

НОВЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Н.В. Гарашкина

В статье раскрываются новые подходы к реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Рассматриваются инновационные технологии в работе с инвалидами (трудотерапия, имаготерапия, гарденотерапия, социотерапия, оккупационная терапия).

В обществе, которое основано на культуре достоинства, уважаются права всех, базовой ценностью его является «ценность личности человека... В культуре достоинства дети, старики и люди с отклонениями в развитии священны» (А.Г. Асмолов).

Особую тревогу вызывает то, что в России, как и во всем мире, отмечается тенденция роста числа детей с ограниченными возможностями. Расширяющееся проблемное поле нуждающихся в реабилитации и гуманистические тенденции в обществе выделяют социальную реабилитацию в число наиболее перспективных, важных и одновременно трудных задач современной социальной работы.

Рассматривая вопрос о новых подходах к реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями, необходимо понимать, что это теоретические и практико-ориентированные подходы, основной характеристикой которых является интегративность. Они не могут опираться на одну какую-то теорию, модель практики или «выходить» из нее. Разнообразные модели реабилитации и социализации представляют собой комплексные конструкции различных моделей теории и практики.

Теории реабилитации являются эффективными, если позволяют определять конкретный «набор шагов» реабилитационной деятельности, а именно прикладных технологий. Теоретические подходы обеспечивают технологизацию реабилитации и социализации и интенсифицируют практику реабилитационной деятельности, если:

- применяемая концепция постигается практиками творчески, не догматически;
- концепция согласуется с другими теориями и потребностями практики;
- учитываются средовой, ситуационный и личностный контексты, в которых применяется подход.

Понимание сущности процесса социальной реабилитации взаимосвязано современными представлениями об инвалидности, которые принято разделять на две группы – медицинскую и социальную. Е.Р. Ярская-Смирнова выделяет две модели инвалидности, в первой объяснение инвалидности связано с диагнозом, с болезнью, отклонением; вторая основана на процессе ограничения возможностей, что снижает активность человека и затрудняет его социальную деятельность [6, с. 19].

Эволюция идей реабилитации прошла несколько этапов и в прошлом была связана с благотворительной деятельностью. Только в XX столетии концепция благотворительности, постулировавшая постоянную заботу об инвалидах, уступила место сначала идеям оказания социальной поддержки, а затем и принципам реабилитации по созданию условий для свободной и независимой жизнедеятельности инвалидов.

С позднелатинского *rehabilitatio* переводится как восстановление. Именно поэтому слово «восстановление» является ключевым, объясняющим сущность понятия «реабилитация». Е.И. Холостова дает следующее определение социальной реабилитации – комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных инвалидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, изменения социального статуса; и выделяет следующие виды реабилитации: медицинскую, психологическую, педагогическую, социальную, профессиональную, трудовую, бытовую, спортивную, творческую. Целью социальной реабилитации является: восстановление социального статуса личности инвалида, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости. Социальная реабилитация включает в себя

социально-средовую ориентацию, социально-бытовую адаптацию, социально-бытовое устройство [5, с. 21].

В 1995 г. был принят Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ», согласно этому закону реабилитация инвалидов – система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма.

Согласно нормативной классификации, приведенной в приложении к совместному постановлению Министерства труда и социального развития РФ и Министерства здравоохранения РФ от 29 января 1997 г. № 1/30, инвалидность – это «социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящим к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты», а реабилитация инвалидов – «это процесс и система медицинских, психологических, педагогических и социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма». Этой же классификацией цель реабилитации определяется как «восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация» [1, с. 11].

Важным в приведенных выше нормативных определениях является то, что их внутренней основой является понятие «ограничение жизнедеятельности» – это «отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность» [Там же].

За рубежом существуют два близких понятия: абилитация и реабилитация. Абилитация – комплекс услуг, направленных на формирование новых и мобилизацию, усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития человека. Реабилитацией в международной практике при-

нято называть восстановление имевшихся в прошлом способностей, утраченных по причине болезни, травмы, изменений условий жизнедеятельности. В России это понятие предполагает оба смысла и включает широкий аспект социально-реабилитационной работы [6, с. 142].

Реабилитационный процесс включен в более общий процесс социализации личности, как приобщение ребенка к миру, его ценностям, культуре.

В современной науке существует значительное количество теоретических подходов к осмыслению проблем социальной реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями. Е.И. Холостова считает, что базовыми для анализа проблем социальной реабилитации инвалидов являются *социоцентристские и антропоцентристские подходы* [5, с. 15]. Согласно позиции А.И. Мухлаевой, особое значение для объяснения социализации детей с ограниченными возможностями имеет *феноменологический подход* (П. Бергер, Т. Луман, А. Шюц), в котором социализация – это всестороннее и последовательное вхождение индивида в объективный мир общества или отдельную его часть. С первичной социализацией связаны «значимые другие», формирование в сознании образа «обобщенного другого», субъективное установление целостной идентичности. Процесс социализации нетипичного ребенка связан с сохраненными знаковыми системами, с социальным конструированием реальности в освоении социальности [5, с. 21].

Е.Р. Ярская-Смирнова считает, что феномен «нетипичного ребенка» формируется и транслируется всем его социальным окружением, многообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро- и микросоциума. Технологии помощи инвалидам взрослым и детям, по мнению исследователя, основываются на *социально-экологическом подходе* в социальной работе. «Согласно этому подходу, люди с ограниченными возможностями имеют функциональные затруднения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, состояния здоровья, внешности, вследствие неприспособленности физического и социального окружения к их специальным потребностям, из-за предрассудков об-

щества в отношении к ним... С учетом этого подхода в социальной реабилитации ребенка важное значение приобретает работа с семьей как «наиболее мягким типом социального окружения» [6, с. 124], первичной средой социализации и приобретения субъектного опыта.

Наибольший интерес для изучения социальной реабилитации и социализации детей-инвалидов, в нашем понимании, представляют *социально-педагогический и социально-психологический подходы*, опирающиеся на традиционный подход *компенсаторного развития* (Л.С. Выготский). Он заключается в том, чтобы создать социальную компенсацию физического или психического недостатка ребенка, находя пути налаживания социальных связей с жизнью. Для этого к ребенку надо относиться как к нормальному и ориентироваться в его воспитании не на недостаток или болезнь, а на сохранившееся здоровье.

Социализация нетипичного ребенка осложнена, необходимо учитывать возрастные особенности и ведущие направления социального воспитания, значимого в реабилитационном процессе. Социально-педагогический подход позволяет проектировать внедрение инновационных технологий в реабилитационной деятельности специалиста с ребенком и его семьей.

Дошкольный период социализации связан с процессом формирования основных индивидуально-психологических качеств личности и создания предпосылок для развития социально-нравственных качеств. Особая роль в реабилитации принадлежит семье. Инновационные технологии реабилитации и социализации в данном возрасте: ранняя диагностика, ранняя интервенция, лекотеки, ранняя социализация, патронаж, консультирование и терапия семьи и др.

Младший школьный возраст – адаптация к социальному статусу школьника, усвоение нового режима жизни, установление отношений с учителем, детским коллективом. Особая роль в реабилитации отводится школе, учителю. Инновационные технологии: интеграция, инклюзия, арттерапия, игротерапия, оккупационная терапия и др.

Подростковый возраст – период самоутверждения, изменения отношений с родите-

лями и миром взрослых в целом. Особая роль в реабилитации принадлежит сверстникам. Инновационные технологии: анимация, библиотерапия, хобби-терапия и др.

Юношеский возраст – личностное, социальное и профессиональное самоопределение. Инновационные технологии: группы взаимоподдержки, профобразование инвалидов, включение в общественные организации и др.

Примерно с середины 1970-х гг. прошлого века наметились и стали получать все большее распространение новые подходы в отношении людей с ограниченными возможностями, в том числе и детей, связанные с социальной моделью инвалидности и *концепцией независимой жизни* инвалидов. Специфика этой концепции в том, что ее разрабатывали сами инвалиды. Понятие «независимая жизнь» в социально-политическом значении – это право человека быть неотъемлемой частью общества и принимать участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и доступа; это возможность быть субъектом. В философском понимании независимая жизнь – это способ мышления, это психологическая ориентация личности, которая ориентирует ее на то, что он самостоятельно принимает решения [2, с. 7].

Принцип, лежащий в основе концепции, предполагает, что каждый инвалид может принимать активное участие в жизни общества при наличии альтернатив и возможности выбора, который человек с ограниченными возможностями может сделать при помощи социальных служб, совершенной архитектурной среды, совершенных средств транспорта и т. д. В отличие от иждивенческой позиции стремление к независимости – это продуктивная психологическая ориентация, не предполагающая отказа от помощи других людей или вспомогательных средств, необходимых для физического функционирования, а заключающаяся в том, что человек ставит перед собой такие же цели, как любые другие члены общества, берет на себя ту же ответственность.

Перспективное направление в реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями связано с *интегративным подходом*. Суть этого подхода заключается в том, что дети с ограниченными воз-

возможностями не являются социально обособленными и изолированными членами общества, участвуя во всех видах и формах социальной жизни вместе и наравне с остальными, прежде всего в обучении. В истории образовательной политики в отношении детей-инвалидов известны следующие подходы: сегрегация (приводит к изоляции), расширение доступа к образованию, интеграция (обучение в обычной школе, в коррекционных классах), мейнстриминг (расширение социальных связей, обучение в специальных интернатах), инклюзия (включение в обычный образовательный процесс, сняты барьеры, каждый учащийся уникален и ценен).

Подробнее хотелось бы остановиться на *инклюзивном подходе к обучению* детей с ограниченными возможностями как наиболее перспективном, который основан на принципе организации обучения, при котором все дети учатся вместе со сверстниками в школе по месту жительства. Принцип включения позволяет построить систему, которая удовлетворяет потребности каждого, все дети обеспечиваются поддержкой и заботой, могут быть успешными, ощущать безопасность. Это обеспечивается ресурсными возможностями школы, включая образовательную среду, и активностью местного сообщества. Учителя, имеющие опыт инклюзивного образования, разработали его принципы:

- принимать ребенка таким, какой он есть;
- индивидуального подхода;
- включать всех в активную деятельность, ставя разные задачи;
- коллективного и группового решения задачи;
- проблемного и проектного обучения.

Необходимо стремиться к инклюзивному обучению, однако более реально воплощение идей интеграции. Сложность заключается не столько в том, что обучение детей с ограниченными возможностями требует огромных средств (переоборудования общественных мест, зданий, транспорта и т. д.), сколько в необходимости изменения сознания как самих детей, так и других членов общества. В первую очередь это касается тех, кто оказывается в их ближайшем окружении, и прежде всего, семьи.

Интеграционные технологии реализуются не только в образовательных учреждениях, но и в учреждениях социальной защиты, в специализированных инновационных социальных учреждениях – реабилитационных центрах, где семье и ребенку оказывается комплексная помощь. Ведущее место при этом отводится социально-педагогической деятельности с семьей.

Инновационной формой организации социально-педагогической помощи семье являются библиотеки игрушек, среди которых выделяются лекотеки для детей с особыми потребностями и их семей, цель которых – предоставление места для встречи с профессионалами, возможностей сотрудничества, разработки программ развития. По описанию шведских авторов Е. Бьйорк-Акессон и Д. Бродин, в задачи подразделения лекотеки входят удовлетворение образовательных потребностей и психологическая поддержка ребенка и семьи. Окружающая обстановка, подчеркивание роли игры и игрушек способствуют установлению отношений между родителями и командой абилитации.

Ведущий профессионал лекотеки, обычно педагог в области специального образования, проводит оценку уровня развития ребенка, создает и реализует программу вмешательства вместе с родителями и другими членами абилитационной команды – специалистами в области развития движения, речи, организации окружающей среды, педиатрами. Он также занимается вопросами включения детей с особыми потребностями в систему дошкольного образования, курирует обучение и консультации дошкольных преподавателей. Некоторые лекотеки специализируются на программах образования детей с особыми потребностями с использованием компьютеров [4, с. 112].

В условиях низкой мотивации обращения семей именно за социально-педагогической, психологической помощью необходимо применение такой технологии работы с семьей, как патронаж. Центральный совет обучения и подготовки патронажных работников Великобритании определил патронаж как подотчетную профессиональную деятельность, которая позволяет индивидам, семьям и общинам идентифицировать личные, социальные и ситуативные трудности,

оказывающие на них отрицательное воздействие. Патронаж помогает и дает им силы справиться с этими трудностями посредством поддерживающих, реабилитационных, защитных и коррекционных действий; дает возможность наблюдать семью в ее естественных условиях, что позволяет выявить больше информации, чем лежит на поверхности. Поскольку семья, воспитывающая ребенка-инвалида, относится к тем категориям клиентов, взаимодействие с которыми может продолжаться в течение нескольких лет, периодические контакты, инициированные социальным педагогом, позволяют не терять связь с семьей, своевременно замечая здесь неблагоприятные процессы, облегчая и разрешая их [3, с. 140].

К технологиям социальной поддержки семьи относятся программы раннего вмешательства. В 1986 г. на основании результатов значительного числа исследований в различных областях развития детей Конгресс США пришел к заключению, что для уменьшения вероятности отставания в развитии и повышения способности семей удовлетворять особые потребности детей от рождения до трех лет из групп медицинского, генетического и социального рисков необходимо развивать всестороннюю, скоординированную, многодисциплинарную, межведомственную программу служб раннего вмешательства [4, с. 115].

Раннее вмешательство включает в себя такие области, как:

- всесторонняя система обнаружения младенца с отставанием или риском отставания в развитии, предполагающая раннюю идентификацию;
- скрининг и направление в места обслуживания;
- определение уровня развития младенца;
- тренинг и консультации семьи, визиты домой;
- специальное образование;
- аудиология;
- адаптация младенца к окружающей среде и организация адекватной потребностям младенца окружающей среды;
- развитие движения;
- психологическая служба;
- социальная работа;

- координация всех достижимых источников обслуживания ребенка и семьи;

- медицинское обслуживание, которое входит в программы раннего вмешательства только в целях диагностики и оценки младенца;

- вспомогательный уход за ребенком.

Основным документом технологии раннего вмешательства является индивидуальный план обслуживания семьи, разрабатываемый командой профессионалов совместно с родителями. Он содержит:

- данные о потребностях ребенка и семьи, включая информацию об уровне развития ребенка в различных областях;

- направления обслуживания и для каждого направления конкретные мероприятия, требуемые для удовлетворения отмеченных потребностей;

- место (посещение семьей учреждения и/или визиты домой), частота и длительность встреч сотрудников программы и семьи, виды, методы, процедуры обслуживания, предполагаемая длительность программы;

- критерии и периодичность оценки результата.

По мере реализации в план вносятся даты встреч с ребенком и семьей и основные достигнутые результаты.

Центральным этапом реализации программы является проведение мероприятий и процедур раннего вмешательства. В своем большинстве социально-педагогические программы обслуживания ребенка и семьи основаны на использовании специально создаваемых для этих целей руководств. В каждом руководстве описаны этапы развития и умения, которыми должен овладеть ребенок в младенческом и раннем возрасте. В руководствах приведены цели и задачи, стоящие перед специалистом в области раннего вмешательства, и спланированная последовательность обучающих и способствующих развитию ребенка действий. Большинство из них включают в себя описание развития и программы действия в познавательной, социальной, эмоциональной областях, в области развития языка и речи, крупной и мелкой моторики, самообслуживания. В основном руководства разрабатываются на основании точкой зрения, что дети с особыми потребностями проходят те же этапы развития, что и

нормально развивающиеся дети. По окончании программы раннего вмешательства сотрудники должны предусмотреть организационные, социальные и психологические мероприятия, способствующие более легкому переходу ребенка и семьи в следующую программу.

Цели оценки семьи в пределах программ раннего вмешательства близки тем, которые обычно устанавливаются для оценки ребенка:

- определить потребности и сильные стороны семьи;
- установить адекватные кратковременные и долговременные цели;
- выявить службы вмешательства;
- определить направления оценки эффективности программы.

Наиболее эффективными считаются программы раннего вмешательства, которые имеют возможность реализации широкого диапазона семейно-центрированного обслуживания. Наиболее часто обслуживание состоит из следующих элементов:

- а) обеспечение информацией;
- б) поддержка и выработка рекомендаций;
- в) включение в программы образования или обучения;
- г) помощь в организации взаимодействия родителя и ребенка;
- д) помощь в использовании возможностей других организаций [4, с. 118].

Особенностью программ раннего вмешательства является организация командной работа специалистов. Обычно используются три модели организации групповой, командной работы сотрудников программы раннего вмешательства: мультидисциплинарная, междисциплинарная и трансдисциплинарная.

Е.Р. Смирнова-Ярская описывает сферу ранней интервенции как:

- 1) самостоятельную дисциплину, изучаемую на факультетах специального образования, здравоохранения и социальной работы;
- 2) отрасль знаний;
- 3) профессиональную практику, включающую широкий спектр услуг, предоставляемым маленьким детям, имеющим нарушения развития и их семьям.

Система ранней интервенции включает четыре группы услуг:

- 1. непосредственные услуги детям (лечение, физиотерапия, оккупационная тера-

пия, логопедия и структурированные обучающие программы);

- 2. услуги родителям (программы родительских групп самопомощи, образовательные программы, индивидуальное и групповое консультирование);

- 3. услуги семьям (групповые программы для братьев и сестер, бабушек и дедушек, специфические формы помощи (например, предоставление передышки родителям), помощь на дому, финансовая поддержка;

- 4. услуги для сообщества (агентства ранней интервенции, включение детей с нарушениями развития в обычные детские сады) [6, с. 157].

Среди технологий социальной работы особое значение в реабилитации детей с ограниченными возможностями имеют терапевтические технологии (трудотерапия, имаготерапия, гарденотерапия, социотерапия и др.).

Оккупационная терапия – терапия повседневными занятиями, интегральная часть комплексной программы медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации. Данная терапия применяется достаточно широко, начиная от стимуляции рефлексов недоношенных младенцев, включая обучение навыкам повседневной деятельности индивидуально или в группе. Она предполагает выработку навыков личной гигиены или ведения домашнего хозяйства, приобретение рабочей сноровки и профессиональных навыков.

Ряд рассмотренных инновационных подходов и технологий адаптирован и реализуется в отечественных социальных службах и учреждениях образования (гг. Москва, Санкт-Петербург, Саратов, Курск, Тамбов и др.), многие технологии только осваиваются. Особое значение новые теоретические и практико-ориентированные модели реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями имеют в процессе подготовки специалистов социальной работы, в системе повышения квалификации специалистов социальной сферы на основе междисциплинарного, системного, комплексного подходов.

-
- 1. Блинков Ю.А., Губарев Е.М., Черных А.М. Основы формирования полноценной жизнедеятельности детей с ограниченными возможностями. Курск: Изд-во КГМУ, 1999.

2. К независимой жизни: пособие для инвалидов, организаций и специалистов в области инвалидности. М.: Перспектива, 2001.
3. Методика и технологии работы социального педагога / под ред. М.А. Галагузовой, Л.В. Мардахаева. М.: Издат. центр «Академия», 2002.
4. Психология социальной работы / под ред. М.А. Гулиной. СПб.: Питер, 2004.
5. Холостова Е.И., Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация. М.: ИТК «Дашков и К°», 2002.
6. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами. СПб.: Питер, 2004.

Поступила в редакцию 8.10.2006.