматривается как средство коррекционного воздействия [2, 4]. И.Г. Вечкановой экспериментально подтверждено, что сочетание различных видов деятельности в процессе развивающих игр, построенных на определенном сюжете, способствует развитию эмоциональной, речевой, двигательной и познавательной сфер у дошкольников с ОВЗ [2]. В связи с этим особую значимость приобретает использование игровых технологий, позволяющих совмещать в себе элементы познавательной, исследовательской и творческой деятельности в рамках проектов и организации интерактивных детско-родительских событий: квесты, викторины, родительские собрания-конференции в форме телемарафона, флешмобов в поддержку здоровьесозидающего поведения [4].

Театрализованные и исследовательские игры с разрешением проблемных ситуаций на дороге послужили основой осуществления проекта «Культурной столице – культурных водителей и пешеходов». Педагогами подбирается материал для чтения, просмотров, театрализованных постановок, рекомендуется родителям создание видеотеки, где наличествует образец для подражания, биологические нормы поведения, отсутствуют инверсии и амбивалентность. Эффективно осуществляется совместная деятельность детей с разным уровнем развития с применением технологий формирования основ безопасного и адаптационного поведения на основе использования детских игровых комплектов «Азбука здоровья и гигиены», «Азбука дорожного движения», «Азбука железнодорожной безопасности» [4].

Опыт, представленный в методическом пособии «Проектная деятельность с дошкольниками в группах различной направленности» и на сайте ГБДОУ № 5, виртуальная игротека – эти варианты проектной деятельности позволили специалистам обогатить формы, пути и средства взаимодействия детей с различным уровнем интеллектуального, сенсомоторного и речевого развития в условиях совместного образования. На сайте ГБДОУ открылась интерактивная группа «Родничок»: виртуальная игротека, виртуальный родительский клуб,

интерактивная мастерская, рубрика виртуального музея «Пойдем, дружок, со мной в музей», где родители детей с СД могут получить рекомендации по использованию игровых технологий дома.

Данное исследование показывает, что совместная деятельность с людьми с СД меняет к ним отношение различных социальных групп в лучшую сторону. Возрастающее количество социально-культурных мероприятий, в которых будет осуществляться процесс тесного взаимодействия со здоровыми людьми, многократно усилит эффект интеграции людей с ОВЗ в социум, а здоровые люди научатся принимать людей с СД. В социально-культурной деятельности заложены значительные социализирующие возможности, которые обусловлены ее самостоятельной природой и творческим характером, позволяющим дополнить процесс социальной адаптации личности. Однако данный аспект проблемы недостаточно разработан в специальной литературе. Трактуются социально-культурная деятельность преимущественно как средство самореализации и рекреации и происходит недооценка ее социализирующих и социально-интеграционных возможностей.

Успешность социально-культурной интеграции во многом зависит от реализации ресурсов и потенциалов культурно-досуговой деятельности, использования в полной мере форм, методов и средств социально-культурной деятельности. Такие методы, как театральное искусство, клубные технологии, арт-терапия, музыкотерапия, игровые технологии сказкокоррекции, посещение театров, музеев, выставок, различные спортивные и культурно-просветительные мероприятия, становятся эффективными средствами в социальной адаптации в общество людей с синдромом Дауна.

Литература

1. Инклюзивное образование лиц с нарушениями зрительной, слуховой, интеллектуальной и двигательной сферы: Программа повышения квалификации. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И.Герцена, 2010. – 67 с.
2. Вечканова И. Г. Театрализованные игры в коррекционной работе с дошкольниками с интеллектуальной недостаточностью // Специальное образование. Екатеринбург, 2012. – С. 20-29.
3. Кантор В.З. Педагогическая реабилитация и стиль жизни слепых и слабовидящих. – СПб.: КАРО, 2004. – 150 с.
4. Проектная деятельность с дошкольниками в группах различной направленности (Деятельность образовательной организации в условиях ФГОС ДО) / Л. Б. Баряева, И. Г. Вечканова, В. Е. Демина и др.: под общ. ред. И.Г. Вечкановой: Методическое пособие. – СПб.: ЦДК проф. Л. Б. Баряевой, 2014, – 208 с.
5. Технологии инклюзивного (совместного) образования в дошкольных учреждениях (рекомендации для руководителей, учителей-дефектологов и воспитателей дошкольных учреждений на примере инклюзивного образования

детей с нарушением слуха)/ Под общ. ред. Е.П.Микшиной, Л.А.Зигле. – СПб.: РЕМДОМ, 2011. – 200 с.

б. Формирование навыков общения и речи у детей с синдромом Дауна / П.Л. Жиянова. – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2010.

Психологическая реабилитация инвалидов с последствиями органических поражений головного мозга

Гусак Юлия Львовна, Провоторова Инна Анатольевна

Аннотация: в статье рассмотрены основные принципы анализа нарушений высших психических функций. Нарушения когнитивных функций – причина глубокой инвалидизации выживающих после повреждений головного мозга. Психологическое направление является одним из важнейших аспектов реабилитации этой категории реабилитантов.

Ключевые слова: реабилитация, мозговые поражения, когнитивные нарушения, психология.

Psychological Rehabilitation of the Disabled with Consequences of Organic Brain Damages

Gusak Julia, Provotorova Inna

Annotation. The article describes the basic principles of the analysis of disorders of higher mental functions. Cognitive impairment is a course of profound disability of people, survived after brain injuries. The psychological line of work is one of the most important aspects of rehabilitation of this category of rehabilitants.

Keywords. Rehabilitation, brain damages, cognitive impairment, psychology.

Высокие темпы развития медицины, прогресс реаниматологии и нейрохирургии обеспечили сохранение жизни больным с тяжелыми повреждениями головного мозга, которые еще несколько десятилетий назад считались несовместимыми с жизнью.

Выживающие пациенты, многие из которых на момент заболевания находились в трудоспособном возрасте, в большинстве своем остаются глубокими, часто пожизненными, инвалидами. Нарушения речи, внимания, зрительного и слухового восприятия, памяти, праксиса и других когнитивных функций, распад целостной нервно-психической деятельности – причины психологической и социальной дезадаптации, непреодолимых ограничений во всех областях жизнедеятельности [2].

Нарушения когнитивных функций являются наиболее частым и серьезным последствием острых очаговых поражений головного мозга при такой распространенной патологии, как инсульты и черепно-мозговые травмы,

однако их восстановлению уделяется слишком мало внимания. Частично это объясняется недооценкой проблемы нарушений познавательных функций человека и важности целенаправленной коррекции этих расстройств. В статье обозначены принципы и стратегии психологической реабилитации в работе педагога-психолога Центра социальной реабилитации инвалидов.

Под когнитивными (от лат. *cognitio* – знание, познание) функциями понимают восприятие, переработку, запоминание и хранение значимой для человека информации, языковую деятельность, выражение и применение знаний в подходящих для этого ситуациях. При острых нарушениях мозгового кровообращения и черепно-мозговых травмах наиболее часто страдает память. В большинстве случаев нарушается проспективная память: больной забывает выполнить задуманное. Реже развивается, хотя и приносит очень много проблем, амнестический синдром, при котором пациент не может удержать новую информацию (фиксационная амнезия), забывает о том, что происходило с ним до острого повреждения головного мозга (ретроградная амнезия) или после этого повреждения (антероградная амнезия) [1].

Нарушения внимания после инсультов или черепно-мозговых травм проявляются прежде всего в повышенной отвлекаемости и трудностях концентрации внимания. Человеку становится трудно, например, сосредоточить внимание на собеседнике при общении с ним или отвлечься от посторонних шумов при чтении или выполнении умственной работы, или переключить внимание с предыдущего дела на новое. Расстройства зрительного восприятия могут проявляться в нарушении узнавания знакомых предметов, лиц; затруднении узнавания окружающих предметов при их видении под неожиданным углом; ухудшении ориентации в пространстве; в нарушении оценки расстояния или глубины; невнимании к одной половине окружающего пространства или собственного тела. При расстройствах функции программирования и контроля у больных этой категории страдают любые формы повседневной, профессиональной и социальной активности, так как указанные функции служат основой для успешной произвольной регуляции деятельности человека; нередко у таких больных снижается также критика к имеющимся у них нарушениям когнитивных возможностей. Все эти и другие когнитивные расстройства существенно ограничивают повседневную активность и снижают качество их жизни.

Восстановление психических функций после инсульта или травмы головного мозга частично может происходить спонтанно, однако психологическая реабилитация ускоряет это восстановление, а также помогает больному адаптироваться к новым условиям жизни и при сохранившемся когнитивном дефиците.

Основными стратегиями когнитивной реабилитации признаны следующие:

- содействие естественному восстановлению психических функций;

- восстановительные тренировки отдельных когнитивных функций и «реобучение» прежним повседневным навыкам;
- обучение внутренним стратегиям компенсации нарушений отдельных когнитивных функций с формированием новых стереотипов познавательной и поведенческой активности;
- использование посторонней помощи;
- реорганизация и структурирование внешней среды.

Тренировки нарушенных когнитивных функций рекомендуется начинать после прекращения их спонтанного восстановления.

Сущность тренировок при восстановлении восприятия, памяти и внимания реабилитируемого заключается в дозированном предъявлении самых простых заданий, упражнений. Они рассчитаны на преимущественную активизацию и восстановление отдельных элементов психической деятельности, необходимых для осуществления более сложных форм целенаправленного произвольного поведения. Вовлечение пациента в простые, но интересные для него, интеллектуальные упражнения способствует постепенному улучшению востребованных когнитивных функций. Выполнение таких упражнений позволяет реабилитируемому легче заметить и осознать имеющиеся у него нарушения. Необходимым условием подобных тренировок является постепенное усложнение заданий и увеличение их объема по мере улучшения функциональных возможностей реабилитируемого, а также предоставление положительной обратной связи и поощрение достигаемых им даже самых небольших успехов.

Стандартных программ восстановления когнитивных функций не существует даже для реабилитируемых с одной и той же формой поражения головного мозга. Психологические реабилитационные программы составляются индивидуально на основании результатов наблюдения, данных психологического обследования и целей, которые ставит перед собой специалист в ходе работы. Важнейшим залогом успеха проведения психологической реабилитации остается «личностный фактор»: знания, умения и самоотверженность специалистов Центра социальной реабилитации, их стремление объединять усилия с самим реабилитируемым и его близкими для достижения поставленных целей; понимание важности стимуляции положительных эмоций реабилитируемого, повышение его самооценки и мотивации к собственному активному участию в реабилитационном процессе [3].

Иллюстрацией работы психолога служит пример программы психологической реабилитации.

Рассмотрим следующий случай. М., 24 года, поступил на реабилитацию в Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов» после тяжелой черепно-мозговой травмы спустя год после лечения и медицинской реабилитации.

Во время первого поступления в Центр социальной реабилитации проведение реабилитации существенно осложнялось особенностями

поведения клиента, связанными с тяжестью его состояния. Психическая активность пациента была снижена, он быстро уставал, легко раздражался. Речь была представлена стереотипными словами, прослеживалась склонность к речевому эмболу. Все задания выполнял медленно, постоянно останавливаясь и с трудом переключаясь с одного вида деятельности на другой. Перед выполнением проб М. был необходим период осмысления даже самого простого задания. Продолжительность одного занятия составляла 10–15 мин, затем требовался перерыв. Был грубо нарушен произвольный контроль над всеми видами деятельности. Ошибок, допускаемых в ходе психологических занятий, он не понимал. Все диагностические и коррекционные задания выполнялись только вместе со специалистом в ситуации внешнего побуждения и контроля.

В быту реабилитируемому постоянно помогала мать (прием пищи, гигиена, подготовка к приходу специалистов, выполнение домашних заданий и пр.). Критика к состоянию и осознание тяжести дефекта у М. были грубо нарушены. Он понимал только простую медленную речь, выполнял элементарные инструкции («покажи пол», «покажи окно», «повторяй за мной» и пр.). Собственная речь больного была крайне бедна.

Из анамнеза: черепно-мозговая травма, ушиб головного мозга тяжелой степени со с давлением левого полушария острой субдуральной гематомой. Поражение ствола головного мозга на мезэнцефальном уровне. Психологический статус пациента при первичном поступлении включал в себя: эфферентную моторную афазию, динамическую афазию, акустико-мнестическую афазию, эмоционально-личностные нарушения, нарушение фонового и регуляторного компонентов высших психических функций.

В соответствии с выявленным дефектом когнитивных функций была составлена программа психологической реабилитации, целями которой на начальном этапе являлись: повышение уровня общей активности, создание мотивации к восстановительному обучению, организация произвольного внимания и контроля, преодоление расстройств понимания ситуативной речи, растормаживание простых форм речи, восстановление мнестической функции. Основными задачами на начальном этапе работы с М. явились общая активизация и растормаживание простых, базовых уровней психических функций. Большая работа была проведена по созданию у реабилитируемого мотивации к восстановительному обучению.

После первого курса реабилитации в состоянии двигательной и когнитивной сфер отмечалась положительная динамика. Реабилитируемый адаптировался к ситуации занятия, вел себя спокойнее, охотно отвечал на вопросы специалиста и выполнял несложные задания. Значительно расширились возможности понимания обращенной речи, возросла и собственная речевая инициатива. Улучшилась и функция контроля: в знакомых заданиях мог найти и исправить допущенную ошибку. Сохранялась выраженность речевых нарушений.

В течение шести лет ежегодно М. проходил комплексную социальную, в том числе психологическую, реабилитацию. Соответственно менялись цели и задачи индивидуальной программы реабилитации от побуждения и активизации интеллектуальной активности до обучения способам и механизмам работы с дидактическим материалом в ходе занятий. В результате в настоящее время М. контактен, доброжелателен, полностью ориентирован. При поступлении в Центр радуется встрече со специалистами, узнает тех, с кем занимался ранее. Правильно ориентирован в месте, времени и собственной личности. М. полностью себя обслуживает, опрятен, адаптирован к жизни Центра социальной реабилитации и режиму дня, может обходиться без посторонней помощи. На момент обследования преобладает гармоничный эмоциональный фон. М. адекватен, легко смеется. Критика к допускаемым ошибкам снижена. Легко вступает в контакт с другими реабилитируемыми, дружелюбен, несколько навязчив.

Повысилась общая психическая активность, полностью выдерживает нагрузку. Улучшилось состояние произвольного контроля: реабилитируемый с помощью специалиста усваивает сложные задания, может корректировать ошибки, допущенные в знакомых видах деятельности. В условиях внешнего контроля со стороны специалиста правильно копирует сложные пространственно ориентированные фигуры и изображения с обилием мелких деталей. Память на текущие события и упроченные знания – без существенных нарушений. Объем зрительной памяти страдает незначительно, заучивание продуктивное.

У М. значительно улучшилось понимание обращенной речи, инструкций. В диалоговой речи появились фразы-просьбы, короткие предложения. Смысл читаемого текста понятен, но пересказ осуществляется только в виде ответов на простые вопросы специалиста.

Подводя итоги работы психолога, хочется отметить, что психологическую реабилитацию М. проходил системно и с положительной динамикой. В состоянии двигательной, когнитивной и эмоциональной сфер клиентом достигнуты существенные качественные результаты. Он самостоятелен в быту, может себя обслужить, полностью понимает обращенную к нему речь, может общаться с помощью простых стереотипных высказываний, адекватен в поведении. Степень выраженности вербального дефицита изменилась с грубой на среднюю. На первый план в настоящее время, с учетом молодого возраста, выходит социальная адаптация инвалида первой группы.

Применение психологических методов работы с больными с органическими поражениями головного мозга позволяет решать актуальные психологические задачи:

- качественное и количественное описание картины нарушения когнитивных функций в ходе психологической диагностики и обследования личности;

- разработку индивидуальной программы психологической реабилитации с учетом нарушенных и сохраненных форм когнитивных;
- реализацию индивидуальной программы с применением методов психологической коррекции, соответствующих структуре когнитивного дефекта;
- оценку эффективности реабилитации индивидуальной программы по результатам заключительной диагностики.

Литература

1. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики: Практическое руководство. СПб., 1997. – 360 с.
2. Визель Т.Г. Как вернуть речь. – М.: В. Секачев, 2005. – 216 с.
3. Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. Т. 2, 2012. – М.: Типография Мосполиграф, 2012.
4. Глозман Ж.М. Количественная оценка данных нейропсихологического обследования. М., 1999. – 264 с.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 2000. – 431 с.
6. Методы нейропсихологической диагностики: Хрестоматия / Под ред. Е.Ю. Балашовой, М.С. Ковязиной. М., 2009.
7. Московичюте Л.И. Асимметрия полушарий мозга на уровне коры и подкорковых образований //I Международная конференция памяти А.Р. Лурия: Сб. докладов / Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998.
8. Осипова А.А. Общая психокоррекция: Учебное пособие для студентов вузов. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 510 с.
9. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М», 2002. – 672 с.
10. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М., 2002. – 416 с.

Созависимость как дисфункциональный способ решения проблем семьи, имеющей «особого» ребенка

Дегтярева Ольга Ивановна

Аннотация: в статье рассматриваются результаты исследования, проведенного СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Центрального района Санкт-Петербурга» и направленного на определение основных типов состоящих на обслуживании семей, имеющих «особых» детей. Дается краткая характеристика типов семей, обслуживаемых в Центре. Более подробно рассматриваются вопросы проявления в таких семьях созависимого поведения как одного из способов дисфункционального решения проблем, связанных с воспитанием и содержанием ребенка-инвалида. Описывается созависимое поведение, а также перечисляются основные

технологии, используемые специалистами Центра в ходе работы с созависимыми членами семей, имеющих «особых» детей.

Ключевые слова: семья, имеющая «особого» ребенка, созависимость, реабилитация, исследование.

Co-addiction as a Dysfunctional Way to Solve the Problems of the Family with a "Special" Child

Degtyareva Olga

Annotation. The article considers the results of a study conducted by the Center for Social Rehabilitation of the Disabled and Children with disabilities of the Tsentralniy district of St. Petersburg. The study aims at identifying the main types of families, which have “special” children and receive social services. The article gives a brief description of the types of families served by the Center. It also discusses in detail the problem of addictive behavior in such families as a way of dysfunctional solving the problems related to raising and maintenance of a disabled child. The article describes co-addictive behavior and lists the main technologies used by experts of the Center while working with co-addicted family members who have “special” children.

Keywords. Family with “special” child, co-addiction, rehabilitation, study.

Семья – это важное первичное социальное звено в жизни каждого человека. От того, как семья воспитала ребенка, будет зависеть его будущее, способность спокойно и уверенно вступить во взрослую жизнь. Именно поэтому растить детей – достаточно сложный и ответственный труд.

Но еще большую сложность он приобретает, если в семье растет «особый» ребенок. Это серьезное испытание для всей семьи.

Впервые узнав о диагнозе ребенка и осознав эту информацию, родители начинают приспосабливаться к сложившейся ситуации в силу своих возможностей и индивидуальных способностей.

Результаты исследования, проведенного специалистами Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Центрального района Санкт-Петербурга», показали, что изначально семьи, имеющие ребенка с ограниченными возможностями здоровья и поступившие на социальное обслуживание в Центр, условно делятся на четыре типа.

Первый тип семей – это семьи, нашедшие в себе силы принять информацию о том, что их ребенок является «особым», и готовые использовать весь имеющийся потенциал для обеспечения нормального уровня его развития и содержания. Такие семьи в основном имеют сильные и здоровые, моральные и духовные принципы, обладают необходимыми знаниями или возможностями для их получения, а родители в этих семьях имеют достаточно высокий

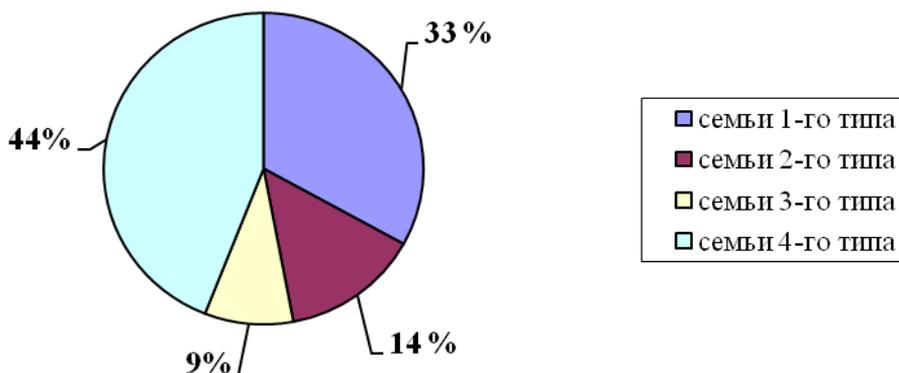
уровень образованности. Большинство таких семей являются полными. Они стараются самостоятельно или при незначительной внешней поддержке грамотно выстраивать весь процесс жизнедеятельности как самого ребенка, так и всей семьи в целом. Используя любые возможности для обеспечения нормальных условий для существования своего ребенка, они с большим желанием обращаются в Центр за социальной поддержкой. Таких семей около 33 % от общего количества семей, обслуживаемых в Центре.

Ко второму типу относятся семьи, которые так и не смогли примириться с мыслью о том, что у них родился «особый» ребенок. [1,2]. Для них его рождение является не проходящим шоком, выбивающим их из нормального существования, рушащим все планы и надежды на счастливое будущее, вызывающим ощущение безнадежности сложившейся ситуации. Семьи, относящиеся к данному типу, чаще всего отказываются от социальной помощи и поддержки не только государства, но и знакомых, замыкаются, скрывая от всех свое реальное положение. Большинство из них распадаются. При этом чаще всего из семьи уходит отец. На контакты с государственными учреждениями идут с большой неохотой. Таких семей не более 14 %.

К третьему типу относятся семьи, для которых инвалидность ребенка не является трагедией и не вносит никакого дискомфорта в привычный образ жизни. На практике специалисты Центра иногда встречаются с такими семьями, для которых инвалидность ребенка бывает даже выгодной (чаще всего это касается семей, которые приехали из стран ближнего зарубежья или имеют низкий социальный уровень) или «передается по наследству», когда родители просто уверены, что у их ребенка точно есть проблемы со здоровьем, потому что сами родители или ближайшие родственники также являются инвалидами. Для этого типа семей «особость» ребенка не является трагедией, т.к. семья уже морально настроена на то, чтобы его принять, все ее члены привыкли жить в состоянии постоянной заботы и опеки. Эти семьи четко знают те учреждения и организации, в которые необходимо обращаться за поддержкой, при этом охотно ее принимают. Таких семей около 9 %.

И, наконец, к четвертому типу относятся семьи, которые так же, как и семьи первого типа, приняли «особость» своего ребенка, но, в отличие от них, желающие самостоятельно справиться с его проблемами, реально не имея для этого необходимых знаний, умений и специальных возможностей. В семьях данного типа искренне полагают, что только они знают, что именно необходимо их ребенку и в каких объемах. Часто они подвергают сомнению рекомендации даже опытных специалистов. Некоторые из этих семей неосознанно используют дисфункциональные способы решения проблем ребенка, что, несомненно, сказывается на качестве его дальнейшей жизни. Таких семей больше всего (около 44 %).

Количественное соотношение различных типов семей с детьми-инвалидами



Одним из наиболее распространенных способов дисфункционального решения проблем по воспитанию и содержанию «особого» ребенка в семьях 4-го типа (встречается у 17 % семей, состоящих на обслуживании в Центре) является созависимость обоих родителей или одного из них.

Такие родители целиком и полностью подчинили свою жизнь жизни и развитию своего ребенка. Они начинают переживать состояние и проблемы ребенка как свои собственные, при этом забывая, что перед ними другой человек, воспринимая его радости и беды как свои собственные, забывая о себе. Пытаясь добиться от своего больного ребенка постоянной положительной динамики изменения состояния здоровья и не всегда наблюдая ее, такие родители становятся заложниками собственной неуверенности и беспомощности, впадают в депрессию. Они теряют интерес к собственной жизни, потому что они не живут этой жизнью. Они не могут принимать решения, потому что не знают, чего же в действительности хотят. Все это со временем приводит к значительной деформации духовной сферы.

Созависимое поведение родителей не допускает свободное общение ребенка со своими сверстниками и другими людьми, блокирует любые его попытки быть самостоятельным. В результате ребенок не вполне адекватно воспринимает естественные обыденные трудности, не умеет обходиться без посторонней помощи, принимать правильные решения в случае возникновения сложной ситуации. Со временем он превращается в инфантильную, нерешительную, робкую, ранимую, обидчивую и неуверенную в себе личность. Постоянный чрезмерный контроль со стороны родителей, сдерживание активности ребенка обостряют у него тенденцию к осторожности, самоограничению и самосохранению. В качестве любимых занятий такой ребенок выбирает пассивно-развлекательные виды деятельности: просмотр

телевизионных программ, игры на компьютере, отдых на диване. Он не задумывается о том, что будет завтра («не знаю, зачем мне об этом думать»), и озвучивает свои ситуационные желания. Мотивы самосовершенствования и самореализации у таких детей прослеживаются редко.

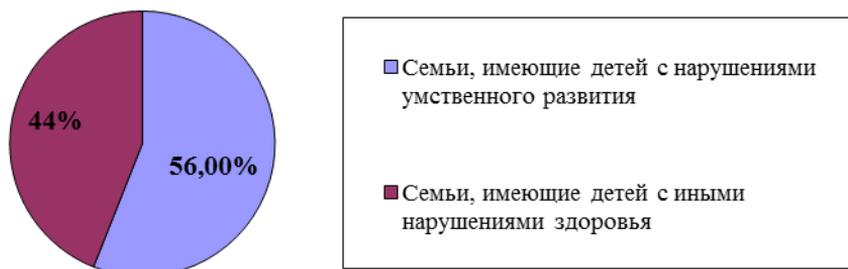
Таким образом, у ребенка в недостаточной степени формируются навыки самоанализа и желания понять себя, изменить что-то в жизни к лучшему, стать успешным и счастливым. В конечном счете созависимые родители своим поведением не могут обеспечить нормальные условия существования ни себе, ни своему ребенку.

Созависимость родителей чаще всего проявляется в семьях, имеющих детей дошкольного и младшего школьного возраста. Но что касается семей, имеющих детей с нарушениями умственного развития, возраст не всегда имеет значение. Так, например, воспитанием и содержанием клиента N, которому 22 года, занимается бабушка, имеющая все признаки созависимости и всю себя посвятившая своему внуку. Именно она определяет, какие реабилитационные мероприятия необходимо проводить с «ее ребенком», когда и в каком количестве. Ссылаясь на возможные проявления агрессивного поведения с его стороны и ухудшение состояния его психического здоровья, она запрещает N приходить в Центр для продолжения реабилитационного курса и общения со специалистами и другими клиентами. Все это приводит к его вынужденной изоляции, задержке общего развития, а также сводит на «нет» любые попытки специалистов сформировать у него навыки социализации, самообеспечения и самореализации. То, что бабушка привела N на обслуживание в Центр, было обусловлено исключительно ее страхом перед своим возрастом и боязнью за будущее своего внука.

Другим примером является 40-летний клиент M., воспитанием и содержанием которого, несмотря на возраст, занимается мама. Она ни на минуту не покидала своего «ребенка», особенно первые дни его пребывания в Центре. Причем этот «ребенок» и вид имел соответствующий: сидел, «примерно» сложив руки на коленях, низко опустив голову, боясь произнести слово и натянув кепку таким образом, чтобы никто не видел его глаз. В дальнейшем работа с этим клиентом показала, что уровень его отсталости вполне позволяет вести ему самостоятельный образ жизни под незначительным контролем со стороны его ближайшего окружения.

Оказание квалифицированной помощи в ситуации созависимости требует комплексного подхода и объединения усилий как самого созависимого и его ближайшего окружения, так и всех специалистов, предоставляющих социальные услуги его семье.

Соотношение "созависимых" семей, имеющих детей-инвалидов с нарушения умственного развития, и "созависимых" семей, имеющих детей-инвалидов с иными нарушениями здоровья



На начальном этапе работы с членами таких семей специалисты Центра определяют тип и степень их созависимости, а также проводят оценку характера влияния на них жизненных обстоятельств и внешнего окружения. Особое внимание специалисты уделяют формированию у созависимого готовности провести над собой достаточно сложную и длительную внутреннюю работу. Так, в ходе проведения вводной беседы созависимому дают понять, что его поведение – это действительно серьезная проблема, и самостоятельно с ней справиться будет очень сложно, т.к. в процессе погружения в пучину созависимости он утратил способность реально оценивать происходящее в его семье. Затем специалисты проводят системный и последовательный анализ всех «за» и «против», определяющих личное отношение человека к своему созависимому образу жизни. При этом они помогают ему пересмотреть существующие стратегии самореализации и проанализировать новые возможности, позволяющие постепенно, шаг за шагом выбраться из бездны созависимой «полужизни».

Сложность следующего этапа работы с такой категорией семей заключается в том, что конкретных рецептов преодоления созависимости не существует. Для каждой семьи специалист подбирает свой особый путь решения имеющихся проблем. Хотя в качестве наиболее эффективных и часто используемых способов, помимо индивидуальной психологической коррекции, можно определить различные виды групповой работы – группы самопомощи, групповую терапию, клубы общения и пр.

Специалисты, работающие с созависимыми членами семей, несмотря на разнообразие используемых в работе с ними технологий, предусматривают следующие этапы выздоровления:

1. Четкое понимание необходимости избавиться от созависимости как проблемы, мешающей нормальной жизни и развитию ребенка и всей семьи

в целом.

2. Незначительное эмоциональное отстранение от ребенка, дающее возможность сформировать каждому члену семьи свое индивидуальное пространство.

3. Возвращение физического, духовного и эмоционального здоровья.

4. Желание получить поддержку, заботиться о себе, удовлетворять свои потребности. Наличие «личных» желаний.

5. Восстановление здоровых взаимоотношений с «особым» ребенком.

Как быстро пойдет процесс выздоровления и насколько он будет успешным, во многом зависит от микроклимата семьи, уровня психологической и педагогической культуры внутри нее, жизненной позиции и отношения к ребенку со стороны родителей, их стремления участвовать в его развитии.

Но какие бы способы не использовались при работе с такими семьями, результат должен быть один – воспитание здорового и счастливого человека, имеющего и способного успешно реализовать свои жизненные планы в соответствии с имеющимися возможностями, стать таким же, а может быть, даже и лучше, чем его здоровые сверстники.

Литература

1. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 1999. – 656 с.
2. Крюкова Т.Л., Сапоровская М.В., Куфтяк Е.В. Жанр: Психология семьи и брака, Издательство Речь, 2005.

Инновации в социальной работе: краткосрочное размещение детей с особыми потребностями в профессиональные семьи

Зинченко Ирина Михайловна, Куликова Дарья Александровна

Аннотация: в статье описана услуга «Кратковременное размещение детей с особыми потребностями в профессиональных семьях» – «Передышка». Услуга дает возможность родителям детей с инвалидностью получить помощь специально обученной профессиональной семьи, на время доверив ей заботу о ребенке.

Ключевые слова: передышка, услуга, профессиональная семья.

Innovations in Social Work: Short-term Placement of Children with Special Needs in Professional Families

Zinchenko Irina, Kulikova Daria

Annotation. The article describes the service “Short-term placement of children with special needs in professional families: “Respite”. The service allows parents of children with disabilities get the help of a specially trained professional family and entrust it for a while taking care of the child.

Keywords. Respite, service, professional family.

Уход за ребёнком с инвалидностью требует от родителей больших усилий и занимает практически всё их время. Многие из таких детей не могут самостоятельно передвигаться, принимать пищу, обходиться без посторонней помощи и требуют внимания и заботы 24 часа в сутки.

По данным Комитета по социальной политике, количество детей-инвалидов, зарегистрированных на территории Санкт-Петербурга, составило 14 619 человек или около 2 % детского населения, из которых около 4 000 детей с инвалидностью проживает в стационарных учреждениях различных ведомств, в отрыве от семьи [1].

Всех родителей, воспитывающих ребенка с инвалидностью в семейном окружении объединяет одно – они все сохранили ребенка в семье. Они беззаветно любят своего ребенка и переживают за него, посвящая всю свою жизнь, время и силы заботе о нем. Эта привязанность между ребенком и родителями безусловна, глубока и бесценна как для детей, так и для их родителей. Уход за ребёнком с инвалидностью требует от родителей или лиц их замещающих больших усилий и занимает практически всё время. Зачастую это приводит к накоплению усталости, депрессиям, может возникнуть угроза игнорирования потребностей ребенка или отказа от него. Чтобы такие семьи могли и дальше отдавать ребенку свою любовь, время от времени им нужна передышка.

Несмотря на то, что в Санкт-Петербурге семьям, воспитывающим детей с инвалидностью, предоставляется широкий спектр мер социальной поддержки [2], существующие на данный момент социальные услуги не полностью удовлетворяют жизненно важные потребности родителей, осуществляющих уход за детьми. Зачастую условия предоставления социальных услуг не отвечают нуждам и потребностям семей, воспитывающих детей с инвалидностью. В основном это касается семей, воспитывающих детей с тяжелыми формами заболеваний, имеющих длительное течение; детей с множественными нарушениями здоровья. Уход за такими детьми требует немалых расходов, усилий и практически не оставляет родителям свободного времени. Именно поэтому нередко альтернативой домашнего ухода за такими детьми становятся дома-интернаты, куда родители отдают своего ребенка от безысходности, не имея зачастую возможности самостоятельно ухаживать за ним.

Понимая, как важно вовремя поддержать родителей и сохранить для ребенка крепкую семью, Автономная некоммерческая организация «Центр развития инновационных социальных услуг «Партнерство каждому ребенку»

создало услугу «Кратковременное размещение детей с особыми потребностями в профессиональных семьях», которая лаконично называется «Передышка». Услуга дает возможность родителям детей с инвалидностью получить помощь специально обученной профессиональной семьи, на время доверив ей заботу о ребенке.

Получая «Передышку», родители могут заняться неотложными делами, сходить к врачу или просто отдохнуть. А ребенок учится общаться с новыми людьми, получает новые впечатления. Такой простой вид помощи позволяет сохранить для ребенка семью, снизить психологическую напряжённость в семьях, повысить качество жизни.

Модель услуги «Кратковременное размещение детей с особыми потребностями в профессиональных семьях»

Цель, основные принципы, задачи и функции услуги, целевые группы

Цель услуги «Передышка» – предотвращение попадания детей с особыми потребностями в интернатные учреждения.

Основные принципы услуги

- Семья – лучшее место для жизни ребенка. Ребенок лучше всего развивается в домашней среде, в окружении любящих его взрослых. Услуга «Передышка» нацелена на развитие ребенка в семье.

- Время от времени семья, воспитывающая ребенка с особыми потребностями, нуждается в отдыхе, помощи и поддержке.

- Услугу «Передышка» оказывают подготовленные профессиональные семьи.

- Профессиональные семьи и семьи с детьми с особыми потребностями имеют возможность получать профессиональную помощь психолога и специалиста по социальной работе. Специалисты услуги «Передышка» постоянно совершенствуют и пополняют собственные знания и повышают квалификацию профессиональных семей.

- Услуга «Передышка» формирует положительное отношение к ребенку с особыми потребностями и его семье в сообществе.

- В подготовленной профессиональной семье ребенок находится в безопасности. Соблюдение конфиденциальности информации, касающейся личной жизни семьи и ребенка, гарантируется.

Задачи

1. Повышение качества жизни ребенка и семьи.
2. Поддержка семьи и ребенка с особыми потребностями в собственном доме и в сообществе.
3. Получение родителями новых навыков и новых возможностей ухода за ребенком.

Основные функции услуги

- Анализ и оценка потребностей семьи и ребенка, запрашивающих услуги.
- Многоуровневый отбор и обучение потенциальных профессиональных семей.
- Подбор профессиональных семей для конкретного ребенка с особыми потребностями и его семьи, последующее заключение трехсторонних договоров об оказании услуги.
- Обеспечение безопасных условий, в которых оказывается услуга.
- Контроль размещения ребенка с особыми потребностями в профессиональной семье, мониторинг качества оказываемых семьям услуг.
- Создание клуба для родителей детей с особыми потребностями и клуба для профессиональных семей.

Целевые группы услуги

- Семьи, воспитывающие детей с особыми потребностями в возрасте от 0 до 18 лет, нуждающиеся в помощи и поддержке и желающие получать услугу.
- Профессиональные семьи.
- Сообщество.

Описание услуги

Услуга «Передышка» дает возможность освободить время ухаживающего взрослого в семье, где воспитывается ребенок с особыми потребностями. Право на услугу предоставляется семье ребенка с особыми потребностями (как с инвалидностью, так и без установленного статуса), проживающей в Санкт-Петербурге или пригородах, на период до 15 суток (360 часов) в течение года. Услуга может быть оказана как на территории профессиональной семьи, так и на территории проживания ребенка. В некоторых случаях услуга оказывается на нейтральной территории (санаторий, дача и т. п.).

В качестве потенциальной профессиональной семьи рассматриваются граждане РФ, имеющие регистрацию в Санкт-Петербурге или Ленинградской области, в возрасте от 18 до 70 лет, не состоящие на учете в психоневрологическом, наркологическом и туберкулезном диспансерах, имеющие справку об отсутствии судимости.

Все потенциальные профессиональные семьи проходят собеседование со специалистами организации (психологом и специалистом по социальной работе), которая оказывает услугу «Передышка». После собеседования принимается решение о возможности обучения в школе профессиональных семей. Курс обучения для семей состоит не менее чем из 72 часов семинаров и тренингов.

Обязательное обучение профессиональных семей проводится специалистами организации с привлечением специалистов: врача скорой помощи, юриста, физического терапевта и других.

В ходе оказания услуги профессиональная семья осуществляет присмотр и уход за ребенком, обеспечивает нормальный для ребенка уклад жизни.

В процессе оказания услуги составляется индивидуальная программа развития ребенка, которая будет реализовываться совместно с семьей и другими социальными институтами.

Услуга «Передышка» может быть предоставлена как планоно, так и в экстренном порядке – при возникновении незапланированных обстоятельств.

Услуга может быть предоставлена на срок более 15 суток при возникновении сложных семейных обстоятельств, которые могут быть причиной помещения ребенка в интернатные учреждения.

Алгоритм оказания услуги

1. ПЕРВЫЙ ЭТАП. Оценка потребностей семей, воспитывающих особого ребенка

1.1. Привлечение семей, воспитывающих ребенка с особыми потребностями

Для поиска информации о семьях могут использоваться базы данных районного управления социальной защиты, в которых указаны все дети, имеющие инвалидность. Сотрудники организации, которая оказывает услугу «Передышка», выходят в коррекционные ДОО, школы, в поликлиники, реабилитационные центры и распространяют там буклеты с информацией о новой услуге.

Информация о новой услуге должна быть размещена на сайте организации, которая оказывает услугу, и на образовательных, социальных сайтах, в районных и городских газетах, в узкопрофессиональных журналах.

После сбора контактной информации сотрудник организации либо обзванивает семьи, воспитывающие ребенка с особыми потребностями, либо организует встречу с ними, чтобы рассказать о новой услуге и узнать, есть ли потребность в ней у конкретной семьи.

1.2. Личная встреча психолога с семьей, воспитывающей ребенка с особыми потребностями, которая заинтересовалась услугой

План встречи:

1. Обсуждение модели услуги.
2. Обсуждение требований к профессиональной семье.
3. Обсуждение опасений родителей ребенка с особыми потребностями.
4. Рассмотрение примерного варианта договора между семьями.
5. Ответы психолога на вопросы.
6. Заполнение анкеты.
7. Знакомство со всеми членами семьи.

2. ВТОРОЙ ЭТАП. Подготовка профессиональных семей

2.1. Привлечение потенциальных профессиональных семей

Сотрудники организации, оказывающей услугу «Передышка», дают информацию в газеты, на TV, размещают объявления на сайтах,

распространяют буклеты в отделениях абилитации, банках, офисах крупных фирм, в магазинах, школах, ДОУ. По предварительной договоренности с администрацией социальных учреждений сотрудники организации рассказывают об услуге специалистам, которые постоянно взаимодействуют с детьми с особенностями развития.

Помимо этого, потенциальные профессиональные семьи узнают об услуге от родителей детей с особыми потребностями.

Критерии отбора профессиональных семей:

- дееспособные;
- здоровые;
- физически выносливые;
- возраст от 18 до 70 лет;
- наличие у профессиональной семьи специальных знаний и навыков (или желания их получить).

2.2. Встреча с потенциальной профессиональной семьей

План встречи с потенциальной профессиональной семьей

- описание услуги; анализ потребностей и ожиданий семей, имеющих детей с особенностями развития;
- обсуждение требований, предъявляемых к потенциальным профессиональным семьям;
- заполнение короткой анкеты.

2.3. Вторая встреча с потенциальной профессиональной семьей

Индивидуальная консультация. Сотрудник проекта знакомит потенциальную профессиональную семью с услугой более детально, оговариваются юридические стороны вопроса.

Обсуждаемые вопросы:

- Причины, побудившие Вас участвовать в проекте?
- Ваши опасения, связанные с проектом?
- Время, которое Вы готовы потратить на обучение?
- Готовы ли вы быть профессиональной семьей для нескольких детей с особенностями развития?
- Вы бы хотели оказывать помощь определенной семье или готовы сотрудничать с любой предложенной Вам семьей?
- Считаете ли вы, что материальное вознаграждение обязательно при оказании подобной услуги, или работа может быть безвозмездной?

На основании интервью с кандидатами выявляются наличие у них опыта проживания в семье, обсуждаются наиболее значимые жизненные события: был ли опыт тяжелых утрат, как кандидат справлялся с ситуацией.

При помощи психологических тестов и опросников определяются основные личностные характеристики наших кандидатов. Это способность к изменениям, гибкость, обучаемость, способность справляться с трудностями, эмоциональная устойчивость, уровень тревожности, конфликтность.

Определяется зрелость и устойчивость мотивации, чтобы стать «гостевой» семьей.

Психолог отвечает на вопросы потенциальных профессиональных семей. Потенциальные профессиональные семьи заполняют анкеты.

2.4. Анализ анкет и составление базы данных потенциальных профессиональных семей

2.5. Индивидуальная встреча с профессиональными семьями (выезд в семью)

Проводится совместно двумя специалистами – психологом и социальным работником – с выездом в семью.

Заполнение части анкеты для профессиональных семей по безопасности и готовности жилья гостевой семьи. Беседа психолога со всеми членами потенциальной профессиональной семьи, получение их согласия на размещение в семье ребенка.

2.6. Анализ индивидуальной встречи с потенциальной профессиональной семьей

Проводится совместно психологом и социальным работником. Выносятся заключение, подходит ли данная семья для дальнейшего прохождения обучения, соответствуют ли ожидания семьи представлениям специалистов.

2.7. Обучение профессиональных семей

1. 72-х часовое обучение потенциальных профессиональных семей.

2. Сбор потенциальными профессиональными семьями медицинской документации, справок.

3. Выдача профессиональным семьям сертификата о прохождении ими обучения.

3. ТРЕТИЙ ЭТАП. Подбор профессиональной семьи

1. Составление баз данных по профессиональным семьям и детям с особыми потребностями.

2. Выяснение возможностей профессиональных семей и потребностей семей, воспитывающих ребенка с особыми потребностями, выстраивание листа ожидания.

3. Подбор социальным работником и психологом семей по собранной документации: анализ анкет профессиональных семей, анализ потребностей и пожеланий семей, воспитывающих детей с особыми потребностями.

4. Личное знакомство семей (в присутствии сотрудников службы) в офисе.

5. Знакомство профессиональной семьи с ребенком на территории ребенка.

6. Выезд семьи и ребенка на территорию профессиональной семьи (в случае необходимости). Рекомендации по подготовке к размещению ребенка (жилое пространство, уход за ребенком, меры безопасности, питание и т. д.)

7. Подписание трехстороннего договора.

4. ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП. Размещение ребенка

1. Размещение ребенка с особыми потребностями в профессиональной семье/ пребывание ребенка с профессиональной семьей: *первое размещение ребенка происходит в присутствии психолога проекта и/или специалиста по социальной работе.*

Размещение ребенка на срок менее 3-х дней:

- Родители особого ребенка и представитель профессиональной семьи договариваются о дате и сроке размещения самостоятельно. Представитель профессиональной семьи и/или родитель/опекун ребенка сообщает координатору проекта о предстоящем размещении или серии размещений (если размещения планируются на короткое время и на регулярной основе).

- Представитель профессиональной семьи заполняет дневник совместно с родителем/опекуном ребенка.

- Представитель профессиональной семьи регулярно (не реже, чем раз в неделю) связывается с сотрудником организации, отчитывается о прошедших размещениях.

- В конце каждого месяца представитель профессиональной семьи лично привозит дневник в офис организации. На основании этого документа ему выплачивается заработная плата. Параллельно профессиональная семья может получить консультацию психолога и специалиста по социальной работе.

Размещение ребенка на срок более 3-х дней:

- Родители особого ребенка и представитель профессиональной семьи договариваются о дате и сроке размещения самостоятельно. Представитель профессиональной семьи и/или родитель/опекун ребенка сообщает координатору проекта о предстоящем размещении или серии размещений (если размещения планируются на короткое время и на регулярной основе).

- Представитель профессиональной семьи заполняет дневник совместно с родителем/опекуном ребенка.

- Размещение и окончание размещения ребенка в профессиональной семье происходит в присутствии психолога или специалиста по социальной работе. Ежедневно происходит мониторинг размещения. При необходимости может быть подобрана вторая профессиональная семья для замены.

- Представитель профессиональной семьи регулярно (не реже раза в неделю) связывается с сотрудником организации, отчитывается о прошедших размещениях.

- В конце каждого месяца представитель профессиональной семьи лично привозит дневник в офис организации. На основании этого документа ему выплачивается заработная плата. Параллельно профессиональная семья может получить консультацию психолога и специалиста по социальной работе.

2. Психолог отслеживает соблюдение условий трехстороннего договора.

5. ПЯТЫЙ ЭТАП. Контроль размещения

Контроль размещения необходим для поддержания качества услуги «Передышка» на должном уровне. В течение всего года сотрудники

организации, оказывающей услугу, проводят беседы с профессиональными семьями и с родителями детей с особыми потребностями, получая информацию о качестве работы профессиональных семей. Но посещение всех семей, в которых на данный момент проходит размещение детей, необходимо для получения полной картины происходящего. Результаты, полученные в ходе контроля размещения, анализируются и используются для улучшения качества услуги как локально (путем проведения дополнительной работы с профессиональными семьями и родителями детей с особыми потребностями), так и в общем ключе – на уровне изменений в модели услуги «Передышка».

Контроль размещения ребенка с профессиональной семьей проводится два раза в год. Профессиональные семьи и родители ребенка предупреждаются о визите психолога или специалиста по социальной работе заранее. Сотрудник приходит в дом, где размещен ребенок, и проводит там не менее часа, сопровождая ребенка и семью в их обычных занятиях. Во время визита сотрудник заполняет бланк контроля размещения.

Между периодами, когда проходит плановый контроль размещения, психолог и специалист по социальной работе выезжают в семьи без предварительного уведомления, заполняя бланк того же образца, что и для планового контроля размещения.

Контроль размещения – это стрессовая ситуация для всех участников процесса, поэтому сотрудник должен поддерживать доброжелательную атмосферу. Контроль размещения – это не проверка с целью обнаружить нарушения и не наказание за проступки. Цель контроля – поддержание качества услуги и корректировка индивидуального плана развития ребенка, намеченного при комплексной оценке.

6. ШЕСТОЙ ЭТАП. Клубы профессиональных семей и родителей с особыми потребностями

Встречи родителей детей с особыми потребностями необходимы для создания и поддержания местного сообщества, члены которого могут оказывать друг другу необходимую помощь: поделиться информацией, осуществлять обмен реабилитационной техникой для детей с особыми потребностями и т.п. Родители очень ценят возможность встречаться на нейтральной территории – в организации, которая оказывает услугу «Передышка», и за чашкой чая обсуждать сложности, с которыми сталкивается семья, воспитывающая особого ребенка, и пути их преодоления.

На встречах обязательно присутствуют сотрудники: координатор проекта, психолог и специалист по социальной работе.

На встрече клуба «Профессиональных семей» происходит общение профессиональных семей друг с другом. Семьи рассказывают о своих трудностях, радостях и достижениях детей. На встречах семьи получают поддержку специалистов.

Для организации, оказывающей услугу «Передышка», такие встречи полезны как источник обратной связи, возможность обсуждения нововведений,

донесения до участников клуба информации, касающейся жизни детей с особыми потребностями.

Два-три раза в год организация проводит праздничные мероприятия, на которые приглашаются как семьи с детьми с особыми потребностями, так и профессиональные семьи.

7. СЕДЬМОЙ ЭТАП. Мониторинг

За 2007–2014 гг. были проведены ряд опросов, результаты которых были проанализированы и легли в основу исследования по оценке качества жизни детей с особыми потребностями и их родителей.

Помимо этих опросов, которые проводились с исследовательской целью, в течение всего периода предоставления услуги проводятся различные опросы, цель которых – понимать потребности семьи, воспитывающей особого ребенка, и быть в курсе того, что происходит во время размещения ребенка с особыми потребностями.

7.1. Психологическое сопровождение размещения

Психолог принимает непосредственное участие в процессе многоуровневого отбора, обучения, подбора профессиональной семьи для ребенка и размещения ребенка с особыми потребностями в гостевой семье/с профессиональной семьей. Психолог собирает информацию о семье и ребенке, совместно с семьей составляет индивидуальную программу развития ребенка. Психолог оказывает поддержку родителям и профессиональной семье, а также выполняет функцию контроля размещения вместе с другими сотрудниками, работающими в организации, оказывающей услугу «Передышка».

У родителей, воспитывающих особого ребенка, пожалуй, нет потребности чаще и сильнее выраженной, чем потребность выговориться, получить консультацию, просто поговорить с опытным, знающим и сочувствующим человеком. Члены семьи испытывают разнообразные и противоречивые чувства: любовь и ненависть, радость и горе, восторг и уныние. Взаимодействие со сложной государственной системой предоставления услуг также часто вызывает у них чувство вины, досаду и гнев.

Еще одна проблема, с которой семья может сталкиваться со временем, – это *эмоциональное истощение*. Все семьи, имеющие детей с нарушениями, должны регулярно получать психологические консультации в качестве превентивной меры.

Узнав о диагнозе ребенка, родители переживают серию четко прогнозируемых реакций: отрицание, гнев, сделка, депрессия, и только после прохождения всех этих этапов наступает ПРИНЯТИЕ ситуации. Проект объединяет более 60 семей, в которых воспитывается ребенок с особыми потребностями. Родители в этих семьях находятся на различных этапах в принятии ситуации и нуждаются в профессиональной психологической помощи.

Во время фазы *отрицания* необходимо тактично дать родителям честную оценку ситуации, не разрушая при этом их надежду. На стадии *гнева* необходимо создать терпимую доброжелательную атмосферу во время беседы, чтобы родители могли выплеснуть свой гнев и боль.

На стадии *сделки* в психологической коррекции нуждаются и те родители, которые в ущерб ребенку погружены в различную внешнюю деятельность, и другие, которые ограничивают свою жизнь заботой о ребенке и начинают отдаляться от внешнего мира.

Часть наших семей адаптирована к своему положению, такие семьи могут не чувствовать необходимости в психологической помощи. С этой категорией семей проводится работа, направленная на поддержание прочных и позитивных семейных отношений. На этой стадии – стадии принятия – достигается реалистическое восприятие ситуации.

Кроме того, психолог проводит регулярную оценку уровня развития ребенка, помогает оценить и построить ближайшую зону развития ребенка, проводит оценку качества жизни ребенка.

Для отслеживания эффективности проекта и изменений, происходящих в семье, психолог и/или социальный работник заполняют анкету качества жизни родителей детей с особыми потребностями.

Как определяется эффективность и качество предоставляемой услуги?

Инструментом мониторинга качества оказываемой услуги и оценки ее влияния на качество жизни ребенка с особыми потребностями и его семьи является опрос до предоставления услуги и после каждого года активного ее использования .

В рамках опроса родителям и самому ребенку (если он может отвечать) предлагается ответить на ряд вопросов, касающихся их жизни. В ходе исследований по оценке качества жизни было выявлено, что родители, получавшие услугу «Передышка», изменили отношение к своей жизненной ситуации: многие родители считают, что их жизнь меняется к лучшему, у них появилась возможность планировать свою жизнь, возникли новые стремления, повысилась самооценка. Это и есть та реальная помощь, в результате которой родители легче справляются с трудностями, связанными с воспитанием особого ребенка.

У большинства детей за время участия их семьи в проекте изменились и стали разнообразнее обычные и любимые виды активности. Некоторые дети полюбили развивающие игры, кто-то стал пытаться рисовать. Один из детей стал проявлять интерес к чтению, также у него появились небольшие обязанности по дому, ребёнок иногда моет посуду, приобрел навыки самостоятельности. Практически все родители, принимавшие участие в опросе, отмечают расширение круга социальных контактов их ребёнка, а также увеличение у детей коммуникативной активности.

Анализируя результаты работы услуги в целом, можно отметить, что благодаря услуге у родителей появилось больше свободного времени, возможности планировать свою жизнь, посвящать время работе или себе лично, проводить время с друзьями, знакомыми, с другими членами семьи. Также значимые улучшения отмечаются в области эмоционального самочувствия опрошенных и их самооценки.

Очень важно, что родители по-другому посмотрели на свои взаимоотношения с детьми. Это произошло во многом благодаря общению с профессиональными семьями. У родителей появились силы, «открылось второе дыхание» для воспитания детей. Кроме того, многие участники отмечают, что их дети стали более самостоятельными и общительными.

За восемь лет существования услуги порядка 147 детей провели более 96 тысяч часов в профессиональных семьях. Благодаря услуге удалось предотвратить попадание 11 детей под опеку государства. На данный момент практическую и психологическую поддержку получают 96 семей, активно пользующихся услугой.

ИСТОРИЯ СЕМЬИ: *Антон воспитывают пожилые бабушка и дедушка. Родители у Антона есть, но они от него отказались, когда узнали, что у малыша детский церебральный паралич. Бабушка с дедушкой очень любят внука, они проводят с ним все свободное время: занимаются, ходят гулять, посещают всевозможные лечебные учреждения. Антону очень повезло, что они у него есть, НО, как и все, бабушка с дедушкой устают, иногда им просто необходимо побыть вдвоем, сходить в магазин или съездить по делам в другой конец города. «До того, как мы стали пользоваться услугой «Передышка», мы с женой 2 года не могли съездить на кладбище к теще, – говорит дедушка Антона, – ехать около 1,5 часов, жена одна ехать не может, тяжело, а внука оставить не с кем. Диагноз у него тяжелый, знакомых не попросишь посидеть, а специалиста не пригласить, т.к. дорого, а звать кого-то по объявлению просто опасно!» Услуга «Передышка» позволяет решить эти трудности. Принимающие семьи профессионально подготовлены к работе. «Благодаря «Передышке» мы с мужем можем уделить внимание собственному здоровью, сходить на концерт. Мы доверяем нашей принимающей семье на 100%. Антон очень любит Галину Аркадьевну. Вместе они играют, занимаются, гуляют. У внука расширился круг общения. Если бы не «Передышка», кто знает, что было бы с нами... »*

Литература

1. Положение детей и семей, имеющих детей, в Санкт-Петербурге // Аналитические материалы о положении детей и семей, имеющих детей, в Санкт-Петербурге / Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Городской информационно-методический центр «Семья». –

[Санкт-Петербург, 2014]. URL: <http://www.homekid.ru/analiticheskie-materialyi-o-polozhenii-detej-i-semej-v-sankt-peterburge.html> (дата обращения: 10.10.2014).

2. Закон Санкт-Петербурга от 19.09.2007 №445-87 «О дополнительных мерах социальной поддержки инвалидов в Санкт-Петербурге» URL: <http://gov.spb.ru/law?d&nd=8474798&prevDoc=8474798&spack=110listid%3D01000000100%26listpos%3D-1059%26lsz%3D3110%26nd%3D1300077%26nh%3D0%26start%3D-1061%26> (дата обращения: 10.10.2014).

Сказкотерапия как метод работы с тревожными детьми-инвалидами

Львова Марина Александровна

Аннотация: в статье описывается метод коррекционной работы посредством сказкотерапии. Автором определен комплекс игр и сказок, направленных на снижение уровня тревожности у детей, и даны практические рекомендации для коррекции данного расстройства.

Ключевые слова: сказкотерапия, дети-инвалиды, тревожность.

Fairytales Therapy as a Method of Working with Anxious Children with Disabilities

Lvova Marina

Annotation. The article can be useful for teachers working with disabled children, who have disorders of the emotional sphere. This article describes such method of correctional work as the fairytales therapy. The author defines a set of games and fairytales aimed at reducing the level of anxiety of the children and gives practical recommendations for the correction of this disorder.

Keywords. Fairytales therapy, disabled children, anxiety.

На психологическое состояние детей-инвалидов часто отрицательно влияют длительные госпитализации по состоянию здоровья, конфликты в семье, чувство собственной неполноценности, что в конечном итоге проявляется у большинства детей в повышенной раздражительности, тревожности, неуверенности в себе, подавленности, наличии страхов. Поэтому одним из основных направлений деятельности с детьми-инвалидами является социокультурная реабилитация, которая может осуществляться при помощи одного из инновационных методов работы – сказкотерапии.

Психолог и психотерапевт Т. Д. Зинкевич-Евстигнеева дает определение понятию «сказкотерапия»: «Сказкотерапия – это лечение сказками, совместное с ребенком открытие тех знаний, которые живут в душе и являются в данный

момент психотерапевтическими.»[1, с. 2]

Рассказывание сказок и историй – древнейший способ передачи информации из поколения в поколения. Так пишет про это известный психолог и психотерапевт Д. Бретт: «Нам, взрослым, следует помнить, что если мы хотим научить ребенка чему-либо или передать ему какую-то важную мысль, нужно делать так, чтобы это было узнаваемо, удобоваримо и понятно. Если мы хотим объяснить что-то сложное французу, то, разумеется, преуспеем в этом больше, если будем говорить на французском языке. Общаясь с детьми, старайтесь говорить с ними на языке, который им понятен и на который они лучше отзываются, – на языке детской фантазии и воображения» [2, с. 20].

В сказках затрагиваются важные для детского мировосприятия темы и проблемы: добра и зла, альтруизма и жадности, смелости и трусости, милосердия и жестокости, упорства и малодушия. Когда дети слушают сказки, у них появляется желание походить на положительного героя. В жизни они постоянно сталкиваются с проблемами, где надо побеждать, бороться, делать выбор... Дети стремятся воспользоваться примером положительного героя из сказки в борьбе со своими страхами и проблемами. Однако каждый ребенок постоянно сталкивается с конкретными проблемами, подчас требующими прагматичного решения. Именно здесь помогут сказочные истории, ориентированные на конкретные проблемы [3].

Метод сказкотерапии был создан в 90-е годы в Санкт-Петербурге. Источниками концепции сказкотерапии стали работы Л. С. Выготского, Д. Б. Эльконина, исследования и опыт Б. Беттельхейма, терапия историями Р. Гарднера, работы Э. Фромма, Э. Берна, идеи К.-Г. Юнга и М.-Л. Фон Франц, позитивная терапия притчами и историями Н. Пезешкяна, исследования детской субкультуры М. Осориной, работы В. Проппа, идеи Е. Романовой, психотерапевтические сказки и идеи А. Гнездилова, опыт А. Захарова.

В последнее время к методу сказкотерапии тяготеет все больше специалистов, работающих над коррекцией детей, имеющих проблемы в развитии. Это психологи, психотерапевты, психиатры, педагоги, воспитатели, дефектологи, а также другие профильные специалисты. Появились сказкотерапевтические программы А. Лисиной, Т. Речицкой. Коллективом Института сказкотерапии получены сведения о новых областях применения метода [4].

Сказкотерапия еще достаточно молодая методика и долгое время использовалась лишь в психологии, но сейчас она очень актуальна и в социальной работе. Это универсальная методика и может быть использована для работы с клиентами разного пола, возраста, имеющими разнообразные проблемы. Особое значение этот метод приобретает в работе с детьми с проблемами развития (задержка психического развития, задержка речевого развития, задержка психоречевого развития, синдром дефицита внимания с гиперактивностью, аутизм и т. д.) не только в детских дошкольных учреждениях и школах, но и центрах реабилитации инвалидов, детей с

различными проблемами развития и исправительных учреждениях (для особо «трудных» подростков) [4].

В частности, посредством сказкотерапии, можно работать с эмоциональными и поведенческими затруднениями, трудностями во взаимоотношениях, тревогами, обидами, страхами...

А. Адлер был первым, кто описал тревогу ребенка, связанную с какой-либо недостаточностью. По его мнению, физическая неполноценность является одним из трех условий, которые могут привести к развитию неврозов у ребенка. Дети с этими недостатками бывают целиком заняты собой, если их никто не отвлечет, не заинтересует чем-то другим. Сравнение себя с другими людьми приводит этих детей к чувству неуверенности в себе, подавленности и повышенной тревожности, это чувство может усиливаться благодаря насмешкам товарищей. Особенно это чувство увеличивается в трудных ситуациях, где такой ребенок будет себя чувствовать хуже, чем обычный. Невротическое чувство неполноценности (то есть тревога, согласно нашей терминологии) является движущей силой формирования невротического характера. Невротический характер, пишет Адлер, «является продуктом и орудием психики, которая, пытаясь предотвратить потенциальные опасности, усиливает свой основной принцип, чтобы избавиться от чувства неполноценности» [5, с. 43].

Для поддержки таких детей была разработана программа по преодолению состояния тревожности посредством сказкотерапии. Ее содержание направлено на повышение самооценки, обучение ребенка умению управлять собой в наиболее волнующих его ситуациях и снятие мышечного напряжения.

Апробация программы проводилась в Центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Центрального района в 2015 году. Для исследования была задействована выборка из 15 детей в возрасте от 4 до 18 лет.

Для выявления детей с повышенной тревожностью были выбраны следующие методы и методики:

– тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен. «Выбери нужное лицо», направленный на исследование характерной для ребенка тревожности в типичных для него жизненных ситуациях [6, 270-279];

– графическая диагностическая методика «Кактус» М.А. Панфиловой, где ключевыми показателями являются признаки, означающие внутреннюю тревогу и стремление к домашней защите [7, 176 стр.];

– непосредственное наблюдение за поведением детей на занятиях и во время игровой деятельности по выделенным исследователем признакам.

После обработки данных методик была выделена группа из 5 детей со средним и высоким уровнем тревожности в возрасте от 10 до 15 лет, что соответствует словам А. М. Прихожан о том, что особенно острой проблема тревожности является для детей подросткового возраста [8].

Целью работы с тревожными детьми с нарушениями умственного и двигательного характера стал выбор особенных приемов работы. Для решения этой проблемы был подобран комплекс сказочных историй на снятие страха, скованности и тревожности, чувства неполноценности, низкой самооценки, неуверенности в себе, боязливости. А также широкий спектр игр, направленных на снятие напряжения, расслабление и повышение самооценки.

Данная программа включала в себя 8 занятий. Длительность каждого из них приблизительно 40-45 минут. Занятия проводились в светлой сенсорной комнате. Для расслабления детей была использована классическая музыка.

Занятия имеют определенную структурную схему, которая может меняться в зависимости от категории участников, их пожеланий и возможностей.

В сказкотерапии используется пять типов сказок: медитативная сказка, психотерапевтическая сказка, дидактическая сказка, психологическая сказка, психокоррекционная сказка. Часто ребенку предлагается сочинить сказку самостоятельно. Сочинение сказок ребёнком и для ребёнка – основа сказкотерапии. Через сказку можно узнать о таких переживаниях детей, которые они сами толком не осознают или стесняются обсуждать их с взрослыми. Для реализации программы были использованы сказки сказкотерапевта Р. Ткач («Полезная Боюська», «Отважный Флай», «Страшилки или кто кого боится» и т.д.), авторов множества книг Хулаева О. Е. и Хулаевой О. В. («Сказка про ежика Витю», «Цветок по имени Незабудка», «Маленький котенок» и т. д.), психолога Черняевой С. А. («Храбрец, боявшийся тишины»), а так же игры: «Комплимент», «Я дарю тебе», «Слепой танец», «Волшебный стул», «Насос и мяч» (Лютова Е. К., Монина Г. Б.) и «В темной норе», этюд «Штанга», «Сосулька», «Шалтай-Болтай», «Винт» и т. д. (Чистякова М. И).

Организационный момент (вхождение детей в сказку). Этот этап основывается на «методике кататимного похода в сказку» Я. Обухова [9]. На этом этапе дети расслабляются, закрывают глаза и «переносятся в сказочный мир» с помощью необычных атрибутов (педагогом была использована «волшебная вода»). Затем они представляют себя героями сказочной истории (каждый ребенок может придумать сам свою историю или рассказать свою любимую сказку). На этом этапе происходит обсуждение детских историй. Этот этап необходим для прогнозирования дальнейшего плана работы с клиентом в зависимости от его настроения и состояния. Здесь выявляются особенности работы с каждым ребенком.

Для работы с мальчиком, страдающим аутизмом, была использована тряпичная кукла. В данном случае повествование велось от лица куклы, что помогло наладить контакт с ребенком.

Основной этап (чтение, обсуждение сказки). Состоит из двух частей: 1 часть – работа со сказкой. Педагог рассказывает историю, направленную на решение проблемы, стоящей перед детьми. Дети слушают историю, отвечают на вспомогательные вопросы, потом происходит обсуждение наиболее запомнившегося «переломного момента», при желании дети могут «переписать» финал сказки или нарисовать его. На этом этапе работы в программу пришлось внести корректировки. Если ранее программа предполагала групповую работу, то после первого практического занятия стало понятно, что необходимы изменения. Так как тревожность у каждого ребенка вызвана разного рода факторами, такими как тревога и беспокойство, связанные с отрывом от матери и вхождением в детский коллектив; чувство неполноценности и «ненужности»; ощущение себя «белой вороной»; зажатость и скованность; неуверенность в себе и в своих силах и т.д., то для повышения эффективности программы необходимо ограничить ее адресность. То есть подбирать истории, исходя из проблемы каждого ребенка, а также его заболевания. Поэтому на этом этапе программу решено было сделать индивидуальной.

У ребенка отмечалось состояние тревоги за будущее, за свой статус в семье, за свою значимость в семье и для матери. Сказка «Краски» (содержание и работа над сказкой) помогли ему обрести уверенность в себе, почувствовать свою нужность.

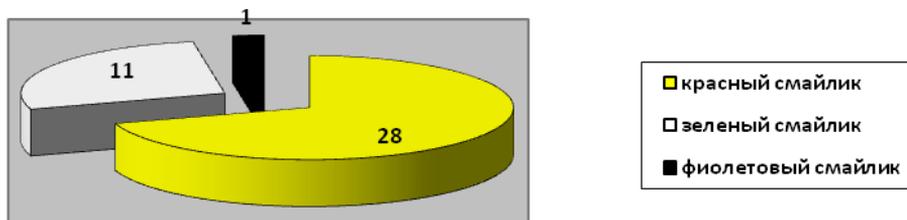
Вторая часть – игры и упражнения на снятие напряжения, расслабление и повышение самооценки (например, «Театр масок». В этой игре дети – артисты, а педагог – фотограф. Педагог просит ребенка изобразить сказочного героя, персонажа мультфильма или детского фильма с помощью мимики и несложных жестов. По сигналу педагога ребенок замирает, а ведущий-фотограф «делает свой снимок». По окончании игры ребенок садится в «позу покоя» и расслабляется).

Заключительный этап (цветовая пиктограмма). На этом этапе ребенок отмечает свое самочувствие на момент окончания занятия. Этот этап помогает отследить состояние клиента на момент окончания занятия, необходимости внесения исправлений в ход работы (на специально разработанный бланк ребенок прикрепляет тот смайлик, который соответствует его состоянию на данный момент: красный улыбающийся смайлик – хорошее самочувствие; зеленый смайлик без улыбки – хорошее самочувствие; фиолетовый грустный смайлик – плохое самочувствие). В диаграмме № 1 представлены результаты заполненных по окончании программы бланков.

За время апробации программы только один раз ребенком был использован фиолетовый смайл. Это было связано с внутренним состоянием ребенка и его настроением. Так как «цветовая пиктограмма» на этом занятии была проведена педагогом в начале мероприятия, то дальнейший ход практикума удалось скорректировать большим количеством игр на

расслабление и арт-терапией с использованием красок, что помогло ребенку успокоиться, сосредоточиться, расслабиться и подготовиться к принятию материала.

Диаграмма № 1



Проведенная работа оказалась достаточно эффективной, что подтвердило повторное обследование группы. Результаты диагностического обследования приведены в табл. 1.

Таблица 1. Сопоставительные результаты клиентов по методикам до и после проведения программы

ФИО клиента	Тест «Выбери нужное лицо»		методика «Кактус»	
	до	после	до	после
Коля Т.	50 %	40 %	1	0
Слава О.	60 %	50 %	3	2
Егор П.	70 %	50 %	2	1
Максим М.	60 %	50 %	2	1
Леша К.	50 %	40 %	2	0

По итогам конечной диагностики мы получили следующие результаты. У детей, прошедших курс социокультурной реабилитации по нормализации уровня тревожности путем использования сказкотерапии, снизился уровень показателей до среднего (от 20 % до 50 %) по тесту «Выбери нужное лицо» и уменьшились данные, принимаемые во внимание при анализе графической диагностической методики «Кактус», на 50 %. Это позволяет сделать вывод о частичной гармонизации психоэмоционального состояния детей.

Данные, полученные в результате диагностики, позволяют сделать вывод об эффективности программы по снижению уровня тревожности посредством

сказкотерапии. Она может быть использован в работе с детьми, уровень тревожности которых средний или выше нормы.

С помощью проведенной программы удалось не только понизить уровень тревожности детей на отделении в процентном соотношении, но и наметить пути решения их личностных проблем.

Проведенное исследование помогло наметить пути дальнейшей работы с проблемой тревожности у детей-инвалидов:

- данная программа может быть дополнена новыми сказками, играми и упражнениями;
- разработать курс лекций и бесед, направленных на ознакомление родителей с той ролью, которую играют внутрисемейные взаимоотношения в возникновении и закреплении тревожности ребенка.

Литература

1. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. «Тренинг по сказкотерапии». СПб.: Речь, 2006г. – 176 с.
2. Бретт Д. «Жила-была девочка, похожая на тебя...». Психотерапевтические истории для детей. М.: Независимая фирма «Класс, 1996 г. – 143 с.
3. Хухлаев О. Е. «Лабиринт души: терапевтические сказки» / Хухлаев О. Е., Хухлаева О. В. СПб.: Академический проект, 2013 г. – 176 с.
4. Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. «Путь к волшебству. Теория и практика сказкотерапии» СПб.: Златоуст, 1998 г. – 355 с.
5. Ролло Р. М. «Смысл тревоги» // библиотека психологии и психотерапии URL: http://bookap.info/klinika/mey_smysl_trevogi/gl43.shtm (дата обращения: 06.04.2015 г.).
6. Головей Л. А. «Практикум по возрастной психологии»: Учеб. Пособие под редакцией Л. А. Головей, Е. Ф. Рыбалко. СПб.: Речь, 2002 г. – 694 с.
7. Преображенская Н. А. «Ваши творческие способности». Екатеринбург: У-Фактория, 2004 г. – 288 с.
8. Прихожан А. М. «Тревожность у детей и подростков: психологическая природа и возрастная динамика» //Московский городской психолого-педагогический университет //электронная библиотека URL <http://psychlib.ru/mgppu/pri/pri-001-.htm> (дата обращения: 06.04.2015 г.)
9. Ткач Р. М. «Сказкотерапия детских проблем» СПб: Речь; М.: Сфера, 2008 г. 118 с.
10. Мосина Е. С. «Почему облака превращаются в тучи?» М.: Генезис, 2013 г. 160 с.
11. Наговицын А. Е. Типология сказки / Наговицын А. Е, Пономарева В. И. М.: Генезис, 2011 г. – 336 с.
12. Черняева С. А. «Психотерапевтические сказки и игры» СПб.: Речь, 2002 г. – 168 с.
13. Чистякова М. И. «Психогимнастика» // Под ред. М. И. Буянова. – 2-е изд. М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. – 160 с.

14. Лютова Е. К. «Шпаргалка для взрослых: Психокоррекционная работа с гиперактивными, агрессивными, тревожными и аутичными детьми»/ Лютова Е. К., Монина Г. Б. М.: Генезис; СПб, Речь, – 192 с.

Практический опыт сопровождения ребенка с расстройством аутистического спектра (на примере работы отделения раннего вмешательства)

Жвакина Мария Александровна, Любомудрова Ольга Владимировна

Аннотация: статья описывает практический опыт работы специалистов отделения раннего вмешательства с ребенком, имеющим РАС (расстройство аутистического спектра). Случай рассматривается в рамках семейно-центрированной модели помощи. Важное значение отводится диагностике РАС, используются следующие методики: М-CHAT, RCDI, DSM5, наблюдение, интервью.

Ключевые слова: РАС, раннее вмешательство, диагностика, наблюдение, модель помощи, коммуникация.

Practical Experience in Supporting a Child with Autism Spectrum Disorders

Zhvakina Maria, Lyubomudrova Olga

Annotation. The article describes the practical experience of the specialists of the early intervention department in working with a child with autism spectrum disorders. The case is seen from the perspective of the family-centered model of assistance. The author attaches great importance to the diagnostics of autism spectrum disorders, which uses the following methods: M-CHAT, RCDI, DSM5, observation and interview.

Keywords. Autism spectrum disorders, early intervention, diagnostics, model of assistance, communication.

Признано, что нарушения аутистического спектра не являются разновидностью шизофрении (ранней детской шизофренией), это нарушение в развитии, затрагивающее самые разные области. Несмотря на то, что природа нарушений аутистического спектра на сегодняшний день до конца не ясна, доказано, что они не являются следствием «неправильного воспитания» или «холодности родителей», полностью отвергнуты идеи о том, что «эти дети сознательно отказываются от подобающего социального поведения» и поэтому возможно «принудить» их к коммуникации. Аутизм также никак не связан ни с расово-этническим происхождением, ни с социально-экономическим положением. Предлагались теории об иммунологической, метаболической и

алиментарной этиологии аутизма, но на сегодняшний день доказательства их обоснованности отсутствуют [1;3].

В подавляющем большинстве современных работ причины аутизма рассматриваются как биологические с возможным генетическим компонентом, но при этом до настоящего времени не установлено прямой связи между каким-либо конкретным геном и наличием аутизма [2;4]. Рассмотрим случай работы с семьей, имеющей ребенка с аутизмом, в отделении раннего вмешательства.

Полина, 2 года 11 месяцев

Семья обратилась на разовую консультацию в отделение раннего вмешательства Приморского района 21 августа 2014 года (Полине 2 года 2 месяца) по направлению из поликлиники Приморского района. Основным запросом являлась диагностика уровня развития с помощью шкалы R-CDI (табл.1). На прием пришли всей семьей с мамой и папой. Родители были обеспокоены поведением Полины, много спорили при сборе анамнестических сведений, но приходили к консенсусу. Со слов мамы, Поля развивалась без особенностей. Ребенок наблюдался в поликлинике с рождения. Диагноз: перинатальная энцефалопатия, кривошея, миопия слабой степени. В возрасте около 2 лет начали пропадать используемые слова, девочка редко вступала в контакт *«она словно не слышит, не смотрит в глаза»*, не понимала запретов. По данным аудиологического исследования, слух в норме.

Во время первичного приема Полина не хотела входить в кабинет, бегала по коридору, кричала. Открыли дверь игровой, Поля решила зайти, начала улыбаться, лепетать (иногда кричать, выражая радость), осматривать помещение. Не смотрела на специалиста, ходила по кругу, бегала, прыгала. Внимание быстро переключалось с одной игрушки на другую (взаимодействие с игрушкой менее одной минуты). Села за стол, достала вкладыши, не рассматривая рисунки, положила их на место. Несколько раз подходила к родителям, обнимала их, но не смотрела им в лицо. Заинтересовалась мячом, кидала его. Совместного внимания нет, взрослых в игру не включает, не подражает. Присутствует цикличность в действиях. В конце консультации подошла к специалисту, села на руки, затем зашла за спину и замерла (со слов папы, захотела в туалет).

Индивидуальные занятия начались с октября, один раз в неделю (в то же время Полина посещала детский сад для детей с нарушениями зрения). На занятиях отдавала предпочтение контактными играм, полюбила качания в пледе в конце занятия. Ситуативно начала обращать внимание на лицо. Структуру не принимала. Жесты иногда повторяла, самостоятельно не использовала. Семья посещала групповые занятия канистерапии, где Полина проявляла интерес к собакам, пыталась до них дотронуться, затем убегала. Спустя два занятия гладила собак, лежала на них. В детском саду предложили посещение группы для детей с задержкой психического развития, поскольку *«Поля мешала заниматься другим детям»*. Находясь на стадии поиска информации, мама

начала изучать Интернет-ресурсы, связанные с РАС, была встревожена, задавала множество вопросов, в попытке выявить прогностические сведения. В декабре поведение Полины изменилось, она начала убегать от мамы на улице, перестала интересоваться многими занятиями, которые раньше любила, появилась цикличность в действиях. Поля много перемещалась по игровой, кружилась и прыгала. Иногда девочка подходила к специалисту очень близко, врзалась в него, поскольку не могла выстроить границы своего личного пространства (гипочувствительность вестибулярной системы?).

При входе в программу помощи оценка развития девочки осуществлялась на основе анализа результатов опросника R-CDI (табл.1), M-CHAT (3 несовпадающих ответа), матрицы коммуникации (табл.2), наблюдения и взаимодействия специалиста с детьми в совместной игре и свободной деятельности. Также использовалось неструктурированное интервью с родителями.

По результатам M-CHAT было решено провести анализ поведения девочки по DSM-V (диагностические критерии 299.00- F-84.0):

А. Устойчивые дефициты в социальной коммуникации и социальном взаимодействии в различных ситуациях, проявляющиеся в настоящее время или в истории развития.

+1. Дефицит социально-эмоциональной взаимности. Полина не использует зрительный контакт для разделения эмоций, не сопереживает другим людям.

+2. Дефицит невербального коммуникативного поведения, необходимого для социального взаимодействия; например, от недостаточно согласованной вербальной и невербальной коммуникации до нарушений зрительного контакта и языка тела либо дефицита использования и понимания языка жестов. У Полины отсутствует указательный жест, она не использует мимику. Не понимает невербальные сигналы других людей.

+3. Дефицит развития, поддержания и понимания взаимоотношений, например, от трудностей адаптации поведения с учетом различных социальных условий до затруднений при участии в игре, требующей задействовать воображение или в установлении дружеских отношений. Полина не умеет играть «понарошку», не может устанавливать дружеские отношения.

В. Ограниченные повторяющиеся паттерны поведения, интересов и активностей, проявляющиеся в настоящее время или в истории развития.

+1. Движения, использование предметов или речи в стереотипной или повторяющейся манере. Полина кружится и прыгает (как в незнакомой обстановке, так и дома).

+2. Повышенные или пониженные реакции на сенсорное воздействие, необычная заинтересованность в сенсорных аспектах окружения. Полина очень любит качаться на качелях, в плете, у папы на руках.

По наблюдению за Полиной у нас получилось 3 + из блока А и 2 +из блока В, что дает нам основание предполагать у Полины РАС.

По результатам диагностики была составлена программа помощи для семьи, с участием междисциплинарной команды (психолог, специалист по ранней коммуникации, инструктор ЛФК).

Были сформулированы две рабочие гипотезы:

- 1) ЗПР,
- 2) РАС.

В основу программы помощи были положены:

1) Модифицированная модель прелингвистического обучения Милье, предполагающая следование за вниманием ребенка, организацию среды для формирования специфического ответа ребенка, акцентирование на целевом поведении, использование организующей и других видов помощи при необходимости.

2) Элементы сенсорной интеграции, направленные на развитие равновесия и проприоцептивных ощущений. Так как Полина испытывала потребность в сенсорных впечатлениях, занятия начинались в зале ЛФК, где ребенку удавалось получить достаточный сенсорный опыт, а затем переходили в кабинет для построения структуры и занятий с карточками.

3) Последовательное использование расписаний, в том числе введение расписаний рутин (на занятиях и дома). Для более эффективного обучения Полины нами было решено использовать структурированную программу ТЕАССН. Данная программа предполагает специальную модификацию среды, поэтому мы убрали из кабинета все лишние предметы, которые могли отвлечь девочку. Предложили родителям также использовать зрительное подкрепление всему, что делает ребенок. Структура занятия (как и распорядок) дня была представлена наглядно в виде расписания. При выборе заданий мы решили начать с любимых Полиной действий.

В результате наблюдений за Полиной мы выделили ряд интересов в совместной игровой деятельности. Девочка участвовала в играх с качелями, мешками, трубой, фитболом, мыльными пузырями, активно вовлекала в подвижные игры взрослых. Именно эти картинки мы и начали использовать для построения структуры. Спустя некоторое время было введено «правило вытянутой руки», для определения комфортного расстояния между людьми. Это означало, что к человеку не нужно подходить на расстояние ближе, чем вытянутая рука.

Родители Поли поддержали эту идею, дома отец девочки начал проводить с ней больше времени. Исходя из интересов дочери, он конструировал дома из одеял и подушек, где семья проводила время за совместной игрой. Родители начали использовать картинки, обозначающие основные рутины (утренний подъем, прием пищи, прогулка).

На данный момент Полина умеет выражать свои желания, используя жесты и простые слова, много подражает, поддерживает контакт, инициирует его. Происходит развитие и усложнение сюжетно-ролевой игры. Девочка

перестала бегать и кружиться в кабинете, уменьшилось количество циклических действий. На таблице 3 можно заметить динамику коммуникативных способностей Поли. Отмечается положительная динамика в развитии навыков самообслуживания, речи и понимания (табл. 1). Для динамической оценки использовалась также Матрица коммуникации [5].(табл. 2 и 3).

Описанный случай показывает важность интересов и инициативы ребенка, через которые он может привести взрослых к правильному пониманию своих потребностей. Для ребенка с РАС необходимо иметь возможность пользоваться одними и теми же методами коммуникации в разных местах (в нашем случае это картинки). Ограничение такой возможности может приводить к усилению негативного поведения, возможно к более категоричному отказу от взаимодействия.

Таблица 1.

Полина. Родилась 29/06/2012

Тестирована 09/06/2015 в возрасте двух лет, 11 мес.

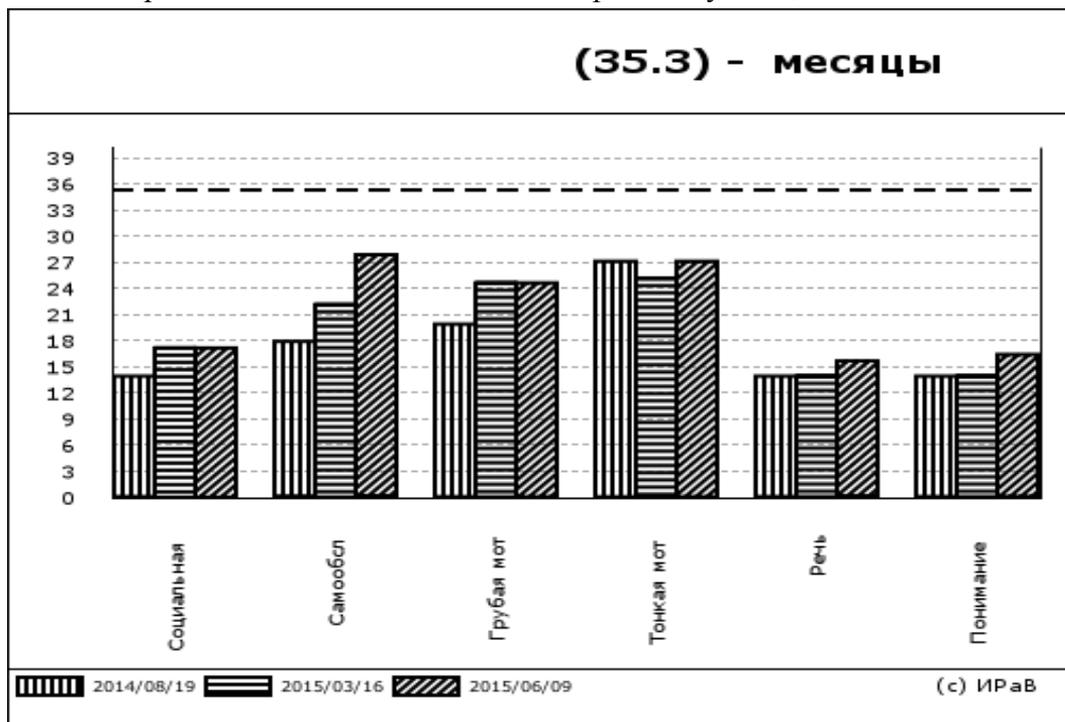


Таблица 2

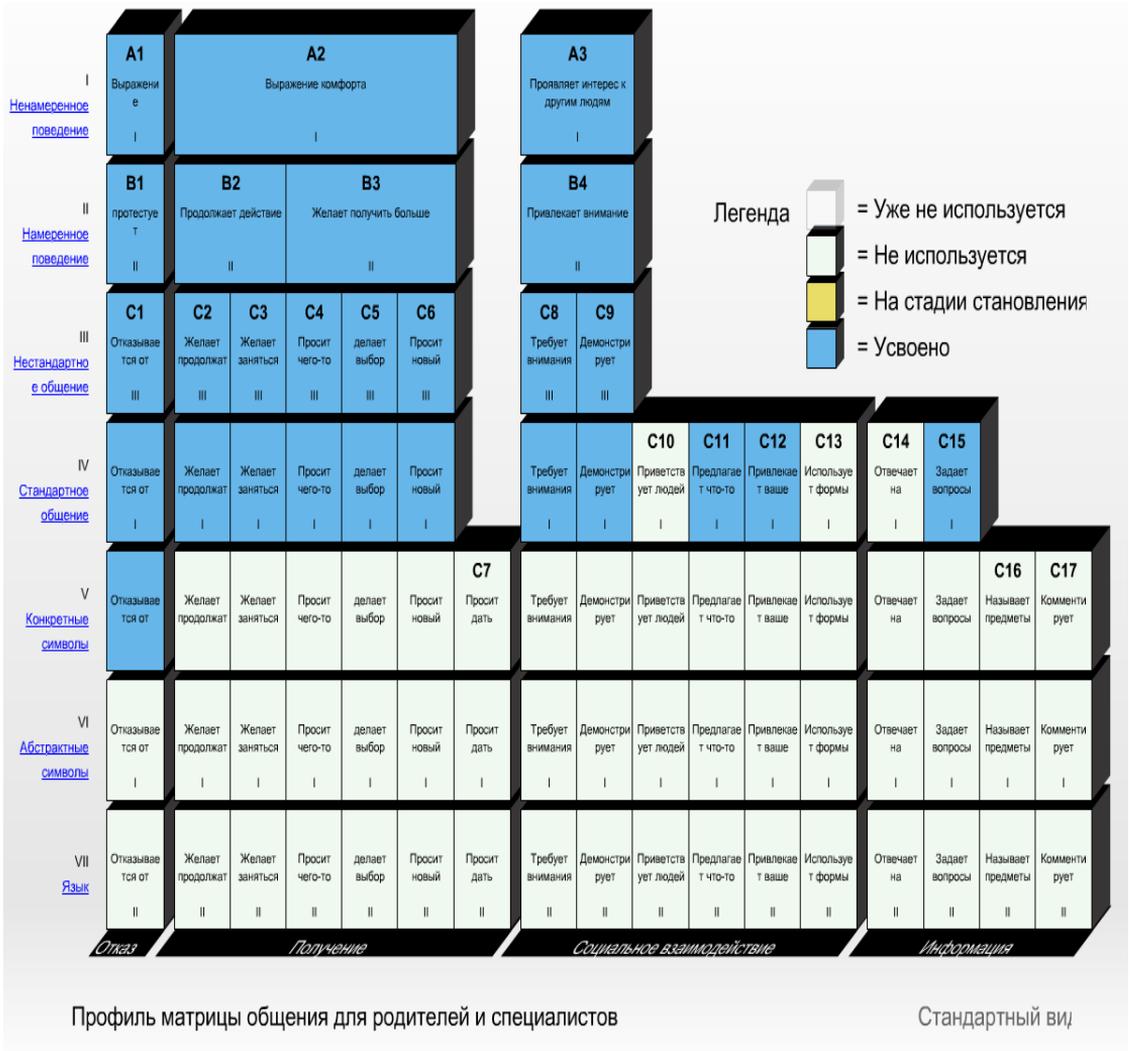
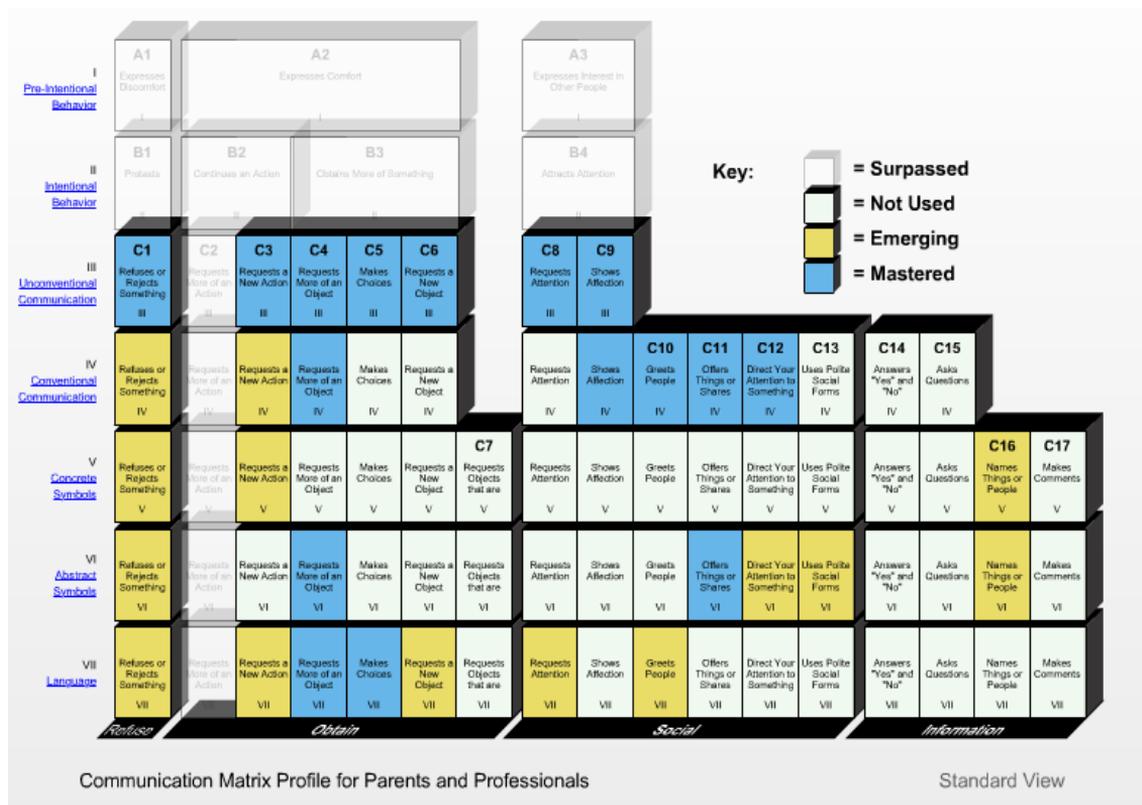


Таблица 3



Литература

1. Баранова Н. Б., Берьсон Б., под ред. Кожевниковой Е. В. Нет необучаемых детей. СПб.: 2007.
2. Гилберг К., Питерс Т. Аутизм: Медицинские и педагогические аспекты. СПб.: ИСПиП, 1998.
3. Ремшмидт Х. Аутизм: Клинические проявления, причины и лечение. М.: Медицина, 2003.
4. Muhle R., Trentacoste S., Rapin I. The Genetics of Autism// Pediatrics. 2004. Vol. 113. № 5.
5. Интерактивная матрица общения(www.communicationmatrix.org) [Электронный ресурс] / пер. Л.В. Калинниковой, 2011 (дата обращения: 03.09.2015)

Социальный патронаж на дому как форма психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Сидорова Майя Константиновна

Аннотация: в данной статье сделан краткий обзор психолого-педагогической литературы по проблеме детско-родительских отношений в семьях с детьми с ограниченными возможностями развития. Описан опыт сопровождения на дому семьи, воспитывающей детей с нарушениями в развитии. Выявлены особенности детско-родительских отношений.

Ключевые слова: дети с ограниченными возможностями здоровья, нарушения в развитии, детско-родительские отношения, семья, домашний патронаж, социальная реабилитация.

Social Patronage at Home, as a Form of Psychological and Pedagogical Support for Families with Disabled Children

Sidorova Maya

Annotation. The article makes a brief review of psychological and pedagogical literature on parent-child relationship problem in families with children with developmental disorders. It also describes the experience in supporting a family with children with developmental disorders at home. The author identified the peculiarities of parent-child relationship.

Keywords. Children with disabilities, developmental disorders, parent-child relationship, family, home patronage, social rehabilitation.

Вопрос о причинах рождения детей с нарушениями в развитии до сих пор до конца не изучен. Среди факторов риска ученые называют генетику, экологию, неблагополучный образ жизни, инфекции и перенесенные заболевания родителей. Казалось бы, с развитием современной медицинской диагностики подобные случаи не должны повторяться, но проблема продолжает оставаться актуальной.

Большую роль в становлении личности ребенка, способной успешно интегрироваться в социум, играют его родители. Семье, а особенно матери, отводится значительная роль в процессе реабилитации. Многие зарубежные и отечественные психологи изучали вопрос взаимодействия матери и ребенка. Наиболее значительный вклад внесли Д. Боулби, Д. Винникот, М. Эйнсворт, М. Мэйн, Дж. Кассиди, П. Криттендени и др. [7]. Они связывали проблемы в развитии у ребенка с нарушениями с формированием привязанности ребенка к матери и детско-родительскими отношениями. Эти исследования находятся на стыке социально-психологической и педагогической науки. Это направление

является базовым для всей последующей помощи, которая будет оказываться семье и ребенку с нарушениями в развитии.

Отечественные исследования, посвященные изучению развития детей раннего возраста, представлены работами, проведенными в рамках культурно-исторической теории Л.С. Выготского и теории деятельности. В них рассматривается социально-эмоциональное, речевое и познавательное развитие [6].

Поэтому работа с семьями является одним из приоритетных направлений реабилитации.

Семьи с детьми с ограниченными возможностями здоровья – особая категория, относящаяся к группам риска. Известно, что количество психических (невротических и психосоматических) расстройств в семьях с детьми, имеющими ограниченные возможности здоровья выше, чем в семьях, не имеющих детей с особыми потребностями в 2,5 раза. Распад семей с детьми с нарушениями в развитии происходит значительно чаще [9].

В семьях детей с ограниченными возможностями здоровья происходят качественные изменения на трех уровнях:

- психологическом – в силу хронического стресса, вызванного заболеванием ребенка, постоянными и различными по своей природе психотравмирующими воздействиями;
- социальном – семья этой категории сужает круг своих контактов, матери чаще всего оставляют работу, рождение ребенка деформирует отношения между супругами;
- соматическом – переживаемый родителями стресс выражается в различных психосоматических заболеваниях.

Говоря о семье, нельзя не упомянуть цикл её жизни. Исследователи выделяют следующие стадии жизненного цикла семьи как социального института: начало семейной жизни, рождение ребенка и его дошкольный возраст, школьный возраст, подростковый возраст, взросление, постродительская стадия и старение.

В зависимости от природы и тяжести нарушений у ребенка и реакции на них семьи, стадии, через которые проходит семья особого ребенка, могут быть до некоторой степени уникальны. К некоторым семьям вообще невозможно применять модели, существующие в теории жизненных стадий, поскольку их жизненный цикл определяется нестандартными событиями, происходящими в жизни ребенка. Дети с ограниченными возможностями здоровья обычно медленнее проходят определенные жизненные циклы или этапы развития, а некоторых этапов могут не достигнуть вовсе.

Восприятие нарушения как потери «нормального» ребенка может привести к периоду скорби, аналогичной скорби в случае смерти члена семьи. Тип и степень тяжести нарушений могут играть ключевую роль в восприятии и поведении семьи. Стыд и страх непонимания, испытываемые некоторыми

членами семьи, вынуждают семью уединяться в тот период, когда ей особенно необходима социальная поддержка и психолого-педагогическая реабилитация.

Таким образом, семьи в процессе воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья сталкиваются с большим числом трудностей. Порой самые близкие люди ребенка пребывают в состоянии хронического стресса, вызванного его болезнью, обстоятельствами лечения, воспитания, обучения, профессионального становления, переживают за его будущее. Включенность таких семей в общество может быть ограниченной, так как люди с нарушениями при взаимодействии с окружающими обычно сталкиваются с предрассудками. Семья сталкивается с физическими барьерами окружающей среды, так как общество как социально, так и физически приспособлено к нуждам здоровых индивидов. Дети и семьи, нуждающиеся в помощи специалистов, имеют различные нарушения и проблемы. В связи с этим каждой семье требуется индивидуальный подход, который предусматривает различные формы работы. Одной из форм работы СПб ГБУ «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района» является социальный патронаж семей на дому. Социальный патронаж на дому осуществляется в следующих случаях:

- ребенку предстоит операция/период после операции. В данный период ребенку не рекомендовано общение с другими детьми во избежание заболеваний передающихся воздушно-капельным путем. Ребенок может быть соматически ослаблен;
- семья находится в трудной жизненной ситуации. (Многодетная семья, невозможность оплатить транспорт, ослабленное состояние или болезнь матери);
- множественные, тяжелые нарушения в развитии. Зачастую детям с множественными или тяжелыми нарушениями в развитии не делают плановые прививки, может быть снижен иммунитет. Кроме того, нередко у таких детей случаются эпилептические приступы.

Большинство семей, которые нуждаются в социальном патронаже на дому – это семьи с детьми со множественными, тяжелыми нарушениями в развитии.

Основной задачей специалистов, осуществляющих патронаж, является нормализация жизни ребенка с нарушениями. С семьей проводится следующая работа:

- информирование об особенностях развития их ребенка, о способах взаимодействия с ним. Обсуждение прогноза развития ребенка;
- консультирование и помощь в создании или изменении доступной и безопасной среды. Консультирование об организации физической среды для улучшения двигательного развития ребенка;
- информирование о необходимости и способах получения технических средств реабилитации (ортопедическая обувь, вертикализатор, ходунки и т.д.). Обсуждение вторичных нарушений и их профилактики;

- совместный подбор правильной и удобной позы для ребенка, смена поз (для детей с множественными нарушениями). Подбор позы для кормления, для развивающих занятий, для отдыха, для самостоятельной деятельности ребенка;

- консультирование о возможности применения альтернативных средств коммуникации (для детей, не способных использовать словесную речь), таких как жесты, карточки, специальные игрушки, компьютерные программы.

Описание случая

В апреле 2014 года в отделение социально-медицинского сопровождения впервые обратилась семья, воспитывающая троих детей с ограниченными возможностями в развитии. Обычно первичный прием проходит в Центре, но у семьи не было возможности приехать, так как все три ребенка не передвигались самостоятельно, а в дневное время с ними находилась только мама, Наталья. Папа работал. Поэтому педагог-психолог и инструктор по лечебной физкультуре выехали на дом. При изучении медицинских карт было выяснено, что дети (три девочки) от второй беременности (ЭКО), роды произошли на 30-ой неделе, было проведено кесарево сечение. У девочек ДЦП, задержка психомоторного развития. На момент обращения детям было 4 года 6 месяцев.

В ходе беседы с мамой было выяснено, что инвалидность была оформлена в возрасте 4-х лет и проводились только мероприятия по медицинской реабилитации: массаж, гипсование. Наталья объяснила столь позднее установление инвалидности надеждой на то, что двигательные нарушения будут компенсированы еще в раннем возрасте и девочки «поправятся». При достижении детьми четырехлетнего возраста появилась необходимость получения технических средств реабилитации и родители приняли решение оформить инвалидность. Наталья озвучила следующие проблемы, с которыми столкнулась ее семья:

- несоблюдение режима дня. У девочек наблюдались проблемы с приемом пищи, сном, прогулки осуществлялись редко;

- незнание мамы способов развития детей;

- самочувствие мамы: нарушения сна, частые головные боли, боли в спине, головокружения;

- невозможность строить планы на будущее. Мама не планировала отдавать детей в дошкольное учреждение, попросила у специалистов Центра информацию о надомном обучении в школе.

После проведения первичного приема Наталье были предложены домашние визиты педагога-психолога и инструктора ЛФК один раз в неделю для построения программы сопровождения семьи и изучения особенностей детско-родительских отношений в семье, и выявления особенностей воспитания, наличия и выраженности эмоционального контакта между родителями и детьми.

Маме девочек было предложено заполнить опросник для родителей «Анализ семейных взаимоотношений» (АВС), созданный Эйдемиллером Э. Г. и Юстицкисом В. В. Данный опросник имеет два варианта: детский и подростковый. Мы использовали детский вариант [5].

Мы выявили высокий уровень протекции с помощью шкалы «гиперпротекция», что указывает на то, что детям уделяют большее количество сил, внимания и времени в процессе воспитания. Кроме того, результаты по шкале «потворствование» показали высокую степень, в которой деятельность матери нацелена на удовлетворение материально-бытовых и эмоциональных потребностей детей. Иными словами, абсолютно все силы Натальи направлены на заботу о детях, их воспитание стало центральным делом ее жизни. Это подтвердилось ее высказываниями: «мне ничего не нужно», «я уже давно ничего себе не покупаю», «я так мало для них делаю».

Также нами была выявлена фобия утраты ребенка и воспитательная неуверенность. Это подтвердилось страхами мамы ошибиться в процессе взаимодействия с детьми, преувеличением серьезности нарушений у девочек. В процессе общения со специалистами Наталья часто рассказывала о том, что они с мужем долго планировали беременность, дети были желанными, говорила о том, что не чувствует себя плохой матерью.

В связи с этим была разработана программа сопровождения семьи, которая реализовывалась во время домашних визитов в течение трех месяцев. Работа осуществлялась в рамках семейно-центрированной модели помощи и проводилась в форме бесед, совместных игр с детьми, наблюдения за игровой деятельностью детей. Маме была дана информация о деятельности отделения дневного пребывания, в котором она могла оставить детей на несколько часов под присмотром воспитателей. Изначально идею водить девочек в группу Наталья не поддержала.

В июле 2014 года семья уехала на дачу и домашние визиты прекратились.

В сентябре 2014 года работа возобновилась. Специалисты продолжали посещать семью на дому. Наталья согласилась посетить праздничные мероприятия Центра «Праздник осени» и «Новогоднюю елку», на которых познакомилась с другими семьями, воспитывающими детей с нарушениями в развитии. В апреле 2015 года Наталья согласилась привозить в Центр на 2-3 часа в день одну из девочек, Анну, которая к тому моменту начала самостоятельно ходить и разговаривала. В течение двух месяцев Анна посещала группу дневного пребывания, успешно адаптировалась и демонстрировала хорошие результаты в двигательном и речевом развитии. На летний период семья снова уехала на дачу. С сентября 2015 года Наталья планирует начать водить в группу дневного пребывания всех трех девочек.

Таким образом, социальный патронаж на дому является важной и значимой формой психолого-педагогической поддержки семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья. При определенных усилиях семьи, при взаимодействии со специалистами итоговым достижением работы с родителями является развитие детско-родительских отношений, установление контакта с ребенком. Под контактом мы понимаем не только взаимодействие, но и проявление заинтересованности в воспитании, умение наблюдать за ребенком и делать выводы из своих наблюдений, умение создать ситуацию делового сотрудничества, вовлечь ребенка в игру в соответствии с его возможностями, умение создать игровую ситуацию и с другими детьми, умение передать ребенку способ овладения общественным опытом. В таких случаях внутрисемейная атмосфера рассматривается как коррекционная, которая своим гармоничным воздействием развивает ребенка, формирует в нем положительные нравственные качества, доброе отношение к миру [1].

Литература

1. Авдеева Н.Е., Мещерякова С.Ю. Вы и младенец: истоков: у истоков общения. – М.: Педагогика, 1991.
2. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида. – М., Инфра-М, 2001.
3. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) – М.: Теревинф, 2009.
4. Бабенкова Р.Д., Ишюлктова М.В., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. – М.: Инфра-М, 1999.
5. Варга А. Я. Системная семейная психотерапия. Курс лекций. – СПб.: изд-во Речь, 2001.
6. Выготский Л.С. Психология развития ребенка. – М.: Смысл, Эксмо, 2003.
7. Джон Боулби. Привязанность, издательство: Гардарики, 2003 г.
8. Жиянова П.Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи детям с синдромом Дауна. – М. 2006.
9. Милтон Селигман, Розалин Бенджамин Дарлинг. Обычные семьи, особые дети. Системный подход к помощи детям с нарушениями развития. – Издательство: Теревинф, 2009.

Открытая среда как путь к интеграции. Опыт создания проекта «Пространство радости»

Шарова Галина Владимировна

Аннотация: в статье описана модель пространства открытой среды для социализации молодых людей с расстройством аутистического спектра (РАС), которая создается специальной структурой и поддержкой волонтеров.

Показано взаимовлияние сообществ волонтеров и молодых людей с нарушениями друг на друга, роль социализации и аффективной регуляции для людей с РАС.

Ключевые слова: РАС – расстройство аутистического спектра, волонтеры, аффективная сфера, саморегуляция, открытая среда.

Open Environment as the Way to Integration. The Experience of Creating a Project “Space of Joy”

Sharova Galina

Annotation. The article describes a model of the open environment space for the socialization of young people with autism spectrum disorders, which is created by a special structure and the support of volunteers. The article also shows the mutual influence of the communities of volunteers and young people with disorders, as well as a role of socialization and affective regulation for people with autism spectrum disorders.

Keywords. Autism spectrum disorder, volunteers, affective sphere, self-regulation, open environment.

Здоровому обществу очень трудно признать, что что-то с ним не так! Большинство из нас еще долго будет игнорировать людей с нарушениями развития или в лучшем случае создавать для них отдельные специальные условия, или изучать их как явление, но не вступать с ними в обычное человеческое общение, не устанавливать отношения. Причины этого многообразны и достойны исследований в разных областях науки: философии, социологии, культурологии, этологии, социальной психологии и т. д. Мы попытаемся обратить здесь внимание на одну из сторон: психологический контекст механизмов такого взаимодействия или его отсутствия. Данная статья не является итогом научного исследования проблемы, она – продукт осмысления многолетней практической работы с людьми с расстройствами аутистического спектра (РАС), их семьями и волонтерами.

Выстраивание принимающей среды – это кропотливый, но благодарный труд, который нужно проделывать специалистам в области коммуникации, чтобы создать условия, необходимые для преодоления изоляции людей с нарушениями. Теперь уже мало констатировать, что наше общество не готово к этому взаимодействию. Пора переходить к самому КОНТАКТУ. Где? Когда? С чьей помощью и поддержкой обычные люди могут научиться иначе воспринимать человека с другими возможностями? На эти вопросы мы уже готовы ответить.

«ПРОСТРАНСТВО РАДОСТИ» – это социальный волонтерский проект, существующий в составе СПб БОО «Детский кризисный центр» уже девять лет. Строго говоря, нет такого места – Пространство Радости. Это не место, а

время – с 17 до 22 часов в пятницу – контакта, когда каждую неделю возникает это Пространство (а потом исчезает) в здании Чесменского дворца XVIII века, где в остальное время идет своя размеренная жизнь. Это касается *физического* существования события, но существует и другое, а именно *эмоциональное* пространство, которое не исчезает от встречи до встречи, оно очень конкретно, наполнено своим содержанием, в чем-то общим, в чем-то для каждого индивидуальным. Для многих в Петербурге это Пространство Радости уже есть, оно существует во внутренней реальности его участников и играет важную роль в их душевной жизни.

ФАКТЫ, ПРОЕКТ СНАРУЖИ

Это сообщество и место встреч:

- молодых людей с РАС как основным или как сопутствующим диагнозом (поведенческий тип характерен для данного синдрома),
- членов их семей,
- людей разных профессий и возрастов, приходящих постоянно или изредка для общения, творческих проектов и помощи.

Около 60 семей-участников с РАС в возрасте от 14 до 40 лет, более 1000 за 9 лет.

Волонтеров, постоянно присутствующих на встречах – 8-15

Частота – 40 встреч в год, встречи – еженедельно по 3 (5) час.

Штат: 2 сотрудника (1 ведущий специалист – психолог, консультант-супервизор; 1 музыкальный терапевт).

СТРУКТУРА ВСТРЕЧ

4 части: три часа – все вместе, и на 1,5-2 часа остаются только волонтеры.

Первый час. Сбор и чаепитие.

Второй час. Общий круг (иногда малые круги), во время которого мы делимся новостями, мыслями, чувствами, отвечаем на вопросы и обсуждаем любые заинтересовавшие темы. Это пребывание вместе и взаимный обмен или коллективное творчество.

Третий час. Творческие активности: рисуем, поем, танцуем, ставим спектакли, делаем мультфильмы и т.д. Часто к нам заглядывают разные интересные гости: музыканты, артисты, художники. Содержание этой части зависит от предложений участников, от их возможностей и потребностей на данный момент встречи, всегда бывают альтернативы.

После общей встречи – главная часть – внутренняя работа волонтеров, где они с супервизором обсуждают возникавшие ситуации и способы решения, говорят о своих чувствах. Здесь – гибкий формат: и консультирование, и совместный анализ происходящего, и индивидуальная рефлексия, и планирование. Фокус внимания на их чувствах, желаниях, наблюдениях.

Вне пятниц также проходят совместные выезды в музей, театр, на экскурсии, или просто прогулки. Волонтеры активно помогают ребятам в поисках учебы и работы

Главное условие – встречи проходят в свободном режиме: каждый сам решает, в чем, как и сколько он хочет участвовать (по настроению и возможностям).

За время существования Пространство выросло из компании, состоящей из семи человек, в клуб до 100 человек по праздникам.

Мы задались целью понять на чем, на какой энергии работает наш проект, какие потребности участников он удовлетворяет. Наш фокус внимания сосредоточен не только на тех процессах, которые происходят внутри людей с РАС. Нам представляется очень важным и то, что происходит внутри волонтеров в связи с их общением с ребятами. Здесь мы хотели рассмотреть именно эту сторону работы проекта, так как именно от этого зависит, будут ли аутисты и дальше одиноки в нашем мире.

Все, что нам удалось понять и сформулировать – результат наблюдений, бесед и совместных размышлений над происходящим снаружи и внутри.

СУТЬ И ФИЛОСОФИЯ ПРОЕКТА, ПРОЕКТ ИЗНУТРИ

Отправная точка – двусторонняя закрытость. Синдром аутизма содержит свою вынужденную защитную изоляцию. Неготовность общества принять в себя людей с особенностями развития имеет свои механизмы психологической и социальной защиты. Когда мы сетуем на общество, не желающее интегрироваться, мы игнорируем механизмы этого сопротивления так же, как собственные защитные аффективные механизмы, закрытые для нас сформированными доминирующей культурной средой стереотипами. В этих случаях мы не идентифицируем себя с обществом и ждем или требуем «от него» невозможного, тогда как можно подойти к себе со вниманием и бережностью так же, как волонтеры пробуют подходить к особенностям ребят.

Из чего в детстве формируется отношение к людям с нарушениями? Фундамент этого отношения закладывается достаточно рано и прочно, мы выделили три важных составляющих:

– во-первых, ***собственные наблюдения и чувства ребенка*** при первых встречах с такими людьми: мы предполагаем, что для них это равноправная в плане познавательного интереса часть мира, часть социума;

– во-вторых, ***чувства взрослых***, гораздо более разнообразные и трудные для переживания и осознания. ***Не так важно, что взрослый говорит ребенку, гораздо важнее, что он чувствует при этом. Это ложится в эмоциональную основу отношения ребенка к «особым» людям. Тяжелые чувства становятся фильтром для познавательных процессов;***

– в-третьих, ***модель поведения взрослого*** при встрече с человеком с нарушениями. Эмоциональные и поведенческие паттерны передаются ребенку даже вне зависимости от того, как взрослый объясняет ему новое явление действительности. Но в объяснениях к тому же часто присутствует послание «Не нужно...». Типична ситуация, при которой взрослый отвлекает, переключает ребенка, может быть, заботясь о чувствах больного человека, из

деликатности. Видимо, это объясняется страхом причинить вред и так страдающему человеку. Социальный миф, сформулированный как правило поведения: «Если с человеком что-то не так, лучше не обращать на это внимание», – выполняет функцию защиты друг от друга. Контакт прерван. Часто он запоминается ребенком как нежелательный, «неприличный». Остается незавершенность, в основу дальнейшего поведения и отношения к людям с особенностями развития ложится сложный комплекс спутанных чувств и защитная реакция. **Именно с этого момента, по нашему мнению, эта часть мира и социума постепенно становится «невидимой» для нашего сознания.** Многие волонтеры признавались, что «просто не видели таких людей раньше, но может быть, просто не замечали...», тем более не приходилось вступать в контакт – страшно, неловко и т.д. Редко люди прямо признаются в страхе за себя, гораздо чаще говорят о страхе самим сделать хуже «особому» человеку. Сам контакт с сильно непохожим человеком, в котором могли бы быть самые разные чувства, в том числе и позитивные, **внутренне** не допускается.

Это один из элементов «социализации» обычного, здорового человека, хорошо знакомый большинству из нас.

Параллельно происходит еще один процесс: при встрече со странным нестандартным поведением звучит оценка «больной», имеющая эмоционально негативную окраску. Например, если человек (ребенок или подросток) начинает вести себя не по правилам, принятым в определенном сообществе, с большой вероятностью он может услышать в свой адрес: «Больной!», а может и «Псих!» Эти определения выражают отвержение и вызывают естественные чувства стыда и страха и являются не чем иным, как стигматизацией спонтанной части себя и одновременно дальнейшим отчуждением образа «больного», «не такого, как все». С раннего возраста на таких примерах может происходить обучение тому, как важно все-таки вести себя, «как все», а не как «больные», и части своих спонтанных реакций не проявлять.

В этом месте у социума стоят серьезные защиты, и в процессе развития дети воспринимают отношение и эмоциональную реакцию значимых людей как на того, кого называют «больным», так и на собственные ненормативные проявления.

Еще одна часть психики становится подавленной. Это наша плата за следование доминирующему социальному стереотипу. Этологически оправданные адаптивные функции описанного стереотипа входят в противоречие с тенденциями развития личности и индивидуальности человека. Поэтому, как нам кажется, такая глубоко нами уважаемая часть социума, которой являются волонтеры, приходя в проект, проделывает путь к диалогу с Другим. Этот путь – их собственное освобождение и становление. Об этом многие из них говорят на обсуждениях [1].

Для того чтобы происходило освобождение от интроецированных чувств и установок, выстраивание новых моделей поведения, нового отношения,

нужны специальные места, которые мы называем «открытые пространства» или «открытая среда», где можно, во-первых, встретиться с людьми, не похожими на тебя, где ты сможешь помочь им, а они смогут помочь тебе. Во-вторых, нужны специалисты, которые это понимают и поддерживают, фасилитируют и сопровождают этот процесс. Фокус внимания ведущего такого проекта должен быть сосредоточен на чувствах и потребностях, касающихся контакта, у каждого участника – это самое важное, так вырабатывается определенная культура взаимодействия. Волонтеры, приходя помогать, часто быстро понимают, что на встречах происходит взаимная помощь. Мы предполагаем, что под осознанным мотивом «помогать» находится внутренняя потребность восстановить более целостную картину мира и образ себя, вернуть себе, равно как и Другому, право быть собой и свободно проявлять в контакте свою индивидуальность.

В результате в атмосфере безопасности, доброжелательности и принятия, с вниманием, направленным к чувствам и желаниям, реализуется, по нашему мнению, внутренняя потребность, руководящая волонтером, – *освобождение от стереотипа и тяжелых, и спутанных чувств, связанных с образом «больного».*

Радость – это следствие разрушения стереотипа и открытия, что можно не бояться, не сокрушаться, не стыдиться, а говорить, смотреть, двигаться вместе, просто спокойно быть рядом, а главное – веселиться и творить, и именно это сближает и привлекает сюда всех.

Таким образом, происходят два важнейших взаимосвязанных и взаимно обогащающих процесса. Люди с РАС интегрируются в «здоровое» общество. А само общество – в лице волонтеров и благодаря им – постепенно меняется, принимая отверженную ранее часть себя. Это прямое следствие внутриличностного изменения восприятия себя через изменение восприятия Другого, принятия игнорируемой части себя, связанной с образом «больного», пересмотра ее содержания и освобождения от страха спонтанности, нестандартного поведения, отличия себя от других, обретения большей целостности и индивидуальности.

Методологически мы опираемся на разные подходы и концепции отечественной и зарубежной психологической теории и практики, философии, социологии. Здесь же мы сможем упомянуть лишь два самых близких нам источника идей и вдохновения. Первый – это концепция развития аффективной сферы человека О. С. Никольской [2], рассматривающей ее как многоуровневую систему организации поведения и сознания. Именно культурная среда запускает аффективные механизмы переживания, позволяющие в процессе решения задач адаптации и саморегуляции усваивать человеческий опыт, формировать свой особый рисунок поведения и отношения к жизни. За девять лет накоплен богатый опыт наблюдения за положительной динамикой в эмоционально-волевой и коммуникативной сферах у подопечных с РАС. Если мыслить категориями О. С. Никольской, то «Пространство» нам

представляется той культурной средой, которая помогает его участникам достраивать недостающие звенья системы эмоциональной регуляции с переходом на более высокие уровни организации сознания и поведения. Причем не только подопечным с РАС, но и самим помогающим волонтерам, так как развитие в данном направлении не имеет границ и далеко выходит за рамки категорий «норма-патология», затрагивая глубокие процессы формирования индивидуальности каждого человека.

Именно поэтому мы не обучаем своих волонтеров перед началом работы. По мере формирования особого запроса с их стороны, может проводиться углубленное обучение, но не на первых этапах встреч. Аффективные механизмы адаптации и саморегуляции нашего сознания и поведения способны намного лучше произвести работу по подстройке одних к другим нежели самое превосходное, но заранее выстроенное и организованное вербальное обучение. Как нам представляется, обучение волонтеров должно быть именно интерактивным и базироваться на анализе их чувств и потребностей в связи с новым для них опытом. Фактически это обучение самой жизнью – практика осознания себя – с возможностью рефлексии чувств, мыслей после общения с участниками проекта с обязательным участием супервизора – специалиста по работе с РАС. Желательны также психотерапевтическая и тренерская квалификации супервизора. В целом этапы и формы работы с волонтерами обычные: собеседование, поддержка и сопровождение, групповые и индивидуальные супервизии.

Другим концептуальным ресурсом и одним из надежных инструментов в нашей работе являются также теория и метод ненасильственного общения М. Розенберга [3]. Метод ненасильственной коммуникации (ННО или NVC) фокусирует внимание на четырех областях: наблюдении, чувствах, потребностях и просьбах. В рамках данной теории существует допущение, что необходимость конкурировать и доминировать – всего лишь усвоенное поведение, сложившееся и упрочившееся в насильственной среде, каковым является современное цивилизованное общество. Принимается ряд других допущений: все чувства указывают на удовлетворенные и неудовлетворенные потребности; любые действия человека есть попытка удовлетворить некие потребности; основные потребности у всех людей одинаковы; у всех есть потенциальная способность сочувствовать и потребность делиться; в удовлетворении своих потребностей, если понять их реальное значение, люди не только могут не мешать, но напротив – помогать друг другу и т. д.

По нашему представлению данный подход предлагает выстраивать диалог в «Я-ТЫ» отношениях, что создает возможность осознать свою общность с Другим, свою принадлежность к социуму и единство себя с миром.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Подводя итог, вернемся к тому, что получают участники с РАС и их родители: благодаря проекту, ставшему значимой частью их жизни, молодые люди с РАС обрели свою среду и почувствовали включенность в мир своих

сверстников, в жизнь. Из заметных результатов можно перечислить следующие:

- усиливаются интерес к происходящему вокруг и желание контактировать с людьми,
- улучшается визуальный контакт и способность к диалогу;
- становится шире и богаче их эмоциональный спектр;
- развиваются речь, способность выражать свои мысли, желания, чувства;
- расширяется сфера жизненной активности: навыки, интересы, увлечения;
- развивается способность к пониманию внутреннего мира другого, к эмпатии.

Подчеркнем еще раз, что проект сугубо социальный и никогда не ставил целью какую-либо терапию, обучение или коррекцию. Наши волонтеры не должны «заниматься» с аутистами, но они могут научиться быть вместе.

Родители в проекте получают время на восстановление душевных сил, на общение друг с другом, на творчество или просто на отдых от ребенка. Очень важно, что образуется свой круг, в котором рождаются различные родительские инициативы. Так здесь возник новый проект «Мастерские», которому уже 5 лет!

НОВОЕ ПОКОЛЕНИЕ

На встречах присутствует все больше детей. Это дети волонтеров или их знакомых, братья, сестры, племянники участников. Пространство очень привлекательно для них: общая приятная и свободная атмосфера создает контекст общности каждого с каждым. Ребята с особенностями развития составляют их среду общения по крайней мере раз в неделю, и дети наиболее естественны в своих контактах с ними. Это главная перспектива – новая генерация. Что касается волонтеров, это то поколение, которое составит основную движущую силу общества в ближайшие несколько десятилетий. Они начинают формировать новое общественное сознание с тем личным опытом, который получили здесь, в нашей открытой среде.

Литература

1. Волонтеры в проекте Пространство Радости. – М: Аутизм и нарушения развития №4 (35) 2011 – с. 61-68.
2. Никольская О.С. Аффективная сфера человека как система смыслов, организующих сознание и поведение. М.: МГППУ, 2008. – 464 с.
3. Розенберг М. Язык жизни. Ненасильственное общение. М.: Издательство София, 2009. – 169 с.

Раздел 3. Информационно-методические статьи

Внеурочная деятельность как средство социализации и интеграции детей с ОВЗ в общество. (Из опыта работы)

Андреева Марина Юрьевна, Самсонова Алла Владимировна

Аннотация: в статье описывается работа с детьми, имеющими тяжелые множественные нарушения развития, во внеурочное время, а именно различные проекты, помогающие социализации и интеграции таких детей в общество.

Ключевые слова: социализация, интеграция, тяжелые нарушения развития детей.

Extracurricular Activities as a Means of Socialization and Integration of Children with Disabilities into Society (from Experience)

Andreeva Marina, Samsonova Alla

Annotation. The article written by practicing teachers. It focuses on the work with children with severe multiple disabilities after school. The article also describes various projects that help socialization and integration of these children into society.

Keywords. Socialization, integration, children with severe developmental disabilities.

Социальная интеграция – это двусторонний процесс: необходима как готовность общества «принять» детей с различными нарушениями в развитии, так и способность детей с ОВЗ – ограниченными возможностями здоровья - выстроить свои отношения с обществом. Поэтому одной из основных задач школы является подготовка детей к самостоятельной жизни в обществе, к трудовой деятельности, которая нередко осуществляется совместно с другими людьми

Термин «социализация» означает процесс усвоения человеком определенной системы знаний, норм и ценностей, позволяющих ему функционировать в качестве полноправного члена общества. Однако социальная адаптация детей с ОВЗ связана не только с их дальнейшим трудоустройством, но и с включением в общественную жизнь. Это требует наличия у обучающихся таких социальных качеств, как коллективизм и умение общаться со сверстниками и взрослыми. Работа в данном направлении проводится с учениками с самого первого дня пребывания их в нашей школе.

В ГБОУ школе № 627 Невского района г. Санкт-Петербурга обучаются дети с ЗПР (задержкой психического развития), со сложной структурой дефекта (нарушения опорно-двигательного аппарата различной степени

тяжести в сочетании с сенсорными нарушениями), с ТМНР (тяжелые множественные нарушения в развитии – глубокая и умеренная умственная отсталость), с синдромом Дауна, дети с расстройствами аутического спектра. Главной целью деятельности учреждения является гуманизация образовательной среды, обеспечивающей каждому ребенку с ограниченными возможностями необходимые условия для максимально эффективного образования и воспитания. Мы считаем, что в школе дети, помимо учебных знаний, должны получать навыки общения, сотрудничества, усваивать нравственные понятия и ценности, приобретать умения, необходимые для будущей трудовой деятельности. В нашей школе существуют различные формы и способы работы, направленные на социализацию детей с ОВЗ, и одним из приоритетных направлений является внеурочная деятельность.

Внеурочная деятельность – понятие, объединяющее все виды деятельности школьников (кроме учебной), в которых возможно и целесообразно решение задач их воспитания и социализации. Согласно ФГОС организация занятий по направлениям внеурочной деятельности является неотъемлемой частью образовательного процесса в школе. Основными задачами внеурочной работы с учащимися с ограниченными возможностями являются:

- создание социально-психологических условий, позволяющих обеспечить полноценную интеграцию и личностную самореализацию учеников с особыми потребностями в образовательном учреждении;
- всестороннее развитие ребёнка в соответствии с его возможностями;
- успешная социализация детей, обеспечение их полноценного участия в жизни общества.

Традиционно одним из направлений внеурочной работы являются классные часы, которые в первую очередь направлены на сплоченность детского коллектива, налаживание взаимоотношений в классе, понимание своей значимости в общем деле.

Следующее направление внеурочной деятельности – это кружки и секции. «Рукоделие», «Литературный клуб», «Керамика», «Ритмика», «Бочче» – вот неполный перечень тех секций, которые работают в нашей школе. Цель этих занятий: развивать познавательный интерес, готовить к выбору будущей профессии, воспитывать аккуратность, бережливость, эстетический вкус, умение общаться, трудолюбие, укреплять здоровье.

В школе № 627 дети разнообразно проводят досуг. В нашем учебном учреждении организуются различные мероприятия: праздники, концерты, спортивные фестивали, викторины, спектакли, музыкальные и литературные вечера. Различные мероприятия устраиваются и за стенами школы. Ученики выезжают на экскурсии, посещают музеи и выставки. Наши дети успевают заниматься иппотерапией, посещать занятия в реабилитационном центре. Вся эта внеурочная работа призвана удовлетворять постоянно меняющиеся

интересы детей и подростков, духовные, социокультурные и образовательные потребности, создавать широкие возможности школьникам для занятий любимым делом.

Хорошим способом социализации детей является проектная деятельность. Она направлена на сотрудничество педагога и учащегося, развитие творческих способностей, дает возможность раннего формирования профессионально-значимых умений учащихся. Проектная деятельность нацелена на развитие личности школьников, их самостоятельности, творчества. У нас в школе очень популярны проекты, в которые включены дети из разных классов. Так в экологическом проекте «Берегите землю» участвуют школьники 2-х и 3-их классов с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью. В культурологическом проекте «История и культура Санкт-Петербурга» задействованы учащиеся 4-6-х классов с ЗПР и умеренной умственной отсталостью.

Есть и проекты, которые выходят за рамки нашего образовательного учреждения. Мы имеем опыт проведения временной интеграции учеников с особенностями развития. Под временной интеграцией подразумевается объединение учащихся с ОВЗ, вне зависимости от уровня психофизического и речевого развития, со здоровыми детьми для проведения различных мероприятий воспитательного характера. Такое объединение способствует социализации детей с ОВЗ, а для нормально развивающихся детей создаёт среду, в которой они начинают осознавать, что мир представляет собой «единое сообщество людей, включающее людей с проблемами».

Существует межшкольный социально-педагогический проект «Радость сотворчества». С нашей школой сотрудничает ДШИ имени М. И. Глинки. Ученики музыкальной школы показывают детям с ОВЗ театрализованные представления, исполняют классическую музыку на различных музыкальных инструментах. Наши учащиеся также принимают участие в концертах, литературных конкурсах. Эти мероприятия проводятся с целью включить детей с ОВЗ в процесс социализации, расширяя тем самым их коммуникативные возможности, умение вступать в контакт, общаться на доступном для них уровне, а также для включения детей в эстетическую среду. Наши учащиеся вовлечены в районный проект гражданско-патриотической направленности «Ради жизни на земле». В рамках этого проекта мы сотрудничаем с гимназией № 498, со школой № 17, с детской библиотекой № 1 им. Н. К. Крупской, с музеем «Невская застава» и с Советом ветеранов Невского района. Приоритетные направления этого проекта таковы:

- формирование у учащихся образовательных школ гуманистического мировоззрения;
- ускорение процесса интеграции и социализации детей с особыми потребностями в общество;
- развитие способности у детей с ОВЗ эффективно общаться с окружающими;

- развитие у детей с особенностями в развитии адекватного поведения;
- расширение социальных контактов детей с ОВЗ;
- стимулирование совместной творческой деятельности учащихся.

Учащиеся старших классов – дети с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью – принимают участие в совместном проекте с центром реабилитации. Кроме учащихся нашей школы, участниками проекта стали взрослые люди, проходящие реабилитацию в центре, специалисты разных профессий, педагоги и родители. Проект «Трудовое обучение детей с особыми образовательными потребностями» осуществляется в области декоративно-прикладного искусства, которая интересна всем его участникам, где каждый, вне зависимости от способностей, может успешно реализовать свой потенциал. Дети, участвующие в проекте, не только учатся освоению различных техник декоративно-прикладного творчества (керамика, декупаж, валяние), но и приобретают качества, необходимые в любой сфере жизни: умение общаться, работать в команде, доводить начатое дело до конца, умение оценивать результат, радоваться успеху и переживать неудачи, правильно оценивать свои возможности.

Ученики школы № 627 неоднократно занимали призовые места на турнирах по бочке, становились дипломантами на выставках творческих работ в ДТЮ, лауреатами районных и городских конкурсов. Одно из самых свежих наших достижений – это победа на Всероссийском творческом конкурсе «Звезда Удачи»: ученики начальной школы завоевали первое место, выступив с инсценировкой сказки. Обучающиеся 10-х классов участвовали в конкурсе социальной рекламы, посвящённом 70-летию Победы в ВОВ на X Международном книжном салоне, и заняли первое место. Плакат, созданный учениками совместно с учителями технологии, размещён на рекламных баннерах Санкт-Петербург.

Благодаря внеурочной деятельности учащиеся с ОВЗ получают возможность расширить свои социальные контакты, что является одним из приоритетных направлений коррекционно-развивающей работы (см. программу образования учащихся с умеренной и тяжёлой умственной отсталостью» под ред. Л. Б. Баряевой, Н. Н. Яковлевой). Кроме того, проведенная работа позволила детям с нарушениями в развитии приобрести навыки коммуникации со сверстниками, получить опыт межличностного взаимодействия в разных ролевых и социальных позициях, расширить их знания о других людях, и об окружающем мире в целом. Эти формы работы повысили адаптационные возможности детей, которые им будут необходимы в дальнейшем. Школьники стали выезжать на различные городские мероприятия, где им пригодились навыки общения с незнакомыми людьми, полученные в результате проведения совместных мероприятий с учениками музыкальной школы, учащимися гимназии, работниками библиотеки и музея «Невская застава». Таким образом, произошла интернальная интеграция, и

результатом таких мероприятий стал положительный опыт взаимодействия учеников с ОВЗ и общества.

В заключение хотелось бы отметить, что поиск наиболее оптимальных путей, средств, методов, форм работы для успешной адаптации и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общество – это актуальная задача, которую можно решить только совместными усилиями. Педагоги нашей школы активно занимают эту позицию и работают в этом направлении, находя всё больше откликов и предложений о сотрудничестве и включении учащихся с ОВЗ в различные районные и городские мероприятия.

Организация трудовой деятельности инвалидов с нарушением интеллекта как основа успешности социально-трудовой реабилитации

Афанасова Татьяна Яковлевна

Аннотация: в статье описывается реализация проекта по организации трудовой деятельности клиентов социально-трудового отделения для людей с нарушением интеллекта в рамках социальной реабилитации в СПб ГБУ «ЦСРИДИ Невского района Санкт-Петербурга».

Ключевые слова: вовлечение в трудовую деятельность; общетрудовые умения; формирование трудовой установки.

The Organization of Work of Persons with Intellectual Disabilities as a Basis for Successful Social and Vocational rehabilitation

Afanasova Tatiana

Annotation. The involvement of disabled people with intellectual disabilities in labor activity as the most important aspect of the organization of their life. The article describes the implementation of project on the organization of work of the clients of Social and Labor Department for people with intellectual disabilities within the framework of social rehabilitation at St. Petersburg state budgetary institution “The Center for Social Rehabilitation of the Disabled and Children with Disabilities of Nevsky District of St. Petersburg”.

Keywords. Involvement in labor activity, general labor skills, developing of attitudes for labor.

Вовлечение в трудовую деятельность людей с умственными нарушениями преследует широкие цели, такие как обучение трудовым навыкам и трудоустройство [1].

В Центре социальной реабилитации в работе с людьми с нарушением интеллекта основной акцент делается на формирование трудовой установки,

включение в домашний, хозяйственный, прикладной труд; на формирование и развитие на доступном уровне продуктивных видов деятельности, социального поведения, коммуникативных умений, расширение социальных контактов с целью формирования навыков социального общежития.

Проанализировав деятельность социально-трудового отделения для людей с нарушением интеллекта в направлении социально-бытовой адаптации, а также аналогичный опыт работы в других организациях, мы разработали проект «Организация посильной трудовой деятельности инвалидов с нарушением интеллекта как основа успешности социально-трудовой реабилитации». Посредством анкетирования, бесед, опросов, проводимых специалистами отделения, были выявлены предпочтения и профессиональные интересы инвалидов.

Целью проекта стала организация деятельности специалистов отделения, способствующей развитию трудовых навыков у инвалидов с нарушением интеллекта. Достижение этой цели предполагает действия, операции по организации трудовой деятельности инвалидов с нарушением интеллекта.

При подборе видов трудовой деятельности отдавалось предпочтение таким, которые не относятся к интеллектуальным, умственным видам труда, не требуют при этом какой-либо существенной теоретической подготовки или обширных знаний, принятия решений, материальной и моральной ответственности.

С учетом физических и психических особенностей клиентов, технических возможностей Центра было принято решение трудовую деятельность клиентов с нарушением интеллекта организовать по трём направлениям, модульно:

Модуль 1. «Помощники по столовой»

В процессе деятельности осуществляется формирование бытовых навыков по самообслуживанию во время приема пищи в столовой Центра. Таким образом происходит включение инвалидов с нарушением интеллекта в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне их психофизических возможностей. Они овладевают элементарными санитарно-гигиеническими навыками, осваивают простейшие правила самообслуживания. У клиентов воспитывается чувство взаимовыручки, потребности оказать помощь тому, кто в ней нуждается. В процессе трудовой деятельности формируются коммуникативные навыки.

Модуль 2. «Чистота вокруг нас»

Организуется работа по очистке территории от сухих листьев, от снега. Один раз в неделю – оказывается помощь в смене постельного белья на отделении временного проживания. Цель данной трудовой деятельности – воспитание трудолюбия, способности к преодолению трудностей, целеустремленности и настойчивости в достижении результата; развитие позитивного отношения к базовым общественным ценностям (труд, природа, красота).

Полученные трудовые навыки имеют важное практическое значение для

клиентов отделения. Они позволяют включить инвалидов с нарушением интеллекта в такие процессы, которые оказывают благотворное влияние на формирование личности: способствуют воспитанию привычки следить за чистотой помещения, территории, уделять внимание личной гигиене, что создает условия здорового образа жизни.

Модуль 3. «Цветоводство и ландшафтные работы»

Осуществляется уход за комнатными растениями. Выполняется работа по оформлению клумб и газонов на территории, прилегающей к Центру. Трудовая деятельность по модулям «Чистота вокруг нас» и «Цветоводство и ландшафтные работы» имеет сезонный характер. В открытом грунте на открытом воздухе работы выполняются с мая по октябрь в зависимости от погодных условий. Инвалидами осуществляются как достаточно простые операции, например перекопка газонов, подкормка удобрениями, так и более сложные: оформление клумб, выращивание рассады, стрижка газонов. Работающие должны уметь пользоваться садовой лопатой, граблями, посадочной лопатой, лейкой, ведром, тяпкой. В зимний период инвалиды ухаживают за комнатными растениями. Предусмотрены теоретические и практические занятия.

Необходимо отметить, что организация трудовой реабилитации инвалидов имеет ограничения, которые определяются и тяжестью состояния здоровья инвалидов, и реабилитационными ресурсами учреждения. При формировании групп осуществляется контроль выбора клиентов, способных заниматься трудовой деятельностью, учитываются пожелания по выполняемым видам деятельности и физические возможности. Для определения пожеланий клиентов проводится опрос.

На этапе подбора доступных видов труда используется диагностика «Хамет-2», разработанная немецкими специалистами и опробованная в Центре. Данная методика помогает выявить индивидуальные способности клиентов, их возможности освоить те или иные виды трудовой деятельности. Практика показала, что большинство клиентов с нарушением интеллекта имеют ремесленные навыки и вполне могут справляться с предлагаемыми видами деятельности.

Для реализации проекта на первоначальном этапе была создана одна постоянно действующая бригада из 20 человек, занимающаяся модульно трудовой деятельностью разной направленности. Это инвалиды с нарушением интеллекта, возраст которых от 18 до 30 лет. Бригада была разделена на три группы с учетом межличностных отношений, физического состояния и пожеланий клиентов.

Все виды деятельности осуществляются только под присмотром и при руководстве сотрудников отделения. Технологическая цепочка приспособляется к возможностям инвалидов. Она разбита на простые элементы. Одни работающие могут в течение длительного времени выполнять только простые, однообразные действия, другие осваивают более сложные.

Реализация проекта рассчитана на один год. Этот период можно рассматривать как предварительный этап работы по привитию трудовых навыков, в процессе которого осуществляется формирование установки на труд и позитивное отношение к трудовой деятельности в целом; развитие общетрудовых качеств, которые важны для успешности в любом виде труда (например, навыков общения, самоконтроля и т.п.); формирование базовых социальных ценностей, норм и правил поведения; формирование адекватной самоидентификации, адекватного уровня притязаний и самооценки.

На сегодняшний день можно сделать вывод, что трудовая деятельность инвалидов с нарушением интеллекта в рамках общественно-полезного труда осуществляется успешно. За достаточно короткий промежуток времени у многих клиентов изменилось отношение к этому виду деятельности: большинство с удовольствием выполняют задания; родители увидели целесообразность в занятости их детей. Получив навыки труда, наши клиенты применяют их в домашних условиях (опрос проводился во время родительского собрания в марте 2015 года).

Первоначально приходилось сталкиваться с отсутствием у клиентов мотивации к труду и элементарных навыков трудовой деятельности. Постоянно проводились разъяснительные беседы о необходимости трудиться и о том, что, благодаря усилиям ребят, вокруг становится красивее и чище. Постепенно трудовая деятельность, организованная с клиентами в рамках реабилитационного процесса, начала оказывать на них благотворное воздействие. *Так, по словам мамы Паши К. (23 года), он стал проявлять заметную самостоятельность в домашних делах. Паша взял на себя обязанность ухода за цветами; у него появилась ответственность за состояние комнатных растений. В отношениях с близкими чаще проявляются забота и сопереживание. Многие из инвалидов в стенах Центра стали вести себя по-другому: начали задумываться, где могут сделать что-то полезное. У ребят изменилось отношение друг к другу, они с большей готовностью приходят на помощь, оказывают поддержку. У Люды Г. (27 лет), у Любы Д. (21 год), у Кости Б. (27 лет) не складывались отношения в группе. В процессе коллективного труда они чаще стали прислушиваться к мнению других, уступать.*

Наблюдения специалистов, участвующих в реализации проекта, показали, что при организации трудовой деятельности необходимо учитывать, что у данной группы инвалидов нарушен процесс формирования программы деятельности. Это проявляется в значительных трудностях планирования предстоящих трудовых действий. Им сложно определить логику выполнения того или иного действия, у них страдает полнота и последовательность планов, наблюдаются перестановки и пропуски операций. Проявляются сложности в осуществлении общетрудовых умений. Во время выполнения трудовых операций они очень быстро утомляются, работоспособность снижена, необходимы частые паузы для отдыха. Наблюдается двигательная неловкость и

нарушение мелкой моторики. Во всех видах деятельности может проявляться заторможенность. В связи с этим при организации трудовой деятельности данной категории инвалидов необходимо четко планировать действия, операции; формировать навыки путем многократного повторения операций; уделять достаточно внимания настрою на трудовую деятельность.

Несмотря на имеющиеся сложности, положительная динамика прослеживается и дает специалистам, реализующим проект, уверенность в необходимости продолжать работу в этом направлении.

Литература

1. Дементьева Н. Ф. Трудовая терапия в системе реабилитации больных и инвалидов. / Н.Ф. Дементьева, Р.С. Яцемирская – М.: Изд-во Российского государственного социального университета. 2008. – 168 с.

Социальная реабилитация детей, имеющих нарушения в развитии (на примере организации работы отделения дневного пребывания)

Желаева Надежда Михайловна

Аннотация: в статье описывается практический опыт работы отделения дневного пребывания в СПб ГБУ «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района» по решению проблемы нормализации жизни детей с нарушениями в развитии. В том числе затронут вопрос создания условий для доступности получения реабилитационных услуг детям, имеющим функциональные нарушения. Показан успешный пример интеграции детей-инвалидов в общество благодаря организации совместной деятельности воспитанников различных отделений «Центра семьи».

Ключевые слова: нормализация, интеграция, доступная среда, социализация, реабилитация.

Social Rehabilitation of Children with Developmental Disorders in the Day-care Department (Case Study the Work of the Day Stay Department)

Zhelaeva Nadezhda

Annotation. The article describes practical experience of the day stay department of the Center for social assistance to families and children of Primorsky District in solving the problem of normalization of lives of children with developmental disorders. The article raises the question of creating the conditions for accessibility of rehabilitation services to children with functional disorders. It also gives an example of successful integration of children with disabilities in society

through the organization of joint activities of pupils of various departments of the Family Center.

Keywords. Normalization, integration, accessible environment, socialization, rehabilitation.

То, что некоторые люди имеют различного рода нарушения в развитии, нужно рассматривать как естественное явление, которое существует в рамках конкретного общества. Для общества это не должно быть новой и чуждой проблемой. Оно должно формироваться так, чтобы все граждане могли ощущать свою сопричастность к нему, даже те, кто имеет различного рода функциональные нарушения. Для этого требуется принимать общие меры, направленные на изменение общества, на повышение уровня доступности общества, противодействия дискриминации и повышения общего уровня знаний о функциональных нарушениях и о тех потребностях, которые необходимо учитывать [3].

Все люди обладают одинаковой ценностью, имеют равные права, которые должны уважаться. Независимо от наличия или отсутствия функционального нарушения все граждане имеют закрепленные в Конституции свободы и права. Но, например, люди с интеллектуальными нарушениями не могут полностью осознать и осуществить свою волю. Они в большей степени, чем остальные, зависят от других людей. Если человек сам не может осуществлять свои права и тем самым защитить свою личность, то ее должен защищать официальный представитель.

Принцип нормализации заключается в том, что люди с нарушениями в развитии должны иметь право расти и жить в как можно более нормальных условиях. Цель – получить возможность жить так, как и другие граждане. Для людей с нарушением развития доступ к окружающей среде нередко ограничен, и это может стать причиной значительной инвалидности, в то время как другая, лучше приспособленная, среда может способствовать частичному или даже полному избавлению от инвалидности. Инвалидность в данном случае понимается как утрата способности к какой-либо деятельности [3, с. 8].

Основным инструментом преодоления инвалидности является реабилитация, целью которой является социальная интеграция инвалидов в общество. Для достижения этой цели реабилитация должна выступать как комплексная технология и особая культура поддержки и помощи ребенку в решении задач его развития, обучения, воспитания, адаптации и дальнейшей социализации.

В Центре социальной помощи семье и детям Приморского района наряду с отделениями, оказывающими реабилитационную помощь детям с ограниченными возможностями здоровья, осуществляет свою деятельность отделение дневного пребывания.

Основной целью деятельности отделения являются социальная реабилитация и адаптация в обществе детей с ограниченными возможностями

здоровья путем содействия в решении медицинских, психологических, педагогических и других вопросов в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, разработанной учреждением здравоохранения.

Основными задачами отделения являются:

- Выявление детей-инвалидов, нуждающихся в комплексной социальной реабилитации в условиях полустационарного обслуживания.
- Обеспечение дневного пребывания детей-инвалидов.
- Составление и реализация индивидуального плана социального обслуживания на время пребывания в Отделении.
- Содействие и обеспечение защиты прав и законных интересов детей-инвалидов.

На срок пребывания ребенка в отделении составляется индивидуальный план социального обслуживания. Если за этот период ребенок не успевает пройти в полном объеме курс реабилитации, например, по причине частых заболеваний, плановой госпитализации, отъезда на санаторно-курортное лечение или невозможности посещать группу ежедневно из-за тяжести диагноза, то срок обслуживания в отделении продлевается на необходимое время. А на место временно отсутствующего ребенка приглашается другой. При составлении индивидуального маршрута социальной реабилитации учитывается соотношение уровня требований и ожиданий со стороны родителей и возможностей, которыми располагает ребенок для их выполнения. С родителями предварительно составляется график посещений ребенком группы, согласуются месяцы и дни, в которые им удобнее всего проходить реабилитацию.

Отделение рассчитано на дневное пребывание и социальную реабилитацию одновременно 8 детей с ограниченными возможностями в возрасте от 3-х до 18-ти лет. Время работы группы с 9.00 до 19.00 часов. Для детей организовано трехразовое горячее питание. Оборудованы спальные комнаты для дневного отдыха, игровая комната, учебный класс, трудовые мастерские, зал для проведения лечебной физкультуры, массажный, медицинский кабинеты.

Работа с детьми-инвалидами строится на основе проведенной диагностики и анализа социальной ситуации развития ребенка и его семьи. На основании полученных данных в ходе диагностики специалисты на консилиуме обсуждают индивидуальный план обслуживания, который составляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, разработанной учреждением здравоохранения, с медицинскими документами и с учетом запроса родителей, и определяют маршрут социальной реабилитации ребенка.

Согласно этому маршруту с детьми проводятся реабилитационные мероприятия:

- занятия с воспитателями, направленные на социализацию и бытовую адаптацию ребенка;

- индивидуальные и групповые занятия с психологом и педагогом по выявлению и коррекции нарушений в развитии;
- занятия с инструкторами по труду по развитию мелкой моторики и творческих способностей детей;
- музыкальные занятия; занятия по ознакомлению с окружающим миром в зоологическом кружке; канистерапия (занятия со специально подготовленными собаками);
- процедуры массажа, занятия лечебной физкультурой.

В ходе социальной реабилитации акцент в работе делается не на дефект сам по себе, а на работу с ребенком в целом, на развитие его как личности.

К детям, имеющим противопоказания к посещению Центра (обычно это дети с множественными тяжелыми нарушениями развития, с ослабленным иммунитетом), на дом выезжают педагог и психолог. Специалисты помогают родителям организовать в домашних условиях среду для продуктивной деятельности и физического развития ребенка. Обучают членов семьи пользованию техническими средствами реабилитации, приемам развития ребенка в процессе ухода за ним. Проводят консультирование родителей по вопросам оформления документов для направления в учреждения образования и здравоохранения, получения льгот, предусмотренных законодательством. Также на дому проводятся психологическое консультирование членов семьи и коррекционные занятия с детьми.

Вопрос социокультурной реабилитации детей с нарушениями в развитии решается с помощью организации спортивно-оздоровительных и праздничных мероприятий, выставок детских работ, выездов на природу, на экскурсии. Семьям оказывается содействие в получении льготных билетов в театры, на концерты.

Отделением налажено взаимодействие с учреждениями здравоохранения, образования, общественными организациями, досуговыми и спортивными центрами. Благодаря этому взаимодействию отделение смогло расширить круг реабилитационных мероприятий. Например, для детей были организованы: посещения «соляной пещеры», бассейна, регулярные выезды в интерактивный театр, в контактный зоопарк, океанариум, дельфинарий и пр.

Немаловажную роль в реабилитационном процессе играет повышение качества жизни семьи человека с нарушениями в развитии. Одним из приоритетных направлений работы специалистов отделения является взаимодействие с родителями детей-инвалидов. Позитивный настрой семьи – это необходимое условие для построения активной жизненной позиции ребенка с нарушениями в развитии [2, с. 33].

Именно поэтому параллельно работе по социализации ребенка специалистами Центра проводится комплексная работа с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями: индивидуальное психологическое консультирование родителей, содействие в проведении медико-социальной экспертизы, в получении государственной социальной

помощи, в оформлении документов для направления в учреждения образования и здравоохранения, содействие в организации лечебно-оздоровительного отдыха.

Результатом такого продуктивного взаимодействия, например, является то, что три ребенка с диагнозом моторная алалия, которые обслуживались в отделении, впоследствии смогли разговаривать. Это произошло благодаря тому, что специалисты в ходе консультаций и бесед смогли найти подход к родителям, убедили их продолжать заниматься реабилитацией детей, обратиться к квалифицированным специалистам. Одному из этих детей сняли инвалидность, и он успешно учится в общеобразовательной школе.

Матери, воспитывающие детей-инвалидов, зачастую находятся в состоянии постоянного стресса, недовольны своим социальным положением, что характеризуется напряжением в личных и социальных ситуациях, трудностях социальной адаптации. Чтобы оказать психологическую помощь таким родителям, в Центре организована работа родительской группы взаимопомощи. Деятельность ее направлена на знакомство заинтересованных родителей друг с другом, обмен информацией и опытом, на оказание взаимоподдержки и помощи друг другу.

Наиважнейшая проблема семей, воспитывающих детей с нарушениями в развитии, которую решает отделение дневного пребывания, – это проблема высвобождения родителей. Зачастую эти родители занимаются воспитанием детей и уходом за ними только дома. То есть их дети в силу своего диагноза не могут посещать дошкольное учреждение или школу. Часто эти родители являются одинокими матерями. И у них просто нет возможности заняться решением каких-то своих срочных проблем, так как некому доверить присмотр за ребенком в свое отсутствие. Для таких семей отделение дневного пребывания Центра – это единственное в Приморском районе место, где родители детей-инвалидов получают своевременную помощь и поддержку в уходе за ребенком, где можно оставить ребенка на целый рабочий день, высвобождая время для решения своих проблем, таких как трудоустройство, учеба, лечение, оформление документов или просто для отдыха. Острую необходимость возможности высвобождения родителей доказывают отзывы родителей. Вот выдержки из них: *семья Артура, 6 лет, диагноз – лейкоз: «...для нашей семьи, для внука – это большая помощь...вы для нас просто спасение...вы делаете большое, нужное, богоугодное дело!»; мама Вики, 9 лет, диагноз – эпилепсия: «... для нас это спасение, так как в Центре можно оставить Вику почти на целый день и быть спокойной и уверенной, что она в безопасности...если таких центров будет больше, мир будет добрее...»; мама Насти, 7 лет, ДЦП: «...наконец-то у меня появилось какое-то свободное время...».*

К сожалению, не всем желающим Центр может оказать помощь подобного рода, есть дети, которых родителям физически трудно вывезти из

дома в силу тяжести диагноза. И им необходима услуга «высвобождения родителя» на дому. Это та проблема, которую Центру еще предстоит решить.

Дети с функциональными нарушениями зачастую абсолютно не социализированы и привыкли только к своей домашней среде и общению только с родителями. Приходя в Центр, они имеют возможность получить навыки взаимодействия с группой сверстников и педагогами. Через некоторое время матери с удивлением обнаруживают, что их дети оказываются в стенах Центра не такими беспомощными, какими казались дома – они какое-то время спокойно могут обходиться без мамы. Усваивают, стараясь подражать сверстникам, по мере возможностей навыки самообслуживания, нормы поведения в обществе, правила игры и взаимодействия с детьми, соблюдают режим дня. То есть получают навыки жизни в обществе.

Вот пример такой успешной социализации. *Группу дневного пребывания одновременно посещали две девочки-колясочницы с тяжелыми двигательными и умственными нарушениями. До посещения Центра их близкие и не подозревали, что эти дети могут проявлять интерес к сверстникам, а тем более общаться с ними. Но со временем сотрудники Центра и мамы обнаружили, что дети ждут, когда их выложат на коврик рядом друг с другом. Девочки тянутся руками друг к другу, поворачиваются друг к другу лицом и общаются звуками. Беспокоятся, если взрослые прерывают их контакт. На этом примере наглядно видно, что дети, даже с очень серьезными нарушениями, нуждаются не только в заботе и уходе со стороны взрослого, но и в общении со сверстниками, способны выбирать предпочтения в общении и привязываться друг к другу. Или вот еще один пример. Мальчик с диагнозом аутизм, когда появился в отделении впервые, очень пугался всего, что его окружает: людей, нового пространства, звуков. Спокойно чувствовал себя только дома. А в помещении группы он прятался за мебель от людей, проявлял агрессию в ответ на попытки контактировать с ним. Но со временем ребенок адаптировался, в Центр бежал с радостью, стал ласковым с взрослыми и детьми, старался помочь детям в играх, с удовольствием посещал все занятия. И он настолько научился доверять людям, что перестал бояться даже незнакомых ему детей и взрослых. Теперь этот ребенок посещает школу, что раньше его родителям казалось невозможным. То есть регулярное посещение Центра помогло ребенку окунуться во внешний мир, поверить, что находиться в нем не только не опасно, но и интересно.*

Благодаря тому, что отделение дневного пребывания находится в стенах Центра семьи, дети с нарушениями в развитии имеют возможность интегрироваться в общество здоровых людей. Дети, имеющие инвалидность не должны жить и учиться в закрытой среде, которая может предложить только ограниченные и искаженные впечатления о социальной реальности. Такие дети должны по возможности приобретать социальные впечатления благодаря контактам с ровесниками-неинвалидами, а их социальная адаптация должна

основываться на приобретении опыта существования в обычных для открытого общества условиях и при обычном для него образе жизни.

Проходя реабилитацию в Центре семьи, дети с нарушениями в развитии получают возможность общения со здоровыми детьми, которые находятся на обслуживании в других отделениях Центра. Таким образом происходит интеграция «особенных» детей в общество. Ребята совместно питаются в столовой, участвуют в общих занятиях, вместе выезжают на экскурсии. Это позволяет детям с ограниченными возможностями и их родителям чувствовать себя полноценными членами общества. А здоровым детям прививается толерантное отношение к людям с инвалидностью.

Конечно, в перспективе хотелось бы видеть полную интеграцию детей-инвалидов в коллектив здоровых сверстников. Например, был интересный опыт нахождения в одной группе детей с нарушениями в развитии и детей из неблагополучных семей. В этом случае вторые получили не меньшую пользу от совместного пребывания. Ведь таким детям не хватает ощущения собственной значимости для близкого человека, не хватает возможности быть кому-то нужными и полезными. Именно это ощущение могут подарить им дети с ограниченными возможностями. Вполне вероятно, что таким образом можно даже скорректировать проявления девиантного поведения, если привить детям ответственность за более слабых и нуждающихся в помощи товарищей.

Большое внимание Центр уделяет «доступности» получения реабилитационных услуг для детей с нарушениями в развитии. Термин «доступная» или «безбарьерная» среда упоминается во многих законодательных актах Российской Федерации. В широком смысле это среда, которая создает наиболее легкие и безопасные условия для наибольшего числа людей. Люди с ограниченными возможностями – часть нашего общества, однако часто они оказываются поставлены лицом к лицу только с родными и врачами. Постепенно происходит изоляция их от общества [1]. Именно поэтому важной целью реабилитации инвалидов в Центре является содействие в улучшении качества их жизни. Отделение дневного пребывания могут посещать дети с любым диагнозом, практически без ограничений. В Центре создана безбарьерная среда для людей с двигательными нарушениями, а также с нарушениями зрения и слуха. Во время нахождения в Центре детям с двигательными нарушениями предоставляются в пользование средства технической реабилитации: вертикализаторы, инвалидные коляски и пр. За состоянием здоровья детей наблюдает медицинская сестра. Воспитатели и социальные работники осуществляют необходимый уход за детьми, у которых полностью или частично отсутствуют навыки самообслуживания. Для выездов на экскурсии и загородные прогулки Центр выделяет специальный транспорт, который позволяет без проблем путешествовать колясочникам.

Так, например, за 2013 год в отделении дневного пребывания прошли реабилитацию 23 ребенка с нарушениями опорно-двигательного аппарата, 11 колясочников с тяжелыми двигательными нарушениями, 30 детей с

умственными нарушениями, 17 детей с множественными нарушениями развития. За 2014 год – 17 детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, из них: 11 колясочников, 25 детей с умственными нарушениями, 14 детей с множественными нарушениями развития.

В Приморском районе только в «Центре социальной помощи семье и детям» функционирует отделение для детей-инвалидов, в котором ребенок может находиться целый день, с организованным дневным отдыхом и трехразовым питанием, что дает возможность для высвобождения родителей. И, конечно, существует необходимость расширения данного направления работы. Не всем семьям территориально удобно привозить своего ребенка именно в ту часть района, где расположен «Центр семьи». Нужно создавать подобные отделения и в других частях района. Есть необходимость создания групп дневного пребывания с дифференцировкой по возрасту и специфике диагнозов, так как одновременное размещение в одной группе детей от 3-х до 18-ти лет и с абсолютно разными нарушениями в развитии создает дискомфорт для самих детей и трудности для качественной работы специалистов.

В процессе взаимодействия с детьми с ограниченными возможностями и их семьями специалисты проявляют доброжелательность, отзывчивость, позитивный настрой, благодаря которым возникает сотрудничество, обеспечивающее желание ребенка действовать вместе и добиваться положительного результата.

Литература

1. Актуальные проблемы реабилитации инвалидов: доступная среда – равные возможности. Сборник материалов научно-практической конференции (20-21 мая 2010, Санкт-Петербург). – СПб.: Центр технических средств реабилитации, доступности городской среды и физической культуры инвалидов, 2010.
2. Материалы научно-практической конференции, посвященной 5-летию создания Санкт-Петербургского государственного учреждения «Центр социальной реабилитации инвалидов», «Практический опыт проведения социально-реабилитационных мероприятий в учреждениях социальной реабилитации инвалидов». – СПб.: Комитет по социальной политике Правительства Санкт-Петербурга СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов», 2011.
3. Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями: теоретические основы и практический опыт // Под редакцией Карла Грюневальда, СПб, 2003.

Трудовая деятельность молодых людей с тяжелыми множественными нарушениями

Кочетова Анна Павловна

Аннотация: в статье рассматривается проблема подготовки к выпуску молодых людей с ТМНР (тяжелыми множественными нарушениями развития) и проблема их занятости после окончания коррекционной школы.

Ключевые слова: трудовая деятельность, занятость, ограниченные возможности, социализация.

Labour Activity of Young People with Severe Multiple Disabilities

Kochetova Anna

Annotation. The article deals with the problem of employment of young people with severe multiple disabilities after the correctional school and preparing them for graduation.

Keywords. Labour activity, employment, disabilities, socialization.

Образование взрослого человека с умственными нарушениями продолжается постоянно [1]. Трудности обучения и воспитания умственно отсталого ребенка неизбежно приводят к более медленному темпу получения результатов образовательных программ. Это, в свою очередь, тем более указывает на необходимость продолжения образования на взрослом этапе жизни с учетом усложняющейся жизни и необходимости увеличивать самостоятельность. Вопрос о содержании образования является актуальным для развития любого ребенка: как обычного, так и имеющего особенности в развитии. Особое значение приобретает понимание содержания образования и обучения при работе с умственно отсталыми детьми, а также в дальнейшем и с взрослыми людьми. В настоящее время ребенок с умственными и множественными ограничениями до достижения им 18 лет имеет широкие возможности для реабилитации, адаптации и образования.

В период перехода человека с ограничениями в развитии из детства во взрослую жизнь значимость дальнейшей социализации еще более возрастает. От успешности прохождения периода взросления и жизнеустройства зависят образ и качество всей дальнейшей жизни человека с ограничениями. Следует, однако, отметить, что с наступлением совершеннолетия для молодых людей с умственными и множественными ограничениями возможности социализации и интеграции в обществе сужаются. Поэтому большая часть родителей делают все возможные попытки, чтобы остаться в образовательных учреждениях (специальных школах, техникумах). Для тех из них, кто проживает в семье, социальное обслуживание по месту жительства остается практически единственной возможностью нахождения в обществе. Для молодого человека с

ограничениями важны все виды реабилитации, социальной помощи и поддержки, но особого внимания заслуживает проблема его трудовой деятельности.

Люди с умственными и множественными ограничениями продолжают оставаться вне трудовой деятельности, так как у них есть медицинские противопоказания о допуске к трудовому обучению и трудовой деятельности. В результате их право на труд остается нереализованным, хотя мировой опыт показывает, что такие люди могут не только получать трудовые навыки, но и работать.

Трудовая деятельность человека с умственными и множественными ограничениями по своей организации, форме, техническому оснащению, видам сырья и готовой продукции, финансированию и другим характеристикам может отличаться от трудовой деятельности других граждан. Для обозначения трудовой деятельности человека с умственными и множественными ограничениями целесообразно использовать особый термин, например, «специальная трудовая деятельность». Хотелось бы так же отметить, что трудовую деятельность можно понимать не как деятельность в привычном понимании обычного человека, а как занятость молодого человека с ТМНР – тяжелыми множественными нарушениями развития.

Чтобы наладить преемственность учреждений образования и социальной защиты в государственном бюджетном образовательном учреждении школы № 627 Невского района был запущен проект «Трудовое обучение молодых людей с особыми потребностями».

Начиная с 2013 года, будущие выпускники ГБОУ школы № 627 Невского района столкнулись с проблемой продолжения дальнейшего обучения. Это связано с их психофизическими особенностями, большинство из них помимо двигательных расстройств имеют недостатки интеллектуального развития. Данные недостатки имеют сложную органическую природу, обусловлены как непосредственно поражением головного мозга, так и являются следствием депривации, возникающей в результате ограничения двигательной активности, дополнительных дефектов. Задержка психического развития проявляется и в отставании формирования мыслительных операций, неравномерности развития различных психических функций, выраженных в астенических проявлениях. Поэтому после выпуска из школы большинство молодых людей с особыми потребностями находятся дома.

Поэтому совместно с «Центром социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района» был создан Проект «Профильное обучение молодых людей с особыми потребностями в условиях коррекционной школы для 9-12 классов».

В результате реализации проекта предполагается проведение комплекса психолого-педагогических мероприятий для молодых людей с особыми потребностями, обучающихся в специальной (коррекционной) школе № 627, направленных на решение задач социальной интеграции молодых людей с

особыми потребностями. Основная идея Проекта – минимизация социальной инвалидности, преодоление житейской (бытовой) зависимости от ближайшего окружения (семьи). Здесь важно активизировать учащихся к их посильному участию в бытовой, социокультурной, трудовой деятельности. Акцент в обучении переносится на умение использовать учебные знания (в самом элементарном предъявлении) для решения повседневных жизненных задач, а также участие в трудовой или общественно-полезной деятельности.

Формы работы определяются целями уроков, для которых характерно сочетание как традиционных методов и приемов, так и инновационных (прослушивание музыкальных произведений и т. д.). Программа предусматривает проведение традиционных уроков, но большая часть Программы рассчитана на проведение практических занятий в мастерских, экскурсии в учреждения социальной защиты, практические занятия по труду.

Особенность Проекта заключается в том, что три дня обучающиеся будут находиться на площадке в реабилитационном центре. В эти дни для обучающихся будут проводиться занятия по труду и социально-бытовой ориентировке, т.к. в реабилитационном центре созданы все условия для проведения трудовых занятий (трудовые мастерские), оборудована комната по социально-бытовой ориентировке (СБО) (кухня). Такой подход в обучении позволит расширить социальные связи молодых людей с особыми потребностями, позволит ориентироваться в реабилитационном центре.

Два дня обучающиеся будут проходить обучение в стенах школы № 627 согласно учебному плану.

В мае 2015 года подведены первые результаты Проекта. Было отмечено, что молодые люди смогли адаптироваться в стенах реабилитационного центра, перестали бояться перемещаться по центру самостоятельно, научились просить помощи, познакомились и общались не только со своими сверстниками, но и с клиентами центра. За год были изготовлены более 100 изделий декоративно-прикладного творчества, могут оценить своё изделие (аккуратное, красивое, похоже на образец и т. д.) и изделия товарищей.

Литература

1. Галагузова М. А., Галагузова Ю. Н., Штинова Г. Н., Тищенко Е. Я., Дьяконов Б. П. Социальная педагогика: курс лекций. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений – М., Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 416 с.

Система комплексного сопровождения семей с детьми-инвалидами в социально-реабилитационном отделении

Красильникова Ирина Евсеевна, Мичурина Анна Николаевна

Аннотация: содержание работы специалистов социально-реабилитационного отделения. Алгоритм работы специалиста по социальной

работе с семьей, имеющей ребенка-инвалида. Индивидуальный план социального обслуживания ребёнка и другие документы. Консилиумы как форма эффективного взаимодействия специалистов при работе с семьей, имеющей ребенка-инвалида. Наиболее востребованные виды социальных услуг.

Ключевые слова: дети-инвалиды, социальная работа, реабилитация, комплексный подход, взаимодействие специалистов.

The System of Complex Support for Families with Disabled Children in Social and Rehabilitation Department

Krasilnikova Irina, Michurina Anna

Annotation. The content of the work of specialists of social and rehabilitation department. The algorithm of the work of a specialist in social work with a family that has a disabled child. The individual plan of social services for a child and other documents. Consultations as a form of effective cooperation between experts when working with a family that has a disabled child. The most popular types of social services.

Keywords. Children with disabilities, social work, rehabilitation, integrated approach, cooperation between experts.

Дети-инвалиды – одна из наиболее уязвимых категорий граждан. Воспитание детей с особенностями развития является трудным испытанием для всех членов семьи. Родители детей-инвалидов испытывают постоянный стресс, который, по мнению психологов, может стать причиной распада семьи. Образ жизни семьи, когда в ней появляется ребёнок-инвалид, полностью меняется. Специалисты социально-реабилитационного отделения (далее – отделение) СПб ГБУ «ЦСРИ и ДИ Калининского района» (далее – Центр) помогают семье адаптироваться в сложной жизненной ситуации.

Отделение Центра создано для реализации комплекса социальных услуг, направленных на обеспечение условий для социальной интеграции детей-инвалидов с трех до восемнадцати лет, восстановление их социального статуса, а также способности к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности. Социальные услуги в отделении предоставляются в нестационарной форме, а также на дому.

Мероприятия по социально-средовой ориентации направлены на формирование, развитие или восстановление навыков самоконтроля, социального поведения.

Мероприятия по социально-бытовой адаптации связаны с формированием, развитием, восстановлением жизненных навыков, включающих: персональный уход, самостоятельное проживание, организацию быта.

Социокультурная реабилитация – это организация досуговых мероприятий для семей с детьми-инвалидами в Центре и других учреждениях культуры.

В отделении работают заведующий, социальные педагоги, педагоги-психологи, учитель-дефектолог, логопед, музыкальный руководитель, педагоги дополнительного образования, специалисты по социальной работе.

Педагог дополнительного образования оценивает реабилитационный потенциал ребенка-инвалида и его семьи. Выявив проблемы и нужды семьи, педагог дополнительного образования совместно с другими специалистами планирует свою работу, выбирает формы и методы взаимодействия с семьей. Основными задачами работы педагога дополнительного образования являются: развитие навыков повседневной жизни ребёнка-инвалида, обучение его навыкам самообслуживания.

Педагог-психолог проводит коррекционную работу с детьми-инвалидами индивидуально и в малых группах, а также консультирует их родителей по психолого-педагогическим вопросам семейного воспитания и развития личности детей-инвалидов.

Учитель-дефектолог осуществляет работу, направленную на коррекцию недостатков в развитии у детей-инвалидов, на адаптацию их в социальной, учебной, бытовой сферах жизни.

Логопед проводит занятия по развитию коммуникативных навыков, по формированию активного и пассивного словаря, лексико-грамматического строя речи, по коррекции звукопроизношения.

Музыкотерапия – важный и результативный метод коррекции эмоциональных отклонений, двигательных и речевых расстройств, отклонений в поведении. С музыкальным руководителем дети-инвалиды разучивают тексты песен, учатся играть на детских музыкальных инструментах простейшие мелодии, улавливают и воспроизводят ритм, учатся слушать музыку, танцевать.

При первичном обращении в Центр семью с ребёнком-инвалидом обслуживают специалисты отделения приёма и консультации граждан, где родители получают сведения о предоставляемых услугах, оформляют документы и получают первичную консультацию по вопросам проведения реабилитационных мероприятий. В зависимости от запроса родителей и возраста ребёнка-инвалида семья направляется в отделение раннего вмешательства для детей в возрасте до трех лет или в социально-реабилитационное отделение, которое обслуживает детей в возрасте от 3-х до 18-ти лет.

В отделении семье предлагается удобное время, когда родители вместе с ребёнком могут прийти для получения консультации по проведению реабилитационных мероприятий, рекомендованных в индивидуальной программе ребёнка-инвалида, по вопросам социального, пенсионного, жилищного законодательства, получения льгот и услуг, а также проведения

диагностики ребёнка-инвалида специалистами отделения.

В назначенные время и день с ребёнком-инвалидом занимаются специалисты отделения, а родителей параллельно консультирует специалист по социальной работе. Если ребёнок тревожный, то диагностика проводится в присутствии мамы.

Знакомство с семьёй начинается с заполнения анкеты, которая помогает выявить категорию семьи, сложности семейных взаимоотношений, материально-бытовое положение семьи. Также анкета дает возможность родителю сформулировать свои пожелания по занятиям со специалистами отделения, определить приоритетные направления совместной деятельности, обсудить участие в досуговых мероприятиях.

Вторым документом, заполняемым в процессе первичного обращения семьи в отделение Центра, является индивидуальный план социального обслуживания ребёнка, в котором намечаются все необходимые мероприятия социальной реабилитации с момента обращения родителя ребёнка-инвалида и до конца календарного года. После заполнения этих документов специалист по социальной работе консультирует родителя по вопросам законодательства, предоставлению льгот и услуг семье с ребёнком-инвалидом. Поскольку объём предоставляемой родителям информации очень велик, специалистами отделения были разработаны памятки по каждой консультации, которые выдаются родителю.

После окончания консультации специалиста по социальной работе и завершения диагностики ребёнка, родитель имеет возможность получить консультацию педагогов, а также записать ребёнка на занятия, уточнив удобные дни и время.

Еженедельно во второй половине дня в отделении проводится психолого-педагогический консилиум, на котором коллегиально обсуждаются вопросы текущей работы отделения, анализируются результаты коррекционной работы с детьми-инвалидами, проходящими курс реабилитационных мероприятий в отделении, а также планируется работа с вновь поступившими детьми-инвалидами.

В консилиуме принимают участие все специалисты отделения, а также сотрудники других отделений Центра, работающих с детьми-инвалидами (тренеры-преподаватели по адаптивной физической культуре, инструкторы-методисты отделения адаптивной физической культуры, специалисты отделения раннего вмешательства для детей в возрасте до трех лет).

Специалисты обсуждают комплекс мер, необходимых для улучшения качества жизни семьи с ребёнком-инвалидом (содействие в улучшении жилищных условий, содействие в получении материальной помощи, содействие в подборе технических средств реабилитации, помощь в устройстве ребёнка-инвалида в образовательное учреждение и пр.).

Дальнейшая работа с семьёй и ребёнком-инвалидом проводится в соответствии с решениями, принятыми на консилиуме.

Плановый консилиум проводится один раз в полугодие. Цель – оценка продуктивности работы с ребёнком-инвалидом, внесение, в случае необходимости, поправок и дополнений в коррекционно-развивающую работу с ним, а также оценка результатов и эффективности социального обслуживания семьи.

Внеплановый консилиум проводится по просьбе любого из специалистов отделения, работающих с ребёнком-инвалидом, в случае необходимости (неожиданные аффективные поведенческие реакции, отрицательная динамика развития ребёнка и пр.). На консилиуме специалисты выясняют причины возникших проблем, решают вопрос о принятии каких-либо экстренных мер по выявившимся обстоятельствам, изменяют направление ранее проводимой коррекционно-развивающей работы в случае её неэффективности. На внеплановых консилиумах рассматриваются также конфликтные ситуации, возникающие при работе с семьёй.

Кроме получения услуг в отделении, ребёнок-инвалид посещает физкультурно-оздоровительные занятия, участвует в мероприятиях отделения адаптивной физической культуры, проходит курс оздоровительных процедур в отделении социально-медицинского сопровождения, если это не противопоказано лечащим врачом. Дети-инвалиды старше 14-ти лет посещают занятия по профессиональной ориентации в отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов Центра. Также семья получает социально-правовую помощь юрисконсульта в отделении приёма и консультаций граждан.

С момента написания заявления на получение социальных услуг и до конца календарного года семья с ребёнком-инвалидом находится на социальном обслуживании в отделении Центра. В течение этого времени ребёнку предоставляется возможность пройти несколько курсов развивающих коррекционных занятий с педагогами отделения, родителям – получить консультации специалистов (заведующего, педагога-психолога, педагога дополнительного образования, учителя-дефектолога, логопеда, музыкального руководителя, социального педагога) по вопросам, связанным с индивидуальными особенностями ребенка-инвалида и условиями его оптимального развития.

Специалист по социальной работе проводит работу с семьёй согласно выявленным при первичном обращении проблемам.

Для оказания помощи в улучшении жилищных условий специалисты отделения выезжают по адресу проживания семьи с ребёнком-инвалидом и составляют акт обследования материально-бытовых условий. Выясняют, имеет ли данная семья право на улучшение жилищных условий или, возможно, уже находится в очереди в жилищном отделе, требуется ли семье консультация и сопровождение юрисконсульта по данному вопросу.

Если ребёнок-инвалид имеет тяжёлые двигательные нарушения,

специалисты отделения выясняют, хочет ли семья принять участие в программе по обмену квартиры (смена этажности) на более удобную для проживания инвалида-колясочника. В этом случае заполняется анкета по условиям проживания семьи и она направляется с сопроводительным письмом в жилищный отдел администрации района.

По результатам обследования жилищно-бытовых условий семье, находящейся в трудной жизненной ситуации, может быть оказано содействие в получении материальной помощи.

Специалисты отделения выясняют, получает ли семья предусмотренные законодательством льготы и выплаты, требуется ли помощь в их оформлении.

Часто родителям ребёнка-инвалида с двигательными нарушениями требуется помощь в оформлении направления для получения технических средств реабилитации, содействие в их подборе или досрочной замене. Специалист по социальной работе оказывает помощь в организации медико-технической экспертизы данного технического средства реабилитации и получении нового направления.

Если ребёнок-инвалид не посещает образовательное учреждение или родители хотят перевести его в коррекционное образовательное учреждение другого вида, специалистами отделения оказывается содействие родителям в прохождении районной или городской комиссии для подбора образовательной организации.

В отделении работают две группы психологической помощи для детей с диабетом (для детей 8-10-ти лет и для детей 11-13-ти лет). Отделение поддерживает связь с диабетическим обществом «Нова Вита», которое оказывало помощь в сервисном обслуживании глюкометров и шприц-ручек, помогло с получением продуктовых наборов для диабетиков, выделило диабетические продукты в качестве подарков к Новому году, организовало благотворительное посещение театра «Зазеркалье».

В течение полугода педагоги отделения вели работу с малышами с аутистическим спектром нарушений и их родителями. Занятия с этой группой проводились два раза в неделю. С некоторыми детьми были достигнуты успехи в развитии навыков контроля над своим поведением, навыков взаимодействия с другими детьми, ребята стали выполнять инструкцию педагога. Положительная динамика прослеживалась не у всех детей. Работа с родителями велась консультативно. Педагоги обучали родителей правильному взаимодействию с ребёнком, консультировали по вопросам индивидуальных и возрастных особенностей детей.

В рамках социокультурной реабилитации специалисты отделения организуют и проводят открытые занятия, праздники, мастер-классы для детей-инвалидов разных возрастных групп.

Ежемесячно специалистами по социальной работе организуются экскурсии в музеи, дельфинарий, океанариум, на производственные предприятия. Летом – поездки в Петергоф, на страусовую ферму, в

зубропитомник в поселке Токсово Ленинградской области.

Специалистами отделения создана группа ВКонтакте. В ней размещено много справочной информации для родителей, есть обсуждаемые темы, запись на посещение различных социокультурных мероприятий. В группе множество альбомов с фотографиями. Каждый альбом посвящен проведенному мероприятию.

Отделение активно сотрудничает с театрами Санкт-Петербурга, которые предоставляют возможность детям-инвалидам и их родителям приобретать билеты на спектакли по льготным ценам. Это – музыкальный театр «Карамболь», театр «Балтийский дом», учебный театр на Моховой, театр «Куклы», «ТЮЗ им. Брянцева», Театр музыкальной комедии, Большой театр кукол и другие.

В отделении 30 семей находятся на социальном патронаже. Все 30 семей имеют детей-инвалидов с множественными нарушениями развития. Патронаж – форма работы с семьёй, представляющая собой посещение семьи с ребёнком-инвалидом специалистами отделения на дому.

Социальный патронаж проводится по нескольким направлениям:

- социально-педагогическая адаптация детей-инвалидов;
- взаимодействие с родителями по вопросам педагогического, психологического, социально-правового консультирования;
- оказание социальной поддержки семьям, воспитывающим детей-инвалидов (материальная помощь, подбор необходимых технических средств реабилитации);
- взаимодействие со специалистами медицинских, образовательных, социальных, благотворительных учреждений.

Таким образом, система комплексного сопровождения в отделении способствует адаптации семьи с ребёнком-инвалидом в сложной жизненной ситуации, а также дает возможность оказания всесторонней социально-реабилитационной помощи и поддержки.

Психологическое сопровождение клиентов на отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов

Мауль Ирина Юьевна

Аннотация: в данной статье описан опыт работы педагога-психолога в центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов. Основной задачей педагога-психолога является сопровождение реабилитационного процесса: профессиональная диагностика и обследование личности, формирование запроса клиента и его семьи на реабилитацию. Также составление плана и маршрута реабилитации в соответствии с задачами и возможностями учреждения. В статье представлен профессиональный

инструментарий специалиста, основные подходы, направления, формы и методы работы по схеме клиент-специалист-семья.

Ключевые слова: социально-психологическое сопровождение, профессиональная реабилитация, инструментарий, формы, методы.

Psychological support customers in the department of vocational rehabilitation of persons with disabilities of working age and career counseling for disabled children.

Maul Irina

Annotation. This article describes the experience of the teacher-psychologist at the center of social rehabilitation of the disabled and children - invalids. The main task of the teacher-psychologist is support of the rehabilitation process: diagnosis and professional examination of personality, the formation of the client's request and his family for rehabilitation. Also, a plan of the route, and rehabilitation in accordance with the objectives and the capacity of institutions. The article presents a professional specialist tools, basic approaches, directions, forms and methods of work under the scheme of client-specialist family.

Keywords. The social and psychological support, vocational rehabilitation, tools, forms, methods.

Наилучший вариант социализации инвалидов – получение профессии. В связи с этим профессиональная ориентация является важной составной частью системы мер по профессиональной реабилитации инвалидов. Роль психологического сопровождения процесса комплексной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов неоспорима. Успех профессионального выбора во многом зависит от эффективно проведенной профориентационной работы. Клиентами отделения являются: дети-инвалиды от 12 до 18-ти лет, обращающиеся по вопросам профориентации, а также члены их семей; инвалиды трудоспособного возраста от 18 до 55-ти лет и члены их семей. Основная цель обращения – помощь инвалидам в сложной жизненной ситуации, выбора профессионального пути, обретение ими нового качества жизни, содействие интеграции в общество. Целевой группой являются инвалиды трудоспособного возраста, которые закончили или заканчивают свое профессиональное образование, но в силу ряда причин не могут трудоустроиться и реализовать себя в социуме, а также дети-инвалиды, которым предстоит планирование своего профессионального пути, выбора профессии или учебного заведения. Группы людей, обратившихся за помощью в отделение профессиональной реабилитации, имеют самые различные нарушения: психические, соматические, нарушения опорно-двигательного аппарата, интеллектуальную недостаточность, а также множественные нарушения. Они разного возраста, социального положения и уровня развития.

На реабилитацию к нам клиентов направляет отделение приема и консультаций граждан. Первичное обследование проводят специалисты этого отделения, принимая клиента, мы получаем реабилитационную карту с предлагаемым маршрутом реабилитации. На нашем отделении проводится консилиум, который определяет задачи диагностики и обследования клиентов, маршрут профреабилитации и адаптации, ежедневной корректировки плана реабилитационных мероприятий, куда мы приглашаем также специалистов необходимого профиля. Поскольку клиенты отделения зачастую повышенной группы сложности, участие в консилиуме психологов и других специалистов отделений является профессиональной необходимостью. Многолетний опыт работы с реабилитантами показывает, что эффективная профессиональная комплексная реабилитация должна проводиться координировано специалистами реабилитации, членами семьи, медицинскими учреждениями. У молодых людей, имеющих инвалидность с детства, уже с младшего возраста должна проводиться подготовительная работа по профориентации. Она должна включать в себя детальный анализ специфики развития высших психических, речевых и двигательных функций (определяется нейропсихологом, логопедом и врачом ЛФК) и последующее максимальное их развитие, что может служить основой будущей профессиональной деятельности.

Профессиональное воспитание – процесс формирования у детей-инвалидов потребности в труде и подготовка к профессиональному выбору. Трудовое воспитание осуществляется в процессе «терапии занятостью», в том числе и в процессе трудотерапии, и должно происходить в самом раннем периоде социализации детей-инвалидов. Привлекая маленьких реабилитантов к работе отделения (участие в мастер-классах), я осуществляю именно такой подход. Провожу лекции, беседы на темы: «Профессия, труд, их значение в жизни человека», «Профессиональный выбор и путь», «Профессионально важные качества», «Жизненная позиция», «Ценности» и т.д., совместно с родителями предлагаю участие в мастер-классах по труду, участие в выставках конкурсах, также направляю усилия на профессиональную пропаганду и агитацию [4].

Зачастую профессиональная реабилитация клиентов на нашем отделении вызывает затруднения, т.к. у большинства не сформированы первоначальные трудовые знания, умения, навыки.

Немаловажный аспект – решение личных проблем. Решение личных проблем проводится совместно с медсестрой. Оно включает консультирование по вопросам полового воспитания, контроля рождаемости, сексуальных отношений. Наряду с просвещением клиентов занимаюсь психолого-педагогическим просвещением сотрудников и родителей [6].

Взаимодействие со специалистами также происходит через социально-психологический патронаж в мастерские, занятия по социально-бытовой, социокультурной реабилитации, которые я провожу вместе со специалистами, зачастую являясь проводником между клиентом и специалистом. Я

диагностирую возможности, потребности, склонности инвалидов, разрабатываю рекомендации по вопросам реабилитации, организую занятия, тренинги по социально-психологической, социально-бытовой, социально-педагогической реабилитации с целью: преобразовать процесс реабилитации, осуществлять сложные задачи (освоение знаний, умений, навыков) с элементами творчества, игры, интерактивных форм взаимодействия. Это существенно повышает мотивацию клиентов к мероприятиям трудовой реабилитации и помогает обеспечить контакт «клиент-специалист». В совместной работе обсуждаем темы: «Педагогическое общение. Стили общения», «Стили воспитания», «Эффективное и не эффективное поощрение», «Психологический анализ речи преподавателя», «Имидж сотрудника», «Подростковый кризис», «Межличностное общение», «Конфликты». Специалисты консультируются по вопросам организации занятий, игр по станциям. С этой целью разработаны методические семинары: «Учебное занятие: формы и методы организации, самоанализ профессиональной деятельности», «Учет индивидуальных особенностей в обучении», «Учимся, играя», методическая разработка к проведению групповых занятий.

Современные методы (арт-терапия, танцевальная терапия, игровая терапия, песочная терапия, сказкотерапия) призваны расширить и разнообразить инструментарий психологической работы, что несомненно отражается на эффективности психологической реабилитации (индивидуальный подход, выбор подходящих диагностических и коррекционных средств к каждому клиенту) [9].

В своей работе сталкиваюсь с категорией клиентов, относящихся к повышенной группе сложности. Одна из них – подростки, молодые люди без видимых физических недостатков, имеющие задержку психического развития, нарушения нервной системы. Усугубляет ситуацию социальный статус семьи. Деятельность подростка в конкретных условиях организуется взрослыми. Они устанавливают круг его прав и обязанностей, формируют отношения, т. е. создают то, что психологи называют социальной ситуацией развития ребенка, определяющей в целом формирование его личности. Но как быть, если ребенок растет в дисфункциональной семье, где родители лишены родительских прав, и дети вынуждены находиться под опекой пожилых родственников, воспитателей детских домов, интернатов. В результате жизненных обстоятельств накладывающиеся друг на друга психические травмы и проблемы, наносят непоправимый урон неокрепшей детской психике и приводят к ряду сложных задач, которые встают перед специалистами. Работа строится по определенной схеме: сбор информации о семье, диагностическое обследование клиента, консилиум, реализация плана психологической реабилитации. По данным психологического исследования составляется заключение, в котором отражаются результаты профессиональных и личностных особенностей реабилитанта, разрабатываются рекомендации по профессиональной адаптации и реабилитации, которые учитываются в

составлении плана социальной реабилитации специалистами других направлений, непрерывная координация работы семьи и специалистов. На протяжении всего процесса реабилитации происходит социально-психологический патронаж на мероприятия: контроль динамики психологического состояния инвалида, улучшение которого является свидетельством эффективности психологической реабилитации. Ежедневно на утренней планерке корректируются план работы с каждым клиентом, промежуточные результаты, рекомендации.

Выбор цели, который осуществляется совместно с клиентом, должен быть конкретным и контролируемым, но должна быть возможность для его коррекции. Однако следует учитывать, что план поддержки и сопровождения является не инструментом статистики, обеспечивающим выполнение того, что запланировано, а инструментом, который должен предлагать конкретные границы динамического процесса, состоящего в реабилитационной работе, совместно проводимой клиентом, специалистами и иногда членами семей. План индивидуальной работы команды специалистов с клиентом и его семьей фиксируется в таких документах, как реабилитационная карта, индивидуальный план сопровождения, индивидуальная карта реабилитации. Все эти документы содержат перечень выявленных проблем клиента и людей, которые в значительной мере влияют на его жизнь, а также варианты решения этих проблем. В случае выявления у инвалида глубоких эмоциональных и личностных нарушений рекомендуется обращение к специалистам смежных профессий (психиатру, психотерапевту и т.д.). Все эти вопросы должны решаться на созданных консилиумах, куда приглашают специалистов, принимающих участие в реабилитационном процессе.

Индивидуальный план сопровождения/поддержки – это документ, состоящий из учёта выявленных проблем клиента и его семьи (если она имеется) и содержащий перечень системы мероприятий, которые должны быть выполнены командой на протяжении фиксированного отрезка времени. Запланированные меры направлены на развитие возможностей и удовлетворение потребностей клиента и его семьи и в широком смысле имеют целью социальную адаптацию, профессиональную реабилитацию, предотвращение социальной изоляции реабилитантов.

Такая система мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого конкретного клиента и семьи, учитываются как возможности и потребности клиента, так и возможности и потребности семьи.

В индивидуальном плане могут предлагаться следующие меры для членов семьи: обретение родителями и другими членами семьи специальных знаний, психологическая поддержка родителей, помощь в привлечении ресурсов для решения проблем клиента и семьи, организация отдыха [12].

Индивидуальный план разрабатывается в зависимости от возможностей и потребностей клиента, остроты социальных и психологических проблем его окружения, а также ресурсов и возможностей учреждения. В течение

реабилитационного срока специалист встречается с клиентом и его родителями, чтобы обсудить достигнутые результаты, успехи, неудачи. Работа заканчивается или же продолжается согласно внесённым коррективам для решения новых задач. В последнем случае план сопровождения может состоять из нескольких периодов. Каждый раздел и период плана имеют свои цели, связанные с работой в разных направлениях, поэтому могут быть мероприятия медицинского характера (оздоровление, профилактика), социально-трудовые (развитие тонкой моторики, навыков самообслуживания), психологические и т. д.

Индивидуальный план сопровождения, форма которого была предложена автором данной статьи всем специалистам в самом начале совместной работы, содержит:

- направления в работе,
- сильные и слабые стороны у клиента в развиваемом направлении,
- чёткое формулирование целей и задач индивидуальной работы,
- фиксирование результатов оценивания и указания выявленных потребностей клиента и его семьи (если она имеется),
 - указание исполнителя и времени, отведённого на ту или иную задачу,
 - методы и средства,
 - конечное оценивание.

Для проведения анализа результатов своей работы веду следующую учетно-отчетную документацию: план работы на месяц, отчет об оказанных услугах за месяц, журнал приема и консультаций, индивидуальные карты реабилитантов, где отражены материалы обследования, индивидуальные планы социально-психологической реабилитации, контроль динамики процесса реабилитации каждого клиента, заключения и справки, рекомендации.

Дигностическая работа проводится в двух основных направлениях: профессиональная диагностика и обследование личностных особенностей клиентов. Она основана на использовании психологических тестов для оценки профессиональной пригодности и включает сообщение клиенту результатов тестирования, обсуждение интересов и возможностей и рекомендации профессий, наиболее соответствующих психологическим особенностям клиента. Часто проблемой клиента является дефицит знаний о себе, своих склонностях, способностях, чертах. Наиболее часто используемые средства диагностического направления в работе – простые бланковые тесты и анкеты типа дифференциально-диагностического опросника Климова (ДДО), опросника профессиональной готовности (ОПГ), Карты интересов, опросника профессиональной направленности личности Голланда. Для определения особенностей личности, эмоционально-волевой сферы используются методики САН (Экспресс-оценка самочувствия, активности и настроения), модифицированный тест В. Соломина «Цветовые метафоры», методика определения ценностных ориентаций Рокича, методика определения уровня самоконтроля Тейлора, проективные тесты «Несуществующее животное», «Палитра чувств». Каждую методику я использую в зависимости от уровня и

развития клиентов, например, словесные понятия заменяю сюжетными картинками, предметами (для группы клиентов, не владеющих навыками чтения и письма), для клиентов с нарушением интеллекта адаптирую методики в соответствии с их развитием [12].

В своей работе опираюсь на основы технологии и основные направления профконсультирования: информационное, диагностическое, консультационное и тренинговое. Формы работы: коллективные, индивидуальные, групповые, подгрупповые. Профессинальная ориентация детей-инвалидов и инвалидов трудоспособного возраста (профтестирование, профинформирование, профконсультирование).

- Профконсультирование, социально-психологическое сопровождение/поддержка инвалидов в процессе профессиональной реабилитации и адаптации на отделении, (диагностика, обследование, социально-психологический патронаж, психокоррекционные мероприятия, воспитательная работа, профориентация, психологическое консультирование, психологический тренинг).

- Психологическая поддержка семей инвалидов (психологическая помощь, эмоциональная поддержка, психолого-педагогическое просвещение, психологическое консультирование, группа поддержки).

- Работа с сотрудниками отделения (составление индивидуального плана сопровождения реабилитантов совместно со специалистами, индивидуальный подход к клиенту, выбор профессионального инструментария).

- Координация работы семьи и отделения (внутренние консилиумы, планерки).

Для облегчения проведения первичной диагностики и динамического контроля за процессом реабилитации в реабилитационной карте инвалида разработана таблица «Оценка ОЖД (ограничений жизнедеятельности) инвалида, показания к проведению реабилитационных мероприятий». Специалисты, работающие с клиентами, заполняют данный раздел реабилитационной карты с периодичностью 6 месяцев. При заполнении оценочных таблиц наглядно прослеживаются динамические изменения, произошедшие в процессе реабилитации.

Эта форма является единой для всех отделений учреждения. Для решения более узких и конкретных задач психологической реабилитации я использую разнообразный профессиональный инструментарий. Единой остается форма работы:

- ✓ проведение диагностических мероприятий;
- ✓ составление плана реабилитации;
- ✓ реализация маршрута психологической реабилитации;
- ✓ оценка результативности проведенной работы.

Оценка результативности работы происходит через:

- проведение повторных диагностических мероприятий, где можно

проследить изменения исследуемых показателей (использование субъективной и объективной оценки параметров);

- бально-рейтинговую систему оценки знаний, умений, навыков, приобретенных в процессе психологической реабилитации (определение результата работы в процентном соотношении);

- методику оценки уровня удовлетворенности качеством жизни (определение индекса качества жизни);

- бланк субъективной оценки результативности работы (мнение клиента, мнение родителей, мнение специалистов);

- отзыв о проделанной работе лично клиента и членов семьи.

На результативность моей работы с клиентами влияет множество факторов: своевременное обращение, личная готовность и уровень мотивации клиента и членов семьи на процесс реабилитации, системный подход к работе, определение целей, средств реабилитации, оценка потенциальных возможностей клиента, семьи и специалистов. На сегодняшний день слаженная работа специалистов отделения профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов позволяет оказывать услуги на достаточно высоком профессиональном уровне. Психологическое сопровождение процесса реабилитации рассматривается мной как основа благополучной жизнедеятельности клиентов на отделении. Так как все люди, имеющие ограничения, без исключения, испытывают психологические проблемы, я оказываю услуги всем клиентам отделения. В течение 5 лет для каждой группы клиентов мною разработаны планы и материалы профессиональной психологической реабилитации по трем основным направлениям: профориентация (профреабилитация); коммуникативная компетентность, эмоционально-волевая сфера. Работа по данным направлениям, выбранными методами и средствами позволяет добиваться поставленных задач в соответствии с перечисленными факторами успешности работы.

С этической точки зрения работники отделения должны строить свои взаимоотношения со взрослыми клиентами как с партнёрами. Виды деятельности, методы работы и общения должны учитывать не только потребности и возможности клиентов, но и их возраст. Работник центра по отношению к клиенту выступает не как учитель, а как сотрудник. При этом должен срабатывать принцип нормализации: мы должны стремиться, чтобы жизнь взрослых людей с ограниченными возможностями и часто с интеллектуальной недостаточностью мало чем отличалось от жизни здоровых взрослых людей. Одной из немаловажных задач, направленных на улучшение качества процесса реабилитации и адаптации инвалидов, является создание особого психологического климата в коллективе сотрудников, психолого-педагогическое просвещение, что должно положительно отражаться на работе отделения и влиять на процесс реабилитации в целом. Необходимым считаю, оказывать психологическую помощь и поддержку сотрудникам, молодым

специалистам, проводить группу поддержки, что способствует профилактике эмоционального выгорания в коллективе и поддержанию «здоровой» среды. Для лучшей адаптации клиентов и установлению их контакта со специалистами провожу совместные занятия, вечера, группы поддержки, группы психолого-педагогического просвещения, куда мы приглашаем и членов семей инвалидов; строю работу так, чтобы общение проходило «на равных», носило характер неформального общения. В совместной работе обсуждаем материалы семинаров: «Педагогическое общение. Стили общения», «Стили воспитания», «Эффективное и не эффективное поощрение», «Психологический анализ речи преподавателя», «Имидж сотрудника», «Половое воспитание», «Межличностное общение», «Конфликты», «Профессиональный инструментарий педагога». На мой взгляд, такой подход позволяет увеличить реабилитационный потенциал наших «подопечных» и ускорить их интеграцию в общество, а также позволяет проводить работу отделения на более высоком уровне (координация работы семьи и сотрудников отделения позволяют усилить ресурс реабилитации).

Многолетний опыт работы с клиентами позволил мне систематизировать знания и положительные результаты в создании модифицированной дополнительной общеразвивающей программы «Самоопределение и здоровье», которая направлена на нормализацию качества жизни человека с ограниченными возможностями.

Хочется поделиться результатами профессиональной и социально-психологической реабилитации клиента моего отделения Михаила. Длительное нахождение в стенах дома и семьи наложило «отпечаток» на основные сферы его жизни: профессиональную и эмоционально-волевою. Михаил получил высшее образование и в силу основного диагноза ДЦП (2-я группа инвалидности) не мог трудоустроиться и чувствовать себя реализованной личностью. Поступив на обслуживание в отделение более 4-х лет назад, он посещал только индивидуальные и групповые занятия с психологом, от занятий другого спектра отказывался. В результате психологической работы были выявлены профессиональные возможности и способности клиента, которые в дальнейшем определили маршрут реабилитации.

На сегодняшний день мой клиент может гордиться своими выступлениями на больших площадках Санкт-Петербурга, исполняя песни сольно и даже со знаменитыми артистами. В конкурсе творчества «Корабль мечты» и Международном фестивале «Звезда Надежды» в БКЗ «Октябрьский» Михаил выступал с певицей Зарой. Наряду с социокультурной деятельностью Михаил с 2014 года является общественным инспектором по контролю и созданию доступной среды при Комитете по социальной политике Санкт-Петербурга. В этом же году Михаил трудоустроен на должность инструктора по труду, в его обязанности входит преподавание компьютерной грамотности. Он участник Всероссийского молодежного слета инструкторов-добровольцев «ВнуЧАТ» – 2015. Также он подготовил к

публикации свою программу «Основы компьютерной грамотности» и параллельно готовится к нашему совместному участию в международной конференции «Традиции и инновации работы с молодежью». Имеет благодарность от Комитета по социальной политике.

В заключение хотелось бы отметить, что реабилитация инвалидов в условиях реабилитационных учреждений социальной защиты населения – сложный процесс, существенную роль в котором должен играть психолог. Но эффективность профессиональной и социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями повышается при условии применения комплексной системы профессиональной диагностики и непрерывности процесса социальной реабилитации, способствующей полной или частичной интеграции инвалида в общество.

Литература

1. Вачков И. Основы технологии группового тренинга. Психотехники./ И. Вачков. – М.: Ось-89, 2005. – с. 224.
2. Жариков Е. Для тебя и тебе /Е. Жариков, Е. Крушельницкий. – М.: Просвещение, 2004. – с. 156.
3. Зайцев Г. К. Твоё здоровье. /Г. К. Зайцев. – СПб.: Детство-Пресс, 2006.
4. Руководство практического психолога. / Под ред. И. В. Дубровиной. – М.: АСАВЕМА, 2000. – с. 128.
5. Игры. Обучение. Тренинг. Досуг./ Под ред. В. В. Петрусинского. – М.: Новая школа, 1994. – с. 368.
6. Индивидуальная психологическая профессиональная консультация. Методическое пособие. – Л.: 2009. – с. 40.
7. Кертц Жан. Жил – Лидерство. Главы из книги. – Алматы, 1997.– с. 24.
8. Макшанов С. Н., Хрящева Н. Ю., Сидоренко Е. Психогимнастика в тренинге. Каталог в 2-х ч. – СПб. 2010. – с. 205.
9. Немов Р. С. Практическая психология. /Р. С. Немов – М.: Владос, 1998. – с. 632
10. Исследование будущих возможностей. Программа развития карьеры для учеников средних классов. – Алматы. 1999. – с. 103.
11. Фокус на будущее. Программа развития карьеры для учеников старших классов. – Алматы. 2007. – с. 118.
12. Руководство для тренеров. Развитие карьеры. Проект обучения для учителей. – Алматы. 2007. – с. 56.
13. Пособие по планированию образования и карьеры. (Тест Холланда). – Алматы. 1999. – с. 13.
14. Ты и твоя карьера. (Интерпретация теста). – Алматы. 2007. – с. 40.
15. 15. Пряжников Н. С. Профессиональное и личностное самоопределение. /Н.С.Пряжников . – Москва-Воронеж: НПО МОДЭК, 1996. – с. 256.

Возможности учреждений социальной сферы Санкт-Петербурга по оказанию социальных услуг инвалидам по зрению

*Зубанова Фаина Геннадиевна, Лукин Матвей Александрович,
Севастьянов Михаил Александрович*

Аннотация: в статье рассмотрены возможности учреждений социальной сферы Санкт-Петербурга по оказанию услуг инвалидам по зрению, намечены пути дальнейшего совершенствования системы социальной помощи незрячим и слабовидящим в Санкт-Петербурге.

Ключевые слова: инвалид, слепой, слабовидящий, социальные услуги.

Possibilities of Social Services for Visually Handicapped Persons Institutions of Saint-Petersburg

Zubanova Faina, Lukin Matvey, Sevastyanov Mikhail

Annotation. The article describes the possibilities of social agencies of St. Petersburg to provide services to the visually impaired, as well as the ways of further improving the system of social assistance to the blind and visually impaired in St. Petersburg.

Keywords. Disabled, blind, visually impaired, social services.

Нарушения функции зрения, в особенности абсолютные и тяжёлые, приводят к целому ряду ограничений активности и возможностей участия, для преодоления которых пострадавшему зачастую необходимо полностью изменить ранее привычную жизнь. В соответствии с «Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (далее – МКФ) [1] ограничения активности и участия могут быть соответствующим образом оценены и закодированы. Наиболее значимыми для инвалидов с сенсорными нарушениями являются ограничения в таких доменах, как d110 – использование зрения; d315 - d329 – восприятие сообщений при невербальном способе общения; d460 – передвижение в различных местах; d465 – передвижение с использованием технических средств реабилитации; d470 - d489 – передвижение с использованием транспорта; d510 - d570 – самообслуживание; d630 - d649 – ведение домашнего хозяйства и т. д. Ограничения могут касаться в том числе и главных сфер жизни, таких как d825 – профессиональное обучение; d850 – оплачиваемая работа, что в свою очередь может привести к ограничению экономической самостоятельности. Наличие большого количества барьеров в физическом и социальном окружении инвалидов по зрению усугубляет вышеперечисленные ограничения.

Таким образом, система оказания социальных услуг инвалидам по зрению должна быть направлена на устранение имеющихся ограничений активности и

участия и содержать перечень необходимых именно для данной категории «специфических» услуг.

В соответствии с Федеральным законом от 20.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» [2], инвалидам могут быть оказаны:

- социально-бытовые услуги;
- социально-медицинские услуги;
- социально-психологические услуги;
- социально-педагогические услуги;
- социально-трудовые услуги;
- социально-правовые услуги;
- услуги в целях повышения коммуникативного потенциала;
- срочные социальные услуги.

В приложениях к порядкам предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге, утверждённым постановлением правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 № 1283, состав социальных услуг расшифрован и конкретизирован [3].

Инвалидам по зрению наиболее важны социально-медицинские услуги по проведению занятий по адаптивной физической культуре и обучению комплексу гимнастики для глаз, социально-педагогические услуги по оказанию помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности, услуги, предоставляемые «...в целях повышения коммуникативного потенциала...»:

- а) обучение пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации;
- б) обучение вербальной коммуникации (чтению и письму по Брайлю);
- в) обучение навыкам социально-бытовой адаптации (домоводству и самообслуживанию);
- г) обучение самостоятельному передвижению, включая изучение жизненно важных маршрутов (ориентирование в малых и больших пространствах) [4].

По данным СПб ГКУ «Городской информационно-расчётный центр», в Санкт-Петербурге по состоянию на 20.03.2014 проживало 10 024 инвалида по зрению, из них 413 детей-инвалидов. Первая группа инвалидности по зрению установлена 3 343 инвалидам, из которых 725 находились в трудоспособном возрасте; вторая группа – 6 001 инвалиду, из которых 1 453 находились в трудоспособном возрасте; третья группа – 267 инвалидам, из которых 165 находились в трудоспособном возрасте.

Созданная к настоящему моменту в Санкт-Петербурге система реабилитационных учреждений позволяет оказывать широкий спектр услуг с учетом принципов адресности и доступности их предоставления.

В Санкт-Петербурге социальные услуги детям-инвалидам и инвалидам трудоспособного возраста оказывают специалисты 14 государственных бюджетных учреждений «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-

инвалидов» (далее – СПб ГБУ «ЦСРИДИ»). Инвалиды пожилого возраста получают услуги в 18 Санкт-Петербургских государственных бюджетных учреждениях «Комплексный центр социального обслуживания населения» (далее – СПб ГБУ «КЦСОН»). В связи с тем, что на территории Курортного, Московского, Приморского, Василеостровского районов нет отдельно выделенных СПб ГБУ «ЦСРИДИ», услуги детям-инвалидам, инвалидам трудоспособного возраста и инвалидам пожилого возраста предоставляются в учреждениях СПб ГБУ «КЦСОН». Оказание услуг инвалидам по зрению требует от специалиста по реабилитации и социальной работе специальных знаний и навыков. Учреждения нуждаются в специальном оснащении и должны отвечать требованиям доступной среды.

Актуальность темы исследования обусловлена необходимостью проведения работы с инвалидами по зрению с позиций предоставления им «специальных» услуг и использования комплексного подхода к процессу реабилитации.

В целях совершенствования системы оказания помощи инвалидам по зрению в Санкт-Петербурге проводилось анкетирование учреждений, оказывающих социальные услуги.

Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр технических средств реабилитации, доступности городской среды, физической культуры инвалидов и хранения архивных документов» (далее – СПб ГБУ «ЦТСР») и Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению» (далее – СПб ГБУ «ЦМСРИЗ») разработали анкету «Определение возможностей учреждений социальной сферы по оказанию реабилитационных услуг инвалидам по зрению». Анкета состоит из трех разделов, позволяющих получить:

- общую информацию об инвалидах по зрению, обслуживаемых в учреждениях;
- информацию о методическом обеспечении и квалификации сотрудников, оказывающих услуги инвалидам по зрению;
- информацию об оснащении учреждений техническими средствами для работы с инвалидами по зрению.

По данным анкетирования, за 9 месяцев 2014 года в учреждениях СПб ГБУ «ЦСРИДИ» и СПб ГБУ «КЦСОН» получили услуги 1 223 человека. Из них 707 – инвалиды трудоспособного возраста и дети-инвалиды и 516 – инвалиды по зрению пожилого возраста, т.е. всего 13% от общего количества инвалидов по зрению.

Данные анкетирования позволили проанализировать количество инвалидов по зрению различных возрастных групп, получавших социальные услуги в различных районах города. Наибольшее число инвалидов обслуживается в СПб ГБУ «ЦСРИДИ» Красногвардейского и Невского районов, наименьшее – в Петроградском. В СПб ГБУ «ЦСРИДИ»

Калининского и Василеостровского районах инвалиды по зрению не обслуживаются. Количество инвалидов по зрению пожилого возраста, получивших услуги в СПб ГБУ «КЦСОН» за три прошедших года, находится примерно на одном уровне. В Выборгском районе услуги в СПб ГБУ «КЦСОН» за 9 месяцев 2014 года были оказаны наибольшему числу инвалидов по зрению – 177 чел. Женщины от 18 до 55 лет со II-ой группой инвалидности посещают СПб ГБУ «ЦСРИДИ» наиболее часто. Вторую по численности группу составляют мужчины от 18 до 60 лет со II-ой группой инвалидности, которые также посещают СПб ГБУ «ЦСРИДИ». Можно предположить, что данные лица посещают учреждения чаще других в связи с тем, что не только нуждаются в предоставлении социальных услуг, но и в большинстве своём имеют остаточное зрение, которое помогает им добраться до центра реабилитации самостоятельно. Инвалиды I-ой группы нуждаются в реабилитации в не меньшей степени, чем инвалиды II-ой, но услуги центрами им практически не предоставляются, поскольку не носят «специального» характера, что не позволяет инвалидам I-ой группы по зрению их получать, также для многих из них затруднительно добраться до центров реабилитации без сопровождения.

Наиболее часто в районных СПб ГБУ «ЦСРИДИ» реализуется направление АФК (адаптивная физическая культура), в 5 районах воплощаются такие направления, как обучение ориентированию в больших и малых пространствах и обучение пользованию персональным компьютером без зрительного контроля. В системе СПб ГБУ «КЦСОН» наблюдается сходная картина, основной предоставляемой услугой является АФК, но даже такие занятия осуществляются всего в 3-х учреждениях.

Для качественной работы с инвалидами по зрению желательно наличие в штате учреждения специалиста с профильным тифлопедагогическим образованием. Подобные специалисты с тифлопедагогическим образованием работают только в СПб ГБУ «ЦСРИДИ» Красногвардейского, Кронштадтского, Невского и Центрального районов. В учреждениях СПб ГБУ «КЦСОН» специалисты с тифлопедагогическим образованием отсутствуют. Непрерывное повышение квалификации в течение профессиональной деятельности является одним из главных требований к современному специалисту в любой сфере. Для этой цели служат семинары, мастер-классы и другие учебно-методические мероприятия. Большинство сотрудников СПб ГБУ «ЦСРИДИ» раз в год посещают семинары, касающиеся работы со слепыми и слабовидящими. В учреждениях СПб ГБУ «КЦСОН» ситуация несколько хуже. Только сотрудники СПб ГБУ «КЦСОН» Кировского и Курортного районов раз в год посещают семинары по специфике работы со слепыми и слабовидящими, что составляет 13% от общего количества сотрудников СПб ГБУ «КЦСОН». 87% сотрудников СПб ГБУ «КЦСОН» не посещают семинары по специфике работы со слепыми и слабовидящими. Большинство сотрудников районных социальных служб нуждаются в

методической помощи, а также учреждениям необходимы методические материалы по вопросу организации обслуживания инвалидов по зрению, начиная с момента установления контакта со слабовидящим и заканчивая основными формами трудоустройства/организации занятости слабовидящих граждан.

Как уже было сказано, основные направления социальной работы с незрячими и слабовидящими – это основы персонального компьютера, домоводство и самообслуживание, пространственное ориентирование. Для проведения занятий по обучению основам персонального компьютера необходимо следующее оборудование:

- системный блок (тактовая частота процессора не менее 2,93 GHz, оперативная память не менее 4 Гб, HDD не менее 500 Гб);
- стандартная клавиатура, проводная (типичным заблуждением является то, что клавиатура с подсветкой или увеличенная клавиатура облегчают незрячим изучение компьютера);
- монитор со стандартной или увеличенной диагональю (начиная от 20 дюймов);
- акустическая система – динамики 2.0 отношение сигнал/шум 70 дб/ 2 Вт;
- наушники – проводные с оголовьем, частотный диапазон (н) 20-20000Гц, длина шнура не менее 2 метров;
- принтер или МФУ;
- компьютерный стол с выдвижной полкой для клавиатуры;
- офисное кресло с подлокотниками, с регулятором высоты и положения спинки.

Каждый компьютер должен иметь следующее программное обеспечение: операционная система Microsoft Windows XP либо Microsoft Windows 7; программа экранного доступа Jaws for Windows 8.0 и выше; программы синтезатора речи, входящие в комплект поставки программы Jaws for Windows; Microsoft Office Word 2003 и выше [4].

Полностью обеспечены компьютерным оборудованием восемь СПб ГБУ «ЦСРИДИ» в Выборгском, Калининском, Кировском, Красногвардейском, Невском, Петродворцовом, Пушкинском, Центральном районах. Три района обеспечены оборудованием частично. В семи районах – Адмиралтейском, Василеостровском, Красносельском, Кронштадтском, Курортном, Московском, Приморском – полностью отсутствует компьютерное оборудование для предоставления услуг инвалидам по зрению. В учреждениях СПб ГБУ «КЦСОН» ситуация следующая: только в СПб ГБУ «КЦСОН» Петродворцового района необходимое оборудование имеется полностью. В двух районах оборудование имеется частично. В 12 районах оборудование полностью отсутствует. В то же время программы экранного доступа, необходимые для обучения инвалидов по зрению, имеются только в СПб ГБУ «ЦСРИДИ» Калининского, Красногвардейского, Невского, Фрунзенского и

Центрального районов, а также в СПб ГБУ «ТЦСО» Кировского района. В других районах программ нет. Таким образом, полный комплект оборудования, необходимый для обучения инвалидов по зрению компьютерной грамотности, имеется только в пяти районах.

Для предоставления услуг по обучению домоводству и самообслуживанию слепых и слабовидящих необходимо следующее бытовое оборудование: ножи-дозаторы, индикатор уровня жидкости, часы и будильники для незрячих и слабовидящих, мера портновская с рельефной индикацией, кухонные говорящие весы, открывалка автоматическая для консервных банок, говорящие крышки для банок. Частично данное оборудование имеется в учреждении СПб ГБУ «ЦСРИДИ» Невского района.

Для предоставления услуг по обучению ориентированию необходимы: электронные средства ориентирования, трости, макеты, рельефные карты и схемы, наборы запахов, аудиозаписи, пособия.

Оборудование для предоставления услуг по обучению ориентированию частично есть в СПб ГБУ «ЦСРИДИ» Красногвардейского и Невского районов.

Таким образом, материальное оснащение центров позволяет в той или иной мере оказывать услуги инвалидам по зрению только в пяти районах (Калининском, Красногвардейском, Невском, Фрунзенском, Центральном). Практически все учреждения социальной сферы необходимо оснащать оборудованием для оказания услуг инвалидам по зрению.

Специалисты, оказывающие услуги инвалидам по зрению, нуждаются в методической помощи и повышении квалификации. Результаты анкетирования показали необходимость проведения дальнейшей методической работы и образовательных мероприятий.

Разработка порядков оснащения СПб ГБУ «КЦСОН» и СПб ГБУ «ЦСРИДИ» оборудованием для оказания социально-реабилитационных услуг незрячим позволит не только соответствующим образом оснастить центры, но и учитывать соблюдение данных порядков при включении коммерческих организаций в реестр поставщиков социальных услуг Санкт-Петербурга.

Стандарты оказания социальных услуг инвалидам по зрению могут быть разработаны дифференцированно, с учетом уровня оказания помощи в СПб ГБУ «КЦСОН» и СПб ГБУ «ЦСРИДИ», Городском центре реабилитации инвалидов по зрению. Соблюдение данных стандартов должно являться обязательным требованием к учреждениям различных форм собственности, претендующим на включение в реестр поставщиков социальных услуг.

Литература

1. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) International Classification of Functioning, Disability and Health. Одобрена Резолюцией 54.21 Ассамблеи ВОЗ от 22 мая 2001 г. World Health Organization. Geneva, 2001.

2. Федеральный Закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в российской федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2013. – № 52 (часть I). – Ст. 7007.
3. Постановление правительства Санкт-Петербурга от 29.12.2014 года № 1283 «Об утверждении порядков предоставления социальных услуг поставщиками социальных услуг в Санкт-Петербурге» // ПБД «Консультант Плюс» [Электронный ресурс]: еженед. пополнение / ЗАО «Консультант Плюс», НПО «ВМИ». – Загл. с экрана.
4. Особенности социальной реабилитации инвалидов по зрению в условиях социально-реабилитационных, социально-оздоровительных и реабилитационных центров: методические рекомендации / Под ред. к.м.н. М. А. Севастьянова. – СПб.: Человек, 2015.

**Трудовая подготовка воспитанников стационарного учреждения
с отклонениями умственного развития в процессе включения
в производственные отношения в условиях социума**

Сергеева Галина Клавдиевна

Аннотация: в статье представлены основные направления деятельности педагогического коллектива РЦ по вопросам трудовой подготовки выпускников стационарного учреждения, формы и приемы комплексного практико-ориентированного подхода для включения воспитанников-выпускников в производственные отношения в условиях социума.

Ключевые слова: трудовая подготовка, профессиональная компетентность, производственные отношения.

**Labour preparation of the pupils of the residential schools with the intellectual
disabilities for their inclusion in to society**

Sergeeva Galina

Annotation. The paper presents the main activities of the teaching staff of RC on job training of residential school graduates, forms and methods of integrated practice-oriented approach to enable graduates into society at manufacture.

Keywords. Labor training, professional competence, industrial relations.

Кардинальные социально-экономические преобразования в стране привели к переоценке, переосмыслению содержания понятия «трудовая подготовка» личности в обществе [2].

Если раньше основными задачами педагогов в этом направлении была подготовка воспитанников к труду на государственных предприятиях по

массовым профессиям, то сейчас расставлены иные акценты: [1]

- во-первых, создать условия для развития личности каждого воспитанника путем вовлечения в различные виды труда сообразно со способностями, интересами и возможностями, а также потребностями общества;

- во-вторых, формирование у воспитанников профессиональной компетентности в избранной сфере трудовой деятельности в сочетании с профессиональной мобильностью;

- в-третьих, создание условий для овладения современными экономическими знаниями, формирование экономического мышления;

- в-четвертых, воспитание культуры личности во всех направлениях, связанных с трудовой деятельностью.

Одним из приоритетных направлений специального обучения воспитанников – инвалидов детства с отклонениями в умственном развитии – Центра социально-трудовой реабилитации при Детском доме-интернате № 1 (далее – ДДИ № 1) является обеспечение их реальной возможности получения трудовой подготовки. Обусловлено это тем, что большинству выпускников только трудовое обучение, направленное на профессиональную подготовку, коррекцию и компенсацию их умственного и физического развития, обеспечивает возможность трудоустройства.

Бесспорно положение о том, что центральной методологической проблемой является подход к труду с точки зрения развития трудовой деятельности по возрастам. Не примеривание, не приравнивание, не приспособление известных форм трудовой деятельности к возможностям ребенка на той или иной возрастной ступени, а понимание трудовой деятельности как известной органической части внутри системы развивающегося поведения ребенка [1].

Трудовая подготовка воспитанников РЦ вызвана необходимостью ее усиления в целях коррекции отклоняющегося развития и подготовки воспитанников к полноценному участию в трудовой жизни в современных условиях экономического развития общества. В психолого-педагогических исследованиях отмечается, что правильно организованное трудовое обучение – эффективное средство коррекции недостатков развития умственной деятельности [3].

Задачей трудовой подготовки воспитанников для педагогов дополнительного образования, инструкторов по труду и воспитателей Центра реабилитации ДДИ № 1, участвующих в развитии трудовых навыков воспитанников, является воспитание мотивированного жизненно-заинтересованного отношения к труду, формирование соответствующих качеств личности – умения работать в коллективе, чувства самостоятельности, ответственности.

Эти задачи – основополагающие для воспитанников, которые в силу своих интеллектуальных и психофизических особенностей и возможностей

наиболее ущербны в плане обеспечения их общим образованием, трудовой подготовкой и особенно трудоустройством.

К сожалению, дальнейшая профессиональная судьба выпускников стационарного учреждения проблематична, так как на рынке труда они не выдерживают конкуренции со своими нормально развивающимися сверстниками. Проблема трудоустройства еще обостряется тем, что, помимо снижения интеллекта, воспитанники имеют, как правило, сопутствующие психоневрологические, физические и соматические осложнения, мешающие становлению профессиональных навыков, ведущих к квалификационным умениям. Особенности памяти и мышления у умственно отсталых воспитанников ведут к затруднениям при формировании технологических знаний, что, в свою очередь, влияет на осознанность и мобильность навыков и умений. Человек с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии как гражданин ничем не отличается в праве на труд от других членов общества. Но ему нужна особая помощь в развитии своих способностей к трудовой деятельности и реализации своих прав.

В Центре реабилитации дома-интерната №1 выстроена система для наиболее полной трудовой подготовки и обеспечения трудовой занятостью лиц со специальными потребностями. Как показывает практика, правильно созданные образовательная и адаптационная среда, условия, формы и содержание профессионально-трудовой подготовки воспитанников РЦ способны обеспечить обучаемому освоение, в соответствии с его возможностями, трудовых умений и навыков, профессиональных программ, сформировать общую культуру личности, решить сопутствующие социально-досуговые, нравственно-этические проблемы, способствовать его социализации.

В настоящее время опыт педагогического коллектива РЦ позволяет при обучении в этой системе решать следующие задачи:

- 1) формирование интеллектуальных умений в труде;
- 2) коррекция и развитие целенаправленных двигательных навыков;
- 3) осознанную регуляцию трудовых действий и технических операций;
- 4) обучение навыкам самообслуживания в быту и самообеспечения;
- 5) становление личности обучаемого в процессе трудовой подготовки;
- 6) социализация обучаемых.

В процессе трудового обучения воспитанники ориентированы на доступность, индивидуализацию образовательных услуг, максимально обеспечивающих интересы развивающейся личности. Эти направления в деятельности центра реабилитации являются приоритетными в организации образовательной среды для воспитанников с нарушениями интеллектуального развития.

Нельзя не согласиться с мнением Л. М Шипицыной, что основная направленность взаимодействия человека и социальной среды связана с удовлетворением потребностей, обеспечивающих его существование, т.е. с

трудом, поэтому социально-трудовая деятельность – ядро адаптационного периода на протяжении всего периода реабилитации воспитанника РЦ. [4]

Для обеспечения возможности трудовой деятельности воспитанников требуется решение двух основных проблем: создание специальных условий труда, подготовка к процессу трудоустройства и дальнейшего включения их в производственные отношения. Адаптация и социализация молодых людей с интеллектуальными нарушениями являются главным звеном в общей системе учебной и коррекционно-воспитательной работы Центра реабилитации. Это связано с огромным значением трудовой подготовки для социализации воспитанников с ограниченными возможностями здоровья. Способность самостоятельно трудиться в учебно-производственных мастерских или на производстве, быть членом трудового коллектива – это одно из определяющих условий успешной их социализации.

Основное содержание деятельности трудовых мастерских Центра реабилитации определяется в зависимости от имеющихся у молодых людей нарушений, тяжести ограниченной жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и трудового прогноза. Особым образом организованное трудовое и профессиональное обучение в условиях деятельности реабилитационного центра может способствовать дальнейшей адаптации в социуме.

В Центре реабилитации активно функционируют учебно-производственные мастерские, в которых трудятся более 80 процентов проживающих воспитанников РЦ: две столярные мастерские, две швейные, две мастерские сборочных работ, одна – малярного и одна – гончарного дела, две – тепличного хозяйства, одна – сувенирная.

Воспитанники Центра реабилитации активно участвуют в предложенных формах трудовой деятельности. Часть воспитанников выполняют определенную работу через службу занятости. Такие воспитанники трудятся в социальной службе (Наталья Д.), работают рабочими зеленого хозяйства (Дмитрий Р., Анатолий А.). Основная часть воспитанников, занятых в учебно-производственных мастерских, и все работающие через службу занятости получает заработную плату. Таким образом, еще находясь в стенах дома-интерната, воспитанники приобретают и первый опыт производственных отношений, и опыт распределения средств на собственные нужды.

В процессе обучения труду и выполнения работ в трудовых мастерских корректируются дефекты интеллектуального развития. Молодые люди учатся планировать ход работы, устанавливать логическую последовательность изготовления, комплектации изделия, продукции, определять приемы работы, выбирать необходимые комплектующие материалы, детали, отчитываться о проделанной работе, контролировать свою деятельность. Трудовая подготовка также складывается из воспитания привычки и навыков культуры труда, четкой организации рабочего места, аккуратного и бережного отношения к материалам, умения выполнять правила техники безопасности и санитарно-гигиенических требований, работать в трудовом коллективе. Воспитанники

формируют знания о назначении продукции, где она используется, какой на нее спрос на рынке труда; о себестоимости продукции, форме оплаты, собственной заработной плате; учатся выполнять работу индивидуально и коллективно.

Эти факторы являются основополагающими для дальнейшего включения выпускников в производственные отношения в условиях социума.

Для системного дополнительного образования разработаны и реализуются образовательные программы подготовки воспитанников к самостоятельной жизни. Программы объединяют практически все направления деятельности педагогического коллектива по формированию всесторонне развитой личности, ориентации на значимые личностные и общечеловеческие ценности. В процессе обучения реализуются программы: «Компас профессий», «Я в большом городе», «Человек и общество», «Школа выживания», «Труд и человек».

В целях социально-трудовой подготовки и развития всесторонней компетенции воспитанника в программе «Труд и человек» предусмотрено изучение следующих теоретических тем, подкрепляемых практической деятельностью: «Я в трудовом коллективе», «Мир профессий», «Организация рабочего места», «Рабочее место и гигиенические требования к нему», «Правила поведения работающего человека», «Твои права и обязанности», «Рабочая, спецодежда», «Техника безопасности», «Работа с электрооборудованием», «Правила безопасного труда», «Организация труда и профилактика производственных травм», «Возможный травматизм», «Пожарная безопасность», «Труд в жизни человека», «Трудовая дисциплина», «Труд и деньги», «Заработная плата».

В ходе адаптации образовательных программ воспитанники осваивают приемы и способы различных видов работ, формируются знания о нормах поведения работающего человека, факторах, влияющих на производительную деятельность в коллективных видах труда. Коллективный трудовой процесс формирует свойства личности, необходимые для осуществления самостоятельной, коммуникативной трудовой деятельности, ответственности, формирует потребность трудиться и положительную мотивацию к трудовой деятельности.

Приобретенные знания в ходе изучения программного материала, а также участие в практической учебно-производственной деятельности повлияли на выбор профессии швеи Нади Г., Светланы Ч., Рады Б. В предстоящем учебном году планируется их обучение в профессионально-реабилитационном центре Санкт-Петербурга.

Трудовая реабилитация молодых людей с нарушениями в умственном развитии, индивидуально обоснованная и индивидуально подобранная, выступает и как лечебный фактор. Трудовые движения и операции стимулируют физиологические процессы, мобилизуют волю, дисциплинируют, приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, направляют

активность в русле предметной, результативной и дающей удовлетворение деятельности.

Пример. Неустойчивость эмоционального состояния, проявление агрессии, рассеянность внимания воспитанницы Олеси У. создавало затруднения во взаимодействии ее со сверстниками и взрослыми. Неумение выслушивать замечания и находить пути решения для выхода из ситуаций приводили Олесю в истерику, утрачивался интерес к труду. Адаптирование программного материала «Труд и человек», в котором предусмотрено изучение правил всестороннего включения человека в коллективную и индивидуальную трудовую деятельность, а также изучение тем на развитие личностных человеческих качеств способствовали тому, что по истечении двух лет Олеся приобрела лидерские способности, снизилась эмоциональная неустойчивость, повысилось чувство ответственности за свою и коллективную работу. В настоящее время воспитанница успешно работает помощником воспитателя на общем отделении Дома-интерната № 1, стоит на очереди для получения социального жилья в городе.

Ирина Х., с сопутствующим заболеванием ДЦП, нуждалась в социальном сопровождении по многим жизненно важным вопросам. Было ограничено понимание социальных факторов, влияющих на жизнеобеспечение человека. В процессе обучения Ирина сориентировалась в выборе профессии, посчитав профессию швеи наиболее востребованной на рынке труда. Свои теоретические знания подкрепляла практическими навыками путем выхода в социум в составе группы, а в дальнейшем – самостоятельно, научилась рассчитывать денежные средства, планировать расходы, взаимодействовать в окружающей социальной среде. В настоящее время Ирина получила социальную квартиру в г. Ломоносове и успешно трудится на швейном производстве.

В процессе труда перед инвалидами раскрывается перспектива восстановления способностей общения, формируется осознание причастности к общей деятельности. Вовлечение в трудовую деятельность умственно отсталых воспитанников предполагает достижение более широких целей, а также перспективу обучения трудовым навыкам и трудоустройство с последующей интеграцией в общество.

Труд является одним из могущественных факторов интеллектуального развития ребенка [1], трудовое обучение выполняет развивающую функцию, воздействуя на познавательную сферу. Оно решает задачу коррекционного воздействия, способствуя формированию положительных черт личности, правильных установок и разумных потребностей, направлено и на социализацию инвалидов, так как приобщение к общественно полезному труду расширяет их социальный опыт, формирует межличностные и производственные отношения.

Идет активный поиск возможностей расширения профориентационной работы нашего учреждения. К традиционным профессиям – швея, рабочий

столярного и малярного дела – прибавилась профессия – рабочий зеленого хозяйства.

За последние 10 лет 24 воспитанника, окончив реабилитационный лицей в Санкт-Петербурге, получили профессии. Из них: 7 человек – швеи, 3 – мастера по пошиву обуви, 1 – мастера лоз оплетения, 12 – рабочего зеленого хозяйства. В апреле 2015 года восемь воспитанников Центра реабилитации принимали участие в мастер-классах, проводимых на базе профессионально-реабилитационного центра Санкт-Петербурга.

Практико-ориентированный комплексный подход к выработке у воспитанника теоретических знаний и практических умений по выполнению разного вида работ, опыт учебно-производственных мастерских как формы коллективного труда, основанной на ответственности и дисциплине, умении взаимодействовать и сотрудничать, ставить задачи и решать, их имеет положительные результаты. В настоящее время 23 воспитанника работают на ставках учреждения, три человека трудоустроены в городском предприятии ООО «Редуктор», 18 выпускников Центра реабилитации в настоящее время успешно адаптированы и трудятся в условиях социума по различным специальностям.

Таким образом, трудовая реабилитация важна как средство интеграции в общество инвалидов с интеллектуальной недостаточностью, как механизм создания равных возможностей для успешного включения в производственные отношения в условиях социума, быть социально востребованными.

Литература

1. Л. С. Выготский. О связи между трудовой деятельностью и интеллектуальным развитием ребенка. Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии, под ред. И. И. Ильева, М., Изд-во Московского университета, 1980 г.
2. Куган Б. А. Социально-трудовая адаптация детей группы социального риска. Курган, Челябинск, 1995 г.
3. Фомичев С. И. Формирование трудовых умений и навыков у школьников с недоразвитием интеллекта на основе конструктивной деятельности. Тема диссертации и автореферата по ВАК 13.00.03.
4. Шипицына Л. М. Психология детей-сирот. Учебное пособие, изд-во С.-Петербургского университета, 2005 г.

Социальные квартиры в системе социализации молодых инвалидов

Трифоненкова Зоя Касымхановна

Аннотация: в статье описана работа отделения постоянного поддерживаемого проживания молодых людей с нарушениями развития, опыт

социализации молодых инвалидов с нарушением умственного развития в квартирах социального назначения (специализированные социальные квартиры социального проживания), которые были открыты в 2006 году в Адмиралтейском районе Санкт-Петербурга.

Ключевые слова: поддерживаемое проживание, социальная квартира, социализация, трудоустройство, молодые инвалиды.

Apartments for Independent Living in the Socialization of Young People with Disabilities

Trifonenkova Zoya

Annotation. The article describes the work of the department of continuously maintained residence of young people with developmental disabilities as an experience of socialization of young people with mental disabilities in social apartments (specialized social apartments for living), which were opened in 2006 in Admiralteisky District of St. Petersburg.

Keywords. Supported residence, social apartment, socialization, employment, young people with disabilities.

«Что его ждет? Как он проживет без нас?» – такие мысли не дают покоя многим родителям молодого человека с серьезной инвалидностью. После ухода родителей, в случае если другие родственники не взяли на себя ответственность за человека с инвалидностью, судьба его может круто измениться. Если он до этого жил в более или менее благополучной семье, то теперь он попадает в психоневрологический интернат (ПНИ), а затем – в дом престарелых. В последнее время об этом задумываются все больше. Родители, негосударственные и государственные организации размышляют и предпринимают попытки создания программ поддерживаемого проживания. В частности, реализуются такие проекты, как социальные, тренировочные квартиры с сопровождаемым/поддерживаемым проживанием людей с нарушениями в развитии интеллекта. Такие квартиры оказались востребованы, так как назрела необходимость в независимом проживании инвалидов. В чем суть такого жилья? Инвалиды, живущие в семьях, часто зависимы от родных во многом, потому что с детства их стараются оградить от домашних дел. Не допускают готовить еду, освобождают от уборки жилья, запрещают делать покупки. Они лишались многих прав, потому что осуществление этих прав требовало много сил, времени. Главная проблема инвалидов с умственной отсталостью возникала после окончания ими специализированных школ, когда выпускники не имели возможности использовать полученные навыки и трудоустроиться. У значительного числа умственно отсталых людей происходила постепенная утрата способности к труду и умения самостоятельно о себе заботиться, то есть тех навыков, которые они обрели,

обучаясь в специализированных учебных заведениях. В квартирах же с сопровождаемым проживанием люди с нарушением интеллекта могут жить самостоятельно при поддержке социальных структур. В этом состоит одна из основополагающих идей концепции нормализации Б. Нирье и Карла Грюневальда [1]. Покажем это на примере.

В 2008 году в Адмиралтейском районе было открыто Санкт-Петербургское государственное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Адмиралтейского района», к которому были присоединены ещё четыре отделения.

– «Карлсон» (социально-трудовое реабилитационное отделение для инвалидов с ограниченными умственными возможностями);

– «Островок» (отделение временного проживания для лиц с ограниченными умственными возможностями);

– ОДССП (отделение по обслуживанию граждан, проживающих в жилых помещениях специализированного социального жилого фонда);

– «Мини-прачечная» (социально-трудовое реабилитационное отделение для инвалидов с ограниченными умственными возможностями).

Российско-шведский пилотный проект «Усовершенствование социальной работы в Санкт-Петербурге в 1997–2000 гг.» позволил открыть ряд специальных учреждений для инвалидов с ограниченными умственными возможностями. Первым таким учреждением, открытым в феврале 2000 года, стало социально-трудовое реабилитационное отделение для инвалидов с ограниченными умственными возможностями «Карлсон», которое предоставило каждому клиенту возможности максимального развития, повышения его самооценки и улучшения качества жизни путём включения его в процесс социально-трудовых отношений. В апреле 2001 года, в рамках того же проекта, было открыто отделение временного проживания для лиц с ограниченными умственными возможностями «Островок». В декабре 2003 года, с целью выявления и обследования инвалидов, проживающих на территории Адмиралтейского района, было открыто Отделение домашнего сопровождения и социального патронажа (ОДССП), на базе которого в 2006 году стали работать две социальные квартиры для людей с ограниченными умственными возможностями, нуждающихся в трудоустройстве и постоянном жилье. И, наконец, в ноябре 2006 года в связи с тем, что отделение «Карлсон» уже не могло обеспечить рабочими местами всех желающих, было открыто социально-трудовое реабилитационное отделение «Мини-прачечная», рассчитанное на 12 рабочих мест. Все эти четыре отделения в 2008 году вошли в состав Центра.

В этой статье мы хотим представить опыт социализации молодых инвалидов путем постоянного проживания инвалидов с нарушением умственного развития в квартирах социального назначения (специализированные социальные квартиры социального проживания),

которые были открыты в 2006 году в Адмиралтейском районе Санкт-Петербурга.

Данные квартиры являются благоустроенным жильём для инвалидов и относятся к специализированному жилищному фонду Санкт-Петербурга. Квартиры социального назначения²⁰ – это альтернативный вариант дому-интернату для инвалидов с нарушением умственного развития, сохранивших частичную способность к самообслуживанию в быту, которые не нуждаются в постоянном постороннем уходе, но имеют потребность в социальном сопровождении и домашнем патронаже. Цель открытия квартир социального назначения – предоставление лицам с нарушением умственного развития возможности самостоятельно проживать в комфортных условиях и создание условий их интеграции в общество.

Задачами такой квартиры являются помощь в развитии социальных навыков самостоятельного проживания, оказание содействия в налаживании социальных связей проживающих в квартире социального назначения, организация социального сопровождения ее жильцов.

Преимущественное право на получение жилья имеют люди с умственными нарушениями: дети-сироты или оставшиеся без попечения родителей (выпускники домов-интернатов).

Существуют, однако, ограничения для проживания в квартире социального назначения. Квартиры социального назначения находятся в собственности города, не являются учреждениями социального обслуживания населения. Это обычные жилые квартиры, в которых проживают лица с нарушением умственного развития на основании ордера и договора найма. Жилые помещения в квартирах не подлежат приватизации, продаже, сдаче в наем, поднаем, аренду. При освобождении жилплощади, она подлежит повторному заселению инвалидом данной категории. Квартиры социального назначения состоят из нескольких отдельных комнат, сгруппированных вокруг помещений общего пользования, а именно: кухни, гостиной, санузла и подсобных помещений для хозяйственных нужд, а также комнаты для персонала. Оптимальный набор общих помещений позволяет рационально организовать социальное и культурно-бытовое обслуживание жильцов.

Каждому жильцу в квартире предоставляется отдельная комната, которая оборудуется с учетом его пожеланий и при его непосредственном участии. При отсутствии возможности предоставить каждому жильцу личный санузел оборудуются как минимум два санитарных узла на квартиру.

Жильцы квартиры социального назначения ведут практически полностью самостоятельный образ жизни: работают в меру своих возможностей,

²⁰ Положение о территориальном планировании Санкт-Петербурга, Закон «О Генеральном плане Санкт-Петербурга и границах зон охраны объектов культурного наследия на территории Санкт-Петербурга» от 21 декабря 2005 года № 728-99.

самостоятельно обслуживают себя, оплачивают жилье, коммунальные услуги и телефон, ведут домашнее хозяйство при сопровождении социальных работников и пользуются услугами учреждений здравоохранения, социальной защиты населения, культуры, что не требует увеличения штата сотрудников Центра, осуществляющих домашнее сопровождение жильцов квартиры.

Оптимальное количество жильцов в квартире социального назначения не должно превышать шесть человек, что позволяет создать благоприятный психологический климат, способствующий общности проживания. Кроме этого, в квартире предусмотрено круглосуточное присутствие социального работника (сотрудника Центра), который, с согласия проживающих, имеет возможность доступа во все помещения для помощи и поддержки жильцов. В экстренных случаях такой доступ разрешен без согласия проживающих. Общие помещения могут служить в отдельных случаях местом сбора персонала. Однако сотрудники могут использовать эти помещения только во время отсутствия жильцов. В квартире должна быть предусмотрена комната для персонала, оборудованная для пребывания в дневное и ночное время. Целесообразно иметь помещения для обслуживающего персонала, расположенные вне квартиры, но в непосредственной близости от места проживания инвалидов. Они необходимы, с одной стороны, для выполнения различных рабочих заданий, отдыха персонала, с другой стороны – для бесед с родственниками.

Приобретение мебели для общих помещений, оборудования кухни, помещений для персонала осуществляется из средств бюджета Санкт-Петербурга. Мебель и оборудование числится на балансе Центра.

Большинство кандидатов на заселение в квартиры социального назначения проживают с родными или в государственных стационарных учреждениях (домах-интернатах) и практически не имеют опыта самостоятельного проживания. Учитывая, что смена жительства и привычного уклада жизни может стать серьезным стрессовым фактором для граждан данной категории, особое внимание сотрудники Центра уделяют процессу подготовки к самостоятельному проживанию в квартирах социального назначения. Организация возможности приобретения опыта самостоятельного проживания осуществляется в отделении временного проживания «тренировочной квартире» (опыт показывает, что в среднем подготовительный период в отделении может составлять от 6 месяцев до года). При отсутствии «тренировочных квартир» или из-за отсутствия возможности проживать в «тренировочной квартире» проводится работа с родителями кандидатов на проживание в квартире социального назначения, которая включает первичную беседу с родителями на дому (предоставление общей информации о квартире социального назначения), мнение родителей о проживании их ребенка в квартире (как они себе это представляют, каковы их ожидания и опасения).

Совместно с каждым жильцом квартиры социального назначения составляется индивидуальный план. В основе планирования лежат личные

потребности и интересы инвалида, описываются возможности и нуждаемость в конкретных видах поддержки. В процессе домашнего сопровождения мероприятия индивидуальных планов могут корректироваться с учетом возникающих обстоятельств. Профессиональная задача сотрудников – поддерживать жильцов квартиры социального назначения настолько, насколько они в этом объективно нуждаются, не заменяя своей деятельностью работу самих инвалидов. Сотрудники оказывают поддержку и обеспечивают жильцу возможность попробовать свои силы, чтобы добиться продвижения вперед и затем обходиться без посторонней помощи.

С жильцами постоянно проводится работа по организации самостоятельного проживания, в том числе они распределяют свой бюджет, который состоит из пенсии и заработка в социально-трудовом реабилитационном отделении, оплачивают квартиру, получают пенсию, снимают с банковской карточки начисленную зарплату, покупают продукты, промышленные товары, следят за чистотой в квартире, выполняют графики уборки, стирки, приготовления еды. Основные трудности этого периода, возникающие при реализации проекта, – это адаптация жильцов к новому месту жительства, сложности работы с родителями молодых инвалидов, неполная информация о здоровье проживающих и др.

Что же происходит в социальной квартире? Жильцы, как большинство людей, идут на работу, вечером занимаются приготовлением еды, стиркой, ходят по магазинам. Ребятам часто приглашают на различные праздничные мероприятия, которые они с удовольствием посещают вместе с сотрудниками. Это концерты, представления, например «Ижорские встречи» в Колпино. Это фестиваль творчества людей с ограниченными возможностями, который ежегодно проходит во Дворце культуры «Ижорец». Праздник готовит «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов «Поддержка» г. Колпино. Также отмечают день инвалида, день семьи и т. д. Городские, районные праздники – это для них очень важные мероприятия. Есть домашние праздники: дни рождения, пикники на природе, посещение кафе, кино, экскурсии, в том числе и водные, просто прогулки по городу вместе с сотрудниками отделения. Дни рождений ждут с нетерпением, потому что это повод собраться всем вместе, молодые люди общаются, поют караоке, танцуют, играют. Очень любят здесь праздник День матери, на который приглашают своих родных, близких, друзей, организуют концерт, накрывают праздничный стол. Для гостей они читают стихи, поют песни, танцуют.

Что можно сказать о характере наших подопечных? Они общительные, доброжелательные, добрые, внимательные, с юмором.

При этом адаптировались к жизни в социальных квартирах все по-разному. Большинство ребят жили в семьях, что повлияло на их характеры. Кто-то быстро освоился с новой жизнью, а кого-то родители долго не могли отпустить от себя. Некоторым родителям казалось, что ребенку необходимо именно родительское внимание, они всячески старались улучшить его жизнь

различными способами, что достаточно естественно для той ситуации симбиотической привязанности, которая складывается в большинстве семей, воспитывающих детей-инвалидов. Это были указания сотрудникам, вмешательства в работу сотрудников, что приводило к конфликтам. Но постепенно все налаживалось, сотрудники находили общий язык с жильцами и родными.

Жильцы квартиры разные по возрасту: самому старшему сорок четыре года, а младшему двадцать девять лет. Но у них есть много общих интересов. Это музыка, компьютер, совместные посиделки – чаепития на кухне. Опишем двух жильцов квартиры.

Среди кандидатов на заселение оказался молодой человек К. с нарушениями слуха и зрения и с различными сопутствующими заболеваниями. Поначалу с К. было тяжело поддерживать коммуникацию – в общении применялись жесты, записки, и часто он не понимал, что от него хотят. Положение усугублялось тем, что у К. участились приступы эпилепсии, при этом в больнице он не мог находиться, и он оставался дома. К. долго привыкал жить самостоятельно. У К. есть родители, которые старались помочь ему, забирали на выходные домой, гуляли. С помощью сотрудников и родителей К. постепенно обжился в квартире. Сейчас К. с удовольствием себе готовит простые салаты и бутерброды, умеет пользоваться микроволновкой, разогревать себе еду. Он аккуратный, хозяйственный, умеет самостоятельно стирать вещи в стиральной машине. За собой моет посуду и делает уборку не только в своей комнате, но и местах общего пользования. Сейчас это дружелюбный, общительный человек. Используя жесты и мимику, он часто «рассказывает» сотрудникам о своих делах, и они его понимают.

Другая участница проекта молодая девушка Л. На момент заселения в квартиру ей был 21 год. Сообразительная, развитая, физически здоровая, имеющая взрывной и истеричный характер, она добивалась желаемого с помощью истерик. Нецензурно выражаясь, угрожая покончить с собой, она отказывалась выполнять те или иные просьбы сотрудников. С ней было особенно тяжело строить отношения, так как её мама активно вмешивалась в её жизнь и поощряла выходки, оправдывая тем, что она «больной человек». Чувствуя поддержку мамы, Л. нередко пыталась манипулировать сотрудниками, и ей порой это удавалось. Но командная работа коллектива отделения постепенно смогла оказать воздействие не только на Л., но и на маму. Л. объясняли недопустимость её плохих поступков, необходимость жить в согласии и мире со своими соседями, в уважительном отношении к сотрудникам и многое другое. Потребовалось немало времени, чтобы научить девушку жить нормальной жизнью. Владая навыками приготовления пищи, с помощью сотрудников она научилась хорошо готовить. Теперь без истерик и капризов убирает места общего пользования, наводит порядок в своей комнате, не забывает стирать личные вещи. Отправляясь на различные мероприятия со всеми жильцами, она ведет себя адекватно, вежливо. Сейчас

с ней приятно общаться, она весёлая, приветливая. Самостоятельная жизнь ей нравится, и она с удовольствием участвует во многих мероприятиях. Л. очень любит праздновать свой день рождения, заранее интересуется тем, кто из сотрудников работает в этот день, для неё это важно, она составляет список гостей и ждёт подарков.

Примеров постепенной адаптации и социализации молодых людей немало, но главное это то, что им живётся хорошо в социальной квартире, для них и для из семей это наилучшее и нормальное будущее. Важно отметить, что подобная квартира, где люди с инвалидностью проживают постоянно, – единственная (в рамках программы государственного учреждения) в Санкт-Петербурге. На ее примере видно, что, когда человек с ограниченными возможностями получает право жить самостоятельно, раскрываются такие черты характера, о которых он сам и его родители даже не подозревали. Многим удастся именно в ситуации поддерживаемого проживания впервые ощутить себя полноценной ЛИЧНОСТЬЮ, которую уважают, слушают, поддерживают. А это, естественно, повышает самооценку, позволяет приблизить жизнь человека к жизни других людей.

Литература

1. Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями : теоретические основы и практический опыт / Под редакцией Карла Грюневальда, СПб., 2003.

Профессиональная реабилитация инвалидов трудоспособного возраста

Филиппова Марина Валентиновна

Аннотация: в статье раскрываются основные проблемы, связанные с трудовой занятостью людей с ограниченными возможностями. Автор рассказал о своём опыте работы в организации трудовой деятельности в мастерских отделения профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов. Представленная работа может быть интересна с практической точки зрения специалистам Центров реабилитации инвалидов и детей-инвалидов.

Ключевые слова: профессиональная реабилитация, мастерские, мотивация, индивидуальный подход, трудовые навыки, творческий потенциал.

Professional rehabilitation for people with disabilities

Filippova Marina

Annotation. The article describes various problems connected with an employment of people with disabilities. The author tells about her personal experience of organizing work activities at workshops in the department of professional rehabilitation for the working-age people with disabilities and professional counseling for children with disabilities. This work can be interesting from a practical point of view to specialists of rehabilitation centers for adults and children with disabilities.

Keywords. Professional rehabilitation, workshops, motivation, individual approach, work skills, creativity

Несмотря на то, что инвалидность связана с ограниченной способностью к трудовой деятельности, неотъемлемым правом инвалида является право на труд. Это право установлено Федеральным законодательством «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и «О занятости населения в Российской Федерации», направленным на создание инвалидам реальных возможностей для занятия полезной, приносящей доход деятельностью и предусматривающим конкретные механизмы их реализации [9,4]. Для осуществления этого права необходима активная государственная политика содействия занятости инвалидов, притом что положение инвалидов на рынке труда в России остается несоответствующим их потенциальным возможностям, а их занятость – неоправданно низкой.

Одним из основных направлений поддержки инвалидов является профессиональная реабилитация, которая является важнейшей составной частью государственной политики в области социальной защиты инвалидов. Успешное проведение мер профессиональной реабилитации позволяет повысить уровень жизни инвалидов, обеспечивать семью, добиться экономической независимости; облегчает интеграцию инвалидов в общество; способствует не на словах, а на деле обеспечению равных возможностей для всех членов общества.

Одним из направлений профессиональной реабилитации в отделении ОПРИТвПОДИ (отделения профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов) является организация обучения клиентов Центра в трудовых мастерских.

В 2007 году мне посчастливилось стать участником международного российско-немецкого проекта «Создание первичного консультационного пункта для людей с различными формами инвалидности и их семей в городе Ломоносове Петродворцового района Санкт-Петербурга». Проект длился с 01.12.2007 г. по 30.11.2009 г. В рамках этого проекта я, как специалист, прошла обучение свечному и столярному делу в трудовых мастерских Германии и Голландии, познакомилась с формами работы с инвалидами, используемыми в немецкой общественной организации «Интернациональный союз земли Гессен».

В результате проекта удалось в кратчайшие сроки (3 месяца) организовать в нашем отделении свечную и столярную мастерские, полностью оснастив их необходимым оборудованием. В 2010 году, уже в должности заведующего, я продолжила развитие трудовых мастерских, участвуя в разработках программ и методик обучения лиц с ограниченными возможностями.

Клиенты отделения – это инвалиды трудоспособного возраста старше 18 лет, а также дети-инвалиды 12–18-ти лет с различной формой инвалидности (нарушение интеллектуального, физического и психического развития). Для каждого реабилитанта разработан индивидуальный маршрут, в соответствии с которым проводятся занятия. Следует отметить, что молодые люди с ограниченными возможностями являются не столько объектами реабилитационного процесса, сколько полноправными участниками этой деятельности, успех которой в значительной степени зависит от степени глубины их установки на восстановление их социальной роли, а отсутствие сотрудничества значительно снижает эффективность реабилитационного процесса. Основным действующим началом реабилитации является сам инвалид. Вовлекая реабилитанта в общественно-полезный труд, специалисты отделения стараются руководствоваться состоянием его здоровья, личными склонностями и интересами, уровнем знаний, реальными возможностями. В соответствии с этим к каждому из клиентов применяется индивидуальный подход.

Конечной целью реабилитации в мастерских является восстановление или приобретение трудовых навыков реабилитантами, а также максимальное развитие творческого потенциала. Для этого используются различные формы работы: работа в малой группе и индивидуальная. В процессе выполнения трудового задания реабилитанты приобретают комплексные навыки работы. Это означает, что при изготовлении изделия, от выработки основной идеи до готовой работы, у клиента развивается моторная функция, координация движений, вплоть до освоения навыков ремесла. Реабилитанты накапливают профессиональные знания о материале, инструментах, использовании орудий труда, а также технологическом процессе. Некоторые ребята на момент начала реабилитационного процесса уже имеют начальные ремесленные знания, на занятиях они совершенствуют их, закрепляют и расширяют или же осваивают новые. Динамика освоения материала отслеживается 2 раза в год. В процессе проведения занятий специалист наблюдает, как молодые люди осваивают материал, что удаётся хорошо, а над чем необходимо ещё работать. Результаты отмечаются в дневнике наблюдения, затем составляется общее заключение.

Для работы с клиентами составлены адаптированные программы обучения в трудовых мастерских по направлениям: свечное, столярное производство. Каждое из направлений включает индивидуальную и коллективную формы работы и подразделяется по видам. Например, свечное производство включает в себя: заливку однотонных свечей, послойную

заливку цветных свечей, заливку мозаичных свечей. Столярное дело: перенос рисунка на заготовку, выпиливание деталей, их обработку, шлифовку, покраску, лакирование и сборку готового изделия. Тематика занятий каждого из направлений строится в зависимости от подготовленности реабилитируемой группы. Возможно введение дополнительных тем по желанию реабилитантов. Занятия каждого из направлений видов деятельности строится с учетом двух компонентов: обучающего, включающего формирование и развитие трудовых умений и навыков, и воспитывающего, формирующего понимание эстетической оценки трудового процесса.

Перед началом каждого занятия обязательно проводится инструктаж по технике безопасности, этому придаётся очень важное значение. Создание спокойных, комфортных условий работы является залогом предстоящего успеха в реабилитации. На вводных занятиях происходит знакомство с клиентом, выявляются личные особенности и потенциальные возможности реабилитанта. В процессе наблюдения за клиентами выделяются две группы:

- первая группа – клиенты с нулевым уровнем знаний и умений (занятия с этими ребятами проходят только в индивидуальной форме);
- вторая группа – клиенты с начальным уровнем знаний, умений (занятия могут проводиться в малой группе).

Процесс обучения происходит постепенно, наилучший эффект достигается при определённом последовательном порядке приёмов. Для каждого из реабилитантов они индивидуальны. Одним необходима только действенная помощь и личный пример, другим – небольшая подсказка или руководство действиями. После собеседования, выявления уровня подготовленности клиента начинается знакомство со свойствами материала, из которого изготавливаются изделия, в дальнейшем происходит непосредственное обучение реабилитанта навыкам свечного или столярного мастерства. Клиенты с грубыми нарушениями моторики, также участвуют в процессе изготовления поделки, но только какой-либо определённой операции. Например, в столярной мастерской: шлифовка изделия, покраска, перенос рисунка по шаблону. В свечной мастерской: подготовка форм для заливки, заливка, декорирование. Мотивация и радость от проделанной работы способствуют развитию концентрации и усидчивости. На каждом занятии, изо дня в день, проводится закрепление технологических процессов, только таким образом на долгое время закрепляется способность выполнять определённую работу. Апофеозом становится участие в различных ярмарках, выставках, фестивалях и праздниках. Реабилитанты видят признание своего труда, это вызывает радость, гордость за свои достижения и способствует вовлечению в социум.

Свечная мастерская является гордостью моего отделения, в других Центрах нашего города нет ничего подобного. Отделение часто посещают специалисты, которые интересуются организацией подобной мастерской. Я всегда с готовностью делюсь опытом, предоставляю необходимую

информацию, рассказываю о способах и методах трудовой реабилитации. За текущий период клиенты, посещающие занятия в трудовых мастерских, добились очень хороших результатов. В столярной мастерской реабилитанты получили знания о различных породах и типах древесины, приобрели навыки и умения обработки с помощью различных инструментов. В свечной же мастерской ребята познакомились с технологией изготовления свечей, приобрели опыт декорирования изделий. Некоторые клиенты получили признание своих достижений на конкурсах творческих работ. Повысилась мотивация к труду. Для многих ребят изделия, выполненные своими руками, – это первый профессиональный опыт, который приносит пользу близким людям: родителям, друзьям. Все эти результаты были достигнуты только в результате целенаправленной, систематической работы. Для меня очень важным оказалось высказывание одного из клиентов: «Я никогда не думал, что смогу делать своими руками такие полезные вещи». Эти слова показывают, что раскрытие широкого спектра способностей, направленных на достижение результата, обеспечивают преодоление и компенсацию ограничений жизнедеятельности, способствуют интеграции реабилитантов в общество. Необходимо только помочь людям с ограниченными возможностями стать полезными, нужными и достойными членами общества.

Результативность работы. За 2013-2014 гг. на отделении ОПРИТвПОДИ прошли реабилитацию 115 клиентов.

Количество оказанных услуг в отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов за 2013-2014 гг. представлены на диаграмме (рис.1):

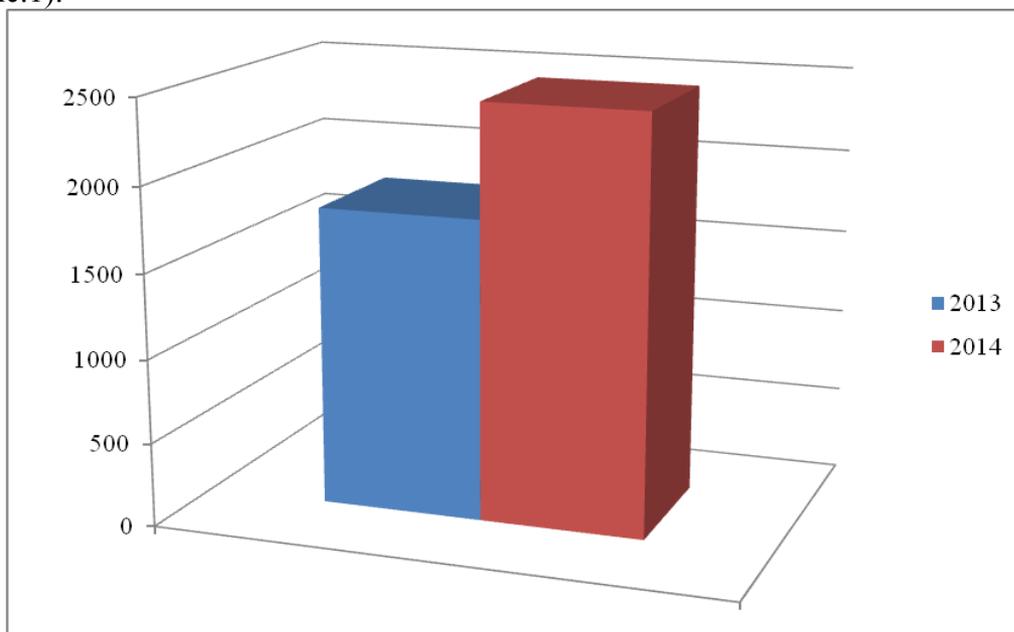


Рисунок 1

В процессе реабилитации положительная динамика выявлена у 83% реабилитируемых. У 17% сформированы профессионально значимые умения, навыки работ, используемые в практической трудовой деятельности. Полученные в учреждении навыки реабилитируемые применяют в домашних условиях, что значительно улучшает их качество жизни. Анализ деятельности отделения за 2013-2014 гг. (в зависимости от группы инвалидности) показывает, что наиболее нуждающимися в услугах отделения независимо от возраста являлись инвалиды 2-й группы – 66%; дети-инвалиды – 19%; инвалиды 3-й группы – 9%; 1-й группы – 6 %.

Это наглядно показывает следующая диаграмма (рис.2):

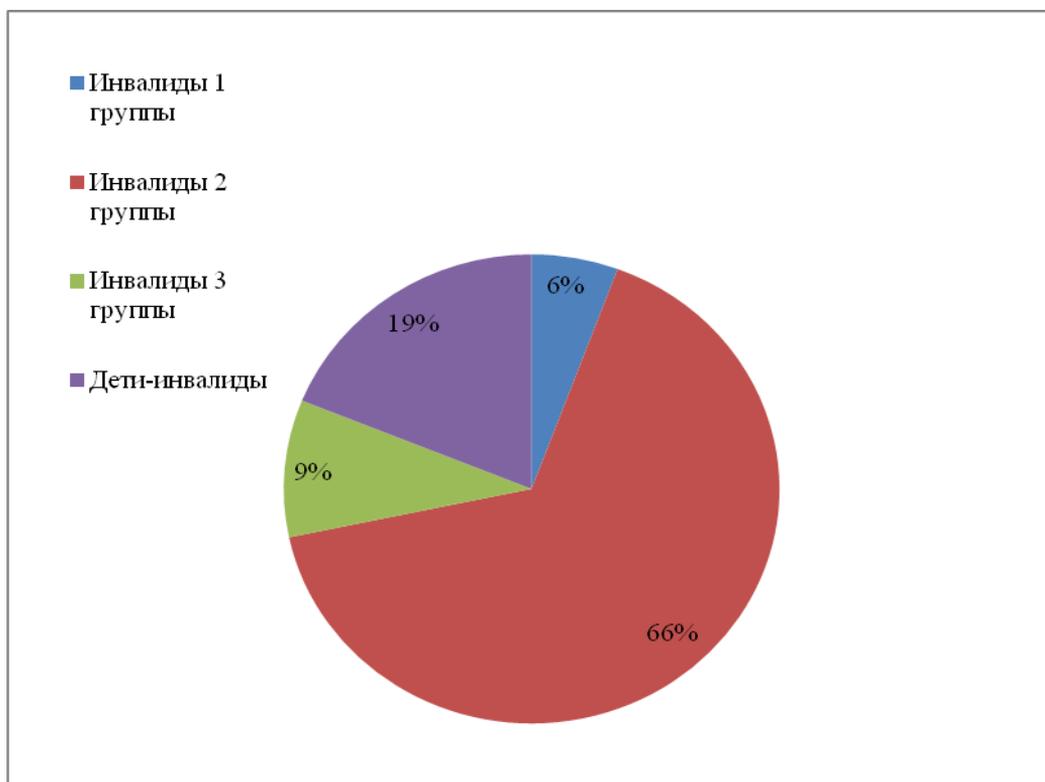


Рисунок 2

Для решения профессиональных задач нашего отделения были разработаны диагностические средства: анкеты, диагностики трудовых навыков, составлены адаптированные программы и методики для занятий в трудовых мастерских.

Я, как заведующий отделением, провожу консультации для инвалидов и членов их семей как в индивидуальной форме, так и групповой (родительские собрания). Трудности в профориентационном направлении определяются спецификой профессиональной ориентации подростков и молодых людей с ограниченными возможностями. Большое значение имеет правильный подбор

доступных видов профессиональной деятельности, создание положительных установок на показанные им виды трудовой занятости, устранение позиции иждивенчества, а также коррекция неадекватных профессиональных планов (например, клиент И., 21 год, имеет образование 9 классов коррекционной школы, а запросом у него является интеллектуальный труд).

Для людей с ограниченными возможностями корректировать неверный профессиональный выбор особенно тяжело. Отсутствие профессиональной подготовки или несоответствие её с потребностями рынка труда ограничивает возможность трудоустройства, следовательно, и достижение материальной независимости. Вместе с коллегами нам удалось наладить систему обратной связи с родителями реабилитантов. С помощью консультаций, бесед выяснялись истинные запросы клиента и родителей, зачастую они не совпадали, распределялись зоны ответственности заинтересованных сторон. Совместно с сотрудниками и родителями отслеживали изменения в поведении реабилитантов по отношению к труду, занятиям, окружающим людям.

За 2013-2014 гг., помимо оказания услуг в трудовых мастерских, 33% клиентам, посещавшим отделение, были оказаны услуги по профконсультированию. Я считаю, что в этом довольно трудном направлении отделение достигло высоких показателей: трое реабилитантов поступили в учебные заведения (Медицинский колледж, Ветеринарная Академия, Финансово-экономический университет); двое учатся на подготовительных курсах в Профессионально-реабилитационном лицее; двое зарегистрированы в Центре занятости населения, один клиент временно получил работу на заводе помощником повара; один клиент трудоустроен на закрытое предприятие специалистом в службу поддержки пользователей компьютеров; один работает дворником. На первый взгляд эти цифры кажутся небольшими, но за ними скрывается длительная и кропотливая работа всего коллектива отделения.

Проблемы в этом направлении, конечно же, есть. Практика показала, что не все находят в себе силы и желание найти применение полученным знаниям. Некоторые инвалиды отказываются от трудоустройства. Причины самые разные: боязнь снятия инвалидности, низкая оплата предлагаемой работы, непрестижная профессия, непригодность инфраструктуры. Как мне кажется, эти проблемы есть не только у нас, а свойственны всем подобным учреждениям нашего города. Конечно, у наших клиентов возможности очень и очень разные, но я считаю, что, если мы окажем помощь в их раскрытии и реализации, – это и будет одним из путей для решения и достижения цели реабилитационного процесса. Подтверждением этому служит то, что ребята, которые успешно прошли реабилитацию, не забывают нас, приходят, рассказывают о своих успехах, советуются по различным вопросам. Наверное, это наша самая большая награда за труд. В дополнение хочется рассказать небольшую историю, которая служит ярким примером результативности работы в трудовых мастерских.

Клиент М. поступил на отделение в 15 лет. Юноша никогда ранее не занимался ручным трудом, закончил 9 классов на дому (заболевание ЦНС). Первая мастерская, которая привлекла внимание подростка – это свечная. Обучение прошло довольно успешно в течение 6 месяцев, но к поступлению в колледж или лицей юноша ещё не был готов. На совещании в отделении между специалистами, было решено добавить в реабилитационный маршрут М. вторую мастерскую – столярную. Подросток на первых занятиях в новой мастерской предположил, что это обучение будет просто как «хобби». Через три месяца мальчик настолько увлёкся, что приходя на каждое занятие, стал приносить чертежи собственного изобретения. К концу года реабилитант чётко сформулировал своё желание поступить на обучение в профессиональное училище по специальности краснодеревщик. На данный момент М. обучается в профессиональном лицее на первом курсе. Индивидуальный подход к каждому реабилитанту, подбор своего «ключика» всегда даёт хороший результат, а именно к этому мы и стремимся в своей работе.

Таким образом, люди с инвалидностью как социальная категория людей нуждаются в социальной защите, поддержке, помощи. Для полноценной и активной жизни их необходимо вовлечь в общественно-полезную деятельность, развитие и поддержание связей со здоровым окружением, госучреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами, т.е. речь идет о социальной интеграции инвалидов, которая является конечной целью реабилитации. Каждый человек в независимости от силы своих ограничений должен трудиться, или находиться рядом с трудовым процессом. Именно поэтому в отделении (ОПРИТвПОДИ) и были созданы трудовые мастерские. Свечное и столярное производства выбраны не случайно в качестве методов профессиональной реабилитации инвалидов, в этих мастерских используются удобные в обработке тёплые материалы, которые способствует комплексному решению реабилитационных задач.

Литература

1. Актуальные проблемы реабилитации инвалидов: доступная среда – равные возможности. Сборник материалов научно-практической конференции (20-21 мая 2010, Санкт-Петербург): Комитет по социальной политике Санкт-Петербурга / сост. Шеломанова Т.Н., Владимирова О.Н. - СПб, 2010.– С. 196.
2. Государство и общественные организации инвалидов:
<http://www.nl.dgu.ru/gov.htm>
3. Гуслова М.Н. Организация и содержание социальной работы с населением. – М.: Академия, 2007.
4. ГОСТ Р 52495-2005 «Социальное обслуживание населения. Термины и определения».

5. ГОСТ Р 52143-2003 «Социальное обслуживание населения. Основные виды социальных услуг».
6. Практическое руководство по работе дневного центра и организации занятости для людей с умственной отсталостью в Украине под ред. К. Таннерт-Сагассер и Н. Майоровой. – Киев: КМ Академия. – С. 102.
7. Стандарт социальных услуг, предоставляемых инвалидам трудоспособного возраста с нарушениями умственного развития в нестационарной форме учреждений социального обслуживания.
8. Федеральный закон от 02.08.1995 г. № 122-ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов».
9. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
10. Федеральный закон от 29.12.2001 г. № 188-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
11. Федеральный закон от 10.12.1995 № 195-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации».

Реализация социальной модели инвалидности на социально-трудовом отделении для людей с нарушением интеллекта

Фролова Елена Ивановна

Аннотация: статья поднимает вопросы нормализации жизни человека с нарушениями в развитии и приобретенной инвалидностью, раскрывает принципы взаимоотношений между человеком с инвалидностью и другими людьми. Раскрыт один из основных подходов к инвалидности – социальная модель, которая позволяет инвалиду реализовать все свои права на интеграцию в обществе. В основу работы положено описание практической деятельности социально-трудового отделения для людей с нарушением интеллекта районного центра социальной реабилитации.

Ключевые слова: инвалид, инвалидность, социальная модель инвалидности.

The Social Model of Disability at the Social and Labor Department for People with Intellectual Disabilities

Frolova Elena

Annotation. The article raises issues of normalization of the life of people with developmental disabilities and acquired disabilities, reveals the principles of relations between a person with disabilities and other people. It also describes one of the main approaches to disability – the social model that allows a disabled person to realize all his rights to social integration. At the heart of the article is the description of the

practical activities of social and labor department for people with intellectual disabilities who are clients of a regional center for social rehabilitation.

Keywords. Disabled, disability, social model of disability.

Люди с отклонениями в умственном и психическом развитии в нашей стране относятся к наиболее социально дезадаптированным категориям населения. Их доход значительно ниже среднего, а потребности в социальном и медицинском обслуживании намного выше. Им труднее получить образование и заниматься трудовой деятельностью. Своевременное и адекватное удовлетворение индивидуальных потребностей инвалидов призвано предоставить компенсацию имеющихся у них ограничений жизнедеятельности и требует поиска наиболее эффективных средств и путей решения проблем. Вот почему государство, обеспечивая социальную защищенность таких инвалидов, должно создавать им необходимые условия для индивидуального развития, развития творческих и производственных возможностей и способностей.

В настоящее время существует два основных подхода к инвалидности: медицинская модель инвалидности (традиционный подход) и социальная модель инвалидности (табл. 1).

Таблица 1. Модели инвалидности

Медицинская модель инвалидности	Социальная модель инвалидности
Инвалид (от лат. <i>invalidus</i> – слабый, немощный) – 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	Инвалидность – это потеря или ограничение возможностей нормальной жизни в обществе на равных с остальными его членами из-за физических или отношенческих барьеров
Инвалидность – нарушение здоровья человека со стойким расстройством функций организма, приводящее к полной или значительной потере профессиональной трудоспособности или существенным затруднениям в жизни. В зависимости от их степени выделяются три группы инвалидности. Инвалидность, ее группа, причина, а при необходимости и время наступления определяются врачебно-трудовыми экспертными комиссиями (ВТЭК). При	Инвалидность является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющимися нарушениями здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими

наступлении инвалидности назначаются пенсии или ежемесячные пособия, предоставляются другие виды социального обеспечения и обслуживания	
Человек с инвалидностью при такой модели не является «носителем проблемы», требующим специального обучения	Проблемы и барьеры в жизни такого человека создают общество и несовершенство общественной системы образования, не готовой в условиях общей школы соответствовать разнообразным потребностям всех учащихся

Традиционная («медицинская») модель определяет инвалидность как нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящее к полной или значительной потере профессиональной трудоспособности или существенным затруднениям в жизни (2). Человек с инвалидностью при таком подходе является проблемой, справиться с которой могут только врачи. Человек вынужден проходить длительные курсы лечения, что ведет к его изоляции от остального общества.

В современном обществе на смену традиционной («медицинской») модели, определяющей инвалидность как нарушение здоровья, приходит социальная модель понимания инвалидности, которая утверждает, что причина инвалидности – это не само заболевание, а те барьеры, которые воздвигнуты обществом и которыми оно старается отгородиться от инвалидов. Авторами формирования этого нового понимания инвалидности стали социальные исследователи и активисты правозащитных организаций инвалидов. Социальная модель была разработана при активном участии инвалидов. При этом был проанализирован огромный опыт самих инвалидов – что значит быть инвалидом в современном обществе. Инвалидность ими рассматривается как результат взаимодействия, которое происходит между имеющими нарушения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими [2].

Социальная модель инвалидности признает, что ограниченные возможности инвалидов – это результат отношения общества к их особым потребностям, а не внутреннее, присущее именно этим людям свойство или «болезнь». Соответственно, интеграция людей с инвалидностью в общество не должна проводиться по «диагностическому» признаку, быть узконаправленной на то или иное отклонение или заболевание и осуществляться в закрытых специальных учреждениях в соответствии с «болезнью». Социальная модель не отрицает наличия дефектов и физиологических отличий, но сдвигает акцент в направлении тех аспектов нашего мира, которые могут быть изменены. Обществу необходимо преодолеть негативные установки в отношении

инвалидности и предоставить людям с инвалидностью равные возможности полноценного участия во всех сферах общественной активности. Это позволит людям с особыми потребностями реализовать свое право на интеграцию в общество.

Островками такого подхода могут быть центры социальной реабилитации. Социально-трудовое отделение для людей с нарушением интеллекта – это отделение, на котором оказывается помощь в решении проблем трудовой адаптации [1], в восстановлении социально-трудовых и коммуникативных навыков, утраченных людьми по причине болезни.

Основными задачами социально-трудового отделения для людей с нарушением интеллекта являются:

- реализация комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на максимальное развитие способностей и навыков инвалида, а также на сохранение тех, которые уже имеются;
- проведение трудовой терапии и обучения первичным трудовым навыкам, организация надомных работ для инвалидов;
- основные направления деятельности социально-трудового отделения для людей с нарушением интеллекта;
- определение способностей и склонностей каждого обслуживаемого к определенному виду деятельности;
- организация обучения инвалидов навыкам ведения домашнего хозяйства и другим бытовым навыкам;
- осуществление мероприятий социально-трудовой реабилитации инвалидов в условиях отделения в рамках индивидуальных реабилитационных программ;
- обучение профессиональным навыкам. Формирование понятий и представлений об организованной трудовой деятельности и дисциплине, которые должны перерасти в навык;
- обучение инвалидов навыкам работы с природными материалами (лозой, берестой, травой, глиной);
- содействие в организации труда, в том числе на дому;
- восстановление и поддержание личностного статуса инвалидов, с учетом их трудовых и бытовых установок методами трудотерапии.

Трудовая терапия реализуется в комплексе с другими методами восстановительной реабилитации и терапии, закрепляя эффект их воздействия. Главными в комплексе трудовой терапии являются упражнения, развивающие навыки самообслуживания, уборки помещений. Большое значение имеет также вышивание, лепка, плетение, вязание, рисование, столярные работы (работа рубанком, полировка деревянных поверхностей), работы с природным материалом (лозой, соломой, глиной). С целью решения проблем трудовой адаптации в нашем Центре клиентам предлагается комплекс следующих реабилитационных услуг.

Лозоплетение. Занятие лозоплетением способствует формированию элементарных трудовых навыков, развивает умение пользоваться различными инструментами и приспособлениями, совершенствует мелкую моторику рук, глазомер. Помогает поднять самооценку, осознать собственную значимость и полезность.

Гончарная мастерская. Занятия в гончарной мастерской способствуют развитию мелкой моторики, что является эффективным средством развития речи, Лепка успокаивает и умиротворяет, учит концентрировать свое внимание, повышает самооценку.

Изобразительная деятельность. Рисование в нетрадиционных техниках – точечное рисование, живопись по мокрому, рисование солью – очень эффективны и доступны каждому, они помогают создать собственные «шедевры», а значит, способствуют формированию уверенности в собственных силах, желание заниматься творчеством.

Занятия в мастерской (вязание крючком) способствуют развитию мелкой моторики, усидчивости, внимания, творческих способностей клиента.

Профессиональная подготовка. Курс подготовки к общению с предполагаемым работодателем: как грамотно составить резюме, на каких сайтах разместить информацию, как подготовиться к собеседованию. В нашей работе мы исходим из того, что каждый клиент имеет свои конкретные проявления и требует индивидуального подхода. Фиксируя отдельные проявления личности, мы рассматриваем их только в целом, стараясь выявить главное, ведущие, определяющие и, безусловно, лучшие положительные черты и качества при взаимодействии её с социумом. Это помогает специалистам отделения корректировать проявления личности, способствовать её успешной социализации. Решая задачи по трудовой адаптации клиентов, специалисты социально-трудового отделения понимают, что интеграция этих лиц в общество зависит от уровня их профессионально-трудовой подготовки и социально-бытовой ориентации.

Пример 1. В конце 2014 года на отделение пришла Юля П., 20 лет, окончила специальную (коррекционную) общеобразовательную школу (8 вида), инвалид второй группы. У Юли наблюдается нарушение слуха. Речевое развитие на очень низком уровне: обращенную речь не всегда понимает, связная речь отсутствует; может повторить отдельные слова. Хорошо развиты альтернативные способы общения: мимика и жест. Действовать по инструкции может только после неоднократного объяснения и показа. Выполняет задание исключительно под руководством специалиста в совместной деятельности. Результативность выполнения задания низкая. Часто делает то, что хочет сама, независимо от задания, потому что сохранять в памяти последовательность инструкций ей очень сложно. Внимание неустойчивое, трудно концентрируемое, поэтому девочка легко отвлекается на посторонние шумы. Интеллект находится на низком уровне

развития. Мышление преобладает конкретное, ситуативное. Мелкая моторика рук развита плохо.

Юля общительна, эмоционально открыта и отзывчива. Упряма. На критику и замечания чаще всего не реагирует и делает так, как хочет. Самооценка неадекватно завышена, не критична по отношению к себе и результатам своего труда. Любит быть в центре внимания, стремится к лидерству. Любит участвовать в коллективных мероприятиях.

Дружный сформировавшийся коллектив клиентов отделения не сразу принял ее. Препградой были невнятная речь, отсутствие алгоритмов поведения. Однако упорство Юли, ее настойчивость, готовность к совместной деятельности, стремление принять правила отделения (подготовить рабочее место, одеть специальную одежду (фартук), переодеть сменную обувь; прийти на помощь своему другу, участвовать в экскурсиях, эстафетах, конкурсах) помогли ей сблизиться с людьми.

Для Юли на отделении был разработан индивидуальный план реабилитации: лозоплетение, занятия в гончарной мастерской, вязание крючком, изобразительная деятельность и профессиональная подготовка.

По окончании срока реабилитации Юля стала более сдержанна, терпелива, лояльна к другим участникам группы. Трудности в речи компенсировали альтернативными способами общения с Юлей. Педагоги постепенно усложнял задания, а достигнутые результаты позволили Юле становиться все более самостоятельной. Юлины работы принимали участия в конкурсе «Я радость нахожу в друзьях» (конкурс рисунков ко Дню инвалидов). Выставка помогает концентрировать внимания каждого участника на собственном успехе, повышает самооценку. Все работы Юля дарит знакомым, нашим сотрудникам Центра. Юля пока не научилась самостоятельно работать в Интернете, но может играть в предложенные ей игры, собирает пазлы, может без помощи отменить действие, вставлять и изменять рисунки. У нее появились такие качества, как усидчивость, терпение, желание добиться конечного результата. Пальцы Юли стали более чувствительными и послушными. Девочка работает в паре, приходит другу на помощь (при выполнении работы), соблюдает правила поведения на отделении.

Занятия на отделении проводятся в группе, что помогает социализации клиентов. Одним из обязательных условий является организация взаимопомощи, когда более опытные клиенты помогают новичкам, а также создание общей атмосферы доброжелательности, уважения и терпимости. Занятость, концентрация внимания на выполняемой работе отвлекают клиента от его болезненных переживаний, тем самым давая возможность перестроить его на новые, более позитивные эмоции и переживания.

Действия специалистов социально-трудового отделения предполагают:

- проведение первичной оценки способности к самообслуживанию;
- составление индивидуального плана развития;

- консультирование клиента по вопросам социального обслуживания;
- оценку результатов деятельности;
- помощь в формировании трудовых навыков;
- помощь в перемещении внутри жилого помещения;
- предоставление спецодежды, рабочего инвентаря, обеспечение санитарно-гигиенических условий, обеспечение места для хранения личных вещей и документов.

Известно, что формирование социально-культурного опыта людей с нарушением интеллекта осуществляется в деятельности и общении. Люди с нарушением интеллекта испытывают дефицит общения, что порождает целый ряд отрицательных явлений в их жизни, таких как психические расстройства, депрессия, одиночество. Следовательно, необходимы компенсирующие формы взаимодействия, направленные на формирование умений устанавливать взаимоотношения, проявлять интерес к партнеру по общению, учитывать интересы и пожелания других членов микрогруппы, работать в паре. Наиболее эффективными методами в формировании данных умений являются: беседы на произвольные темы, интересующие клиентов и способствующие формированию эмпатии, обсуждение прочитанного, увиденного по телевидению, в музее; формулирование сути проблемы в доступной для клиента форме; совместное обсуждение проблемной ситуации; заключение соглашения о решении проблемы, отвечающего интересам клиента; подведение итогов, оценка качества и количества результатов труда; участие в подготовке и проведении культурно-массовых мероприятий; помощь в формировании социально-бытовых умений: обучение инвалида самообслуживанию и мероприятия по обустройству жилища инвалида в соответствии с имеющимися ограничениями жизнедеятельности.

Перечень методов может изменяться, дополняться, корректироваться, так как он направлен на индивидуальные потребности и возможности каждого клиента.

Взаимопонимание в процессе общения возможно только на основе сознательного стремления людей участвовать в этом процессе. В ходе коммуникативного процесса необходимо создавать и поддерживать благоприятный климат общения, способствующий формированию у клиента ориентации на изменения. Критерием продуктивности общения следует считать формирование у клиентов способностей межличностного взаимодействия, коммуникативной компетентности и способности в дальнейшем решать свои проблемы самостоятельно.

Деятельность является важной составляющей для социализации личности. В процессе деятельности вырабатываются социально значимые качества – ответственность и дисциплинированность. На момент поступления у большинства клиентов данные качества проявляются на низком уровне. Осуществление социально значимой работы также способствует закреплению мотивов, связанных с трудовой деятельностью. Обогащение окружения,

постоянство в выполнении процедур благоприятно сказывается на развитии способности концентрировать внимание и, как следствие, на приобретении трудовых навыков. Социализация наиболее успешно проходит при выполнении таких условий, как взаимопомощь, взаимная привязанность, моральное стимулирование клиентов.

Пример 2. Дмитрий Д., возраст 34 года, пришел на отделение в начале 2015 года, инвалид II-ой группы по общему заболеванию. Интеллект сохранен. Стремится к общению, старателен, заинтересован в деятельности, нацелен на результат. Дружелюбен. Очень чувствителен. Уважительно относится к сотрудникам и клиентам отделения. Для него характерна высокая тревожность. Эмоционально быстро истощаем. Жалуется на снижение памяти. Самостоятелен, обращается за помощью только по необходимости. Готов к работе над собой: ориентируясь на мнение окружающих и учитывая медицинские противопоказания других клиентов и сотрудников центра, стремится бросить курить. Хочет устроиться на работу. Дмитрию не хватает контактов для общения.

Дмитрию были рекомендованы: лозоплетение, занятия в гончарной мастерской и профессиональная подготовка – обучение в программе SuperJob. Он прошел курс подготовки к общению с предполагаемым работодателем: как грамотно составить резюме, на каких сайтах разместить информацию, как подготовиться к собеседованию.

Посещал клуб «Мы – петербуржцы», где приобрел навыки организации свободного времени посредством приобщения к культурному наследию родного города.

Данная программа призвана помочь людям с ограниченными возможностями понять, что они являются частью общества, как и обычные люди, имеют такие же права и потребности. Побуждает их принять себя такими, какие они есть, и не «уходить в себя», дает возможность адекватно оценить свои возможности и найти свое место в каком-либо новом творческом начинании. В рамках работы Клуба реабилитационные мероприятия позволяют создать условия, при которых каждый участник сможет реализовать свой духовный и творческий потенциал, а также общаться со своими единомышленниками-людьми, имеющими те же интересы и увлечения. Включение участников программы в различные виды художественного творчества расширяет их коммуникативные связи, возможности интеллектуального и физического развития, стимулирует творческую активность. К разработке перечня мероприятий привлекаются и сами клиенты, их мнение учитывается в ходе подготовки плана работы клуба. Для сплочения участников программы в рамках проведения мероприятий предусмотрены чаепития.

К концу срока реабилитации Дима был принят коллективом отделения, приобрел новых друзей.

Таким образом, профессиональная и трудовая реабилитация становится одним из основных условий для проведения в жизнь социальной модели инвалидности.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации от 28.12.2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».
2. Федеральный закон № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» (вступил в силу 15 мая 2012 года).

Системно-индивидуальный подход в профессиональной реабилитации инвалидов

*Плис Вера Петровна, Цветкова Евгения Геннадьевна,
Чайкина Светлана Евгеньевна*

Аннотация: статья посвящена опыту работы СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Фрунзенского района» в области профориентации и трудоустройства молодых людей с ограниченными возможностями здоровья. С этой целью в данном учреждении разработан и реализуется социально-трудовой проект «Хочу работать!». В статье рассматриваются проблемы, побудившие к созданию проекта, трудности и результаты, о которых авторы рассказывают на конкретных примерах из практики своей работы с реабилитантами.

Ключевые слова: профреабилитация, профориентация, трудоустройство, социализация, социальная интеграция, нормализация жизни инвалидов.

System-individual Approach to Vocational Rehabilitation of Persons with Disabilities

Plis Vera, Tsvetkova Evgenia, Chaikina Svetlana

Annotation. The article is devoted to the experience of St. Petersburg state budgetary institution “The Center for Social Rehabilitation of the Disabled and Children with Disabilities of Frunzensky District” in the area of vocational guidance and employment of young people with disabilities. To this end, the agency has developed and is implementing a social and labor project “I want to work!” The authors tell on specific examples of their practical work with rehabilitants about the problems that prompted the creation of the project, as well as challengers and results.

Keywords. Vocational rehabilitation, vocational guidance, employment, socialization, social integration, normalization of the life of people with disabilities.

Профессиональная реабилитация является важнейшей составной частью комплексной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья в СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Фрунзенского района» (далее – Центр).

При активной поддержке администрации Фрунзенского района Санкт-Петербурга в Центре уже не первый год работает социально-трудовой проект «Хочу работать!», основная задача которого – помочь реабилитантам с учетом их состояния здоровья определиться в профессии, получить образование и трудоустроиться [3].

В современном обществе с его технологиями и правовой базой у человека с инвалидностью немало возможностей профессиональной реализации, но в то же время по разным причинам многие люди не могут найти свое место в мире, профессии, труде, имеют трудности социализации. Дело в том, что профессиональная реализация – это сложный процесс, предполагающий несколько этапов от профориентации до трудоустройства. Пройти все эти этапы самостоятельно человеку с нарушениями в развитии часто не под силу. Цель нашего проекта – системная помощь детям-инвалидам, подросткам и молодым инвалидам в прохождении всех этапов профессионального становления с учетом индивидуальных особенностей и обстоятельств. Таким образом осуществляется системный и в то же время индивидуальный подход к профессиональной реабилитации инвалидов [6].

Социально-трудовой проект «Хочу работать!» включает две комплексных программы: профориентации и трудоустройства [3].

Программа профориентации

Проблема выбора профессии является непростым испытанием для подростка с ограниченными возможностями здоровья. Инвалид нуждается в помощи при выборе профессии в связи с тем, что, с одной стороны, в силу своей инвалидности не может полноценно расширить свой кругозор и увеличить поток информации о профессиях; с другой стороны – не способен самостоятельно оценить степень ограничения поля своего профессионального выбора.

Профессиональная ориентация призвана снизить вероятность случайного выбора профессии, повысить осознанность и обоснованность профессионального самоопределения, дать инвалиду знания о профессиях, о трудовых навыках и умениях, необходимых для той или иной профессии.

В отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов Центра разработана программа профессиональной ориентации, в которой участвуют дети и молодые люди с ограниченными возможностями здоровья от 12 до 35 лет. Реализация программы начинается с индивидуальных собеседований и консультаций наших специалистов с детьми и родителями [5].

Подросткам оказывается дифференцированная помощь в профессиональном самоопределении в зависимости от интересов, склонностей

и способностей, состояния здоровья, индивидуальных особенностей каждого. В мастерских отделения созданы необходимые условия для развития творческих способностей, формирования предпрофессиональных навыков и умений. Здесь проводятся основные обучающие и реабилитационные мероприятия для участников проекта.

Процесс поиска и освоения выбранной специальности требует от инвалида желания и максимального приложения моральных и физических сил, что очень важно с самого начала выполнения программы профессиональной ориентации. Творчество играет важнейшую роль в формировании мотивации к труду, воспитании волевых качеств человека, с одной стороны, и его открытости миру, формировании желания и навыков общения – с другой. Поэтому Центр регулярно организует участие наших реабилитантов как в Образовательных форумах, так и в городских творческих конкурсах «Царскосельский вернисаж», «Орел, телец и лев», «Серебряная нить», выставках в лектории Государственного Русского музея, в Свято-Троицкой Александро-Невской лавре и др. [4].

Отделение Центра стало местом трудового воспитания молодых людей с ограниченными возможностями здоровья, местом общения и формирования у них навыков коллективного труда и общих трудовых интересов. Программа направлена на воспитание активной жизненной позиции по выбору профессии, любви к труду, уважения к людям труда и готовности трудиться в разных сферах общественного производства.

В соответствии с договором о сотрудничестве Центра с СПб ГОУ НПО «Профессионально-реабилитационный лицей» разработана система обучения реабилитантов базовым (первичным) профессиональным знаниям и умениям, позволяющим сделать обоснованный выбор и апробировать себя в условиях максимально приближенной модели конкретного производственного процесса, чтобы в дальнейшем продолжить образование и получить специальность.

Во время обучения наших реабилитантов в учебных заведениях города Центр продолжает оказывать им поддержку: в рамках социально-трудового проекта «Хочу работать!» в Центре студенты ежегодно проходят практику, защищают курсовые и дипломные работы.

Таким образом происходит формирование профессиональной готовности подростков-инвалидов, оказание им помощи в выборе профессии с учетом интересов, склонностей, индивидуальных особенностей в соответствии с инвалидностью и возможностями рационального трудоустройства.

В случае невозможности трудоустройства по уже полученной ранее молодым человеком специальности или её несоответствия его нынешнему состоянию здоровья, Центр организует переобучение реабилитанта новой специальности для последующего трудоустройства.

Социально-трудовой проект «Хочу работать!» Схема проекта



Программа трудоустройства

Отделение профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов в соответствии с программой трудоустройства систематически проводит мониторинг потребности в трудоустройстве лиц с ограниченными возможностями здоровья.

По итогам мониторинга Центр заключает договоры о сотрудничестве в трудоустройстве. Среди наших партнеров: СПб ГБУ «Агентство занятости населения Фрунзенского района», ООО «Торговый дом А. П. Иванов», Многопрофильный образовательный центр «Эдукор», ЗАО «Юлмарт» [3].

Совместно с ООО «Торговый дом А. П. Иванов» наш Центр бесплатно обучал реабилитантов хлебопекарному делу, и уже 6 инвалидов получили профессию и успешно работают в учреждениях социального питания. Профессия пекаря востребована в городе, поэтому процесс подбора и обучения реабилитантов идет постоянно.

Однако даже после получения специальности в образовательных учреждениях, многие лица с ОВЗ оказались нетрудоустроены в силу своих интеллектуальных и физических особенностей. Не все оказались способными трудиться в течение всего положенного им по законодательству рабочего дня. Порой работодатель не готов принять сотрудника, который будет пользоваться особыми льготами в режиме труда. Инвалиды с ДЦП, обучившиеся на

операторов call-центра, по скорости реакции оказывались неконкурентоспособны в сравнении со здоровыми людьми. Однако реабилитанты, обучившиеся работе на компьютере, стали активными пользователями сети Интернет, у них растет круг общения, степень включенности в общественную жизнь. Кроме того, эти инвалиды получили возможность учиться и работать дистанционно [1]. Есть реабилитанты, которые пробуют себя в роли наставников: помогают другим инвалидам осваивать компьютер. И это, несомненно, положительный результат на пути социальной интеграции людей с ОВЗ.

Часть инвалидов с нарушениями в развитии требуют постоянного сопровождения в процессе работы со стороны руководителя, который должен контролировать их и направлять, разбивая весь рабочий процесс на элементарные операции и задания, поручаемые последовательно. Не каждый работодатель оказался способен обеспечить сотрудника-инвалида здоровым куратором.

Именно для таких нетрудоустроенных людей с ОВЗ, которым в работе необходим куратор, центр организовал несколько рабочих мест.

8 реабилитантов, получивших специальности швеи и садовода-озеленителя в СПб ГОУ НПО «Профессионально-реабилитационный лицей», были приняты на работу в Центр. Специалист по социальной работе отделения профессиональной реабилитации ежедневно организует их работу, осуществляет взаимодействие с родителями.

Швеи изготавливают и ремонтируют костюмы для праздничных мероприятий Центра, выступлений театральной студии «Безусловный театр» и творческого коллектива «Палитра» [2], шьют форму для спортсменов Центра, рабочую одежду для озеленителей, а вышитые девушками картины служат украшением интерьеров Центра.

Работа садоводов-озеленителей имеет сезонный характер. С конца апреля и по ноябрь они заняты на территории Центра: убирают территорию, оформляют цветочные клумбы, осуществляют уход за ними. Для организации занятости инвалидов на территории Центра построен парник. Наши озеленители сами выращивают рассаду помидор, перца, салата, петрушки и все лето ухаживают за ними. Полученный урожай идет добавкой к столу отделения временного проживания.

В зимнее время садоводы-озеленители ухаживают за комнатными растениями (поливают, удобряют, протирают листья), делают макеты для оформления клумб, альпийских горок.

Сотрудники отделения с большим пониманием относятся к сотрудникам-инвалидам, помогают им. После работы молодые инвалиды остаются в Центре, участвуя в спортивных и культурно-досуговых мероприятиях.

Заведующий отделением ежеквартально беседует с родителями трудоустроенных молодых инвалидов, выслушивает замечания и предложения по организации их труда, дает оценку работы каждого. С помощью

сотрудников Центра и родителей идет процесс трудового воспитания молодых людей с ограниченными возможностями здоровья.

Родители, чьи дети трудоустроены, всесторонне заинтересованы в реализации данного проекта, т.к. они видят, что их детей не обижают, и они занимаются настоящим делом.

Таким образом происходит социальная адаптация людей с ограниченными возможностями здоровья к активной жизни в обществе, восстановление социального статуса, достижение материальной независимости и повышение качества жизни инвалидов.

Особое развитие проект «Хочу работать!» получил в лице одного из реабилитантов Центра.

Специалистам Центра совместно с семьей К. удалось развить у К. интерес к творчеству, труду, активную жизненную позицию. *Реабилитант К. прошел программу профориентации в отделении профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов, проявив выраженные способности и склонность к изобразительному искусству. В результате К. получил специальность «реставратор декоративно-художественных покрасок» в профессиональном лицее «Купчино» и поступил в РГПУ им. А.И. Герцена на факультет изобразительного искусства. Сейчас К. работает в Центре как художник-оформитель – помогает оформлять выставки творческих работ, праздничные мероприятия Центра...*

Кроме этого, у К. в процессе работы стали проявляться педагогические способности: он охотно и успешно помогал специалистам отделения проводить занятия с другими реабилитантами. Видя эту социальную и творческую активность К., его интеллигентную манеру общения, импонирующую реабилитантам и их родителям, заведующий отделением и руководитель проекта «Хочу работать!» предложила К. вести в Центре художественную студию. К. охотно согласился, и студия была организована [7].

Так социально-трудовой проект «Хочу работать!» вышел на новый уровень развития. К. не просто получил возможность трудоустройства и творческой реализации, но и с готовностью отдает другим реабилитантам знания, умения, внимание и душевное тепло – все то, что сам получил от сотрудников Центра и других людей, помогавших ему найти себя в жизни.

Главная цель студии «Я хочу, чтобы ты рисовал...» – развитие художественно-творческих способностей детей-реабилитантов, воспитание интереса и любви к искусству. А совместные занятия детей-инвалидов с их здоровыми братьями и сестрами и родителями в инклюзивной студии решают еще и задачи социализации, обучения детей толерантному взаимодействию друг с другом, укрепления семьи [7].

Уже сейчас видно, что студия «Я хочу, чтобы ты рисовал...» востребована среди реабилитантов Центра, которые охотно занимаются с начинающим педагогом по изобразительному искусству. Более того, жизненная позиция К. вдохновляет других людей с ограниченными возможностями здоровья на поиск себя и дарит им и их родным надежду на успех.



Социально-бытовая адаптация

Особое внимание необходимо уделить социально-бытовой адаптации, которую инвалид, в зависимости от его индивидуальных потребностей и особенностей, проходит у нас на отделении параллельно со всеми этапами проекта «Хочу работать!». Практика показывает, что без этого успешная профессиональная реабилитация затруднена, а во многих случаях и невозможна.

Проблема связана с тем, что большинству родителей дома проще обслужить ребенка-инвалида, чем научить его навыкам самообслуживания, обращения с бытовыми предметами и техникой, правилам поведения и т.п. Ведь обучение ребенка с нарушениями в развитии требует от взрослых значительного большего времени, терпения, педагогического таланта, чем обучение здоровых детей. Поэтому родители детей с ОВЗ часто не уделяют этому обучению достаточного внимания. Отсюда не редкость, когда подросток или молодой инвалид не умеет и не знает элементарного: не может себя обслужить, поддержать чистоту в помещении, приготовить себе чай, подобрать гардероб и одеться, сделать покупки, не умеет самостоятельно пользоваться общественным транспортом и безопасно перейти дорогу...

Казалось бы, эти навыки напрямую не относятся к профориентации и профессиональной реабилитации. Но при отсутствии этих навыков пребывание в обществе, учеба в образовательном учреждении и трудоустройство для

инвалида могут стать более чем проблематичными. Поэтому наша цель – достижение максимально возможных положительных результатов в социально-бытовой адаптации людей с инвалидностью.

Занятия по социально-бытовой адаптации решают сразу несколько значимых для профессиональной реабилитации задач: помимо обучения инвалидов навыкам самообслуживания, значительное внимание уделяется мотивации к труду и творчеству, а также формированию навыков общения.

На всех занятиях большое внимание уделяется формам общения. Люди с инвалидностью учатся здороваться, прощаться, благодарить за помощь, культурно разговаривать и прилично вести себя в общественных местах. Специальные занятия посвящаются правилам поведения за столом. Цель их – познакомить детей с нормами культурного поведения во время еды, с правилами сервировки стола, научить пользоваться столовыми и чайными приборами. В ходе занятий ребята готовят салаты, пекут оладьи... Все занятия проходят в игровой форме с учётом уровня развития и функционального нарушения каждого инвалида.

Главная особенность занятий на отделении – атмосфера принятия, доверия и взаимопонимания между специалистами и обучающимися. Только в такой атмосфере человек может почувствовать защищённость. На базе эмоционального контакта у него накапливается опыт «проживания событий», который является необходимой базой для усвоения изучаемого материала.

Кроме того, воспитательная ценность занятий состоит в том, что специалистами по социальной работе создаются особые условия для обеспечения эмоциональной привлекательности деятельности для людей с инвалидностью, удовлетворения их потребности в новизне впечатлений, творческой самореализации, общении и самостоятельности. Причём осуществляется это в разнообразных формах деятельности, включая игру, труд, художественное творчество. Это позволяет ненавязчиво, со знанием дела, прививать нашим реабилитантам культуру отношений с окружающим их миром. Очень важно, что занятия на отделении профессиональной реабилитации создают условия для развития у детей, подростков и молодых инвалидов навыков практического сотрудничества, навыков поведения в соответствующих условиях, формируют чувство групповой сплочённости, дружеских взаимоотношений, умение действовать с учётом интересов других людей. Каждый работник, прежде всего, своей личностью, этико-психологической культурой, умением принимать и поддержать даже самого «особого» ребенка является мощным фактором влияния на детей и взрослых. Через своё направление каждый специалист передает основы культуры: интеллектуальной, художественной и просто человеческой.

Это неизменно отражается в личных успехах наших подопечных. Вот еще примеры из практики нашей работы.

Реабилитантка Д. после социально-бытовой адаптации и профориентации в рамках проекта «Хочу работать!» обучилась на швею. Сейчас она, в рамках

того же проекта, трудоустроена в нашем Центре – шьет костюмы для выступлений творческих коллективов. При этом сама Д. как реабилитант Центра и участник нашего театрального проекта и член творческого коллектива «Палитра» выступает на праздниках и фестивалях в сшитых ею костюмах [2].

Во всех подобных случаях мы наблюдаем явный прогресс в развитии личности человека с ОВЗ: преодолевается замкнутость, формируется интерес к общению и самореализации в обществе, растет самооценка, обнаруживаются и раскрываются творческие способности... Почти все реабилитанты, если даже сразу не могут трудоустроиться, тем не менее идут по пути социализации и расширяют круг своих интересов, увлечений.

Так, реабилитант А. после занятий в наших мастерских стал заниматься еще и спортом, а затем принял активное участие в работе театрального проекта Центра. Буквально за год А. превратился из робкого и закомплексованного подростка, с трудом складывающего предложения в связную речь, в полного достоинства человека с уверенным осознанием своего статуса, члена творческого коллектива. Сейчас А. является членом труппы студии Центра «Безусловный театр» людей с ОВЗ под руководством члена союза концертных деятелей РФ Е.М. Царева, который готовит своих начинающих артистов к профессиональной актерской карьере.

Таким образом, можно сказать, что наблюдается заметная, а в ряде случаев и значительно выраженная результативность социально-трудового проекта «Хочу работать!» Проявляется она индивидуально, в зависимости от личности реабилитанта, интересов, способностей, возможностей. Если ограничения по здоровью позволяют, мы стараемся обеспечить трудоустройство инвалида. Но даже если этого не происходит или откладывается во времени, каждый участник проекта получает шанс развития своих способностей, своей личности, ориентацию в мире профессий, соответствующее обучение и в итоге – новые возможности как творческой самореализации, так и интеграции в общество.

Литература

1. Кузьмина Е.А. Применение инновационных ассистивных технологий с целью улучшения качества жизни и доступности для людей с ограниченными возможностями во Фрунзенском районе // Развитие профессиональной компетентности специалистов в области реабилитации и образования инвалидов / науч. ред. С.С. Лебедева – СПб ГИПСР, СПб ГБУ ПРЦ, СПб, 2012. – Изд-во ООО «СПб СРП «Павел» ВОГ», 2012. – 272 с. – С. 152-155.
2. Кузьмина Е.А., Чайкина С.Е. Социо-культурная реабилитация детей-инвалидов на примере работы творческого коллектива «Палитра» // Реализация современных подходов к реабилитации инвалидов в процессе общего и

профессионального образования / науч. ред. С.С. Лебедева – СПб ГИПСР, СПб ГБУ ПРЦ, СПб, 2013. – Изд-во ООО «СПб СРП «Павел» ВОГ», 2013. – 267 с. – С. 125-126.

3. Кузьмина Е.А., Чайкина С.Е., Цветкова Е.Г. Инновационные технологии социальной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста // Актуальные вопросы комплексной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста: Материалы межрегиональной научно-практической конференции. – СПб, 2014. – С. 30-33.

4. Лукашенко Е.Е. Новое направление в профессиональной реабилитации инвалидов // Совершенствование общего и профессионального образования инвалидов в процессе их реабилитации / науч. ред. С.С. Лебедева – СПб ГИПСР, СПб ГБУ ПРЦ, СПб, 2014. – Изд-во ООО «СПб СРП «Павел» ВОГ», 2014. – 303 с. – С. 116-117.

5. Чайкина С.Е. Опыт работы с молодыми инвалидами по профориентации и трудоустройству // Актуальные вопросы реабилитации инвалидов с интеллектуальными и множественными нарушениями в развитии (сборник статей). – СПб, 2014. – 154 с.: ил. – С. 142-146.

6. Чайкина С.Е. Опыт работы с молодыми инвалидами по профориентации и трудоустройству // Совершенствование общего и профессионального образования инвалидов в процессе их реабилитации / науч. ред. С.С. Лебедева – СПб ГИПСР, СПб ГБУ ПРЦ, СПб, 2014. – Изд-во ООО «СПб СРП «Павел» ВОГ», 2014. – 303 с. – С. 174-176.

7. Чайкина С.Е., Цветкова Е.Г. Профессиональная самореализация инвалида как условие его успешной интеграции в общество // Современные тенденции профессиональной реабилитации инвалидов / науч. ред. Е.М. Старобина – ФГУ СПб НПЦЭР, СПб ГБУ ПРЦ, СПб, 2015. – Изд-во ООО «СПб СРП «Павел» ВОГ», 2015 – 352 с. – С. 336-338.

Роль воспитания в процессе социализации, нормализации и повышения качества жизни людей трудоспособного возраста с ограниченными возможностями здоровья

*Митрачкова Светлана Борисовна, Смирнова Светлана Павловна,
Чернышева Татьяна Николаевна*

Аннотация: в статье представлен некоторый опыт работы педагогов реабилитационного центра, созданного на базе Санкт-Петербургского государственного автономного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 10», по воспитанию социально-компетентной личности и повышению качества жизни реабилитантов; он отражает комплекс мероприятий социально-бытового, социально-педагогического, социально-психологического, социально-экономического и социально-правового характера, направленных на

максимально возможное восстановление и развитие психических и физических функций реабилитантов, на сохранение их здоровья и развитие потенциальных возможностей личности, формирование у них социальных навыков адекватно действовать и вести себя в конкретных жизненных ситуациях, на подготовку к самостоятельной жизни и работе.

Ключевые слова: воспитание, формирование личности, социализация, социальная ситуация развития.

The Role of Education in Processes of Socialization, Normalization and Improving the Quality of Life of People of Working Age with Disabilities

Mitrachkova Svetlana, Smirnova Svetlana, Chernysheva Tatiana

Annotation. The article presents the experience of the Rehabilitation Center teachers of educating a socially competent personality and improving the quality of life of rehabilitants. The Center was established on the basis of the Stationary social service institution “Psychoneurological boarding school № 10”. The experience of work represents a set of measures of welfare, social and educational, social and psychological, social and economic, and social and legal nature. The measures are aimed at the greatest possible recovering and developing of mental and physical functions of rehabilitants, preserving their health and developing the potential of the individual, their social skills to act and behave adequately in specific real-life situations, as well as preparing them for independent life and work.

Keywords. Education, personality formation, socialization, social situation of development.

Одним из немногих позитивных итогов перемен, происходящих в нашей стране, является начальное переосмысление обществом своего отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья. По мере развития гласности, роста демократических настроений, расцвета общественных движений и личной инициативы отношение государства и общества принципиально изменилось в сторону усиления внимания к проблемам таких людей. Сегодня можно с уверенностью говорить о формировании государственной политики в этом направлении. За последние годы накоплен достаточно большой инновационный опыт реабилитации людей с особенностями развития, опирающийся на новую стратегию. Суть этой стратегии заключается в следующем: любой человек, глубоко умственно отсталый или с психическими расстройствами, с комплексными нарушениями не должен быть социальным инвалидом и потенциальным балластом для окружающих, своей семьи, государства в целом. Он должен стать оптимально развитой личностью, способной к адекватному вхождению в общественную среду на каждом этапе возрастного становления [9].

Реализация данной стратегии становится возможной лишь в условиях специального реабилитационного пространства, включающего в себя наличие комплексной инфраструктуры учреждения, квалифицированных кадров, владеющих специальными методиками и технологиями коррекционного обучения и воспитания. Таким учреждением является Санкт-Петербургское государственное автономное стационарное учреждение социального обслуживания населения «Психоневрологический интернат № 10» (далее – «УСО ПНИ №10»), которое находится в ведении Комитета по социальной политике Санкт-Петербурга. Здесь проживают, обучаются и воспитываются люди трудоспособного возраста с ограниченными возможностями здоровья (основной диагноз – F – 70, F – 71, F – 72, в сочетании с осложненным дефектом).

Нередко люди с ограниченными возможностями, имеющие интеллектуальное недоразвитие, оказываются изолированными от общества, проживая в специализированных заведениях. Пребывание в условиях круглосуточного стационара, особенно на протяжении всей жизни, формирует у таких людей особый тип поведения и общения. В силу отсутствия жизненного опыта вне учреждения у них не формируется реальное представление о жизни, о социальных отношениях, нет навыка разнопланового общения, они не умеют адекватно реагировать на различные ситуации, адекватно оценивать себя и других в социуме и т. д. Ограничение жизнедеятельности инвалидов способствует частичной или полной социальной дезадаптации, снижает социальную значимость, усугубляет их неравный социальный статус, лишает права на удовлетворение разносторонних потребностей в познании, общении, творчестве. Освоение ими социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует комплексного подхода, поэтому проблемы реабилитации инвалидов, особенно с нарушениями психического развития, являются в меньшей степени медицинским аспектом, в большей степени – аспектом социально-педагогическим [10].

Примером комплексного подхода к обеспечению каждому равных возможностей в социальном, эмоциональном, интеллектуальном и физическом развитии в условиях стационарного социального обслуживания является Реабилитационный центр, созданный на базе Психоневрологического интерната № 10. Реабилитационный центр осуществляет комплекс мероприятий социально-бытового, социально-медицинского, социально-педагогического, социально-психологического, социально-экономического и социально-правового характера, направленных на максимально возможное восстановление и развитие психических и физических функций реабилитантов, на сохранение их здоровья и развитие потенциальных возможностей личности, формирование у них социальных навыков адекватно действовать и вести себя в конкретных жизненных ситуациях, на подготовку к самостоятельной жизни и работе. Деятельность Реабилитационного центра – многофакторный процесс,

отражающий комплексный подход к реабилитации, воспитанию, обучению взрослых с ограниченными возможностями здоровья, основными направлениями которого являются:

- Образовательное (дополнительное образование взрослых по дополнительным общеразвивающим программам).
- Социально-педагогическое (психолого-педагогическая деятельность, социально-педагогическая работа, логопедическая работа, социально-трудовая реабилитация, творческая реабилитация в рамках социокультурной деятельности, а также коррекционно-развивающее обучение, воспитание).

Хочется особо остановиться на воспитательной работе как одном из направлений деятельности Реабилитационного центра, включающей коррекционно-развивающее обучение и воспитание, организацию досуговой деятельности и своевременное проведение режимных моментов.

Воспитание – основная категория педагогической науки. Однако точное определение понятия «воспитание» является одной из сложнейших проблем. Исходное значение слова «воспитание» обусловлено корневой частью слова: «воспитание» – это вскармливание, питание человека, не приспособленного к жизни и совершенно беспомощного при рождении. Сегодня термин «воспитание» далеко ушел от своего исходного смысла, тем не менее нельзя не признавать, что опора на смысловой исток сохраняется до сих пор. «Питание», в его прямом значении, обеспечивает рост и функционирование организма. «Питание», в его фигуральном смысле, означает социализацию человека, вхождение его в культуру и «усвоение» того, что выработано культурой [8].

Говоря о воспитании, нужно понимать, что мы имеем в виду, так как воспитание можно рассматривать *в разных аспектах*:

- в широком социальном смысле – воздействие всех факторов окружающей действительности на реабилитанта;
- в широком педагогическом смысле – деятельность, охватывающая все направления педагогической работы Реабилитационного центра;
- в узком педагогическом смысле – воспитательная работа, включающая коррекционно-развивающее обучение и воспитание, организацию досуговой деятельности и проведение режимных моментов;
- еще в более узком значении – решение определенных конкретных задач.

Дискуссионна проблема целей воспитания, имеющих конкретно-исторический характер. Реальные цели всегда специфичны не только для определенной эпохи, но и для конкретных социальных систем, а также конкретных институтов. Ни одно из существующих многочисленных определений цели воспитания не является исчерпывающим [4]. В различных педагогических концепциях **цель воспитания** трактуется, в зависимости от социально-философских позиций авторов, как:

- воспитание всесторонне и гармонично развитой личности,

сочетающей в себе духовное богатство, моральную чистоту и физическое совершенство;

– приобщение человека к культуре, развитие у него творческой индивидуальности; воспитание социально компетентной личности;

– воспитание автономной личности, способной к позитивному изменению и совершенствованию себя и окружающей действительности; эмансипация, свободное развитие личности;

– формирование отношений личности к миру и с миром, к себе и с самой собой;

– развитие самосознания личности, помощи ей в самоопределении, самореализации и самоутверждении.

Центральное понятие *«воспитание»* имеет целый ряд педагогических терминов, обозначающих явления, лежащие рядом или тесно связанные с воспитанием. Среди таких понятий, прежде всего, необходимо выделить: формирование, становление, социализацию [2].

В первую очередь отметим *«становление»* – термин, отражающий некоторое условное достижение человеком такого уровня развития, когда он становится способным самостоятельно жить в обществе, распоряжаться своей судьбой и самостоятельно выстраивать свое поведение, а также обладает способностью осознавать свои отношения с миром и производить относительно устойчивый ценностный выбор.

Что касается наших реабилитантов, то можно сказать: в какой-то мере их становление уже произошло. Например, многие из них работают на штатных должностях в интернате (санитары-уборщики, дворники-грузчики); они знают когда и как организовать свой досуг и выбирают что им по душе, в каком творческом объединении заниматься рукоделием, пением или танцами.

Но утверждать, что личность окончательно состоялась, так же невозможно, как невозможно представить застывший процесс, принявший свой конечный вариант, ибо динамика жизни и извилистый ход событий будут влиять на человека до самой смерти. И это значит, что существует надобность в другом понятии, более широком и гибком, которое бы отразило бесконечность изменения личности под воздействием всей суммы жизненных и социальных факторов. Таким понятием является *«формирование»*. Формирование личности – процесс изменения личности в ходе взаимодействия ее с реальной действительностью. Процесс и результат развития человека под влиянием наследственности, среды и воспитания в педагогике принято называть формированием личности. Оно осуществляется через образование и организацию жизнедеятельности общностей воспитуемых. Образование включает в себя просвещение, т.е. пропаганду и распространение опыта, знаний, достижений культуры. Организация жизнедеятельности происходит в группах, в различных видах деятельности: познавательной, предметно-практической, духовно-практической, коммуникативной, игровой, спортивной. Особую роль в воспитании играет искусство, которое отражает в

эмоционально-образной форме различные виды социальной деятельности и развивает способность человека творчески преобразовывать окружающий мир и самого себя.

В «УСО ПНИ № 10» представлен широкий спектр работы в этом направлении – направлении формирования личности:

– занятия по социально-бытовой адаптации, по нравственному воспитанию, по эстетическому развитию (в рамках реализации «Программы по социально-бытовой адаптации людей трудоспособного возраста с ограниченными возможностями здоровья»);

– пешеходные экскурсии (сезонно-тематические, на предприятия соцкультбыта, по микрорайону, на закрепление правил дорожного движения);

– автобусные, музейные экскурсии: в учреждении социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 10» ведется большая работа по организации и проведению экскурсий в парки, музеи Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Экскурсионное обслуживание наших реабилитантов производят такие крупнейшие музеи города, как Государственный Эрмитаж, Российский Этнографический музей, Государственный Музей истории религии и другие; нас всегда рады видеть парки Гатчины, Павловска, Пушкина, ЦПКиО, парк аттракционов на Крестовском «Чудо-остров»;

– организация и проведение мероприятий досуга. Творческую реабилитацию в рамках организации досуговой деятельности осуществляют 7 творческих коллективов, мастерских, студий различного направления: декоративно-прикладное творчество («Кудесницы», «Страна рукоделия»); изобразительная деятельность («Акварель», «Фантазия»); музыкально-эстетическое воспитание (ансамбль «Подружки», студия творчества «Радуга»); социально-бытовое направление (мастерская кулинарии «Хозяюшка»).

Как итог работы реабилитантов – участие в творческих выставках: «Взгляд изнутри», «Царскосельский вернисаж», «Благотворительная Пасхальная выставка в Александро-Невской Лавре», «Учитель талантлив во всем»; участие в выставке в рамках Международного Фестиваля «Шаг навстречу», «Благотворительная Рождественская выставка», а также участие в выставке-продаже «Трудовой потенциал инвалидов» в рамках Международного форума «Человек и его здоровье».

Физическое, психическое и социальное развитие личности осуществляется под влиянием внешних и внутренних, социальных и природных, управляемых и неуправляемых факторов. Оно идет в процессе **социализации** – усвоения человеком ценностей, норм, установок, образцов поведения, присущих данному обществу, социальной общности, группе, и воспроизводства им социальных связей и социального опыта. Социализация происходит как в условиях стихийного воздействия на развивающегося человека факторов общественного бытия, так и под влиянием социально контролируемых в процессе воспитания условий.

Однако наши реабилитанты развиваются в условиях деформированного процесса социализации [4]:

- в условиях интернатных учреждений (проживание хоть и приближено к домашним условиям, но в комнате живут 4-5 человек, соблюдая обозначенный для всех распорядок дня и расписание занятий);

- в условиях «социального сиротства» (у многих никогда не было родителей: сироты, отказные);

- в ситуации ограниченной социальной активности, недостаточного включения в различные виды практической деятельности (не всем желающим реабилитантам могут быть предоставлены рабочие места в силу различных объективных и субъективных причин);

- в условиях ограниченных сфер реализации усвоенных социальных норм и социального опыта (еще не все учреждения культуры соответствуют Программе «Доступная среда» и готовы принять инвалидов, передвигающихся, например, на коляске).

В условиях деформированного процесса социализации большую роль в улучшении качества жизни наших реабилитантов играют инновационные технологии здоровьесбережения. С этой целью в календарно-тематическом планировании коррекционно-развивающего обучения и воспитания предусмотрен раздел «Мероприятия по профилактике вредных привычек и пропаганде здорового образа жизни». Разнообразные формы и методы работы с реабилитантами помогают им осознанно вести здоровый образ жизни, избавиться от зависимостей и вредных привычек, сделать свою жизнь радостной, комфортной и безопасной.

Социализация рассматривается нами как процесс вхождения в социальную среду, усвоение социального опыта, ***освоение и приобретение системы социальных связей.***

С этой целью за долгие годы работы наш интернат наладил крепкие дружеские связи, отношения с учреждениями культуры и искусства Санкт-Петербурга: киноцентр «Родина» и кинотеатр «Заневский» приглашают нас на Международный Кинофорум социального кино «Время жить»; хореографический коллектив «Сакма» приезжает в дни Пасхального фестиваля, чтобы порадовать своим творчеством; «Театр Поколений», Санкт-Петербургский Государственный кукольный Театр Сказки всегда рады видеть среди зрителей наших воспитанников; театр «БУФФ», с которым мы сотрудничаем, оказывает благотворительную помощь – проживающие интерната посмотрели на сцене нашего концертного зала такие спектакли, как «Приключения Буратино», «Царевна Несмеяна» и др.; на сцене нашего концертного зала совершенствуют свое мастерство учащиеся балетной школы им. Л. Якобсона, а также воспитанники детской школы искусств им. М. Глинки, детской музыкальной школы им. А. Глазунова, приезжая к нам с Благотворительными концертами в Декаду инвалида; Санкт-Петербургский Цирк на Фонтанке не только предоставляет льготные билеты на представления,

но и показывает отдельные номера цирковой программы на сцене нашего зала; музей современного искусства «Эрарта» каждый последний понедельник месяца приглашает на «Социальные дни в музее».

Освоение социальных связей имеет огромное значение для взрослых людей с ограниченными возможностями здоровья, проживающих в условиях интерната. Выезжая на мероприятия или встречая у себя гостей, наши реабилитанты на занятиях по социальной адаптации повторяют правила поведения в общественных местах, в транспорте, на проезжей части, а также закрепляют знания этикета гостеприимных хозяев.

Опираясь на положение Л. С. Выготского о том, что **«человек усваивает только тот опыт, который был им воспринят»**, в процессе социализации можно выделить два аспекта:

- 1) Усвоение социального опыта, форм, способов, моделей поведения.
- 2) Воспроизведение системы социальных связей, форм, моделей поведения в активной деятельности человека в социальной среде.

В связи с этим намечены ориентиры при отборе содержания воспитания:

- средствами воспитания можно создать условия для развития и коррекции личности независимо от стартовых возможностей;
- воспитатель может создать условия (специально конструируемую **«деятельность развивания»**) для человека с ограниченными возможностями, которые обеспечат ему формирование успешного жизненного пути, т.е. именно воспитатель создает ситуацию, в которой формируются или не формируются основные механизмы регуляции поведения [6].

Специально конструируемую «деятельность развивания» воспитатель Реабилитационного центра создает практически на каждом занятии по социально-бытовой адаптации, т.к. использует следующие методы и приемы работы: создание и обыгрывание проблемных ситуаций; опросы, анкетирование, работа с родителями на проверку:

- социальной зрелости суждений;
- сформированности морально-этических норм;
- наличия сознательной дисциплины и многое другое.

Кроме этого, «деятельностью развивания» является любая коллективная работа, совместное творчество. Особое внимание уделяется проблеме **«социальной ситуации развития»**, речь идет о важности организуемой воспитателем коллективной деятельности (прогулки, игры, совместное творчество), в ходе которой человек сам не в силах справиться с решением задачи, но в совместной деятельности с воспитателем и сверстниками он осваивает новые способы обработки информации, которые впоследствии и становятся формами и способами его взаимоотношений с миром [6].

Примером может служить работа по социальной адаптации реабилитантов через подготовку и проведение концертов, праздников, других видов коллективной деятельности и является одним из приоритетов. Выступление на сцене – это всегда событие, проживая которое, воспитанники

приобретают неоценимый опыт встречи с миром и другими людьми. Роль концертов, праздников невозможно переоценить. Они не только формируют хорошее настроение, но и дают возможность «закрепить» пройденный материал. К праздникам реабилитанты разучивают стихи, песни, танцы, получают дополнительно большой объем информации, поэтому развиваются их представления об окружающем мире. Во время подготовки к праздникам реабилитанты своими руками под руководством опытных педагогов делают всевозможные атрибуты, декорации, элементы оформления и костюмов. Сам процесс подготовки к мероприятию объединяет, сплачивает педагогов с воспитанниками и родителями. Каждому празднику сопутствует выставка рисунков, поделок, цветов, новогодних композиций или осенних букетов (в зависимости от времени года и названия праздника). А это значит, что люди с ограниченными физическими и психическими возможностями рисуют, лепят, конструируют из бумаги, составляют букеты, а потом видят свои работы на выставке, и все любят эти работы! Как легко становится поверить в свои силы людям, неуверенно чувствующим себя в этом мире, когда они вместе с друзьями занимаются хорошим общим делом и добиваются высоких результатов!

В итоге реабилитанты интерната ежегодно участвуют в таких мероприятиях учреждения, как Торжественная линейка ко Дню Знаний, Шефские концерты ко Дню пожилого человека, Международный День Учителя, Новогодний утренник, Международный женский день 8 Марта, Отчетный концерт художественной самодеятельности, Торжественная линейка «Последний звонок», День социального работника.

Для повышения качества жизни реабилитантов и воспитания социально-компетентной личности в «УСО ПНИ № 10» созданы следующие условия и возможности:

- наличие транспортных средств: два микроавтобуса, один из которых специализированный, оборудованный для инвалидов-колясочников;
- кинозал, оборудованный аудио-видеоаппаратурой, осветительной техникой; репетиционный зал, костюмерная;
- библиотека;
- специальные кабинеты для проведения занятий по социально-бытовой адаптации («Магазин», «Домоводство», «Почта»);
- релаксационный кабинет;
- игротека;
- домовая церковь в здании и Храм Иконы Иверской Божией Матери «Всех скорбящих радость» на территории интерната.

Немаловажное значение для нормализации жизни реабилитантов играют наши постоянные социальные партнеры:

Санкт-Петербургская Ассоциация общественных объединений родителей детей-инвалидов «ГАООРДИ» поддерживает тесные связи с нашим учреждением, обеспечивая воспитанников билетами в театры, музеи;

организует фестиваль творчества «Царскосельский вернисаж», фото-конкурс «Взгляды», в которых наши реабилитанты принимают участие уже не первый год;

Муниципальное образование Муниципальный округ Правобережный Невского района г. Санкт-Петербурга поддерживает некоторые творческие проекты нашего учреждения, например, оказывает помощь в организации Межрегионального тренировочного дня по Программе Тренировки Двигательной Активности (ПТДА) и спортивного фестиваля для людей с ограниченными возможностями;

Санкт-Петербургская общественная организация помощи людям с нарушением интеллекта «Спасение» организована родителями наших проживающих, они оказывают помощь в организации и проведении культмассовых мероприятий (экскурсии автобусные, теплоходные и др.);

Центр социальной реабилитации инвалидов и инвалидов детства Невского района г. Санкт-Петербурга приглашает принять участие в семинарах, мастер-классах декоративно-прикладного творчества, а также организует занятия наших воспитанников в студии «Танцы на колясках»;

Приход церкви иконы Иверской Божией Матери «Всех скорбящих радость» осуществляет духовное окормление инвалидов посредством регулярных богослужений, исполнение церковных таинств и треб, проводит совместные молитвы на отделениях, концерты на духовные темы, оказывает гуманитарную помощь и уход за больными;

Региональный общественный благотворительный фонд социальной реабилитации и помощи инвалидам «Кедр» обеспечивает выезды проживающих на отдых на остров Коневец (Ладожское озеро);

Вместе с ГБОУ СОШ № 323 Невского района г. Санкт-Петербурга разработана Программа взаимодействия по теме «Толерантность» и в Декаду инвалидов проведено значимое для общества мероприятие «Мы вместе».

Много лет настоящим другом Реабилитационного центра «УСО ПНИ № 10» является депутат Законодательного собрания Санкт-Петербурга Игорь Владимирович Высоцкий. Совместно с общественной организацией «Боевое братство» он ежегодно награждает премиями особо отличившихся в учебе и труде реабилитантов.

Результатом социализации реабилитантов, а значит, и успешной воспитательной работы с ними, является трудоустройство и самостоятельное проживание. Вот конкретные примеры:

Людмила Е., 1984 года рождения, поступила в детско-подростковое отделение интерната в 1996 году из ДДИ № 4 г. Павловска; обучалась по программе «Программа для умственно отсталых детей», посещала танцевальную студию «Галактика», которая стала победителем всевозможных конкурсов районного, городского и всероссийского уровня. После обучения в интернате поступила в Профессиональный реабилитационный лицей (ПРЛ), где получила профессию «швея». В настоящее

время Людмила работает в ГУЗ «Александровская больница» санитаркой приемного отделения. В 2014 году она получила по Программе для детей-сирот и лиц, оставшихся без попечения родителей, жилплощадь и выписалась на самостоятельное проживание. Но до сих пор приезжает в интернат, навещает друзей и продолжает посещать занятия в танцевальной студии «Галактика».

Сергей К., 1985 года рождения, поступил в детско-подростковое отделение интерната в 1997 году из детского дома № 11 Санкт-Петербурга. Обучался по «Программе для умственно отсталых детей», принимал активное участие в культурно-массовых и спортивных мероприятиях разного уровня (районного, городского). После обучения в интернате поступил в Профессиональный реабилитационный лицей (ПРЛ), где получил профессию «портной». В настоящее время Сергей работает упаковщиком в ООО «Морской порт». В 2015 году он получил жилплощадь по Программе для детей-сирот и лиц, оставшихся без попечения родителей.

Краткая статистика за 2014 год:

- работают в городе, в свободном рынке труда – 43 человека,
- работают в интернате на штатных единицах – 58 человек,
- работает в ЛТО интерната – 31 человек,
- обучается в ПРЛ – 1 человек.

По рекомендациям медико-педагогической комиссии «УСО ПНИ № 10», в состав которой входят социальные педагоги и педагоги-психологи, в период за 2012–2015 годы получил социальное жилье 51 человек. Это люди с ограниченными возможностями здоровья, которые полностью адаптированы к проживанию в социуме и могут самостоятельно жить в городе.

Таким образом, главное, чтобы жизнь в обществе была осмысленной для человека, и, находясь в системе социальных отношений, он понимал их содержание, назначение, ценность, чтобы человек становился личностью, умел самостоятельно строить свою жизнь, неся за нее ответственность, выстраивая стратегию в согласии со своими представлениями о счастье, основанными на Добре, Истине и Красоте.

Воспитание как социальный феномен призвано содействовать изменению личности, что играет важную роль в гармонизации отношений отдельной личности и общества, поэтому именно воспитательному компоненту социально-педагогической работы Реабилитационного центра отводится важное место в решении проблемы адаптации, социализации и максимальной интеграции взрослых людей с ограниченными возможностями в общество.

Воспитание социально-компетентной личности и повышение качества ее жизни – итог успешной воспитательной работы педагогов Реабилитационного центра «УСО ПНИ № 10».

Литература

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет сознания. СПб., 2001.
2. Асмолов А.Г. Психология личности: Принципы общепсихологического анализа. М., 2002.
3. Божович Л.И. Проблемы формирования личности. 2-е изд. М.; Воронеж, 1997.
4. Бондаревская Е.В. Смыслы и стратегии личностно ориентированного воспитания. М., Педагогика, 2000.
5. Зинченко В.П. Человек развивающийся: очерки российской психологии. М., 1994.
6. Маркова А.К. и др. Диагностика и коррекция умственного развития в школьном и дошкольном возрасте. Петрозаводск, 1992.
7. Минияров В.М. Психология семейного воспитания (диагностико-коррекционный аспект). М.; Воронеж, 2000.
8. Паркинсон К.Н. и др. Дети: Как их воспитывать. СПб., 1992.
9. Нормализация жизни в закрытых учреждениях для людей с интеллектуальными и другими функциональными нарушениями : теоретические основы и практический опыт / Под редакцией Карла Грюневальда. СПб., 2003.
10. Худенко Е.Д. и др. Организация и планирование воспитательной работы в специальной (коррекционной) школе-интернете, детском доме: пособие для воспитателей и учителей. М., 2008.

НАШИ АВТОРЫ

Андреева Марина Юрьевна, учитель ГБОУ школы № 627 Невского района Санкт-Петербурга

Афанасова Татьяна Яковлевна, социальный педагог, социально-трудовое отделение для людей с нарушением интеллекта, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга»

Богданова Анна Юрьевна, психолог, отделение дневного пребывания детей и подростков с ограниченными возможностями СПб ГБУ «КЦСОН Василеостровского района Санкт-Петербурга»

Вечканова Ирина Геннадьевна, доцент кафедры основ коррекционной педагогики РГПУ им. А.И. Герцена

Владимирова Оксана Николаевна, доцент кафедры организации здравоохранения, медико-социальной экспертизы и реабилитации, учёный секретарь, кандидат медицинских наук ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации

Горяинов Игорь Владимирович, руководитель бюро №46 ФКУ «Главное бюро МСЭ по Санкт-Петербургу»

Гусак Юлия Львовна, директор, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов»

Дегтярева Ольга Ивановна, заведующая отделением профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Центрального района Санкт-Петербурга»

Жвакина Мария Александровна, клинический психолог отделения раннего вмешательства, государственное бюджетное учреждение «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района г. Санкт-Петербурга»

Желаева Надежда Михайловна, заведующий отделения дневного пребывания, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района Санкт-Петербурга»

Зинченко Ирина Михайловна, директор программ Автономной некоммерческой организации «Центр развития инновационных социальных услуг «Партнерство каждому ребенку»

Зубанова Фаина Геннадиевна, специалист по реабилитации инвалидов координационно-методического отдела по вопросам комплексной реабилитации инвалидов, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр технических средств реабилитации, доступности городской среды, физической культуры инвалидов и хранения архивных документов»

Иваненко Елена Геннадьевна, руководитель экспертного состава ФКУ «Главное бюро МСЭ по Хабаровскому краю»

Клепикова Анна Александровна, научный сотрудник факультета антропологии Европейского университета в Санкт-Петербурге

Кочетова Анна Павловна, заместитель директора по УВР ГБОУ школа №627 Невского района Санкт-Петербурга

Красильникова Ирина Евсеевна, специалист по социальной работе социально-реабилитационное отделение Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Калининского района Санкт-Петербурга»

Куликова Дарья Александровна, руководитель программы «Передышка» Автономной некоммерческой организации «Центр развития инновационных социальных услуг «Партнерство каждому ребенку»

Лукин Матвей Александрович, директор, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр технических средств реабилитации, доступности городской среды, физической культуры инвалидов и хранения архивных документов»

Львова Марина Александровна, педагог дополнительного образования, Отделение дневного пребывания детей-инвалидов, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Центрального района Санкт-Петербурга»

Любомудрова Ольга Владимировна, заведующая отделением раннего вмешательства, логопед, государственное бюджетное учреждение «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района г. Санкт-Петербурга»

Мауль Ирина Юьевна, педагог-психолог отделения профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов, специалист первой категории, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Петродворцового района Санкт-Петербурга»

Митрачкова Светлана Борисовна, старший воспитатель, руководитель отделения поддерживающей реабилитации Санкт-Петербургского государственного автономного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат №10»

Мичурина Анна Николаевна, заведующая отделением социально-реабилитационное отделение Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Калининского района Санкт-Петербурга»

Оленникова Марина Евгеньевна, психолог, магистр психологии, Санкт-Петербург

Плис Вера Петровна, специалист по социальной работе отделения проф.реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Фрунзенского района Санкт-Петербурга»

Провоторова Инна Анатольевна, педагог-психолог, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов»

Рыскина Виктория Львовна, методист СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», преподаватель Высшей школы социальных и экономических наук, Москва

Самарина Лариса Витальевна, директор НОУ ДПО «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства»

Самсонова Алла Владимировна, учитель-логопед ГБОУ школы № 627 Невского района Санкт-Петербурга

Севастьянов Михаил Александрович, директор, кандидат медицинских наук, доцент, член корреспондент МАНЭБ, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр медико-социальной реабилитации инвалидов по зрению» Санкт-Петербург

Сергеева Галина Клавдиевна, воспитатель, инструктор по труду, Санкт-Петербургское государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания «Дом-интернат для детей с отклонениями в умственном развитии №1»

Сидорова Майя Константиновна, заведующий отделением социально-медицинского сопровождения, дефектолог, государственное бюджетное учреждение «Центр социальной помощи семье и детям Приморского района Санкт-Петербурга»

Смирнова Светлана Павловна, старший воспитатель, руководитель отделения социально-бытовой адаптации Санкт-Петербургского государственного автономного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 10», ГАС УСО «ПНИ № 10»

Трифоненкова Зоя Касымхановна, специалист по социальной работе, «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Адмиралтейского района Санкт-Петербурга»

Филиппова Марина Валентиновна, заведующая отделением профессиональной реабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профессиональной ориентации детей-инвалидов, Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Петродворцового района Санкт-Петербурга»

Фролова Елена Ивановна, специалист по социальной работе социально-трудового отделения для людей с нарушением интеллекта СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Центрального района Санкт-Петербурга»

Цветкова Евгения Геннадьевна, заведующий организационно-методическим отделением СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Фрунзенского района»

Чайкина Светлана Евгеньевна, заведующий отделением профреабилитации инвалидов трудоспособного возраста и профориентации детей-инвалидов СПб ГБУ «Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Фрунзенского района»

Чернышева Татьяна Николаевна, заместитель директора по социально-педагогической работе и дополнительному образованию Санкт-Петербургского государственного автономного стационарного учреждения социального обслуживания «Психоневрологический интернат № 10

Шадорская Лариса Анатольевна, аспирант кафедры олигофренопедагогики РГПУ им. А. И. Герцена

Шарова Галина Владимировна, психолог, руководитель проекта «Пространство Радости» СПб БОО «Детский Кризисный Центр»

Уважаемые коллеги, приглашаем к сотрудничеству!

Приглашаем руководителей и сотрудников учреждений социального обслуживания Санкт-Петербурга, а также научных работников, преподавателей, студентов, магистрантов, аспирантов к участию в сборнике «Социальное обслуживание семей и детей».

Сериальный тематический научно-методический сборник «Социальное обслуживание семей и детей» публикует статьи по теории и практике социальной работы: концептуальным и методологическим подходам в социальной работе, историческим аспектам и современным инновационным технологиям, проблемам и перспективам развития, результатам научных исследований и опыта деятельности, а также методические материалы, разработки специалистов сферы социальной работы учреждений социального обслуживания населения Санкт-Петербурга.

Сборнику присвоен Международный стандартный серийный номер ISSN 2311-1283.

Сборник зарегистрирован в Российской Научной электронной библиотеке eLIBRARY.RU и включен в Национальную библиографическую базу данных научного цитирования (РИНЦ).

Уважаемые коллеги! Вы можете предоставить к публикации собственные актуальные материалы в виде научных, научно-практических, методических статей.

Публикация ваших статей – это эффективная форма представления собственного практического опыта работы и результатов научных исследований в социальной сфере.

Для участия в сборнике необходимо заполнить авторскую регистрационную форму и направить статью в адрес редакции с соблюдением требований к ее оформлению.

Подробности можно найти на сайте Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения «Городской информационно-методический центр «Семья» в рубрике «Наши издания» по ссылке:

<http://www.homekid.ru/serialnyij-sbornik.html>

Дополнительно там же вы можете ознакомиться с уже вышедшими тематическими выпусками и планом издания сборника на ближайший год.

Приглашаем специалистов других регионов Российской Федерации с представлением своего опыта работы в социальной сфере.

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ

Статьи представляются в электронном виде по адресу: semja95@mai.ru или info@semya.gugov.spb.ru.

Каждая статья должна иметь номер по универсальной десятичной классификации (УДК), который необходимо подобрать в соответствии с классификатором, представленном на следующих Интернет-ресурсах: <http://udc.biblio.uspu.ru>, <http://naukapro.ru/metod.htm>.

Формат страницы А4 (210x297 мм). Поля: верхнее, нижнее и правое – 2 см, левое – 3 см; интервал одинарный; отступ 1,25; размер (кегель) – 12; тип – Times New Roman, стиль Обычный. На первой строке печатаются фамилия, имя, отчество автора полностью, выравнивание по правому краю. Далее: звание, степень, должность, подразделение, полное название организации, город, выравнивание по правому краю. При наличии соавторов, схема написания повторяется (количество авторов ограничено тремя). После пропущенной строки печатается фамилия и инициалы авторов на английском языке, выравнивание по правому краю. Далее, полное название организации, страна, город на английском языке, выравнивание по правому краю.

После пропущенной строки указывается название статьи прописными буквами, шрифт жирный, выравнивание по центру. Далее, после пропущенной строки располагается аннотация на русском языке (3–5 предложений) и ключевые слова (5–7 слов). Затем, после пропущенной строки располагается название статьи, аннотация и ключевые слова на английском языке. Затем, после пропущенной строки печатается основной текст статьи (постановка проблемы, актуальность, способы решения, опыт работы, результаты и выводы) и список литературы.

Статья должна соответствовать критериям написания научной статьи по содержанию (научность, новизна, актуальность, практичность, методичность, убедительность) и по форме изложения (логичность, ясность, оригинальность, полнота).

Графики, рисунки представляются как внедренный объект и входят в общий объем тезисов. Все рисунки и диаграммы в статье должны быть представлены в одном из графических стандартов (расширений), например jrg, gif, и вставлены в текст статьи.

Если на рисунках изображены оси координат, то необходимо указать их наименование и на них обозначить числовые значения. Каждый рисунок должен иметь подрисуночную подпись и располагаться в тексте после ссылки на него (например, (рис.3) или «На рисунке 3 показано ...»).

Таблицы помещают также после ссылки на них в тексте (например, (табл.1) или «Результаты опроса представлены в таблице 1»).

Допускается использование шрифта меньшего размера (11 кегль, через 1 интервал) в тексте таблиц, схем, графиков, диаграмм и рисунков.

Номера библиографических ссылок в тексте даются в квадратных скобках. Источники и литература в списке перечисляются в алфавитном порядке, одному номеру соответствует 1 источник. Список литературы и библиографические ссылки оформляются в соответствии с ГОСТом 7.0.5-2008. Ссылки расставляются вручную.

Объем представляемого к публикации материала может составлять 7–15 страниц.

Принимаются тексты, подготовленные в формате Microsoft Word (расширение: doc, docx).

Материалы публикации должны быть тщательно выверены и отредактированы. Принимаются только оригинальные авторские статьи, ранее не опубликованные в других изданиях. Ответственность за соблюдение данного положения несет автор.

При не соблюдении требований к оформлению статей авторам может быть отказано в публикации представленных материалов.

Имя файла, отправляемого по e-mail, должно соответствовать фамилии и инициалам первого автора, например: Иванов И.В._статья, Иванов И.В._заявка.

УЧРЕДИТЕЛЬ И ИЗДАТЕЛЬ:

СПбГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Бражник Евгения Ивановна, д. пед. н., профессор, заведующая кафедрой социальной педагогики, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена

Казакова Марина Борисовна, заместитель директора по организационно-методической и учебной работе, СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья», председатель экспертно-методического совета

Келасьев Вячеслав Николаевич, д. философ. наук, заведующий кафедрой теории и практики социальной работы факультета социологии, СПб ГУ, Почетный работник высшего профессионального образования России, член Президиума Совета учебно-методического объединения ВУЗов России по образованию в области социальной работы

Кожевникова Елена Валерьевна, к. биолог. н., научный консультант Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства, член Координационного Совета Международного Общества раннего вмешательства (International Society on Early Intervention)

Лапан Виктор Борисович, директор, СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»

Павлов Сергей Петрович, начальник редакционно-издательского отдела, СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»

Полетаева Наталия Михайловна, д. пед. н, профессор, преподаватель, СПб ГБУ «Городской информационно-методический центр «Семья»

Радина Надежда Константиновна, д. полит. н., к. психол. н., профессор, НИУ ВШЭ, Нижний Новгород

Романов Константин Владимирович, д. философ. н., заведующий кафедрой философии образования, Санкт-Петербургская академия постдипломного педагогического образования