

**МИНИСТЕРСТВО ВЫСШЕГО И СРЕДНЕГО  
ОБРАЗОВАНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН  
НАЦИОНАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ УЗБЕКИСТАНА**

1

**ФИЛОСОФСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**КАФЕДРА “ПСИХОЛОГИИ”**

# **РЕФЕРАТ**

**НА ТЕМУ Социальная работа с детьми**

**ВЫПОЛНИЛА:**

**Студента 3 курса**

**Философского факультета Сатрутдинова А.**

**Ташкент-2013**

**Введение**

**ГЛАВА I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ  
РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

**1.1. Научно-теоретические основы анализа проблем  
социальной реабилитации детей с ограниченными  
возможностями**

**1.2. Дети с ограниченными возможностями, сущность и  
содержание**

**ГЛАВА II. ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ  
С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ**

**2.1. Социальная работа с семьями, воспитывающими детей-  
Инвалидов**

**2.2. Социально-психологической реабилитации детей с  
ограниченными возможностями**

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

## **ВВЕДЕНИЕ**

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов человек с нарушениями психического и физического развития. Это составляет 1/10 часть жителей нашей планеты (из них около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями).

Более того, в нашей стране, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста числа детей-инвалидов. Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями.

Инвалидность у детей означает существенное ограничение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидам и социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от общества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.п.), но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социальной реабилитации.

В настоящее время процесс реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т. д. вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы реабилитации.

Социальная политика, ориентированная на инвалидов, взрослых и детей, строится сегодня на основе медицинской модели инвалидности. Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается как недуг, заболевание, патология. Такая модель вольно или невольно ослабляет социальную позицию ребенка, имеющего инвалидность, снижает его социальную значимость, обособляет от «нормального» детского сообщества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекает его на признание своего неравенства, неконкурентоспособное<sup>TM</sup> по сравнению с другими детьми. Медицинская модель определяет и методику работы с инвалидом, которая имеет патерналистский характер и предполагает лечение, трудотерапию, создание служб, помогающих человеку выживать, заметим - не жить, а именно выживать.

Следствием ориентации общества и государства на эту модель является изоляция ребенка с ограниченными возможностями от общества в специализированном учебном заведении, развитие у него пассивно - иждивенческих жизненных ориентаций.

## **Глава I. Теоретические основы социальной реабилитации детей с**

**ограниченными возможностями.****1.1. Научно-теоретические основы анализа проблем социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.**

История развития проблемы инвалидности свидетельствует о том, что она прошла сложный путь - начиная от физического уничтожения, непризнания изоляции «неполноценных членов» до необходимости интеграции лиц с различными физическими дефектами, патофизиологическими синдромами, психосоциальными нарушениями в общество, создание для них безбарьерной среды.

Иными словами, инвалидность становится проблемой не только одного человека или группы людей, а всего общества в целом.

Социальная реабилитация получила в последние годы широкое признание. Этому способствовали развивающаяся теоретико-методологическая база, с одной стороны, и подготовка высокопрофессиональных специалистов по социальной работе, реализующиеся научные положения - с другой.

В современной науке существует значительное количество подходов к теоретическому осмыслению проблем социальной реабилитации и адаптации лиц с ограниченными возможностями. Разработаны также и методики решения практических задач, определяющих специфическую сущность и механизмы этого социального феномена.

Так анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации в частности осуществлялся в проблемном поле двух концептуальных социологических подходов: с точки зрения социоцентристских теорий и на теоретико-методологической платформе антропоцентризма. На основе социоцентристских теорий развития личности К. Маркса, Э. Дюркгейма, Г. Спенсера, Т. Парсонса рассматривались социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения общества в целом. На основе антропоцентристского подхода Ф. Гндингса, Ж.Пиаже, Г. Тарда, Э. Эриксона, Ю. Хабермаса, Л. С. Выготского, И.С. Кона, Г.М. Андреевой, А.В. Мудрика и других ученых раскрываются психологические аспекты повседневного межличностного взаимодействия.

Для осмысления проблемы анализа инвалидности как социального феномена важной остается проблема социальной нормы, с разных сторон изучавшаяся такими учеными, как Э. Дюркгейм, М. Вебер, Р. Мертон, П. Бергер, Т. Лукман, П. Бурдье.

Анализ социальных проблем инвалидизации в целом и социальной реабилитации инвалидов в частности осуществляется в плоскости социологических концепций более общего уровня обобщения сущности этого социального явления - концепция социализации.

Социальная реабилитация инвалидов важна не только сама по себе. Она важна как средство интеграции лиц с ограниченными возможностями в социум, как механизм создания равных возможностей инвалидам, для того, чтобы быть социально востребованными.

В структурно функциональном подходе (КДевис, Р.Мертон, Т.Парсонс)

рассмотрены проблемы инвалидности как специфического социального состояния индивида (модель роли больного Т. Парсонса), социальной реабилитации, социальной интеграции, социальной политики государства по отношению к инвалидам, конкретизируемой в деятельности социальных служб по поддержке семей, имеющих детей-инвалидов. Предложены понятия «дети с ограниченными возможностями», «инвалиды». В рамках социально-антропологического подхода стандартизированные и институциональные формы социальных отношений (социальная норма и девиация), социальные институты, механизмы социального контроля. Использована терминология для обозначения детей-инвалидов: нетипичные дети, дети с ограниченными возможностями.

Макросоциологический подход к изучению проблем инвалидности отличает социальноэкологическую теорию У. Бронфенбреннера. Проблемы инвалидности рассматриваются в контексте «воронки» понятий: макросистема, экзосистема, мезосистема, микросистема (соответственно политические, экономические и правовые позиции, господствующие в обществе; общественные институты, органы власти; взаимоотношения между различными жизненными областями; непосредственное окружение индивида).

В теориях символического интеракционализма (Дж. Г. Мид.) инвалидность описывается посредством системы символов, характеризующих эту социальную группу лиц с ограниченными возможностями. Рассматриваются проблемы становления социального «Я» инвалида, анализируется специфика этой социальной роли, устойчиво воспроизводимые стереотипы поведения самих инвалидов и отношение к ним социального окружения.

В рамках теории наклеивания ярлыков или теории социальной реакции (Г.Беккер, Э. Лемертон) для обозначения лиц с ограниченными возможностями появляется понятие «девианты». Инвалидность рассматривается как отклонения от социальной нормы, носителям этой девиации наклеивается ярлык - инвалид. В рамках этой теории изучаются социальные проблемы конкретного индивида посредством изучения отношения к нему общества в целом.

Феноменологический подход отличает социокультурную теорию нетипичное™. Феномен «нетипичного ребенка» формируется и транслируется всем его социальным окружением. Он характеризуется всем многообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро- и микросоциума, в котором нетипичный ребенок проходит социализацию. Этот подход продолжен в исследованиях Д.В. Зайцева, Н.Е. Шапкиной и др.

Можно сделать вывод о том, что социальная реабилитация определяется как комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменением социального статуса (пожилые

граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и некоторые др.), девиантным поведением личности (несовершеннолетние, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, освободившиеся из мест лишения свободы и др.).

Под реабилитацией детей-инвалидов понимается система мероприятий, цель которых - быстрое и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни. Реабилитация больных и инвалидов представляет собой комплексную систему государственных, медицинских, психологических, социально-экономических, педагогических, производственных, бытовых и других мероприятий.

Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции или на замедление прогрессирующего заболевания.

Право на бесплатную медицинскую реабилитационную помощь закреплено законодательствами о здравоохранении и труде.

Заболевший либо получивший травму, увечье ребенок, ставший инвалидом, получает не только лечение - органы здравоохранения и социальной защиты, профессиональные союзы, органы образования, принимают необходимые меры к восстановлению его здоровья, осуществляют комплексные мероприятия по возвращению его к активной жизни, возможному облегчению его положения.

Все другие формы реабилитации - психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная, бытовая - проводятся наряду с медицинской.

Психологическая форма реабилитации - это форма воздействия на психическую сферу больного ребенка, на преодоление в его сознании представления о бесполезности лечения. Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительного мероприятия.

Педагогическая реабилитация - это мероприятия воспитательного характера, направленные на то, чтобы ребенок овладел необходимыми навыками и умениями по самообслуживанию, получил школьное образование. Очень важно выработать у ребенка психологическую уверенность в собственной полноценности и создать правильную профессиональную ориентацию. Подготовить к доступным им видам деятельности, создать уверенность в том, что приобретенные знания в той или иной области окажутся полезными в последующем трудоустройстве.

Социально-экономическая реабилитация - это целый комплекс мероприятий: обеспечение больного или инвалида необходимым и удобным для него жилищем, находящимся вблизи места учебы, поддержание уверенности больного или инвалида в том, что он является полезным членом общества; денежное обеспечение больного или инвалида и его семьи путем предусмотренных государством выплат, назначения пенсии и т. п.

Профессиональная реабилитация подростков-инвалидов предусматривает обучение или переобучение доступным формам труда,

обеспечение необходимыми индивидуальными техническими приспособлениями для облегчения пользования рабочим инструментом, приспособление рабочего места подростка-инвалида к его функциональным возможностям, организацию для инвалидов специальных цехов и предприятий с облегченными условиями труда и сокращенным рабочим днем и т.д.

В реабилитационных центрах широко используется метод трудовой терапии, основанный на тонизирующем и активизирующем воздействии труда на психофизиологическую сферу ребенка. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает его энергетические возможности, а работа повышает жизненный тонус, являясь естественным стимулятором. Нежелательный психологический эффект дает и длительная социальная изоляция ребенка.

Большую роль трудовая терапия играет при заболеваниях и травмах костно-суставного аппарата, предотвращает развитие стойких анкилозов (неподвижность суставов).

Особое значение трудовая терапия приобрела при лечении психических болезней, которые часто являются причиной длительной изоляции больного ребенка от общества. Трудовая терапия облегчает взаимоотношения между людьми, снимая состояние напряженности и беспокойства. Занятость, концентрация внимания на выполняемой работе отвлекают пациента от его болезненных переживаний.

Значение трудовой активизации для душевнобольных, сохранение их социальных контактов в ходе совместной деятельности так велико, что трудовая терапия как вид медицинской помощи раньше всех была использована в психиатрии.

Бытовая реабилитация - это предоставление ребенку-инвалиду протезов, личных средств передвижения дома и на улице (специальные вело- и мотоколяски, и др.).

В последнее время большое значение придается спортивной реабилитации. Участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет детям преодолевать страх, формировать культуру отношения к еще более слабому, корректировать иногда гипертрофированные потребительские тенденции и, наконец, включать ребенка в процесс самовоспитания, приобретения навыков вести самостоятельный образ жизни, быть достаточно свободным и независимым.

Социальный работник, проводящий реабилитационные мероприятия с ребенком, который получил инвалидность в результате общего заболевания, травмы или ранения, должен использовать комплекс этих мероприятий, ориентироваться на конечную цель - восстановление личного и социального статуса инвалида.

При проведении реабилитационных мероприятий необходимо учитывать психосоциальные факторы, приводящие в ряде случаев к эмоциональному стрессу, росту нервно-психической патологии и возникновению так называемых психосоматических заболеваний, а зачастую

- проявлению девиантного поведения. Биологические, социальные и психологические факторы, взаимно переплетаются на различных этапах адаптации ребенка к условиям жизнеобеспечения.

При разработке реабилитационных мероприятий необходимо учитывать как медицинский диагноз, так и особенности личности в социальной среде. Этим, в частности объясняется необходимость привлечения к работе с детьми-инвалидами социальных работников и психологов в самой системе здравоохранения, ибо граница между профилактикой, лечением и реабилитацией весьма условна и существует для удобства разработки мероприятий. Тем не менее, реабилитация отличается от обычного лечения тем, что предусматривает выработку совместными усилиями социального работника медицинского психолога и врача, с одной стороны и ребенка и его окружения (в первую очередь семейного) - с другой стороны, качеств, помогающих оптимальному приспособлению ребенка к социальной среде. Лечение в данной ситуации - это процесс, больше воздействующий на организм, на настоящее, а реабилитация больше адресуется личности и как бы устремлена в будущее.

Таким образом, необходимо учитывать, что реабилитация - это не просто оптимизация лечения, а комплекс мероприятий, направленных не только на самого ребенка, но и на его окружение в первую очередь на его семью. В этой связи важное значение для реабилитационной программы имеют групповая (психо)терапия, семейная терапия, трудовая терапия и терапия средой.

Терапия как определенная форма вмешательства в интересах ребенка может быть рассмотрена как метод лечения, влияющий на психические и соматические функции организма; как метод влияния, связанный с обучением и профессиональной ориентацией; как инструмент социального контроля; как средство коммуникации.

В процессе реабилитации происходит изменение ориентации - от медицинской модели (установка на болезнь) к антропоцентрической (установка на связь индивида с социальной средой). В соответствии с этими моделями и решается, кем и какими средствами, а также в рамках каких государственных учреждений и общественных структур должна осуществляться терапия.

## **2.2. Дети с ограниченными возможностями, сущность и содержание.**

Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями - одна из наиболее важных и трудных задач современных систем социальной помощи и социального обслуживания. Неуклонный рост числа инвалидов, с одной стороны, увеличение внимания к каждому из них - независимо от его физических, психических и интеллектуальных способностей, с другой стороны, представление о повышении ценности личности и необходимости защищать ее права, характерное для демократического, гражданского общества, с третьей стороны, - все это предопределяет важность социально-реабилитационной деятельности.



Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975г.) инвалид<sup>2</sup> это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его (ее) физических или умственных возможностей.

В рекомендациях 1185 к реабилитационным программам 44-й сессии парламентской Ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992г. инвалидность определяется как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать свои стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью.

В 1989г. ООН приняла текст о правах ребенка, которая обладает силой закона. В ней закреплено право детей, имеющих отклонения в развитии, вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые позволяют им сохранить достоинство, чувство уверенности в себе и облегчают их активное участие в жизни общества (ст.23); право неполноценного ребенка на особую заботу и помощь, которая должна предоставляться по возможности бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ребенке, с целью обеспечения эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха, что должно способствовать по возможности наиболее полному вовлечению ребенка в социальную жизнь и развитию его личности, включая культурное и духовное развитие.

В 971г. Генеральная Ассамблея ООН приняла Декларацию о правах умственно отсталых лиц, в которой утверждались необходимость максимальной степени осуществимости прав таких инвалидов, их права на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, а также право на образование, обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, которое позволяет им развивать свои способности и возможности. Особо оговорено право продуктивно трудиться или заниматься каким-либо другим полезным делом в полную меру своих возможностей с чем связано право на материальное обеспечение и удовлетворительный жизненный уровень.

Особое значение для детей-инвалидов имеет норма, утверждающая, что при наличии возможностей умственно отсталый человек должен жить в своей семье или с приемными родителями и участвовать в жизни общества. Семьи таких лиц должны получать помощь. В случае необходимости помещения такого человека в специальное заведение необходимо предусмотреть, чтобы новая среда и условия жизни как можно меньше

отличались от условий обычной жизни.

В Международном пакте об экономических, социальных и культурных правах ООН (ст. 12) зафиксировано право каждого инвалида (как взрослого, так и несовершеннолетнего) на наивысший достижимый уровень физического и психического здоровья.

Проблемы инвалидности не могут быть поняты вне социокультурного окружения человека

- семьи, дома-интерната и т.д. Инвалидность, ограниченные возможности человека не относятся к разряду чисто медицинских явлений. Гораздо большее значение для понимания этой проблемы и преодоления ее последствий имеют социально-медицинские, социальные, экономические, психологические и другие факторы. Именно поэтому технологии помощи инвалидам - взрослым и детям - основываются на социально-экологической модели социальной работы. Согласно этой модели люди с ограниченными возможностями испытывают функциональные затруднения не только вследствие заболевания, отклонения или недостатков развития, но и неприспособленности физического и социального окружения к их специальным проблемам.

ВОЗ следующим образом анализирует данную проблему: структурные нарушения, ярко выраженные или распознаваемые медицинской диагностической аппаратурой, могут привести к утрате или несовершенству навыков, необходимых для некоторых видов деятельности, в результате чего и формируются «ограниченные возможности»; это при соответствующих условиях будет способствовать социальной дезадаптации, неуспешной или замедленной социализации. Например, ребенок, которому поставлен диагноз «церебральный паралич», при отсутствии специальных приспособлений, упражнений и лечения может испытывать серьезные затруднения с передвижением. Такое положение, усугубляемое неумением или нежеланием других людей общаться с таким ребенком, приведет к его социальной депривации уже в детском возрасте, затормозит выработку навыков, необходимых для общения с окружающими, и, возможно, формирования интеллектуальной сферы.

В процессе социальной реабилитации решаются три группы задач: адаптация, автоматизация и активизация личности. Решение этих задач, по сути противоречивых и в тоже время диалектически единых, существенно зависят от многих внешних и внутренних факторов.

Социальная адаптация предполагает активное приспособление инвалида к условиям социальной среды, а социальная автоматизация - реализацию совокупности установок на себя; устойчивость в поведении и отношениях, которая соответствует представлению личности о себе, ее самооценке. Решение задач социальной адаптации и социальной автоматизации регулируется кажущимися противоречивыми мотивами «Быть со всеми» и «Остаться самим собой». В тоже время человек с высоким уровнем социальности должен быть активным, т.е. у него должна быть сформулирована реализуемая готовность к социальным действиям.

Процесс социальной реабилитации, даже при благоприятном стечении обстоятельств, разворачивается неравномерно и может быть чреват рядом сложностей, тупиков, требующих совместных усилий взрослого и ребенка. Если сравнить процесс социализации с дорогой, по которой должен пройти ребенок из мира детства в мир взрослых, то она не везде выложена ровными плитами и не всегда сопровождается четкими дорожными указателями, на ней есть участки с оврагами и сыпучими песками, шаткими мостиками и развилками.

Под проблемами социализации понимается комплекс затруднений ребенка при овладении той или иной социальной ролью. Чаще всего причинами возникновения этих проблем является несоответствие требований к ребенку в процессе его взаимоотношений с социумом и готовности ребенка к этим отношениям.

Трудности овладения социальной ролью возникает чаще всего тогда, когда ребенок не информирован об этой роли, либо информация носит ложный характер, либо у ребенка нет возможностей попробовать себя в данной роли (отсутствие условий для социальных проб).

Трудности реабилитации могут быть связаны и с тем, что внутри социума наблюдается «размытость» образов ролевого поведения (например, стираются границы между представлением об уверенности и агрессивном поведении, между мужским и женским образом жизни).

В связи с этим у ребенка периодически с необходимостью встает задача самоопределения, как по поводу содержания самой социальной роли, так по поводу способов ее воплощения.

Условия организации жизнедеятельности детей в интернатах создают внешние трудности для успешной социальной реабилитации, однако, у данной группы детей существуют внутренние трудности, которые связаны с особенностями их психического развития.

Наиболее серьезным следствием инвалидности является утрата «базового доверия к миру», без которого становится принципиально невозможным развитие таких важнейших новообразований личности как: автономия, инициативность, социальная компетентность, умелость в труде, половая идентичность и др.

Без этих новообразований ребенок не может стать собственно субъектом межличностных отношений и сформироваться в зрелую личность. Утрата базового доверия к миру проявляется и подозрительности, недоверчивости, агрессивности ребенка, с одной стороны, и формировании невротического механизма - с другой.

Слияние блокирует, а иногда делает вовсе невозможным развитие автономности ребенка, его инициативности и ответственности за свое поведение. Слияние возможно с конкретным человеком (воспитатель, родитель, учитель и т.д.), а также с группой людей (хорошо известное детдомовское «мы»), В более поздних возрастах действие этого механизма может провоцировать формирование алкогольной, наркотической или токсикологической зависимости.

Вследствие последствий аномальной социализации необходимо называть такие явления, как социальный аутизм (отстранение от окружающего мира), отставание в социальном развитии.

Причины возникновения проблем вхождения ребенка в систему социальных отношений могут быть самые различные, но, прежде всего они связаны с неадекватным восприятием детьми-инвалидами тех требований, которые предъявляет окружающий социум.

Критериями преодоления этих трудностей могут быть следующие:

1. Готовность к адекватному восприятию возникающих социальных проблем и решение этих проблем в соответствии с нормами отношений, сложившихся в социуме (социальная адаптированность), т.е. способность адаптироваться к существующей системе отношений, овладеть соответствующим социально-ролевым поведением и мобилизовать не только свой потенциал для решения социальной проблемы, но и использовать те условия, в которых складываются отношения ребенка;

2. Устойчивость к неблагоприятным социальным воздействиям (автономность), сохранение своих индивидуальных качеств, сформированных установок и ценностей;

3. Активная позиция в решении социальных проблем, реализуемая готовность к социальным действиям, саморазвитие и самореализация в возникающих трудных ситуациях (социальная активность), способность к самоопределению и расширению границ пространственной жизнедеятельности.

Каждый из перечисленных критериев не свидетельствует о подготовке ребенка к преодолению трудностей социальной реабилитации. Они могут рассматриваться только в комплексе.

Главное, что должен учитывать социальный работник - это то, что его деятельность является не узкоспециализированной, а представляет собой широкий спектр услуг, предоставляемых детям, имеющим нарушения развития, и их семьям. Причем дети, развитие которых существенно нарушено, обычно сразу попадают в поле зрения специалиста, и потребности в создании системы профессиональной помощи, как правило, очевидны. Напротив, распознавание детей, которым лишь грозит риск нарушения развития, может быть затруднено, и характер и формы профессиональных услуг в этом случае также не представляются очевидными. Не только малый вес ребенка при рождении или нездоровая обстановка в его семье могут стать причиной отставания его развития, поэтому реабилитация предполагает мониторинг развития ребенка с целью своевременного обеспечения семьи специальной помощью сразу же после появления у него первых признаков нарушения развития.

Основная цель ранней социально-реабилитационной работы - обеспечение социального, эмоционального, интеллектуального и физического развития ребенка, имеющего нарушения, и попытка максимального раскрытия его потенциала для обучения. Вторая важная цель - предупреждение вторичных дефектов у детей с нарушениями развития,

возникающих либо после неудачной попытки купировать прогрессирующие<sup>13</sup> первичные дефекты с помощью медицинского, терапевтического или обучающего воздействия, либо в результате искажения взаимоотношений между ребенком и семьей, вызванного, в частности, тем, что ожидания родителей (или других членов семьи) относительно ребенка не оправдались.

## **Глава II. Формы и методы социальной работы с детьми с ограниченными возможностями. 2.1. Социальная работа с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями.**

Все люди мечтают о счастливой судьбе - об образовании, любимой работе, замечательной семье, своей востребованности. Реальность же нередко вносит коррективы в эти мечты. Одно из самых тяжелых его испытаний - утрата здоровья и связанная с ним инвалидность.

В декларации о правах инвалидов говорится, что эти люди имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства. Инвалиды, каковыми бы ни были происхождения, характер и серьезность их увечий и недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста. Это, прежде всего, означает, что у них есть право на удовлетворительную жизнь и меры, которые могут помочь им обрести максимальную самостоятельность.

Здоровье и благополучие детей - главная забота семьи, государства и общества. Первоосновой защиты детства выступает правовая база. Она включает международное законодательство, российские государственные законы и местные положения, инструкции и методики.

Международное законодательство по защите детства представлено Хартией детства, Декларацией прав ребенка.

Однако в последние годы наблюдается рост численности детей инвалидов с их специфическими проблемами и трудностями. Большую роль в становлении личности ребенка-инвалида, способной успешно интегрироваться в социум, играют его родители. Поэтому работа с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями, является одним из приоритетных направлений социальной работы.

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

Долгие годы об этом не принято было говорить вслух, и фактор общественного молчания, как и созданная система закрытых учреждений для детей с тяжелыми нарушениями, привели к тому, что именно эти дети зачастую оказываются изолированными от общества, а семьи - наедине с собственной горечью и проблемами.

Общеизвестно, что в семьях детей-инвалидов 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.

Очевидно, что инвалидность ребенка для его родителей является сильным психотравмирующим фактором. Это особенно свойственно семьям с высоким образовательным и профессиональным статусом, в которых порой культивируются ожидания повышенной одаренности ребенка. В этих случаях реакция на факт инвалидности ребенка может быть адекватной. Она может принимать крайнюю форму - комплекс собственной вины, что порождает гиперопеку в отношениях с ребенком.

Другая категория родителей - люди с низким образовательным уровнем, ограниченным кругом интересов и невысоким интеллектуальными способностями. Им свойственно или пренебрежение проблемами ребенка, или ожидание решения проблем медицинскими и социальными работниками. Это две крайние (патологические) позиции, они нуждаются в коррекции.

Семьи с детьми-инвалидами - особая категория, относящаяся к «группам риска». Известно, что количество психических (невротически и психосоматических) расстройств в семьях с детьми, имеющими ограниченные возможности выше, чем в семьях, не имеющих детей-инвалидов в 2,5 раза. Распад семей с детьми-инвалидами происходит значительно чаще.

Все эти и другие факторы приводят к тому, что родители становятся препятствием в реабилитации детей с ограниченными возможностями. Но и в том случае, когда родители занимают более конструктивную позицию, они испытывают эмоциональные перегрузки и нуждаются в особых знаниях о проблемах своего ребенка.

Семьи в процессе воспитания, становления социальной интеграции ребенка-инвалида сталкиваются с большим числом трудностей. Прежде всего это оказание помощи детям, переживающим свою незащищенность, общественное пренебрежение. Порой сами близкие люди ребенка-инвалида пребывают в состоянии хронического стресса, вызванного его болезнью, обстоятельствами лечения, воспитания, обучения, профессионального становления. В целом переживают за его будущее. Все это затрудняет социальную интеграцию ребенка, имеющего ограниченные возможности в среду его здоровых сверстников. В такой ситуации социальный работник оказывают содействие семье в решении всех этих проблем. При этом его работа ведется в тесном сотрудничестве с социальными партнерами из здравоохранения, образования, культуры, соцзащиты и т.д.

Социальный работник, занимающийся проблемами детей-инвалидов, находится в постоянном поиске новых эффективных форм, методов и средств социальной реабилитации, опирается на новейшие технологии, исследования и обратную связь от объекта реабилитации. Сотрудники учреждений соцзащиты стремятся к тому, чтобы каждый ребенок с ограниченными

возможностями смог реализовать себя в соответствии со своими<sup>15</sup> способностями, интересами, навыками и потребностями.

Анализ жизнедеятельности детей и семей, имеющих детей-инвалидов, специальное изучение навыков самообслуживания и бытового труда детей обнаружило их весьма сниженный характер. Значительно страдает коммуникативная деятельность детей с ограниченными возможностями: практика их общения со сверстниками взрослыми чрезвычайно бедна и замыкается на близких родственниках.

На основе социологических данных специалистами должны разрабатываться комплексные проекты решающие задачи психологической, социально-педагогической, социально-медицинской реабилитации семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями. В работе необходимо предусматривать комплексный подход в содействии интеграции детей-инвалидов в общество, предназначенный для семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями от 6 до 18 лет.

Особенность и новизна подходов должна быть заключена в реабилитации детей-инвалидов в том, что система реабилитационных мероприятий направлена на всю семью. Учитывая, что социально-реабилитационная работа только с ребенком мало эффективна, а традиционные подходы в работе с родителями не меняют внутреннего мира семьи, разрабатываются новые методики семейно-групповой коррекционно-оздоровительной работы, интегрирующей различные приемы игровой, творческой, коллективной психокоррекции, психогимнастики, логоритмики, арттерапии, имаготерапии.

Особое внимание должно уделяться знакомству родителей с нормативными документами, социальными гарантиями и льготами детей-инвалидов и их семей. Таким образом, для успешного достижения цели реабилитации: социальной адаптации ребенка-инвалида необходимо решение ряда медико-социальных, социально-психологических и психолого-педагогических проблем не только детей, но и их родителей, а также активное включение семьи в реабилитационный процесс.

Человек, имеющий инвалидность, имеет право на включение во все аспекты жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, как все другие люди.

Помочь ему реализовать это право, призвана система социальных служб, которой пока в государстве нет, но которая создается и апробируется.

Программа реабилитации - это система мероприятий развивающих возможности ребенка и всей его семьи, которая разрабатывается командой специалистов (состоящей из врача, социального работника, педагога, психолога) вместе с родителями. Во многих странах такой программой руководит один специалист - это может быть любой из перечисленных специалистов, который и отслеживает и координирует реабилитационную программу (специалист-куратор). Такая система мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого конкретного ребенка и семьи, учитывая как состояние здоровья и особенности развития ребенка, так и

возможности и потребности семьи. Программа реабилитации может разрабатываться на различный срок - в зависимости от возраста и условий развития ребенка.

Допустим, необходима программа, которая будет включать следующие мероприятия: медицинские (оздоровление, профилактика);

- специальные (образовательные, психологические, социальные, психотерапевтические), направленные на развитие общей или точной моторики, языка и речи ребенка, его умственных способностей, навыков самообслуживания и общения.

При этом остальным членам семьи необходимо разбираться в тонкостях детского развития, учиться общению друг с другом и с малышом, чтобы не усугубить первичные дефекты развития неблагоприятными воздействиями извне. Поэтому в программу реабилитации будут входить организация благоприятного окружения ребенка (включая обстановку, специальное оборудование, способы взаимодействия, стиль общения в семье), приобретение новых знаний и навыков родителями ребенка и его ближайшим окружением.

После начала выполнения программы осуществляется мониторинг, т.е. регулярное отслеживание хода событий в виде регулярного обмена информацией между специалистом- курьером и родителями ребенка. При необходимости куратор содействует родителям, помогает преодолевать трудности, ведя переговоры с нужными специалистами, представителями учреждений, разъясняя, отстаивая права ребенка и семьи. Куратор может посещать семью, чтобы лучше разобраться в трудностях, возникающих при выполнении программы. Таким образом, программа реабилитации есть циклический процесс.

Программа реабилитации предусматривает, во-первых, наличие междисциплинарной команды специалистов, а не хождение семьи, имеющей ребенка-инвалида, по многим кабинетам или учреждениям, а во-вторых, участие родителей в процессе реабилитации, которое представляет собой наиболее сложную проблему.

Установлено, что детям удастся достичь гораздо лучших результатов, когда в реабилитационном процессе родители и специалисты становятся партнерами и вместе решают поставленные задачи.

Однако некоторые специалисты отмечают, что родители порой не высказывают никакого желания сотрудничать, не просят помощи или совета. Возможно, это и так, однако мы никогда не узнаем намерения и желания родителей. Если не спросим их об этом.

На первый взгляд ребенок-инвалид должен быть центром внимания своей семьи. В действительности же этого может не происходить в силу конкретных обстоятельств каждой семьи и определенных факторов: бедность, ухудшение здоровья других членов семьи, супружеские конфликты и т.д. В этом случае родители могут неадекватно воспринимать пожелания или наставления специалистов. Порой родители рассматривают реабилитационные услуги в первую очередь как возможность получить



передышку для самих себя: они испытывают облегчение, когда ребенок<sup>17</sup> начинает посещать школу или реабилитационные учреждения, потому что в этот момент могут, наконец отдохнуть или заняться своими делами.

При всем этом важно помнить, что большинство родителей хотят участвовать в развитии своего ребенка.

Взаимодействие с родителями предполагает некоторые сложности. Нужно быть готовым к трудностям и разочарованиям. Снятие межличностных или культурных барьеров, уменьшение социальной дистанции между родителем и социальным работником (или любым другим специалистом комплекса услуг по реабилитации) может потребовать определенных усилий. Однако нужно помнить, что при отсутствии взаимодействия специалистов и родителей результат работы с ребенком может быть нулевым. Отсутствие подобного взаимодействия намного снижает эффективность социально-реабилитационных услуг - это может подтвердить любой педагог школы-интерната для детей с ограниченными возможностями или специалист реабилитационного центра.

Что же значит работать с родителями? Сотрудничество, включение, участие, обучение, партнерство - эти понятия обычно используются для определения характера взаимодействий. Остановимся на последнем понятии - «партнерство», поскольку оно наиболее точно отражает идеальный тип совместной деятельности родителей и специалистов. Партнерство подразумевает полное доверие, обмен знаниями, навыками и опытом помощи детям, имеющим особые потребности в индивидуальном и социальном развитии. Партнерство — это стиль отношений, который позволяет определять общие цели и достигать их с большей эффективностью, чем, если бы участники действовали изолированно друг от друга. Установление партнерских отношений требует времени и определенных усилий, опыта, знаний.

Делая выводы можно отметить, что социальному работнику желательно консультироваться у родителей так же часто, как они консультируются у него. Это важно, по крайней мере, по трем причинам. Во-первых, родителям предоставляется возможность высказаться, скажем, не только о недостатках и проблемах, но и об успехах и достижениях ребенка. Когда социальный работник спрашивает родителей, что им нравится в их детях, это порой воспринимается ими как одно из редких проявлений интереса со стороны окружающих не к порокам, а к достоинствам их ребенка. Во-вторых, такая информация помогает разрабатывать и отслеживать индивидуальные реабилитационные планы. В-третьих, тем самым проявляется уважение к родителям и создается атмосфера доверия - залог успешной коммуникации.

## **2.2. Социально-психологическая реабилитация детей с ограниченными возможностями.**

«Инвалидность, о чем говорилось выше, - не есть чисто медицинская проблема. Инвалидность - это проблема неравных возможностей, это ограничения в возможностях, обусловленные физическими,

психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют ребенку, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, для того, чтобы они могли жить независимой жизнью».

Понятие «независимая жизнь» в концептуальном значении подразумевает два взаимосвязанных момента. В социально-политическом значении независимая жизнь - это право человека быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах, это свобода выбора и свобода доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникаций, страхованию, труду и образованию. Независимая жизнь - это возможность самому определять и выбирать, принимать решения и управлять жизненными ситуациями. В социально-политическом значении независимая жизнь не зависит от вынужденности человека прибегать к посторонней помощи или вспомогательным средствам, необходимым для его физического функционирования.

В философском понимании независимая жизнь - это способ мышления, это психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими личностями, ее физическими возможностями, системой служб поддержки и окружающей средой.

Философия независимой жизни ориентирует человека, имеющего инвалидность на то, что он ставит перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества.

С точки зрения философии независимой жизни, инвалидность рассматривается с позиций неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить или мыслить обычными категориями. Таким образом, человек, имеющий инвалидность, попадает в ту же сферу взаимосвязанных отношений между членами общества. Для того, чтобы он мог сам принимать решения и определять свои действия, создаются специальные службы.

Особенности развития реабилитации детей-инвалидов всегда находятся под воздействием специфических условий развития каждой отдельной страны.

Так характерным примером в этом отношении служит сравнение двух моделей социального обслуживания - европейской и американской.

На Европейском континенте социальное обслуживание формировалось под воздействием распада общины и межобщинных связей и, соответственно, ослаблением поддержки нуждающихся со стороны их ближайшего окружения.

В США у больных детей и детей-инвалидов есть специальные детские отделения трудотерапии в госпиталях графства Норфолк. Возраст детей - клиентов отделения самый различный - от нескольких месяцев до 19-ти лет. Трудотерапевты в области педиатрии ставят главной задачей в своей работе

развивать у детей оптимальный уровень независимости в повседневной жизни с точки зрения физической, психологической и социальной. Трудотерапевты также помогают инвалидам вести нормальную и интересную культурную жизнь вне дома; научиться новому мастерству, в специальных дневных центрах. Если у инвалида возникает необходимость выехать из дома, то департамент социальных служб предоставляет ему транспорт.

Для облегчения жизнедеятельности существует масса различных реабилитационных форм, которые могут предоставить по заказу инвалида любое оборудование, инструменты или средства для облегчения жизни.

При социальных службах в Великобритании существуют специальные службы по найму инвалидов на работу. В них инвалидам оказывается помощь в поисках работы, выделяется пособие для оплаты специального транспорта, обеспечивается рабочее место клиента необходимым оборудованием. Учреждения, которые принимают на работу инвалидов, получают месячное пособие в размере 6000 фунтов для приобретения специальной техники. Инвалиды с тяжелыми заболеваниями могут выполнять работу на дому, и для этих целей им устанавливают специальное компьютерное оборудование. Для пациентов с полной или частичной потерей зрения выдаются пособия для оплаты услуг чтеца (человек, который ему читает).

В Великобритании существует комплексная схема, доступная для помощи инвалидам в работе. В нее включены: специальные виды специальной помощи по схеме занятости; доплата для рабочей силы на транспорт; приобретение приспособления к дому и оборудования; служба личного чтеца; работа на дому с технологией; введение в работу и т.д.

Инвалиды принимаются на работу с испытательным сроком (6 недель), при этом выплачивается субсидия в размере 45 фунтов в неделю. Штат центр занятости помогает обсудить каждую кандидатуру инвалида и подходящую для него работу с работодателями во всех конкретных случаях.

Таким образом, социальной работе с инвалидами за рубежом уделяется очень большое внимание. Социальной защитой инвалидов занимаются как государственные, так и общественные и частные организации. Такая социальная работа с инвалидами и работа трудотерапевтов дает нам образец качества социальных услуг, оказываемых инвалидам и способа их организации. Способствует развитию международно признанных норм обучения трудотерапевтов в различных странах Всемирная организация трудотерапевтов.

### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

Термин «инвалид» в силу сложившейся традиции несет в себе дискриминационную идею, выражает отношение общества к инвалиду, как к социально бесполезной категории. Понятие «человек с ограниченными возможностями» в традиционном подходе ярко выражает дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей.

Такая парадигма в корне меняет подход к триаде «ребенок - общество - государство»<sup>20</sup>. Суть этого изменения состоит в следующем:

Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, в ограничении мобильности. Бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограничении общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда - и к элементарному образованию. Эта проблема является не только субъективного фактора каковым является социальное, физическое и психическое здоровье, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которое санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.

Ребенок, имеющий инвалидность - часть и член общества он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни.

Ребенок, имеющий инвалидность может быть так же способен и талантлив, как и его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу, ему мешает неравенство возможностей.

Ребенок - не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве.

Отмечая государственное внимание к детям с ограниченными возможностями, успешное развитие отдельных медицинских и учебно-воспитательных учреждений, тем не менее, следует признать, что уровень помощи в обслуживании детей этой категории не соответствует потребностям, так как не решаются проблемы их социальной реабилитации и адаптации в будущем.

Государство не просто призвано предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, оно должно пойти навстречу его социальным потребностям и создать систему социальных служб, позволяющих нивелировать ограничения, препятствующие процессам его социальной реабилитации и индивидуального развития.

Важнейшей проблемой при работе с детьми с ограниченными физическими возможностями является выявление семейных психологических механизмов, которые оказывают влияние на особенности поведения и психическое здоровье детей. Большинство семей отличаются гиперопекой, снижающей социальную активность ребенка, но встречаются семьи с явным или открытым эмоциональным отвержением больного ребенка.

Не менее важной проблемой является работа по профориентации ребенка с ограниченными возможностями. Правильный выбор профессии с учетом индивидуальных

### Список использованной литературы

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // "Библиотечка Российской газеты", выпуск N 22-23, 1999 г.
2. Декларация о правах инвалидов. Принята 09.12.1975 Резолюцией 3447 (XXX) на 2433-ем пленарном заседании Генеральной Ассамблеи ООН.
3. Конвенция о правах ребенка, (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20.11.1989)
4. Конвенция Международной организации труда N 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (Женева, 20 июня 1983 г.), Рекомендация Международной Организации Труда от 20 июня 1983 г. N 168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов // Международная Организация Труда. Конвенции и рекомендации. 1957-1990, том 2.
5. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей (Нью-Йорк, 30 сентября 1990 г.) //Дипломатический вестник", 1992 г., N 6, с. 10.
6. Декларация о правах умственно отсталых лиц -М., Юристь, 2001.
7. Декларация о правах инвалидов (утв. Резолюцией тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 3447(XXX) от 9 декабря 1975 г.) // Текст Резолюции размещен на сервере ООН в Internet (<http://www.un.org>)
8. Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах (Нью-Йорк, 19 декабря 1966г.)//Ведомости Верховного Совета СССР", 1976г., N 17(1831).
9. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993)
10. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. — М., Наука, 1994.