

Министерство образования и науки России  
Федеральное государственное бюджетное образовательное  
учреждение высшего профессионального образования  
«Казанский национальный исследовательский  
технологический университет»

## СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА В ТЕХНОГЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Сборник материалов  
Международной научной конференции  
23-24 октября 2013г.

Казань  
Издательство КНИТУ  
2014

УДК 316; 616-036.82/.85  
ББК 74.58

**Социальная реабилитация человека в техногенном обществе: сборник материалов Международной научной конференции;** М-во образ. и науки России, Казан. нац. исслед. технол. ун-т. – Казань: Изд-во КНИТУ, 2014. – 132 с.  
ISBN 978-5-7882-1535-8

Представлены материалы докладов и выступлений на круглых столах участников Международной научной конференции «Социальная реабилитация человека в техногенном обществе», проводимой кафедрой социальной работы, педагогики и психологии КНИТУ. В рамках научной конференции рассмотрен широкий круг проблем социальной реабилитации.

Печатается по решению редакционно-издательского совета Казанского национального исследовательского технологического университета

Редакционная коллегия:  
*профессор Н.Ш. Валеева*  
*доцент Р.В. Куприянов*  
*доцент Э.Р. Валеева*

*Материалы публикуются в авторской редакции*

ISBN 978-5-7882-1535-8 © Казанский национальный исследовательский технологический университет, 2014

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>Абранина Т.С., Валеева Э.Р. (г.Казань)</b> Подходы к социальной помощи жертвам террористических актов в России	<b>5</b>
<b>Абросимов А.В. (г.Казань)</b> Социальная реабилитация специалистов МЧС России	<b>8</b>
<b>Асланян А.И. (г.Пермь)</b> Социальная адаптация в современной городской среде детей-инвалидов с нарушением сенсорных функций (слуха)	<b>14</b>
<b>Басов Н.Ф., Веричева О.Н. (г.Кострома)</b> Современные аспекты технологии социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста в домах-интернатах	<b>16</b>
<b>Богданова Е.В. (г.Казань)</b> Особенности организации профессионального развития сотрудников отделения медико-социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ»	<b>22</b>
<b>Вильшевская А.А. (г.Казань)</b> Проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями	<b>25</b>
<b>Копылова Л.С. (г.Екатеринбург)</b> Безбарьерная среда	<b>30</b>
<b>Кузьмина Ю.М. (г.Казань)</b> Психологическая реабилитация спасателей МЧС	<b>33</b>
<b>Куприянов Р.В., Быковская Н.В. (г.Казань)</b> Структура профессиональной деформации личности социального работника	<b>39</b>
<b>Мананов Р.Ш., Мананова Х.Ш. (г.Казань)</b> Уличная социальная работа как один из компонентов комплексной реабилитационной программы безнадзорных детей	<b>43</b>
<b>Меркурьева Н.А. (г.Сыктывкар)</b> Исследование качества жизни молодых инвалидов и факторов их обуславливающих	<b>46</b>
<b>Морозов А.В. (г.Казань)</b> Социальная реабилитация инвалидов труда в системе советского социального страхования в 1920-е годы	<b>49</b>
<b>Надеева М.И., Виленский А.А., Надеева Д.Б. (г.Казань)</b> Опыт социально-педагогической реабилитации детей-инвалидов	<b>58</b>
<b>Нелина М.В. (г.Муром)</b> Реабилитация детей мигрантов и вынужденных переселенцев в новой социокультурной среде	<b>61</b>
<b>Плохова И.А. (г.Ульяновск)</b> Роль общественных организаций в социальной реабилитации лиц с ограниченными воз-	<b>65</b>

возможностями (на примере социокультурной адаптации)	
<b>Попова Т.Н. (г.Муром)</b> Коррекция межличностных отношений в условиях трудового коллектива	<b>69</b>
<b>Ремезова К.С. (г.Екатеринбург)</b> Театротерапия как метод социальной реабилитации.	<b>73</b>
<b>Рымарь С.В. (г.Муром)</b> Профилактика девиантного поведения подростков в условиях образовательного учреждения	<b>77</b>
<b>Сафина А.А., Абдрахманова И.И. (г.Казань)</b> Проблемы социальной реабилитации детей с нарушением слуха и пути их решения	<b>82</b>
<b>Солнышков А.Ю. (г.Москва)</b> Формирование дееспособности личности в техногенном обществе и взгляд на возможности её решения	<b>88</b>
<b>Солодкова А.Г. (г.Казань)</b> Психолого-педагогические проблемы формирования реабилитационных навыков	<b>94</b>
<b>Сироткина Е.С. (г.Нижний Новгород)</b> Социальная реабилитация несовершеннолетних матерей	<b>98</b>
<b>Тарелова Р.А. (г.Казань)</b> Технология социального сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями: региональный аспект	<b>103</b>
<b>Терелянская Е.В. (г.Волгоград)</b> Художественно-творческие методы в социальной реабилитации различных категорий клиентов: аспекты технологизации	<b>108</b>
<b>Трифонова Н.В. (г.Екатеринбург)</b> Социальная реабилитация пожилых людей посредством геронтообразования	<b>113</b>
<b>Червинская М.В. (г.Самара)</b> Инклюзивное образование в современном обществе: возможности и барьеры	<b>117</b>
<b>Юртаева Н.И. (г.Казань)</b> Особенности оказания психологической помощи людям, оказавшимся в чрезвычайной ситуации	<b>122</b>
<b>Kozlova, I. (Spain), Kupriyanov, R (Russia), Valeeva, E (Russia)</b> Developing teamworking skills for social workers	<b>126</b>

## **ПОДХОДЫ К СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЖЕРТВАМ ТЕРРОРИСТИЧЕСКИХ АКТОВ В РОССИИ**

*доцент КНИТУ Т.С.Абранина (T.Abranina)\*,*

*к.пед.н Э.Р.Валеева (E.Valeeva)*

*Казанский национальный исследовательский  
технологический университет*

*\*abranina@mail.ru*

Комитет Министров Совета Европы утвердил «Руководящие принципы защиты жертв террористических актов». Признавая те страдания, которые переживают жертвы террористических актов и их родственники, Комитет считает, что необходимо продемонстрировать национальную и международную солидарность и поддержку. Цель Руководящих принципов состоит в том, чтобы определить те средства, которые необходимо использовать для помощи жертвам терроризма и защиты их основных прав, исключая при этом любые формы произвола, а также любое обращение, которое носило бы дискриминационный или расистский характер. Эти меры включают:

- помощь в чрезвычайных ситуациях (медицинскую, психологическую, социальную и материальную), предоставляемую бесплатно;
- долгосрочную помощь для любого лица, которое потерпело физический или психический ущерб в результате террористического акта, в том числе, с учетом соответствующих обстоятельств, и для их ближайших родственников;
- реальный доступ этих жертв к защите на основании законодательства и правосудия;
- выплату справедливой и достаточной компенсации за любой ущерб, который был им нанесен;
- защиту частной и семейной жизни, их достоинства и безопасности;
- создание соответствующих информационных центров для жертв, занимающихся, в частности, правами жертв, органов по поддержке жертв и возможность получения помощи, практических и юридических рекомендаций, а также возмещения ущерба или компенсаций.

В этом контексте Комитет Министров России признает важную роль организаций по поддержке жертв. Он призывает государства-члены содействовать профессиональной подготовке специалистов по оказанию поддержки жертвам террористических актов, а также выделять необходимые для этого средства. Устанавливаются минимальные стандарты, государства-члены могут со своей стороны предусматривать услуги и меры, которые будут приниматься дополнительно к тем, которые указаны в Руководящих принципах. К государствам-членам обращен призыв реализовать эти директивы на практике и информировать о них все органы власти, которые занимаются борьбой с терроризмом и защитой жертв террористических актов, а также представителей гражданского общества.

Государство обязано в полной мере реализовывать гарантии неприкосновенности личности и собственности, защитить жизнь, здоровье и достоинство граждан в строгом соответствии с Конституцией Российской Федерации.

В большинстве стран из государственных фондов компенсируется лишь вред, причиненный жизни и здоровью граждан (США, Великобритания, Германия, Австралия, Япония и др.). Остальные виды ущерба (например, за утраченное имущество), как правило, государством не возмещаются, однако разветвленная система общественных фондов и обязательного страхования в значительной мере обеспечивает компенсационные выплаты пострадавшим.

В мае 2002 года впервые Уполномоченный по правам человека в Российской Федерации и сотрудники его аппарата начали анализировать и изучать практику компенсации ущерба жертвам террористических актов при подготовке ежегодного доклада. Все эти годы в случае ЧС и ТА, терактов размер материальной помощи родственникам различался в зависимости от субъекта Федерации. Однако, с точки зрения государства, ценность жизни человека должна быть одинакова, независимо от того, где он проживает.

Необходим единый федеральный стандарт оказания помощи членам семей погибших и иным пострадавшим от террористических актов. Он должен быть единым на всей территории России, и не должен зависеть от масштабов террористиче-

ского акта, его последствий, тем более от его общественного резонанса. Такое решение будет соответствовать конституционному принципу равенства всех граждан перед законом. Что и предусмотрено в статье 18 Федерального закона «О противодействии терроризму» от 6 марта 2006 года: Законом установлено, что государство в порядке, установленном Правительством РФ, будет осуществлять компенсационные выплаты физическим и юридическим лицам, которым был причинен ущерб в результате террористического акта, при этом моральный вред будет компенсироваться за счет лиц, его совершивших. Вред, причиненный при пресечении террористического акта правомерными действиями здоровью и имуществу лица, участвующего в террористическом акте, а также вред, вызванный смертью этого лица, возмещению не подлежит. Социальная реабилитация лиц, пострадавших в результате террористического акта, а также участвующих в борьбе с терроризмом, будет осуществляться за счет средств федерального бюджета в порядке, определяемом Правительством РФ, а также средств бюджета субъекта РФ, на территории которого совершен террористический акт, и иных источников, предусмотренных законодательством.

Социальная реабилитация пострадавших включает в себя правовую помощь пострадавшим лицам, их психологическую, медицинскую и профессиональную реабилитацию, трудоустройство вплоть до восстановления на работе, предоставление им жилья. С 01.01.2007 в случае гибели лица, принимавшего участие в осуществлении мероприятия по борьбе с терроризмом, членам семьи погибшего и лицам, находившимся на его иждивении, будет выплачиваться единовременное пособие в размере шестисот тысяч рублей. Также им гарантируется сохранение очереди на получение жилья и компенсаций по оплате жилья и жилищно-коммунальных услуг, если имелось право на их получение. Нетрудоспособным членам семьи погибшего и лицам, находившимся на его иждивении, назначается пенсия по случаю потери кормильца.

Таким образом, необходим единый федеральный стандарт оказания помощи членам семей погибших и иным пострадавшим от террористических актов. Он должен быть единым на

всей территории России, и не должен зависеть от масштабов террористического акта, его последствий, тем более от его общественного резонанса. Такое решение будет соответствовать конституционному принципу равенства всех граждан перед законом. Что и предусмотрено в статье 18 Федерального закона «О противодействии терроризму» [1]. Кроме того, государство должно выплачивать, компенсационные выплаты физическим и юридическим лицам, которым был причинен ущерб в результате террористического акта. Компенсация морального вреда, причиненного в результате террористического акта, должна осуществляться за счет лиц, его совершивших. В то же время возмещение вреда, причиненного при пресечении террористического акта правомерными действиями, осуществляется за счет средств федерального бюджета в соответствии с законодательством Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

*Источники:*

1. Федеральный закон от 06.03.2006 N 35-ФЗ (ред. от 02.11.2013) "О противодействии терроризму"

## **СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ МЧС РОССИИ**

*магистрант А.В.Абросимов\* (A.V.Abrosimov)  
научный руководитель – д.п.н., профессор Г.Б.Хасанова\*\*  
(G.B.Khasanova)*

*Казанский национальный исследовательский  
технологический университет*

*\*e-mail: Alexandr.Abrosimov@yandex.ru*

*\*\*e-mail ufbkz58@mail.ru*

Специалисты МЧС России – спасатели, пожарные, водолазы, летчики, врачи, горноспасатели, ежедневно работающие в экстремальных условиях, испытывают большие физические и эмоциональные нагрузки. Именно поэтому предъявляются высокие требования к их физическому и психическому состоянию здоровья, а профилактические и реабилитационные мероприятия являются обязательным элементом их профессиональной жизни.



Социальная реабилитация спасателей – комплекс мероприятий по оказанию содействия в осуществлении гарантий и компенсаций с учетом правового статуса таких лиц, направленных на устранение барьеров, препятствующих полноценной жизни, социальной и профессиональной адаптации.

Для организации эффективных реабилитационных мероприятий в Центрах реабилитации спасателей (РЦР МЧС) была разработана и внедрена технология оказания социально-правовых реабилитационных услуг спасателям аварийно-спасательных формирований, сотрудникам государственной противопожарной службы МЧС РФ. Каждый этап реабилитационного процесса четко определен и расписан в инструкциях, положениях, алгоритмах и схемах. Для каждого структурного подразделения Центра реабилитации обозначены зоны ответственности с целью исключения случаев дублирования мероприятий и повышения эффективности работы.

Первый этап реабилитации – предварительный, осуществляется специалистами приемного отделения в соответствии с разработанным и утвержденным директором Центра положением. Для направления на медицинскую реабилитацию спасатель представляет в медицинское учреждение, к которому он прикреплен, следующие документы: заявление (рапорт), справка об участии в ликвидации чрезвычайной ситуации. Для спасателей организуется прохождение медосмотров, после которых делается заключение о необходимости проведения реабилитации спасателя, которое выдается медицинским учреждением, к которому прикреплен спасатель. Форма медицинской реабилитации устанавливается лечащим врачом или специально назначаемой медицинской комиссией. ЛПУ, к которому прикреплен спасатель отправляет заявку в РЦР МЧС. После чего выписывается направление в Центр реабилитации, отправляются медицинские данные, анализы, история болезней реабилитанта. На срок проведения медицинской реабилитации и дни проезда к месту реабилитации и обратно (без вычета очередного и дополнительного отпусков) спасателям выдается листок временной нетрудоспособности.

В дальнейшем уже при поступлении реабилитанта в приемный покой РЦР МЧС, специалистами производится диагно-

стика, в ходе которой определяется степень реализации и уровня потенциальных возможностей личности, подтверждается и обосновывается клинический диагноз и формируется реабилитационный диагноз. Подготовка к основному этапу происходит в контексте определения реабилитационного потенциала, выбора цели реабилитации. Поставленные реабилитационные диагноз, цель и потенциал позволяют выбрать индивидуальную программу реабилитации по одной из следующих программ: «Антистресс», «К здоровому пищеварению», «К здоровым сосудам», «К здоровым суставам» и т.д. Всего 15 программ. Реабилитация спасателей осуществляется в следующих формах: дневной стационар, стационар, амбулаторное.

Второй этап — реабилитационный, который включает индивидуальную работу с пациентом по психокоррекции, выработке мотивации, социальной адаптации, работу в группе (тренинги), реализацию гарантированного объема реабилитационных мероприятий в рамках выбранной программы, диету [1].

Психологическая реабилитация является важнейшим элементом восстановления психического равновесия эмоционального состояния человека. С помощью психологического воздействия становится возможным снизить уровень нервно-психической напряженности, быстрее восстановить затраченную нервную энергию, снять психосоматические проявления и, тем самым, оказать существенное влияние на ускорение процессов восстановления в других органах и системах организма. Этим отличается психологическое воздействие от других средств реабилитации.

В РЦР МЧС, помимо психолого-медицинской помощи, оказывается и социально-правовое консультирование спасателей. Деятельность социально-правового консультирования заключается в оказании правовой поддержки указанной категории лиц, предоставлении им правовой информации. Ввиду того, что необходимость реабилитационных мероприятий вызвали травмы или увечья, полученные спасателем при выполнении им своих служебных обязанностей, он попадает по юрисдикцию законов N 151-ФЗ «Об аварийно-спасательных службах и статусе спасателей» от 22 августа 1995 г., № 134-ЗРТ «Об аварийно-спасательных службах и аварийно-спасательных форми-

рованиях Республики Татарстан» от 29.12.2005, N 173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» от 17.12.2001, Постановление Правительства РФ N 1312 от 31 октября 1996 г «О порядке бесплатной медицинской реабилитации спасателей в Российской Федерации», которые закрепляют социальные гарантии, денежные компенсации, страховые выплаты спасателям. Специалисты социальной работы, юристы осуществляют взаимодействие совместно с Отделами социальной защиты, Пенсионным фондом, Фондом социального страхования по обеспечению социальных гарантий спасателям.

Одним из важнейших направлений деятельности Центра является создание медико-социального регистра как ведомственной информационно-аналитической системы, предназначенной для создания и ведения информационной базы Центра, разработка программно-аналитических средств обеспечения для персонального учета, сбора и анализа информации, прогнозирования деятельности Центра и его подразделений, постоянного мониторинга наблюдаемого контингента и отбора пациентов на реабилитацию. На каждого пациента заводится статистическая карта, которая состоит из четырех разделов: анкетные данные, социально-экономический статус, реабилитационный маршрут, эффективность реабилитационных мероприятий.

В настоящее время на замену статистическим картам приходит программа «МЕД». Программа представляет собой электронную базу данных, которая состоит из следующих вкладок: лечение, обследование, процедуры, наблюдение, отчеты. В приемном покое вносятся данные пациентов, которые хранятся на главном сервере программы. Программа «МЕД» позволит значительно упростить процедуру регистрации клиентов Центра и увеличить качество обслуживания.

Заключительный этап реабилитации наступает после проведения комплекса медико-социальных мероприятий по восстановлению здоровья, трудовой пригодности, социальных связей спасателя. На этом этапе производится контрольная диагностика состояния реабилитанта, создается консилиум специалистов, где оценивается эффективность проведенного восстановительного лечения и реабилитации, полученные навыки социальной адаптации, определяется степень достижения реби-

литационной цели, даются рекомендации по питанию, по образу жизни, физическим нагрузкам, труду и др. С этими рекомендациями и медицинскими заключениями спасатели отправляются в ЛПУ, к которому они прикреплены, проходят проверку на профессиональную пригодность в спасательной службе. А в случае стойкой потери трудоспособности направляются на Медико-социальную экспертизу для установления группы инвалидности.

Работа по ликвидации аварии, связанной с крушением теплохода «Булгария», стала сложнейшим испытанием для специалистов Поисково-спасательной службы Татарстана, которым помогали спасатели из разных регионов нашей страны. При работе в таких ситуациях специалист находится под воздействием целого ряда обстоятельств: необходимость выполнить сложную работу в короткий срок, высокая ответственность за результат труда, тяжелые условия работы, сильное эмоциональное напряжение, поскольку произошедшая трагедия никого оставила равнодушным.

После окончания работ, связанных с ликвидацией последствий аварии теплохода «Булгария» и поиском тел погибших, все участвующие специалисты прошли постэкспедиционное обследование, после которого им были предложены профилактические и реабилитационные программы. По результатам обследования у спасателей были выявлены следующие проблемы: усталость, быстрая утомляемость, бессонница и раздражительность. Все эти проявления являются адекватной реакцией человека после сложной, эмоционально тяжелой работы. Для того, чтобы помочь специалистам МЧС как можно быстрее вернуться к обычному состоянию и повседневным обязанностям, был разработан и проведен комплекс мероприятий, направленных на восстановление физического здоровья и психологического равновесия. В реабилитационном центре МЧС Республики Татарстан были проведены специальные физиотерапевтические процедуры, групповые занятия с психологом, использовались как классические методы психологической коррекции, так и новые, предполагающие использование специального психофизиологического оборудования. [2].

Однако, наяву многие спасатели ввиду опасения потерять свою работу из-за профессиональной непригодности стараются либо отказаться от прохождения реабилитационных мероприятий, либо скрывают некоторые факты о действительном состоянии своего здоровья, что крайне отрицательно сказывается на их благополучии и качестве выполняемых ими работ. На мой взгляд, решение этой проблемы следует искать в предоставлении возможности вести трудовую деятельность спасателям при нарушениях здоровья, но на должностях, которые пригодны для безопасной для здоровья трудовой деятельности. Например, привлечение таких спасателей к обучению и передаче опыта молодым специалистам в различных школах подготовки спасателей. «Ветераны-спасатели» имеют колоссальный профессиональный опыт, который сильно бы пригодился новичкам. К тому же, такая работа по обучению молодых специалистов должна быть престижной, хорошо оплачиваемой с сохранением основных социальных гарантий спасателей. Это позволит спасателям более объективно относиться к своему здоровью, лучше заботиться о нем, и боязнь потерять работу в случае профессиональной непригодности проявляться не будет.

*Литература:*

1. *Сидоров, П.И.* Медицинское обеспечение в чрезвычайных ситуациях: учебник для медицинских вузов / П.И.Сидоров. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2006. – 1040 с.:ил.
2. Завершается медико-психологическая реабилитация спасателей // <http://mchs.tatarstan.ru/rus/index.htm/news/105795.htm>

# СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ В СОВРЕМЕННОЙ ГОРОДСКОЙ СРЕДЕ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С НАРУШЕНИЕМ СЕНСОРНЫХ ФУНКЦИЙ (СЛУХА)

*студентка - Асланян А.И. (Aslanyan A.I.)*

*научный руководитель — к.ф.н., доцент Попкова Т.Д. (Popkova T.D.)*

*Пермский государственный национальный*

*исследовательский университет*

*e-mail: asmik-aslanyan@mail.ru*

*e-mail: tatyana3@mail.ru*

В настоящее время нарушение слуха является одним из самых распространенных и трудно поддающихся лечению дефектов, серьезно осложняющих нормальную адаптацию (имеется в виду социальная и психологическая адаптация) человека в обществе.

По статистике, нарушение слуха имеет один ребёнок из ста. Всего, в России около 90000 глухонемых, что составляет 112 человек на 100000 жителей.

В условиях современной социально-экономической ситуации, все большую остроту приобретает проблема социализации детей с ограниченными возможностями здоровья: социальная среда не готова принимать таких детей. Социокультурная интеграция, социализация детей и подростков с психическими и физическими недостатками, приобретает особую актуальность и становится условием прогресса и социальной безопасности в современном российском обществе.

Для определения этапов социализации детей инвалидов в социуме, осуществляемых в условиях образовательной деятельности, мы провели анализ психолого-педагогической работы, осуществляемой в школе-интернате для детей с нарушением слуха 1,2 вида.

В 2012 г. школа-интернат для детей с нарушением слуха (1,2 вида) в г.Перми выпустила 14 детей. Из них 7 – неслышащих и 7 – слабослышащих. 85% этих учеников после окончания школы продолжили обучение: трое поступили в медицинский колледж (на массажистов), четверо – в лицей №33 (профессия фрезеровщик универсал, специальность – фрезеровщик), один выпускник поступил в лицей №1 (профессия слесарь, специальность слесарь-ремонтник и слесарь механо-

сборочных работ), двое – в кунгурский технический институт (профессия токарь-универсал, специальность токарь).

Выбор ребятами этих учебных заведений не случаен – в этих учреждениях существуют специальные группы, в которых учатся дети – инвалиды по слуху. Во всех этих учреждениях работает сурдопереводчик, используется жестовая речь и специальная помощь сурдопсихолога. В техникуме, наряду с образовательным процессом, проводятся мероприятия по медицинской и социальной реабилитации обучающихся.

Социальный работник должен создавать условия для повышения готовности слабослышащего подростка к самостоятельной деятельности в обществе. В ходе реализации этой деятельности, социальный работник должен ознакомить учащихся ОУ с профессиями для дальнейшего обучения и интеграции в трудовую жизнь. При всем это социальный работник не должен забывать о психической и интеллектуальной особенности неслышащего. С целью совершенствования процессов социализации выпускников интернат школы мы разработали рекомендации.

Первая рекомендация – *усиление роли профориентационной работы* с целью оказания помощи учащимся в выборе доступной, интересной профессии. Вопрос о необходимости подготовки учащихся к условиям самостоятельной жизни, следует рассматривать в контексте профессиональной подготовки по тем видам труда, в которых есть потребность в Пермском регионе.

Вторая рекомендация – это *внедрение профориентационных игр* – один из профконсультационных методов, стимулирующих подростков с недостатками слуха к размышлениям о проблемах профессионального самоопределения.

Третья рекомендация – заключение договора между интернатом и техническим колледжем об участии *старшеклассников в подготовительных курсах* с целью дальнейшего поступления в техникум (годовая программа).

Подводя итог, следует отметить ряд совокупных факторов, таких как время и степень возникновения дефекта, социальное окружение, уровень образования, которые существенно

вливают на формирование личности ребенка-инвалида, его социально-психологическую адаптацию и интеграцию в социуме.

В большинстве случаев, решающее значение приобретает не столько вид и степень имеющегося у ребенка-инвалида дефекта, а уровень его самооценки, способности к интеграции в современном обществе. Полноценное развитие личности инвалидов по слуху во многом зависит также от успешности процесса интеграции в общество.

Предложенные нами рекомендации могут служить основанием для разработки проекта создания доступной среды для детей-инвалидов по слуху с последующей реализацией в г.Перми.

#### *Литература:*

1. Астафьева, В.М. Социальная адаптация и интеграция детей с нарушениями слуха. М.: АПК и ПРО, 2000. – 220 с.
2. Ветрова, И.Ю. Проблемы социальной адаптации инвалидов / И.Ю. Ветрова. – М.: Дело, 2000. – 256 с.
3. Выготский Л.С. Проблемы дефектологии /Сост. Т.М. Лифанова. М.: Владос, 1995. С. 210.
4. Гозова А.П. Профессиональное обучение глухих / Под ред. Гозовой А.П. М.: Педагогика, 1975. С. 96.
5. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальная работа с инвалидами. / Е.Р. Ярская-Смирнова, Э. К Наберушкина. - СПб.: Питер, 2004. – 198 с.

## **СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ**

*д.п.н., профессор Н.Ф. Басов\* (Nikolay F. Basov)*

*к.п.н., доцент О.Н. Веричева\*\*(Ol'ga N. Vericheva)*

*Костромской государственной университет имени Н.А. Некрасова*

*\*e-mail: abba99@yandex.ru*

*\*\*e-mail: overicheva@yandex.ru*

Сложившаяся ситуация развития современной России в последние несколько десятилетий привела к увеличению числа граждан пожилого возраста с ограниченными возможностями



здоровья, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания населения.

В 2011 году в Российской Федерации действовало 1417 стационарных учреждений для граждан пожилого возраста и инвалидов, где получали социально-реабилитационные услуги 245 тысяч человек[4]. В 2011 году 18,1 тысяч пожилых и инвалидов состояли в очереди для помещения в стационарные учреждения социального обслуживания[4].

В этой связи стационарные учреждения социального обслуживания населения не теряют своей значимости, как особые организации, в которых создаются условия для социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста.

В отечественной науке и практике идет поиск технологий, обеспечивающих социальную реабилитацию пожилых и инвалидов, восстановление социального статуса клиентов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания населения.

Проведение системного анализа публикаций, определяющих содержание социальной реабилитации, позволяет структурировать составляющие данного процесса, охарактеризовать социальные технологии его осуществления. Социальная реабилитация как система и целостный процесс рассматривается (Е.И. Холостовой, Г.Ф. Нестеревой, С.С. Лебедевой, С.В. Васильевым, А.В. Бронниковым, М.С. Надымовой, Л.П. Храпылиной и др.). В частности, Г.Ф. Нестерова, С.С. Лебедева, С.В. Васильев, определяют социальную реабилитацию как систему мероприятий и процесс возврата людей к активной деятельности в обществе, в социальной среде, под которой подразумеваются окружающие человека общественные, материальные и духовные условия его существования. К составляющим социальной реабилитации они относят социально-бытовую адаптацию, социально-средовую ориентацию, социально-бытовое образование, социально-средовое устройство.

Под социальной реабилитацией Л.П. Храпылина понимает систему медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических, юридических мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции лица, имеющего ограничения жизнедеятельности, вызванных нару-

шением здоровья со стойким расстройством функций организма. Обобщает данные два подхода понимание социальной реабилитации, как системы мероприятий, улучшающей жизнедеятельность человека.

Термин «социальная реабилитация» рассматривают как общий процесс и в качестве его компонента выделяют социально-бытовой Н.Ш. Валеева, Р.В. Куприянов, Г.Б. Хасанова. Социально-средовую ориентацию данные авторы характеризуют как «систему и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности» [1].

Как вполне самостоятельные и отдельные друг от друга направления: социально-средовая реабилитация и социально-бытовая адаптация инвалидов исследуются Е.И. Холостовой.

Проведенные в последние годы исследования (Н.П. Жигаревой, Н.А. Береговского, А.В. Кораблева и др.) показали важность и результативность социально-трудовой реабилитации инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания населения. Было доказано, что при адекватном использовании трудовой занятости с учетом клинических показаний инвалиды способны осуществлять хозяйственно-бытовую деятельность, с помощью которых у них сохраняются умения и навыки самообслуживания, самостоятельного передвижения и др.

Важным является психологический компонент участия инвалидов в трудовых процессах в условиях дома-интерната. В коллективном труде Н.Ф. Дементьевой, Р.С. Яцемирской отмечается, что во время трудовой деятельности у пожилых, имеющих инвалидность, восстанавливаются коммуникативные функции, оживляются его эмоции, повышается психологический тонус.

На основании анализа вышеперечисленных работ технологию социальной реабилитации инвалидов пожилого возраста можно рассматривать как последовательность действий специалиста по социальной работе состоящую из комплекса методов, приемов и процедур, способствующих восстановлению социального статуса клиента, продлению его независимости, са-

мостоятельности в доме-интернате для граждан пожилого возраста и инвалидов. Она включает социально-бытовую адаптацию, социально-средовую ориентацию, социокультурную, социально-педагогическую, социально-психологическую реабилитацию, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт, которые должны быть реализованы в стационарном учреждении социального обслуживания. Особое значение приобретает создание здесь социально-реабилитационных отделений для реабилитации инвалидов старших возрастных групп (Н.Ф. Басов, О.Н. Веричева и др.). Социальные технологии, применяемые в условиях этого отделения, направлены на продление активного долголетия клиентов, сохранение их способности к бытовому самообслуживанию и организации посильной трудовой деятельности.

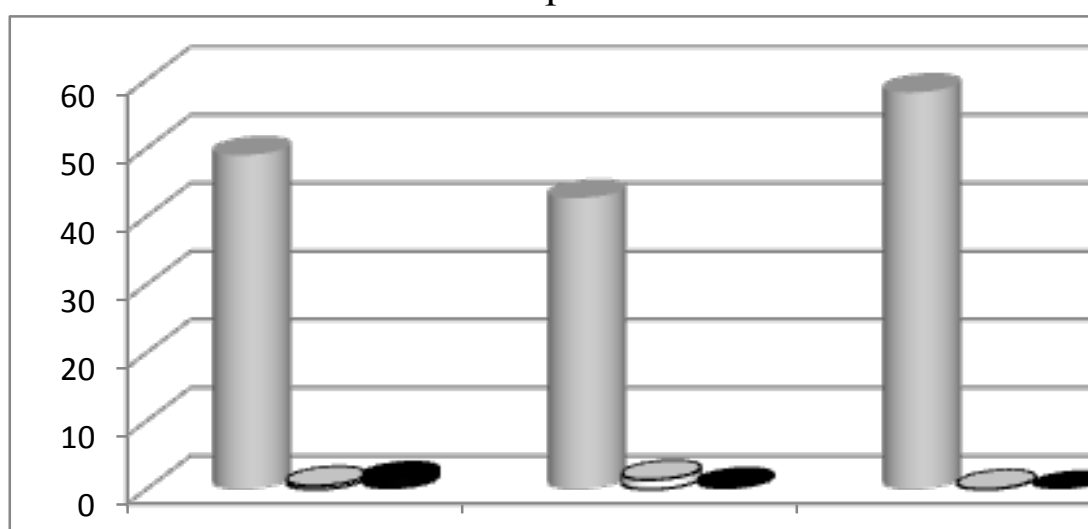
В современных исследованиях особое значение уделяется исследованию значения для пожилого человека или инвалида интегрированной реабилитационной социотерапевтической среды, разработанной для клиента в условиях стационарного учреждения социального обслуживания населения. (Б.А. Сырникова, Н.П. Жигаревой и др.) Смысл ее заключается в том, что наравне с другими пожилыми людьми в общих социокультурных программах участвуют инвалиды пожилого возраста. Все проживающие в доме-интернате должны взаимодействовать друг с другом в повседневной жизни: посещать спортивный зал, бассейн, столовую, участвовать в художественной самодеятельности, спортивных состязаниях. Интегрированная реабилитационная социотерапевтическая среда имеет социально-психологический характер воздействия, способствует раскрепощению пожилого человека с инвалидностью в доме-интернате.

Содержание интегрированной реабилитационной социотерапевтической среды должно быть разработано в стационарном учреждении социального обслуживания населения с учетом реализации потребностей инвалидов старшего поколения в безопасности, любви и привязанности, признании и оценке, в самоактуализации (Н.Ф. Басов, О.Н. Веричева).

Для исследования интегрированной реабилитационной социотерапевтической среды дома-интерната для граждан по-

жилого возраста и инвалидов нами было выбрано в качестве опытно-экспериментальной базы Областное государственное бюджетное учреждение «Заволжский дом-интернат для граждан пожилого возраста и инвалидов» (г. Кострома). В исследовании приняло участие 208 человек, из них 34 инвалида пожилого возраста, имеющие частичные или полные ограничения в передвижении. Граждане, пожилого возраста, имеющие инвалидность отметили, что важными компонентами социальнотерапевтической среды стационарного учреждения социального обслуживания населения являются следующие: комфортность проживания, доступность социальных услуг в процессе социокультурной реабилитации, корректность и внимание персонала. Наиболее востребованными технологиями социальной реабилитации, по их мнению, являются социокультурные (посещение клубных объединений, участие в различных досуговых и спортивных программах, проведение мастер-классов и др.).

В качестве примера (см. рис.) приведена диаграмма изменений состояния граждан пожилого возраста с инвалидностью, проходящих социокультурную реабилитацию в доме-интернате. Во время проведения занятий клиенты отмечают появление состояния удовлетворенности и благополучия, у них возникает желание заниматься творчеством.



*Рис. Влияние социокультурной реабилитации на эмоциональное состояние граждан пожилого возраста, имеющих инвалидность.*

Таким образом, мы выделили значимость интегрированной реабилитационной социотерапевтической среды дома-интерната, благодаря которой повышается результативность социальной реабилитации граждан пожилого возраста с ограниченными возможностями здоровья. Социальную реабилитацию граждан пожилого возраста с ограниченными возможностями здоровья можно рассматривать как одну из частных технологий социальной работы, представляющую собой совокупность методов, приемов и процедур, способствующих восстановлению социального статуса клиента, продлению его независимости и самостоятельности в доме-интернате для граждан пожилого возраста и инвалидов. Безусловно, она разрабатывается на основании практического опыта домов-интернатов для граждан пожилого возраста и инвалидов, а также принципах и закономерностях, открытых социальными науками.

*Литература:*

1. Адаптация и реабилитация в социальной работе: учебное пособие/ Н.Ш. Валеева, Р.В. Куприянов, Г.Б. Хасанова и др.; Под общей ред. Н.Ш. Валеевой. – [2-е изд., испр. и доп.]. – Казань, 2011. – 586 с.
2. *Жигарева, Н.П.* Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты: учебно-практическое пособие. – М., 2011. – 208 с.
3. Социальная работа с инвалидами: учебное пособие/ под ред. Н.Ф. Басова. – М., 2012. – 400 с.
4. Стационарные учреждения социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов. Федеральная служба государственной статистики ([http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#](http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare/#))

# **ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ СОТРУДНИКОВ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ ГАУЗ «РЦПБ СПИД И ИЗ МЗ РТ»**

*Магистрант Е.В. Богданова (E.V. Bogdanova)  
Научный руководитель – к.ист.н., доцент Н.Н. Мелихова  
( N.N. Melikhova)*

*Казанский национальный исследовательский  
технологический университет  
e-mail: sunshine90@inbox.ru  
e-mail: nmelikhova@bk.ru*

Профессиональное развитие персонала – это основа успешности динамичного развития любого учреждения. Особое внимание профессиональному развитию сотрудников должно быть уделено в тех сферах жизни, где осуществляется активная работа с населения. Данная мера просто необходима, как для эффективности оказываемых услуг, так и минимизации негативных последствий истощения профессионального и эмоционального потенциала сотрудников.

Одной из актуальных социально-медицинских проблем является распространение ВИЧ-инфекции среди населения Российской Федерации. Специалисты, занимающиеся данной проблемой, должны не только иметь высшее профессиональное образование (желательно медицинского профиля), но и обладать знаниями об особенностях психологии людей и социальных процессов, следить за динамичным развитием проблемы, заниматься самообразованием и профилактикой профессионального выгорания.

Наиболее полно содержание профессионального развития раскрывается через компоненты данной системы, то есть ее формы. Выбор форм профессионального развития, их систематичность, комплексность и разнообразие являются показателями уровня организации работы по развитию сотрудников в учреждении.

Самыми распространенными формами профессионального развития являются обучение и аттестация персонала, планирование и развитие карьеры [1]. Специфика работы в системе «человек-человек» в качестве необходимого компонента про-

фессионального развития предполагает профилактику профессиональной деформации и выгорания.

Предметом нашего исследования стали формы и методы профессионального развития сотрудников отделения медико-социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных в ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ»

Эмпирической базой исследования стало отделение медико-социальной реабилитации ВИЧ-инфицированных ГАУЗ «Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями МЗ РТ» (далее – Отделение, ОМСР). Оно является уникальной площадкой, где выгодно сочетаются медицинский, психологический и социальный компоненты в работе с населением и где наиболее полно возможно изучение форм профессионального развития различных специалистов.

В исследовании приняло участие 14 специалистов Отделения, среди которых 5 врачей-инфекционистов, 2 медицинских сестры кабинетного осмотра, 3 психолога, 2 специалиста по социальной работе и 2 социальных работника. Условно персонал можно поделить на 2 группы: медицинских специальностей (7 человек) и социально-психологических (7 человек). В качестве методов были использованы: метод опроса, беседа с экспертом и метод анализа личных дел.

Метод опроса представлял собой процедуру анонимного анкетирования, в ходе которого респондентам предлагалось ответить из 8 закрытых вопросов, 1 смешанный и 1 открытый вопрос. Вопросы можно условно разделить на 3 блока «Профессиональное обучение», «Планирование и развитие карьеры», «Профилактика эмоционального выгорания». В беседе в качестве эксперта выступал начальник отдела кадров ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ». Данный метод позволил подтвердить валидность результатов анкетирования и провести анализ вероятностных причин полученных результатов. Анализ личных дел позволил определить уровень образования, квалификационные категории и прохождения аттестации специалистами ОМСР.

Таким образом, совокупность выбранных методов и методик позволила изучить формы и методы профессионального развития сотрудников отделения медико-социальной реабили-

тации ВИЧ-инфицированных ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ» и выделить следующие особенности:

1. Высокий показатель уровня высшего образования среди сотрудников (72 %).

2. Дифференцированный подход в дополнительном обучении и повышении квалификации персонала: приоритет отдан представителям медицинских профессий (100% персонала медицинских профессий).

3. Отсутствие возможности у специалистов социальной сферы прохождения аттестации и получения квалификационной категории в рамках лечебно-профилактического учреждения.

4. Стремление к планированию и развитию карьеры среди сотрудников с высшим образованием (79%).

5. Отсутствие продуманной политики учреждения в отношении профилактики профессионального выгорания, что сказывается на профессиональной деятельности персонала.

6. Использование скудного спектра малоэффективных методов профессионального развития персонала.

Подводя итог, необходимо отметить, что политика учреждения построена таким образом, что профессиональному развитию сотрудников социальной сферы не уделяется должного внимания. Между тем проблема распространения ВИЧ-инфекции среди населения носит ярко выраженный социально-медицинский характер. Следовательно, необходимо постоянное развитие профессиональных компетенций всех сотрудников ГАУЗ «РЦПБ СПИД и ИЗ МЗ РТ». Данная проблема остаётся актуальной и требует активного участия в её решении как администрации, так и самих сотрудников.

#### *Литература:*

1. *Шекиня, С.В.* Управление персоналом современной организации.- 5-е изд., перераб. и доп. – М.: 2002. – 368 с.



# ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

*магистрант А.А. Вильшеватая\* (A.A. Vilshevataya)  
научный руководитель - к.и.н., В.А. Бабюх (V.A. Babukh),  
Казанский национальный исследовательский технологический  
университет*

*\*e-mail: Anet\_Vill@mail.ru*

Проблема социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями является актуальной, так как число детей, имеющих инвалидность с раннего детства, неуклонно растёт. С проблемой рождения ребёнка с нарушениями развития могут столкнуться родители разных стран и разных социально – экономических слоёв.

Дети с ограниченными возможностями нуждаются в постоянной реабилитации, это является важным аспектом для их дальнейшего развития, а так же успешной социализации.

Вся сложность и многоаспектность проблем инвалидов и их семей в значительной степени находит отражение в социально-экономических технологиях работы с людьми с ограниченными возможностями, в деятельности системы государственного социального обеспечения. За рубежом принято различать понятия абилитация и реабилитация. Абилитация - это комплекс услуг, направленных на формирование новых и мобилизацию, усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития человека. Реабилитация – это восстановление имевшихся в прошлом способностей, утраченных по причине болезни, травмы, изменений условий жизнедеятельности. В России реабилитация объединяет оба понятия, причём предполагается не узко медицинский, а более широкий аспект социально-реабилитационной работы [5, с. 350].

Долгие годы в нашей стране очень мало внимания уделялось изучению проблем обучения и воспитания, а так же психолого - педагогической диагностике и коррекции детей с глубоким нарушением интеллекта. Им навешивали ярлык «необучаемые» и помещали в психоневрологические интернаты, либо они находились в семейной изоляции, и родители испытывали огромные трудности в их воспитании, не получая реально почти никакой помощи со стороны специалистов и поддержки от

государства [8, с. 4]. Современное состояние учения об умственной отсталости и повседневный опыт являются основанием утверждать, что необучаемых детей нет, но возможности к обучению у них разные. И это обстоятельство всё больше принимается во внимание, поэтому в последние годы положение детей с умственной отсталостью стало меняться в лучшую сторону [8, с. 4].

Суть личностной проблемы ребенка с ограниченными возможностями заключается в его изолированности от общества, в котором ему предстоит жить и расти. С раннего детства дети с отклонениями в развитии сталкиваются с оценкой их внешности другими людьми. Часто здоровые дети с детской непосредственностью и жестокостью оценивают внешние дефекты детей с ограниченными возможностями в их присутствии. В результате у детей формируются замкнутость, избегание широкого круга общения, замыкание «в четырех стенах», маскированная (скрытая) депрессия. Семья, являясь частью общества, не готова к тому, чтобы воспитать полноценную личность и адаптировать ребенка с ограниченными возможностями к реальным жизненным условиям. С другой стороны, их начинают усиленно опекают [2].

Рост численности детей с ограниченными возможностями здоровья в России сопровождается поиском путей решения проблем этой группы населения, создания для них безбарьерной среды жизнедеятельности, а также форм их трудовой адаптации. Вместе с тем ожидания этой группы детей не всегда согласуются с условиями российской действительности, которая не может удовлетворить все потребности ребенка с ограниченными возможностями и семьи, в которой он проживает [7].

Жизнь ребёнка с ограниченными возможностями протекает в условиях депривации. Социальная ситуация его развития отличается от образа жизни и воспитания здорового ребёнка. Такой ребёнок независимо от наличия у него ограничений, свидетельствующих об инвалидности, должен быть включён в сферу общения, игры со сверстниками. Однако окружающие часто уклоняются от общения с «особыми» детьми. Возникает ситуация рассогласованности между объективной необходимостью осуществления нормальной жизнедеятельности ребён-

ка и невозможностью её полноценной реализации. Социальная депривация усугубляется за счёт длительного пребывания больного ребёнка в специальных стационарах, интернатных учреждениях, где ограничен социальный опыт и общение осуществляется между такими же детьми. В подобной обстановке у детей инвалидов задерживается развитие социальных и коммуникативных навыков, формируется недостаточно адекватное представление об окружающем мире [1, с.164].

Данное обстоятельство ведёт к снижению потенциала социальной реабилитации ребёнка и его адаптации в обществе в целом, существенно замедляет освоение детьми с нарушениями развития социального опыта.

Социальная реабилитация – это процесс усвоения индивидом определенной системы знаний, норм, ценностей, установок, образцов поведения, которые входят в понятие культуры, присущей социальной группе и обществу в целом [3].

Часто детям навешиваются «ярлыки», к ним относятся с жалостью, либо «закрывают глаза», словно не видят. Этим детям не нужна жалость, им необходима реализация принципа нормальности, им необходимо, чтобы их «увидели» и отнеслись как к равным, оказав лишь объективную помощь, это большой шаг на пути успешной социализации детей с ограниченными возможностями.

Существует такое понятие как диагногенез, под которым Гибсон понимает такой процесс «навешивания» ярлыков, при котором приписывание человеку каких-либо отклонений в развитии или расстройств, усиливает эти отклонения или даже создает эти отклонения или расстройства [3].

Важной проблемой в настоящее время является дискриминация ребёнка с ограниченными возможностями: недопустимость ряда культурных ценностей, отсутствие возможности нормального передвижения - далеко не все объекты архитектуры оснащены пандусами, часто перед ребёнком «вырастают бесконечные ступени и лестницы», порой детей дискриминируют в праве получения ими образования.

Социальная реабилитация должна осуществляться как в семье, так и в обществе.

Реабилитационная работа строится на основе программы реабилитации. Программа реабилитации - это система мероприятий, направленная на развитие возможностей ребенка и всей его семьи, которая разрабатывается командой специалистов (состоящей из врача, специалиста по социальной работе, педагога, психолога) вместе с родителями [5, с.352].

Дети с ограниченными возможностями имеют право 2 раза в год получать бесплатную реабилитацию в реабилитационном центре. Как правило, с детьми проводят медико-социальный и социально - педагогический блоки реабилитации. Медико-социальная реабилитация включает в себя: массаж, физиолечение, водное лечение, ЛФК, получение ряда медикаментов. Социально - педагогическая реабилитация включает: занятия с педагогом, психологом (включая занятия в сенсорной комнате), логопедом, социальным педагогом, проведение музыкотерапии, сказкотерапии, арт-терапии.

Для наилучшей социализации и социальной адаптации большинству детей необходимы подходящие им технические средства реабилитации, большинство которых очень дорогостоящие, наше государство может снабжать детей в основном отечественными техническими средствами реабилитации, которые во много раз уступают в своём качестве и разнообразии зарубежным. Поскольку каждый ребёнок индивидуален, имеет «своё» заболевание, определённый рост, вес, потребности, то каждому необходимо своё специально подобранное средство реабилитации, которым не всегда может обеспечить наше государство, а более усовершенствованное специализированное оборудование стоит дорого и большинство семей не имеют возможности их купить. Например, цена вертикализатора «Тристендер» составляет около 287 000 рублей [4].

Туалетная система СИНЯЯ ВОЛНА стоит около 88 200 рублей. Стоимость детских инвалидных кресел - колясок активного типа: Ruby- 61 100 рублей; Brix - 89 500 рублей [6]. Стоимость кресел-колясок: FS985LBJ - 10 999 рублей; «КИВИ» - 64 900 рублей; «ЛИЗА» - 109 900 рублей; инвалидная коляска H031 - цена: 12 000 [6].

Таким образом, не смотря на развитие и достижения науки, появлению новых средств реабилитации большинство семей не имеет возможности приобрести их.

Реабилитационная работа в соответствии с решениями специалистов, членов семьи и самого ребенка строится на основе ряда методов, например: психотерапии, игротерапии, библиотерапии, музыкотерапии, куклотерапии, гарденотерапии, элементах анималотерапии и др.

Важная задача психотерапии детей с особенностями развития - формирование у них чувства уверенности в своих силах, воспитание социальных, трудовых и эстетических установок.

В настоящее время актуальна трудотерапия (окупуациональная терапия) - терапия повседневными занятиями - форма профессиональной социальной работы. Окупуациональная терапия является интегральной частью комплексной программы медицинской, социальной и психолого - педагогической реабилитации. Главная цель - создать все возможные условия для обеспечения активности человека в трех наиболее важных областях жизни: работа, досуг, самообслуживание [7].

Таким образом, чтобы дети с ограниченными возможностями успешно социализировались необходимо: их активное взаимодействие с обществом; чтобы «доступная среда» действительно стала «доступной»; так же необходимо выделение государством технических средств реабилитации индивидуально для каждого ребёнка и соблюдение принципа «нормальности» на столько, насколько это позволяет здоровье ребёнка.

#### *Литература:*

1. Глоссарий социальной работы / Автор составитель Е.И. Холостова.- М.: Издательско-Торговая корпорация «Дашков и К°», 2007. – 220 с.
2. Социальная работа с детьми-инвалидами // Источник: [http://otherreferats.allbest.ru/sociology/00133696\\_0.html](http://otherreferats.allbest.ru/sociology/00133696_0.html)
3. Социальная реабилитация детей инвалидов детей, 2005 // (<http://www.bestreferat.ru/referat-56501.html>)
4. Технические средства реабилитации // (<http://invaportal.ru/directory/vertical>)

5. Технологии социальной работы: Учебник / под ред. проф. Е. И. Холостовой.- М.: ИНФРА-М, 2002. – 400 с. – (Серия «Высшее образование»), с.350.
6. Точка опоры // ([http://tochka-opory.com/catalog/childrens\\_active\\_type/](http://tochka-opory.com/catalog/childrens_active_type/))
7. Управление социальной адаптацией детей с ограниченными возможностями здоровья / Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата социологических наук Данилюк Л. Е. ([http://www.mosgu.ru/nauchnaya/publications/2011/abstracts/Daniliuk\\_LE.pdf](http://www.mosgu.ru/nauchnaya/publications/2011/abstracts/Daniliuk_LE.pdf))
8. *Шипицына, Л. М.* «Необучаемый» ребёнок в семье и обществе. Социализация детей с нарушениями интеллекта.- СПб.: Изд-во «Дидактика Плюс», 2002. – с. 496.

## **БЕЗБАРЬЕРНАЯ СРЕДА**

*студент Л.С.Копылова\* (L.S.Kopylova)*

*научный руководитель – к.с.н., доцент Н.Ю.Масленцева\*\*  
(N.Y.Maslentseva)*

*Российский государственный  
профессионально-педагогический университет*

*\*e-mail: kopilova.91@rambler.ru*

*\*\*e-mail: masnat@yandex.ru*

За последние годы предпринято много усилий по оказанию помощи людям с инвалидностью для достижения ими здоровой жизни. В Российской Федерации был принят целый ряд законов, усиливающих гарантии соблюдения прав граждан, а также ратифицированы основополагающие международные соглашения в области прав человека. Вместе с тем, демократические преобразования и экономические реформы не привели к ожидаемым результатам. Поэтому проблема социализации детей, подростков и взрослых с нарушениями развития весьма актуальна как в теоретическом, так и в практическом отношении.

Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций 13 декабря 2006 г. была принята Конвенция о правах инвалидов, давая лишь концептуальное видение понятия «инвалидность». В преамбуле соглашения сказано, что инвалидность — это «эволюционирующее понятие и является результатом взаимодействия, которое происходит между имеющими нару-

шения здоровья людьми и отношенческими и средовыми барьерами и, которое мешает их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими» [2].

Закрепляя динамический подход, Конвенция признает, что может меняться в зависимости от условий, происходящих в социально-экономической сфере. Документ также не дает четкого определения «инвалида», говоря о том, что к таким лицам относятся лица с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые могут мешать их полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими [3]. Однако, закрепленный в Конвенции подход к инвалидности, подчеркивает значительное влияние, оказываемое существующими в обществе отношенческими и физическими барьерами на возможность инвалидов реализовать свои права. Это социальный или правовой подход к инвалидности. Если следовать данной позиции, то человек является инвалидом по причине барьеров, с которыми он сталкивается в жизни, а не по причине каких-либо нарушений в здоровье:

- 1) физическая изоляция;
- 2) трудовая изоляция;
- 3) малообеспеченность;
- 4) пространственно-средовой барьер;
- 5) информационный барьер;
- 6) эмоциональный барьер;
- 7) коммуникативный барьер.

Сегодня как никогда назрела необходимость принятия неотложных мер по совершенствованию законодательства РФ в части усиления защиты и законных интересов людей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права. В связи с этим в Российской Федерации запущена программа «Доступная среда» (Безбарьерная) 2011 – 2015 гг. [1]. Безбарьерная среда – комплекс элементов окружающей среды, способствующий осуществлению наиболее эффективной реабилитации лиц с инвалидностью, а также скорейшей их социализации в обществе.

В рамках данной программы поставлены следующие цели, которые необходимо решить до конца 2015 года:

1. Формирование к 2016 году условий беспрепятственного доступа к приоритетным объектам и услугам в приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов и других маломобильных групп населения;

2. Совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации и государственной системы медико-социальной экспертизы.

Ожидаются следующие результаты реализации программы:

1. Расширение объемов доступных для людей с инвалидностью объектов социальной, транспортной, инженерной инфраструктуры;

2. Увеличение числа людей с инвалидностью, получивших положительные результаты реабилитации в общей численности инвалидов, прошедших реабилитацию;

3. Расширение систем бюро медико-социальной экспертизы по субъектам РФ, которые оборудованы специальным диагностическим оснащением.

Реабилитация людей с инвалидностью – это одно из приоритетных направлений в политике государства и основной задачей его является не только устранение барьеров, связанных с физической изоляцией. Происходящие реформы Российской Федерации необходимо также подкреплять и деятельностью социальных институтов, так как коммуникативный барьер, с точки зрения психологического подхода, является центральной проблемой в жизни человека с ограниченными возможностями в здоровье. Только комплексное решение вопросов данной сфере приведет к наиболее положительной динамике реабилитации людей с инвалидностью в современных условиях.

#### *Литература:*

1. Государственная программа «Доступная среда» 2011-2015 гг. ([www.rosmintrud.ru/ministry/programs/3/0](http://www.rosmintrud.ru/ministry/programs/3/0)).

2. Конвенция о правах инвалидов принятая генеральной Ассамблеей Организации Объединенных Наций от 13 дек. 2006 г.



// Информационно-правовой портал «Грант»  
(base.garant.ru/2565085/).

3. Конвенция о правах инвалидов: равные среди равных / Представительство ООН в РФ, Информационный центр ООН в Москве, Региональная общественная организация инвалидов «Перспектива». – М.: «Алекс», 2008. – 112 с.

## **ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ СПАСАТЕЛЕЙ МЧС**

*к.п.н., доцент Ю.М.Кузьмина (Yu M.Kuzmina)*

*Казанский национальный исследовательский*

*технологический университет*

*e-mail: kuzminoy@mail.ru*

Стихийные бедствия, крупные аварии и катастрофы вызывают у лиц участвующих в ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, значительное эмоциональное напряжение требуют высокой морально-психологической стойкости, выдержки и решительности, готовности оказать помощь пострадавшим.

Тяжелая картина разрушений, человеческие жертвы, непосредственная угроза жизни отрицательно воздействуют на психику спасателей, морально-психологическая устойчивость, которых определяет качество и сроки проведения спасательных работ. Растерянность, проявление страха в момент развития ЧС приводят к тяжелым и непоправимым последствиям. Стрессогенный характер работы спасателей, постоянно подвергающихся действию экстремальных факторов и находящихся в условиях перенапряжения адаптационных психофизиологических возможностей, может обусловить появление через значительный временной период апатии, деморализации, дезорганизации и отчужденности.

Стремясь сохранить свою форму и статус, без полного восстановления, некоторые спасатели подвергают себя дополнительным нагрузкам, игнорируя начальные признаки психосоматического переутомления, что в последующем снижает качество их профессиональных работ и приводит к серьезным психическим срывам.

Таким образом, учитывая специфику и психологическую напряженность работы сотрудников МЧС, можно говорить об актуальности их психологической реабилитации.

Под *психологической реабилитацией спасателей МЧС* понимается мероприятия по своевременной профилактике и лечению психических нарушений, формированию у лиц, принимающих участие в ликвидации ЧС, сознательного и активного участия в реабилитационном процессе для восстановления нарушенных психических функций и эмоционально-волевой устойчивости [1].

Согласно Постановлению Правительства Российской Федерации от 31 октября 2006 г. №1312 «О порядке бесплатной медицинской реабилитации спасателей в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 1 февраля 2005 г., 4 сентября 2012 г.), психологическая реабилитация является обязательной оставляющей медицинской реабилитации.

Психологическая реабилитация - это важнейший элемент восстановления психического равновесия эмоционального состояния человека. С помощью психологического воздействия становится возможным снизить уровень нервно-психической напряженности, быстрее восстановить затраченную нервную энергию, снять психосоматические проявления и, тем самым, оказать существенное влияние на ускорение процессов восстановления в других органах и системах организма. Этим отличается психологическое воздействие от других средств реабилитации.

К числу основных задач психологической реабилитации спасателей относятся:

- установление характера имеющихся нервно-психических расстройств, определение индивидуально-личностных особенностей реагирования спасателей на полученную психическую травму и выработка реабилитационных мероприятий;
- снятие психоэмоционального напряжения, раздражительности и страха посредством применения комплексных воздействий: психотерапевтических, медицинских, биологических, социотерапевтических и педагогических (воспитательных);

- регуляция нарушенных функций организма, коррекция психофизиологического состояния методами психофармакологических, психотерапевтических и физических воздействий;
- формирование оптимальной психологической реакции на последствия психической травмы, мобилизация личности на преодоление возникших состояний, воспитание у спасателей необходимых волевых качеств;
- формирование у спасателей четких представлений о факторах риска и об осознанном отношении к мероприятиям по их устранению;
- оптимальное разрешение психотравмирующей ситуации, восстановление социального статуса, адаптация спасателей к условиям внешней среды посредством стимулирования их социальной активности, а также различных организационно-педагогических методов;
- оценка физической, сенсорной и умственной работоспособности; проведение профессионально-психологической реабилитации, а при утрате профессиональной пригодности - профессиональной переориентации; ориентирование на продолжение активной трудовой деятельности и выполнение обязанностей службы;
- изучение динамики изменений психических состояний в процессе реабилитации, диагностика функционального состояния физиологических систем организма, оценка эффективности и коррекция (в случае необходимости) реабилитационных мероприятий.

Можно выделить шесть направлений психологической реабилитации:

- 1) психологические диагностика,
- 2) просвещение,
- 3) профилактика,
- 4) коррекция,
- 5) консультирование,
- 6) социально - психологический тренинг и семейная психотерапия.

В настоящее время в практике утвердился целый ряд психотерапевтических методик, применяемых при осуществлении психологической реабилитации.

Психологическая реабилитация предполагает выполнение и ряда гигиенических мероприятий. Во-первых, в период реабилитации необходимо обеспечивать соблюдение четкого режима дня (ночной сон не менее 8 часов, утренняя гимнастика, водные тонизирующие процедуры, систематическое чередование труда и активного отдыха, спортивные игры, не требующие сложной координации движений и напряженного внимания). Во-вторых, разумно организовывать деятельность спасателей, подвергшихся психотравмирующему воздействию (устранение профессиональных вредностей; смена рода деятельности; перевод на облегченную деятельность или улучшение условий выполнения функциональных обязанностей; регламентация служебного времени; ограничение чрезмерных физических и эмоциональных нагрузок и т.п.). В-третьих, полноценное и разнообразное питание натуральными продуктами (с преобладанием белков животного происхождения и большого количества витаминов). В-четвертых, направление спасателей на реабилитацию совместно с членами семьи, либо включение членов семьи в процесс реабилитации, если она проводится по месту работы, службы.

Необходимо отдельно определить формы организации психологической реабилитации спасателей МЧС. Прежде всего, стоит отметить, что при МЧС существует Психологическая служба, которая начинает свою историю в 1999 году с момента создания Центра экстренной психологической помощи. В настоящее время данный центр является не только аттестованным аварийно-спасательным формированием, но и ведущим научно-практическим центром в области психологии экстремальных ситуаций.

Психологическая служба МЧС работает с людьми, чьи родственники погибли или пострадали при чрезвычайных ситуациях, поддерживает пострадавших и самих специалистов, работающих в экстремальных условиях.

Специалисты психологической службы МЧС России решают широкий круг задач по трем основным направлениям: психологическая диагностика, подготовка, профилактика и реабилитация.

В регионах Российской Федерации находятся филиалы МЧС, в которых также работают центры психологической помощи и реабилитации спасателей. Наиболее крупными из них являются: Сибирский региональный центр спортивной подготовки и реабилитации спасателей «Ергаки» и Республиканский Центр реабилитации МЧС Республики Татарстан.

Рассмотрим более подробно то, как осуществляется психологическая реабилитация спасателей МЧС в Центре реабилитации МЧС Республики Татарстан.

Реабилитационный центр РТ является единственным в республике государственным учреждением, проводящим психологическую и медико-социальную реабилитацию инвалидов и участников региональных военных конфликтов, участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, медицинских работников, ежедневно подвергающихся воздействию малых доз радиации, спасателей аварийно-спасательных формирований.

Задача деятельности Центра - восстановление здоровья и сохранения трудовых ресурсов среди лиц, работающих в экстремальных условиях, медико-социальная и психологическая реабилитация пострадавших в чрезвычайных ситуациях, организация научной, учебно-методической работы среди медицинских и социальных работников и спасателей.

В центре оказывают квалифицированную помощь следующие специалисты: врачи восстановительного лечения, терапевты, неврологи, физиотерапевты, психологи, стоматологи, специалисты функциональной диагностики и лучевой терапии, урологи, ЛОР-врач, социальные работники.

РЦР является клинической базой трех кафедр Казанской государственной медицинской академии: Реабилитологии и спортивной медицины, Психотерапии и наркологии, Скорой медицинской помощи, медицины катастроф и мобилизационной подготовки здравоохранения.

Реабилитация спасателей, а их количество более 650 человек, проходит в плановом и внеплановом порядке. Во время плановой – заявки составляет медицинский отдел МЧС и поквартально направляет на врачебно-отборочную комиссию Центра. За год практически все спасатели МЧС РТ проходят

данный вид реабилитации. Так за 2012 год здесь прошли курс реабилитации 213 спасателей и 225 сотрудников ГПС.

Внеплановая реабилитация подразумевает восстановительный период после участия в ликвидации крупной чрезвычайной ситуации. Так, например, все спасатели, задействованные в операции во время крушения теплохода «Булгария» прошли курс восстановления в стенах Центра.

Более того, здесь функционирует бригада экстренной медико-психологической службы для проведения экстренной помощи непосредственно на месте аварии, катастрофы или плановых учений для снятия стресса, профилактики повреждения и быстрого отбора для внеплановой реабилитации нуждающихся в этом лиц.

Право на оказание врачебной, социальной или психологической помощи в Республиканском реабилитационном центре в общей сложности имеют свыше 31 тысячи человек.

Все проводимые в Республиканском центре реабилитации восстановительные процедуры и мероприятия ощутимо влияют на оперативное решение реабилитационных задач, повышение эффективности мероприятий психологической реабилитации и коррекции состояний спасателей, профилактику психических расстройств при выполнении задач в экстремальных условиях.

#### *Литература:*

1. Гражданская защита. Понятийно-терминологический словарь / Под общ. ред. Ю.Л. Воробьева — М.: Издательство «Флайст», Информационно-издательский центр «Геополитика», 2001.

## СТРУКТУРА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ЛИЧНОСТИ СОЦИАЛЬНОГО РАБОТНИКА

*к.пс.н., доцент Р.В.Куприянов (R.V.Kupriyanov)\**

*специалист Н.В.Быковская (N.V.Bykovskaya)\*\**

*Казанский национальный исследовательский  
технологический университет*

*\*e-mail: nadushka10\_90@mail.ru*

*\*\*e-mail: kroman1@mail.ru*

Понятие «профессиональная деформация» ввел П.А.Сорокин как обозначение негативного воздействия профессиональной деятельности на человека (Сорокин, 1994). Профессиональную деформацию можно рассматривать как результат процесса адаптации индивида к той профессиональной деятельности, которую он регулярно выполняет, при этом изменения могут быть не только соматическими, но и психологическими. Под профессиональной деформацией личности мы понимаем деструктивные изменения личности в процессе выполнения деятельности, которые носят устойчивый характер. Анализ научной литературы позволил выделить следующие особенности профессиональной деформации личности.

Как пишет Е. Ф. Зеер, профессиональная деформация личности может проявиться как: авторитарность, демонстративность, профессиональный догматизм, доминантность, профессиональная индифферентность, консерватизм, профессиональная агрессия, ролевой экспансионизм, социальное лицемерие, поведенческий трансфер, сверхконтроль (Зеер, 2006).

Г.С. Абрамова и Ю.А. Юдчиц выделили следующие последствия профессиональной деформации: утрата авторитета, утрата оптимизма, утрата честности и правдивости, утрата твердости слова, утрата гуманистического отношения к клиентам (Абрамова, Юдчиц, 1998).

Н.Е. Водопьянова, А.Б. Серебрякова, Е.С. Старченкова среди последствий профессиональной деформации выделяли: «избегание», уход от решения проблем, занижение самооценки, деформация самоотношения, развитие «болезненных комплексов личности», снижение уровня притязаний, отказ от ранее поставленных целей, перекалывание ответственности за решение проблем на других, снижение требовательности к своим

обязанностям, снижение уровня коммуникативной компетентности, применение неэффективных способов делового общения, стремление к ограничению деловых и межличностных коммуникаций, снижение эффективности управленческой деятельности (Водопьянова и соавт., 1997).

С.А. Гаранин описал следующие последствия профессиональных деформаций: снижение самооценки своей компетентности, негативное восприятие себя как профессионала, недовольство собой, негативное отношение к себе как личности (Гаранин, 1993).

В.В. Бойко выделил 18 групп последствий профессиональной деформации: не восстановление психических ресурсов, эмоциональное выгорание (тревожность, депрессия, эмоциональное опустошение), энергосберегающие стратегии исполнения профессиональной деятельности, чередование периодов интенсивной интериоризации и психологической защиты, затруднения в исполнении профессиональной деятельности и в отношениях с партнерами, раздражение, недовольство собой, интеллектуально-эмоциональный затор, эмоциональная неучитивость, осуждение специалиста со стороны коллег, замыкание в себе или недовольство близкими, эмоциональная отстраненность, полная или частичная утрата интереса к человеку, психосоматические, психовегетативные нарушения, невротизация, неврозы, отсутствие культуры в деловых контактах, нервное перенапряжение (Бойко, 1996).

Несмотря на накопленный опыт о профессиональной деформации, однозначных подходов к её изучению не разработано. Как показывает анализ научной литературы, комплексного исследования профессиональной деформации у социальных работников не проводилось. Большинство исследований профессиональной деформации ограничиваются эмоциональным выгоранием, что с нашей точки зрения является неправильным и не отражает суть изучаемого явления, т.к. речь идет о деформации личности. Анализ литературных источников позволил нам выделить несколько сфер проявлений профессиональной деформации: во-первых, она проявляется в психических состояниях; во-вторых, она влияет на когнитивные процессы; в-третьих, она проявляется в изменении индивидуально-



психологических качеств личности; в-четвертых, она влияет на самосознание и в-пятых, она приводит к устойчивым изменениям в поведении и общении (см. рис.). На основе этой идеи мы построили свое комплексное исследование профессиональной деформации личности социального работника.

Нами было проведено исследование профессиональной деформации личности. Для изучения профессиональной деформации нами была разработана анкета, включающая 21 шкалу. С помощью данной анкеты было проведено исследование профессиональной деформации личности социального работника.



*Рис. Структура профессиональной деформации у социального работника.*

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что после 5 лет работы профессиональная деформация личности в наибольшей степени проявляется в повышении немотивированной тревожности, в возникновении эффекта деперсонализации, ухудшении самочувствия, снижении самооценки и продуктивности мышления. В некоторых случаях можно наблюдать снижение активности, ухудшение внимания и появление феномена эмоционального истощения. Выявленные изменения личности социального работника сильно напоминают симпто-

мы хронического стресса. Поэтому можно предположить, что в данном случае механизмом, вызывающим профессиональную деформацию личности, является состояние стресса.

Объединение выявленных характеристик в группы по сферам проявления профессиональной деформации личности представлено показало, что наиболее сильные изменения происходят в сфере психических состояний: ухудшается самочувствие и настроение, увеличивается эмоциональное истощение. Следующими по величине изменений идут когнитивные процессы: внимание, память, мышление. поведение и общение и включает список качества личности. Таким образом, можно предположить, что процесс развития профессиональной деформации личности идет в следующем порядке: сначала меняются доминирующие психические состояния как наиболее подвижные компоненты психики, затем происходит изменения в когнитивной сфере, потом изменения появляются в поведении и общении, затем меняются индивидуально - психологические качества личности и ее самосознание, как наиболее устойчивые компоненты личности.

#### *Литература:*

1. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других/ В.В.Бойко. - М., 1996. – 472с.
2. Сорокин, П.А. Общедоступный учебник социологии. Статьи разных лет/ П.А.Сорокин. – М.: Наука, 1994. – 560 с.
3. Зеер, Э.Ф. Психология профессионального развития/ Э.Ф.Зеер. - М.: Академия, 2006. – 240 с.
4. Абрамова, Г.С., Юдчиц, Ю.А. Синдром «эмоционального выгорания» у медицинских работников/ Г.С.Абрамова, Ю.А.Юдчиц// Психология в медицине. - М.: Кафедра, 1998. – 244с.
5. Водопьянова, Н.Е., Серебрякова, А.Б., Старченкова Е.С. Синдром «психического выгорания» в управленческой деятельности// Вестник СПбГУ. Серия 6. - 1997. - Вып. 2 (№ 13). - С. 84 - 90.
6. Гаранин, С.А. Самооценка профессионального мастерства как отражение уровня развития профессионального самосозна-

ния учителя физической культуры: автореф. дис.канд. психол. наук / С.А. Гаранин -М., 1993.-23 с.

## **УЛИЧНАЯ СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА КАК ОДИН ИЗ КОМПОНЕНТОВ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ БЕЗНАДЗОРНЫХ ДЕТЕЙ**

*студент Р.Ш. Мананов\* (R.Sh. Mananov)*

*магистрант Х.Ш. Мананова\* (Kh.Sh. Mananova)*

*научный руководитель – д.п.н., профессор М.И. Надеева\*\* (M.I. Nadeeva)*

*Казанский национальный исследовательский  
технологический университет*

*\*e-mail: mananov\_rinat@mail.ru, mananova\_2012@mail.ru*

*\*\*e-mail: marina\_nadeeva@bk.ru*

Очень часто на улицах мегаполиса можно увидеть маленьких, чумазных, оборванных ребятишек, неопрятных подростков с пивом и сигаретой, молодых людей, роющихся в мусоре. Мы просто проходим мимо, не замечая их или делая вид, что не замечаем. Многие из нас не задумываются кем они будут? Какие у них проблемы? Что они принесут в жизнь нашего общества, когда станут взрослыми? Будут ли они готовы жить в нем? Это дети, которые брошены на произвол судьбы, лишены родительской опеки и тепла – они наша общая беда и тревога. Одним из решений этой проблемы стала уличная социальная работа.

Уличная социальная работа – это социальная технология, направленная на изменение поведения «детей улицы» посредством их взаимодействия с социальными работниками.

«Дети улицы» – это дети группы социального риска, значительную часть, из которых составляют безнадзорные. В силу различных причин они живут в ситуациях насилия или конфликта, не учатся в школе или посещают ее нерегулярно. Частое недоедание, плохие санитарные условия, ограниченный доступ к медицинским услугам увеличивают риск инфицирования ВИЧ, гепатитами, чесоткой, педикулезом и другими инфекционными заболеваниями. При этом такие дети достаточно свободно относятся к вопросам секса, часто пробуют

психоактивные вещества, склонны к рискованному поведению, а значит, находятся в зоне повышенной уязвимости.

С другой стороны, несмотря на ежедневные трудности уличной жизни, требуемые усилия, мужество, не все дети готовы расстаться с уличной свободой. Воображаемое отсутствие контроля взрослых, школьных обязанностей многим из них более ценно, чем крыша над головой, чистая постель, качественная пища, доступная врачебная помощь, безопасность и гарантия защищенности.

Традиционные пути оказания социальной помощи и поддержки, информирования через систему здравоохранения и образования не доступны детям, перед которыми стоит задача выживания. А потому одной из основных задач уличной социальной работы является обеспечение доступности социального работника для контакта и обращения за помощью, оказание медико-социальной и психологической помощи таким детям, обеспечение их профилактическими средствами, укрепление здоровья.

Проблема уличных детей — это комплексная социальная проблема, предполагающая тесное взаимодействие врачей, психологов и социальных работников. Уличная социальная работа — ключевой этап в реабилитационной работе с безнадзорными и беспризорными детьми. Целесообразным является подход, направленный на привлечение детей с улицы в учреждения, где им будет оказана полноценная социальная помощь. Она начинается на улице при установлении доверительного контакта с детьми и с тусовкой, и продолжается на всем пути реабилитации (ре-социализации) ребенка. Социальный работник становится для ребенка и старшим другом, и родителем, и воспитателем.

Следует выделить следующие этапы социальной работы с безнадзорными детьми:

- 1) Этап получения предварительной информации. Обычно еще до первого знакомства социальный работник получает предварительную информацию о ребенке, семье или подростковой группе. Это позволяет лучше подготовиться к встрече и быстрее наладить контакт, а также избежать неожиданных си-

туаций. При наличии возможности, желательно использовать несколько источников.

2) Этап установления контакта. На этом этапе проверяется и уточняется информация, составляется более детальная картина, социальным работником предлагается сотрудничество в разрешении проблем.

3) Этап активной работы. На этом этапе социальный работник разрабатывает план действий в отношении клиента (семьи), при необходимости – программу реабилитации (самостоятельно или с привлечением специалистов на консилиуме). Клиенту предлагается сотрудничество в реализации программы.

4) Этап профилактики рецидива (закрепление позитивных эффектов) – контроль за выполнением ранее принятых решений, за стабильностью изменений, социально-психологическая поддержка клиента.

В отличие от медицинских учреждений, службы, занимающиеся уличной социальной работой, сами идут на контакт со своими клиентами, не дожидаясь, пока эти люди обратятся к ним за помощью. Основной принцип такой работы состоит в том, что услуги социального или медицинского работника для клиентов социальных служб предоставляются в условиях привычного для клиента окружения, так сказать, на его территории.

На основе выше изложенного материала можно сделать следующий вывод: Пристальное внимание в уличной социальной работе уделяется психологическим особенностям детей и подростков, механизмам, приводящим к уходу ребенка из семьи, правонарушениям, употреблению психоактивных веществ.

Конечным результатом уличной социальной работы является не только вернуть ребенка обратно в семью, но и учить его обходиться без помощи социального работника в решении возникающих конфликтов.

#### *Литература:*

1. Реан, А. «Уличные» дети и общество: социальные и психологические аспекты проблемы [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.narcom.ru>, свободный.

2. Гулина, М.А. Словарь справочник по социальной работе / М.А. Гулина.– Спб.: Питер, 2008. – С. 23.
3. Духанов, Ю. Социальная работа с «детьми улицы» [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://tomb-raider6.narod.ru>, свободный.
4. Специфические методы социальной работы: метод уличной социальной работы [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://socialpol.ru>, свободный.
5. Тюрина, Э.И. Социальная работа с семьей и детьми: Учеб. пособие / Э.И. Тюрина Н.Ю. Кучукова, Е.А. Пенцова. – М.: Издательский центр «Академия», 2009.– 288с.

## **ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ МОЛОДЫХ ИНВАЛИДОВ И ФАКТОРОВ ИХ ОБУСЛОВЛИВАЮЩИХ**

*студент Н.А. Меркурьева (N.A Merkuryeva)*

*научный руководитель - к.э.н., доцент Р.И. Зубова **\*\***(R.I.Zubova)*

*Сыктывкарский государственный университет*

*\*e-mail: [nat.merkurjeva@yandex.ru](mailto:nat.merkurjeva@yandex.ru)*

*\*\*e-mail: [rzubova12@yandex.ru](mailto:rzubova12@yandex.ru)*

С целью оценки качества жизни молодых инвалидов и факторов их обусловливающих, в рамках студенческой научно-исследовательской лаборатории «Социс» было проведено социологическое исследование. Реализация поставленной исследованием цели предполагала выявление: основных социальных проблем молодых инвалидов, возникающих в процессе социализации; факторов, влияющих на качество жизни. Респондентами выступили инвалиды от 18 до 45 лет Эжвинского района города Сыктывкара. Объем выборочной совокупности составил 32 человека. Из них 57% - женщины, 43% - мужчины; респонденты 1-й группы инвалидности - 5%, II-й - 75%, III-й - 20%. Полученные результаты распространяются на число опрошенных, которые являются представителями социальной группы молодых инвалидов.

На становление личности, положение человека в обществе решающее влияние оказывают различные социальные среды: семья, социальные институты, в пределах которых тот или иной человек выполняет свои роли и функции, общество в це-

лом, предоставляющее человеку определенные права и предъявляющее к нему соответствующие законодательные, нравственные и культурные требования. У людей с инвалидностью, в связи со здоровьем, существуют препятствия в получении профессионального образования, а в последующем и трудовой деятельности. Исследование показало, что только 3% респондентов закончили высшее учебное заведение, 54% - имеют не полное среднее и 40% - среднее. Но 44% опрошенных хотели бы повысить уровень своего образования. С ростом уровня образования растет самооценка квалификации, готовность получить новую профессию, продолжить обучение, позитивное отношение к трудоустройству. Возможность учиться и трудиться создает условия не только для самовыражения и самореализации инвалидов, но и способствует решению одновременно нескольких жизненно важных задач: социальной и профессиональной реабилитации, социально-бытовой адаптации, повышению уровня жизни семьи индивида.

Семья также является очень важным звеном, в ней происходит первичная социализация человека. Семейную социализацию можно рассматривать двояко: с одной стороны, как подготовку к будущим семейным ролям, с другой, как влияние, оказываемое семьей на формирование личности. Большинство (56%) опрошенных нуждаются в понимании и поддержке семьи и друзей. Недостаток внимания со стороны близкого окружения оказывает существенное негативное влияние на самочувствие молодых инвалидов. Позиция инвалида во многом определяется атмосферой, сложившейся в семье. Если он чувствует любовь родителей, окружен разумным вниманием и ненавязчивой заботой, то подобная эмоциональная обстановка благоприятно влияет на его отношение к семье и в какой-то степени к людям вообще. И наоборот, ощущение заброшенности, ненужности в семье приводит к негативному отношению к ней, порождает черствость, эгоизм, уход в себя, озлобленность в отношении к окружающим. Как показало исследование, 60% респондентов проживают вместе с родителями, родственниками.

Проблема трудоустройства является актуальной для молодых людей с инвалидностью. Так, по результатам исследования не учится и не работает 88% молодых людей. Но и

приобретя профессию, подавляющее большинство не могут трудоустроиться. Если это удастся, то зачастую работают они не по своей профессии или на низкооплачиваемой должности. Источники доходов молодых инвалидов крайне ограничен, 55% опрошенных нуждаются в деньгах. У 31% опрошенного молодого инвалида бюджет складывается из зарплаты трудоспособных членов семьи, а у 75% - из пенсии по инвалидности, социальных выплат и пособий.

Активная деятельность помогает молодым инвалидам преодолеть осознание своей «ущербности» и считать себя полноценными членами общества. Результаты исследования показали, что 53% респондентов положительно относятся к активному образу жизни, к занятиям спортом, к участию в соревнованиях, сами ведут активный образ жизни; 22% - очень положительно относятся к спорту, участвуют в соревнованиях, 16% - оказались наблюдателями, и только 6% - выразили безразличие. В свободное время 63% опрошенных встречаются дома с друзьями, 38% - общаются при помощи социальных сетей и посещают кино, 28% - занимаются параолимпийскими видами спорта, 22% - вяжут, занимаются рукоделием, 6% - пишут стихотворения.

Таким образом, оценка качества жизни молодых инвалидов показала, что данная категория сталкивается с многочисленными проблемами - материальной несостоятельностью, экономической зависимостью от родителей, а также с проблемой доступа в образовании, профессиональной занятости, доступности транспортных средств и непригодности различных заведений для людей с ограниченными возможностями. Для повышения уровня социального благополучия молодых инвалидов необходимо осуществление следующих мер: ускорение решения проблем транспортных средств, предусматривающих перевозку лиц с различными нарушениями физического здоровья, а также налаживание безбарьерной среды жизнедеятельности, содействие служб занятости в вопросах поиска работы, введение инклюзии. Главное - заинтересованность и мотивированность молодых людей к активной жизнедеятельности.



### *Литература:*

1. *Андреева, Н.А.* Инновационные программы реабилитации инвалидов/ Н.А.Андреева// Социальная работа. – 2007. - № 2. – С.47-49.
2. *Антипьева, Н.В.* Социальная защита инвалидов в Российской Федерации/ Н.В.Антипьева. – М.: ВЛАДОС – ПРЕСС, 2002. – 224 с.
3. *Баранова, Т.В.* Реабилитация молодых инвалидов/ *Т.В.Баранова, Е.А.Шевченко, Е.Н.Храмченко* // Социальная работа. – 2009. - №6. – С. 28-29.
4. *Васин, С.А., Богоявленский, Д.Д.* Социально-демографические характеристики инвалидности/ С.А.Васин, Д.Д.Богоявленский. – М.: ВОИ, 2000, - С.73-86.
5. *Ветрова, И.Ю.* Проблемы социальной адаптации инвалидов/ *И.Ю.Ветрова,*. - М.: Птица, 2000. – 250 с.
6. *Добровольская, Т.А., Шабалина, Н.Б.* Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция/ *Т.А.Добровольская, Н.Б. Шабалина*// СОЦИС. – 2010. – №5. – 34с.

## **СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ ТРУДА В СИСТЕМЕ СОВЕТСКОГО СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ В 1920-е ГОДЫ**

*к.и.н., доцент А.В. Морозов (A.V.Morozov)*  
*Казанский национальный исследовательский*  
*технологический университет*  
*e-mail: andmor@mail.ru*

В настоящее время по данным ВОЗ в мире проживает более 1 миллиарда человек с какой-либо формой инвалидности. Почти 200 миллионов из них испытывают серьезные трудности в своем функционировании. В ближайшем будущем инвалидность будет все более распространяться из-за «старения населения, повышения риска инвалидности среди пожилых людей, а также глобального роста распространенности таких хронических состояний, как диабет, сердечно-сосудистые болезни, рак и психические расстройства» [Всемирный доклад об инвалидности, 2011. С. 5]. Согласно данным, приводимым в этом же докладе в США более 80% социальных работников, участвую-

щих в решении проблем инвалидов не имеют формального образования или профессиональной подготовки [Всемирный доклад об инвалидности, 2011. С. 10]. В России проблемы инвалидов еще более обострились в 90-е гг. XX в. По имеющимся сведениям 70% инвалидов трудоспособного возраста не имеют работы; существуют серьезные проблемы с бесплатным обеспечением инвалидов лекарствами и техническими средствами реабилитации; около 200 тыс. детей-инвалидов школьного возраста не обучаются, практически в целом по стране отсутствует система инклюзивного образования [Поскачей А., 2008].

В этой связи несомненный интерес представляет изучение истории становления и развития советской модели оказания помощи людям, имеющим те или иные ограничения в здоровье. Следует сразу же определить авторскую позицию, связанную с рассмотрением не всех «инвалидов», а исключительно инвалидов труда, как одной из наиболее обширных групп людей с ограничениями в здоровье. История повседневности инвалидов труда в дореволюционной и советской России предмет, достаточно изученный и в то же время – неизвестный. Причина тому почти тотальная обезличенность истории, в связи с чем большинство исследований было направлено на изучение производственного травматизма, его причин и динамики; рассматривались вопросы охраны труда и промышленной гигиены, профессиональной заболеваемости и техники безопасности на производстве. Классическая русская литература в этом отношении была более плодотворной, так как через призму художественного образа старалась вскрыть чудовищные язвы капиталистического производства, делающего из рабочих инвалидов.

В настоящее время «проблема социальной политики в отношении инвалидов в качестве предмета социальных наук в России характеризуется невысокой степенью разработанности...» [ЖИСП, 2004. Т.2. №1. С. 5]. Современные исследования проблемы инвалидности носят междисциплинарный характер. В изучении проблемы участвуют социологи, историки, психологи, юристы и антропологи, представители других общественных наук [ЖИСП, 2004. Т.2. №1; Там же. 2008. Т.6. №1; Там же. 2012. Т. 10. №2]. Анализ проблемы происходит с использованием современных западных социальных подходов

к анализу инвалидности: «социального конструирования инвалидности», «социального исключения» и т.п. В последних исследованиях отечественных историков Т.В. Зальцман [Зальцман Т.В., 2008, 2003], С.В. Голиковой [Голикова С.В., 2012], А.С. Ковалева [Ковалев А.С., 2013] подняты темы инвалидизации в горнозаводском производстве Урала конца XVIII – начала XX вв., социальной политики в отношении советских инвалидов в 20-30-е гг. XX в.

В работах современных российских социологов отмечаются серьезные недостатки патерналистской (социально-обеспечительной) модели политики инвалидности по сравнению с распространенными сейчас различными разновидностями «социального» подхода [Тарасенко Е.А., 2003, 2004; Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р., 2006]. Однако следует все-таки рассматривать проблему инвалидности конкретно исторически, подходя к ее изучению с точки зрения того, что существовало до появления социально-обеспечительных моделей, а не с позиций современного представления о политике инвалидности как о необходимости интеграции инвалидов в общество, приспособления общества к инвалидам, создания для инвалидов равных возможностей в реализации их прав и др. Сейчас ученые-социологи и инвалиды выносят свои суждения о политике инвалидности с точки зрения настоящего времени, без учета конкретно-исторических представлений об инвалидности, которые в конце XIX – начале XX вв. были совершенно другими. В начале XX в. ни в одной стране мира еще не было создано условий для решения хотя бы отдельных проблем инвалидов, связанных с их медицинской и профессиональной реабилитацией, трудоустройством и т.п. Поэтому появление социально-обеспечительной модели политики инвалидности на смену «моральной» (религиозной) модели, следует на наш взгляд рассматривать как объективно прогрессивное явление. Тем более, что даже среди инвалидов конца XIX – начала XX вв. идеи, положенные в основу современной социальной модели политики инвалидности еще не существовали, тогда как, многие из них уже говорили о необходимости медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов, их обучении и трудоустройстве.

Необходимо отметить, что по германской статистике конца XIX в. более 75% увечий и 90% смертей в промышленности вызывались условиями производства. В России только в 1887 г. правительство установило для увечных рабочих три степени инвалидности и три степени вознаграждения в зависимости от потери трудоспособности. До этого времени законодательством этот вопрос специально не регулировался. Для обеспечения материального положения инвалидов труда уже с конца XIX в. предлагались различные варианты социального страхования, которые затем воплотились в страховых законах изданных в 1903 и 1912 гг. До их принятия большинство инвалидов труда совершенно не обеспечивалось; некоторая часть получала небольшие пособия из специальных капиталов отдельных предпринимателей, идущих на социальные нужды, а также из т.н. «общеимперского штрафного капитала». Но это обеспечение носило ограниченный характер, тем более никакой речи не шло о медицинской и профессиональной реабилитации инвалидов. Всего за период 1901–1914 гг. по 3024 случаям обращений в штрафной капитал было выдано 15 329 руб. 99 коп., в том числе, 1837 случаев выдачи на сумму 7 361 руб. 44 коп. по временной нетрудоспособности и 1 187 случаев на сумму 7 968 руб. 50 коп. по постоянной нетрудоспособности. [Морозов А.В., 2003. С. 103].

Страховые законы, изданные в начале XX в. принципиально изменили ситуацию. Рабочие-инвалиды получили право на пенсионное обеспечение по инвалидности, а также на врачебную помощь «впредь до прекращения надобности в ней» за счет владельцев [Морозов А.В., 2003. С. 72]. Так, с 1904 по 1914 гг. в Казанской губернии было засвидетельствовано фабричной инспекцией 500 соглашений, по которым в 76 случаях потерпевшим были назначены пенсии на сумму 5 215 руб. 43 коп. и в 424 – выплачены единовременные пособия на сумму 104 379 руб. 87 коп. Средний размер полученных пособий составлял в расчете на одного потерпевшего 246 руб. 17 коп., а средний размер годовой пенсии – 68 руб. 62 коп. [Морозов А.В., 2003. С. 81]. По закону каждая из сторон (пострадавший, работодатель и фабричная инспекция) в течение трех лет после назначения пенсии или отказа в ней имела право требо-

вать медицинского освидетельствования для определения степени трудоспособности, изменения размера пенсии, либо отказа в ней.

Вопрос о медицинской экспертизе инвалидов труда возник еще до того, как царское правительство стало разрабатывать первые проекты законов о страховании рабочих, а после введения в действие закона 1903 г. он становится еще более острым. Практическое решение этой проблемы интересовало широкие круги. Так, уже 15 ноября 1904 г. бюро врачебной экспертизы было организовано Московским отделением русского технического общества. С начала 1905 по апрель 1908 гг. оно рассмотрело 2 543 иска по увечным делам. 15 октября 1908 г. организуется бюро экспертизы при Московском обществе фабричных врачей, взявшее на себя и определение процента утраты трудоспособности больных рабочих. 18 ноября 1909 г. общее собрание членов Общества для содействия русской промышленности и торговле высказалось за скорейшую реформу медицинского обеспечения рабочих, приближение его к производству и за создание особых учреждений для медицинской экспертизы рабочих. Однако вплоть до 1918 г. ситуация с организацией врачебной экспертизы для пострадавших рабочих не изменилась. Никакого специального закона принято не было. Только 8 октября 1918 г. было опубликовано специальное положение о Бюро экспертизы. Бюро экспертизы, предназначавшиеся для освидетельствования больных, увечных и инвалидов создавались при страховых кассах. В их состав входили врачи по специальностям, представители правлений больничных касс и профсоюзов. Врачи бюро являлись и врачами больничных касс. Они выдвигались медико-санитарными отделами больничных касс и утверждались Делегатскими собраниями. Работа бюро была только коллегиальной. Вся их деятельность находилась под контролем страховых касс. Экспертиза должна «была проводиться ежедневно в доступное для рабочих время» [Положение о бюро экспертизы, 1918]. Одновременно с положением издается инструкция для бюро экспертизы, требовавшая при проведении освидетельствования принимать «во внимание влияние данного поврежденного органа по отношению к обыч-

ному занятию потерпевшего и по отношению к общей работоспособности» [Морозов А.В., 2003. С. 152-153].

Декрет ВЦИК о страховании рабочих на случай болезни, принятый 22 декабря 1917 г., предусматривал, что «со времени издания закона о страховании инвалидности, всякий больной через 6 месяцев после начала заболевания, а равно, если ранее этого срока он будет признан инвалидом, переходит на иждивение инвалидной кассы». Весной 1918 г. было опубликовано постановление НКТ об обеспечении рабочих-инвалидов закрывающихся предприятий. Оно предусматривало «вознаграждение за долголетнюю службу», выдававшееся при отсутствии других доходов» рабочим, проработавшим не менее пяти лет, которые «при медицинском освидетельствовании окажутся инвалидами». Пенсия при полной инвалидности таким рабочим должна была назначаться в размере полного месячного заработка, но не свыше среднего годового заработка по их профессии. При частичной инвалидности определялся процент утраты трудоспособности, из которого уже и назначалась пенсия. Пенсионное обеспечение «в производствах, сопряженных с выделением вредных и ядовитых газов» и т.д., назначалось независимо от срока работы или службы. Инвалидам, проработавшим менее пяти лет, пенсия должна была назначаться «по издании нового закона по страхованию от инвалидности». Для определения степени утраты трудоспособности при отделах социального обеспечения по циркуляру должны были создаваться медицинские бюро экспертизы в составе выборных врачей от Совдепов и страховых касс.

Постановление СНК от 8 декабря 1921 г. установило шесть групп инвалидности в зависимости от состояния трудоспособности. Однако, пенсионным обеспечением пользовались только инвалиды первых трех групп, не имевшие доходного хозяйства или промысла, при невозможности помещения их в дома инвалидов. Инвалиды остальных групп должны были трудиться. Пенсионное обеспечение в 1920-е гг. по инвалидности вследствие трудового или профессионального заболевания стало исчисляться в определенном проценте от фактического заработка работника, а с начала 1926 стало происходить исчисление пенсий по инвалидности из фактической среднемесячной

заработной платы для всех рабочих и служащих, независимо от причин инвалидности. 14 марта 1928 г. ЦИК и СНК СССР утверждено новое Положение об обеспечении в порядке социального страхования по случаю инвалидности и по случаю потери кормильца, которым устанавливались условия назначения и размеры пенсий в зависимости от группы и причины инвалидности, стажа работы, размера заработка.

Не вызывает сомнения тезис о том, что большинство направлений современной социальной политики в отношении инвалидов в России, в том числе их обеспечение и реабилитация были заложены в период советской власти. В дореволюционной России инвалиды являлись социально ущемленной группой, практически выброшенной на обочину жизни. В советское время законодательством были гарантированы медицинское лечение, пенсии и пособия. Инвалиды получили возможность возвращаться в производство. Для того чтобы дать возможность инвалидам найти работу, соответствующую их трудоспособности, правительство создавало специальные профессиональные школы. Кроме того, инвалиды и их семьи получили право на бесплатное обучение в средней и высшей школе.

Инвалидам, обучившимся определенному ремеслу и желавшим заниматься им, государство через объединение в инвалидную кооперацию предоставляло все необходимое: кредит, деньги, материал, орудия производства, сырье. Инвалидная кооперация в России стала мощным средством возвращения лиц, утративших до определенных пределов трудоспособность, в производство.

Инвалидная кооперация представляла собой форму объединения неполного труда, она воплотила в себе стремления самих инвалидных масс к труду на началах самостоятельности. Кооперативы, объединенные в 1923 году в единую центральную организацию Всероссийское инвалидное кооперативное общество – «ВИКО» (с 1926 года Всероссийский союз кооперативных объединений инвалидов), являлись одним из основных видов социального обеспечения и трудоустройства инвалидов. В начале в 1922 году было образовано только несколько артелей в таких городах, как Москва, Ташкент, Краснодар, Тверь, в 1924 году было 1 260 артелей с 18 151 членами и 70 ГИКО, а к

1926 году насчитывалось уже 3 987 артелей с 50 799 участниками. Как видим, число артелей с каждым годом увеличивалось, несмотря на то, что произошла ликвидация девяти ГИКО и 300 артелей, с количеством членов более 8 000 человек. Параллельно численному росту кооперации инвалидов, наблюдался и рост финансовой базы кооперативов. Финансовое укрепление инвалидной кооперации приводило к росту собственных капиталов.

Безусловно, в начале своего развития система кооперации инвалидов была несовершенной. В ней отсутствовали правильные кооперативные принципы построения артелей и союзов, отмечалась излишняя опека со стороны органов социального обеспечения. Одним из основных недостатков этой системы являлось бесплановость возникновения артелей и союзов. Быстрое возникновение артелей приводило к тому, что они почти не учитывали имеющиеся у них финансовые, заготовительные, сбытовые особенности. Значительную роль сыграло и отсутствие кадров подготовленных кооперативных работников. Как правило, за работу брались впервые, без опыта, без навыков. Хотя некоторые недостатки не удалось искоренить, но позднее, к 1926 году система инвалидной кооперации стала налаживаться. Кооперативные объединения образовывались путем соединения инвалидов в производственные, сельскохозяйственные, торговые и трудовые артели.

Нужно отметить, что производственных артелей в городе насчитывалось больше, чем в деревне (соответственно 57,6% и 42,4%), а торговых артелей, наоборот, в городе только 26,4 %, а в деревне – 73%. Наиболее распространенный тип сельской артели – небольшое торговое предприятие с числом членов в 8-10 человек, торгующее бакалейно-колониальными товарами, мануфактурой, мелкой галантереей. Производство, сосредоточенное в городах, состояло из хлебопечения (49% всех производственных предприятий), кондитерских (7,4%), колбасных, сапожных, портновских, мыловаренно-химических, деревообделочных мастерских, мельниц, маслозаводов (43,6%).

Таким образом, выдвинутая в 1921 году задача кооперирования инвалидов успешно разрешалась в последующие годы и имела положительные результаты. Кооперация инвалидов яв-



лялась одним из успешных способов борьбы с нищенством, бродяжничеством, «гастролерством» и безработицей инвалидов. Она приносила государству двойную пользу: не несла никаких непродуктивных расходов (кооперированным инвалидам пенсии не выплачивались) и участвовала в развитии народного хозяйства страны. Инвалидная кооперация гарантировала кооперированным инвалидам нормальный жизненный уровень и защиту от непосильной для них эксплуатации их неполного труда. Кооперация способствовала социальной реабилитации инвалидов, но, выполняя с успехом возложенную на нее временем задачу, кооперация инвалидов имела и свои отрицательные стороны: инвалиды, входящие в кооперацию, как правило, не имели квалификации и соответствующего опыта, что делало их неконкурентоспособными на рынке труда.

*Литература:*

1. Всемирный доклад об инвалидности Б.м.: Всемирная организация здравоохранения, 2011. С. 5.
2. *Голикова, С.В.* Инвалидизация в горнозаводском производстве Урала конца XVIII – начала XX веков // Журнал исследований социальной политики. 2012. Т.10. №2. С. 193-212.
3. Журнал исследований социальной политики. (ЖИСП), 2004. Т. 2. №1; 2008. Т. 6. №1; 2012. Т. 10. №2
4. *Зальцман, Т.В.* Проблемы инвалидности среди рабочих в конце XIX – начале XX вв. // Материалы VI-х научно-педагогических чтений факультета социальной педагогики, 28 марта 2003 г. М., 2003.
5. *Зальцман, Т.В.* Становление и развитие системы помощи людям с инвалидностью в России (1861-1917 гг.): автореф. дис. ... канд. ист. наук. М., 2008. 24 с.
6. *Ковалев, С.В.* Социальная политика в отношении инвалидов и пожилых людей в теоретических представления 20-30-х гг. XX века // Альманах современной науки и образования. Тамбов: Грамота, 2013. № 5 (72). С. 97-101.
7. *Морозов, А.В.* Страхование рабочих от несчастных случаев в Казанской губернии. Конец XIX в – 1919 г. Казань, 2003. 328 с.

8. Положение о бюро экспертизы. Инструкция для бюро экспертизы // Бюллетень отдела социального страхования. 1918. №4. С. 35-42
9. *Поскачей, А.* У России десятое место // Русский инвалид. 2008. 20 марта.
10. *Романов, П.В., Ярская-Смирнова, Е.Р.* Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России. Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006. 260 с.
11. *Тарасенко, Е.А.* Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России // Журнал исследований социальной политики. 2004. Т. 2. № 1. С. 7-28.
12. *Тарасенко, Е.* Модели инвалидности (конструирование национальной концепции социальной политики) // Управление здравоохранением. 2003. № 1. С. 51-62.

## **ОПЫТ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ**

*д.п.н., профессор М.И.Надеева (M.I.Nadeeva)\*  
студент А.А.Виленский (A.A.Vilensky)  
студентка Д.Б.Надеева (D.B.Nadeeva)\*\**

*Казанский научный исследовательский технологический университет*

*\*e-mail: marina\_nadeeva@bk.ru*

*\*\*e-mail: d-a-n-a\_93@mail.ru*

Вопрос об оказании помощи и обучении детей-инвалидов был поставлен довольно давно. На территории нашего государства призрение таких детей первоначально осуществлялось при монастырях, школах, в приютах, воспитательных домах, богадельнях. Изучением исторического опыта работы с детьми-инвалидами занималась Бобла И.М.. В своей работе она указывает на то, что первые упоминания о благотворительности в отношении ребенка-инвалида относятся к 9-3 векам. Однако, она касалась в основном только некоторых отдельных детей из числа сирот и подкидышей. Большинство слепых, глухонемых, слабоумных и искалеченных детей воспитывались в семье, или бродило по свету, существуя на подаяния.

Система оказания помощи детям-инвалидам не была создана до 1917 года. За время советской власти помощь ребенку

со специфическими нуждами сводилась к его изоляции в специальных школах-интернатах. Поэтому при организации помощи таким детям в настоящее время существует необходимость в обращении к зарубежному опыту.

В развитых странах за рубежом уже сложились определенные стандарты, формы и методы работы с детьми-инвалидами. Естественно, в каждой стране существуют свои особенности оказания помощи этой категории населения, обусловленные национальным своеобразием, социально-экономическими условиями, психолого-педагогическими традициями, ориентацией на определенные научные подходы. Однако, можно выделить и некоторые общие тенденции, которые необходимо учитывать при создании системы оказания помощи таким детям. Во-первых, это максимально возможная интеграция ребенка с ограниченными способностями в общественную жизнь (в том числе и интегрированное обучение). Во-вторых, преимущество воспитания этих детей в семье. В-третьих, направленность на раннюю диагностику нарушений и их лечение. В-четвертых, индивидуальный подход к реабилитации и абилитации ребенка в каждом конкретном случае.

Так, в США впервые стали появляться общественные организации и клубы для инвалидов, а также различные фонды. Хотелось бы отметить, что в США именно специализированные фонды и организации осуществляют значительную часть услуг, положенных человеку со специфическими потребностями по закону, за финансовые средства, предоставленные муниципалитетом.

Что касается интеграции в обучении, то трудности возникли с разработкой программ, подготовкой персонала, разработкой психологических моделей восприятия детей-инвалидов здоровыми детьми, и наоборот. Модель «Инклюжен» подразумевает, что даже ребенок с синдромом Дауна может обучаться с нормальными детьми. Конечно, для него разрабатываются отдельная программа, свои облегченные задания. Много в успешности осуществления программы зависит от учителя.

Говоря о социальном обеспечении в Соединенных Штатах, необходимо отметить, что инвалидам обеспечивается медицинское обслуживание, выплата пособий и компенсаций,

жилищно-бытовое устройство и доставка в учебные заведения, бассейн и т.п., которую осуществляют социальные службы. Используется и такой вид социального обслуживания, как домашние услуги.

В Великобритании помощь инвалидам, в том числе и детям-инвалидам, оказывают 3 группы организаций: частные владельцы домов, обеспечивающих уход за определенную плату; общественный сектор; местные власти, которые обеспечивают большую часть социальных услуг. Социальные службы оказывают помощь на дому, в дневных центрах, интернатах или дневных школах. В перечисленных учреждениях при работе с детьми с нарушенным интеллектом особое внимание уделяется обучению навыкам общения, правилам поведения на улице, в общественных местах, для чего организуются специальные прогулки. Для подростков с умственной отсталостью функционируют центры профессиональной подготовки.

Что касается образования детей с ограниченными возможностями, то интеграция в обучении и наличие спецшкол рассматриваются как необходимые параллельные условия образования. Они поддерживают порядок и гибкость системы образования и позволяют таким детям включаться в нее и отходить от нее по мере того, как меняются их потребности.

Для работы с детьми-инвалидами в ряде стран, преимущественно Скандинавских, организуются дома, в которых проживает не более 30 детей. В них создается обстановка, максимально приближенная к семейной. Специалисты проводят наблюдения за детьми, определяют методы лечения и реабилитации, разрабатывают индивидуальные программы обучения. Обучение всех категорий детей-инвалидов в основном осуществляется в общеобразовательных школах. Школьная и общественная политика направлена на то, чтобы создать условия для установления максимально близких взаимоотношений между учениками всех категорий.

Таким образом, в настоящее время в большинстве стран идет переход от раздельного образования и присмотра за детьми со специфическими нуждами к их полной интеграции, если это возможно. Этот переход регулируется законодательством стран. Государство призвано не просто 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.

Исходя из этой парадигмы, цель реабилитации детей инвалидов - содействие в улучшении качества жизни ребенка, имеющего инвалидность, защита и представление его интересов, в различных кругах, создание условий для выравнивания возможностей детей и подростков, что отличает их интеграцию в общество и создает предпосылки для независимой жизни.

*Литература:*

1. *Витвар, О.И.* Мировой опыт социальной адаптации семьи ребенка-инвалида/ О.И.Витвар// Социальная педагогика. - 2005. - №1. - С.48-52.
2. *Селевко, Г.К.* Социально-воспитательные технологии. - М.: Народное образование, 2002. - 176с.
3. *Скок, Н.И.* Социальная регуляция потенциала лиц с особыми потребностями. - Тюмень: Вектор Бук, 2004. - 210с.
4. *Бочарова, В.Г.* Социальная педагогика. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2004.-368 с.

## **РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ МИГРАНТОВ И ВЫНУЖДЕННЫХ ПЕРЕСЕЛЕНЦЕВ В НОВОЙ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ СРЕДЕ**

*студент М.В.Нелина\*(M.V.Nelina)*

*Научный руководитель- ст. преподаватель Н. А. Куликова  
(N.A. Kulikova)*

*Муромский институт (филиал)*

*Владимирского государственного университета*

*\*e-mail: Samolubovay@mail.ru*

Проблемы, связанные с вынужденной миграцией населения, стали особенно актуальны в России в конце 80 - начале 90-х годов и усиливают остроту в современных условиях. По данным Управления Верховного комиссара ООН по делам беженцев, в общей сложности из-за вооружённых конфликтов вынужденными переселенцами стали 192 000 человек ( из Грузии, Южной и Северной Осетии, Сирии) [2]. Кроме того, в совре-

менный миграционный процесс включены трудовые мигранты, прибывающие в Россию из Украины, Молдовы, Таджикистана, Узбекистана, Киргизии и др. В среде русскоязычного населения возрастают тревожные ожидания нежелательных перемен в вопросах образования и языка, сегрегация при трудоустройстве. В условиях возрастающего потока миграции актуализируется необходимость социальной реабилитации в новой среде, которая является важнейшим условием их интеграции, особенно это касается детей мигрантов.

Дети мигрантов оказавшись в резко изменившихся и неблагоприятных социальных условиях, сталкиваются с рядом значительных трудностей приспособления, а нередко и с дискриминацией, грубым нарушением их прав, отвержением со стороны сверстников. Часть детей мигрантов лишается возможности систематически учиться; обратной стороной этого процесса является педагогическая запущенность, а в целом – дезинтеграция. Полученный травматический опыт нередко делает детей переселенцев потенциальными жертвами, которые неосознанно провоцируют отвержение и насилие над собой со стороны окружающих, что способствует формированию у них социопатических черт характера, приводит к постепенной маргинализации и криминализации. Дети, оказавшиеся в новых социокультурных условиях, сложно переживают процесс адаптации, что, несомненно, сказывается на их реабилитации к новым условиям.

Значимость процессов реабилитации и интеграции детей вынужденных переселенцев переоценить трудно. Решение проблем реабилитации и интеграции в социальную жизнь – это решение значительной части социальных и национальных проблем, в том числе расслоения общества и ксенофобии. Из всего числа детей реабилитироваться в новых условиях способна лишь малая часть, что отражается на жизни страны, в которую прибыли мигранты. Таким образом, деструктивные особенности детей вынужденных мигрантов проявляются при отсутствии положительного результата процесса реабилитации в новых условиях.

Наиболее значимым является оказание адресной помощи семьям мигрантов, что возможно при функционировании сети

специализированных территориальных учреждений социального обслуживания. Для успешной реабилитации детей вынужденных переселенцев требуется проведение комплекса реабилитационных мероприятий, способствующих преодолению и изживанию травматического опыта, поведенческих, коммуникативных и эмоционально-волевых нарушений.

Представляется целесообразным сочетать индивидуальные и групповые психокоррекционные занятия с медико-оздоровительной и социально-правовой помощью детям, их родителям и опекунам, что предполагает концентрацию усилий специалистов различных профилей в рамках единой системы. Программный подход к решению проблем мигрантов и их детей предполагает поэтапную комплексную реабилитацию и способствует их благополучной интеграции в социальную жизнь.

Положенная в основу программы «семишаговая модель» Филатова Ф.Р. направлена на достижение двух основных целей:

1. Преодоление травматического опыта, виктимности и социопатических тенденций развития (в частности, девиантных и делинквентных форм поведения) у детей указанной группы;
2. Обеспечение условий и возможностей эффективной реабилитации посредством пролонгированной психологической социальной и правовой помощи, организации систематических психокоррекционных и медико-оздоровительных мероприятий.

Данная модель позволяет осуществить индивидуальную психокоррекцию поведенческих, эмоционально-волевых, интегративных и личностных нарушений на основе следующего алгоритма способов и приёмов:

1. Раппорт: установление позитивного контакта с детьми, определение оптимального темпа и наиболее приемлемой формы взаимодействия.
2. Релаксационный тренинг: обеспечение комфорта и релаксации методами телесно-ориентированной психокоррекции.
3. Активизация позитивных (ресурсных) переживаний: использование ресурсов воображения для формирования ярких

«ресурсных» образов, ассоциированных с позитивными эмоциями и чувством уверенности в себе.

4. Проработка патогенного материала методами поведенческой, имагинативной и суггестивной психокоррекции, психосинтеза, гештальт - и арт-терапии при постоянном поддержании позитивного («ресурсного») состояния.

5. Психокоррекция методами творческого самовыражения: арт-терапевтические занятия, направленные на гармонизацию эмоционально-волевой сферы личности.

6. Формирование «образов достижения»: прояснение жизненных целей и представлений о будущем, укрепление позитивного образа «Я» и развитие мотивации к достижению успеха в будущем.

7. Подведение итогов психокоррекции: упражнения, направленные на интеграцию позитивного опыта, приобретенного в ходе занятий индивидуальная психокоррекция рассчитана на полугодовой курс систематических занятий, продолжительностью 1-1,5 часа, частотой 2 занятия в неделю [1].

Адаптированная реабилитационная программа включает следующие направления деятельности: психокоррекционное, социально-правовое, профориентационное и медико-оздоровительное, которые в комплексе реализуемых мероприятий облегчают процесс реабилитации детей мигрантов и вынужденных переселенцев в новой социокультурной среде.

#### *Литература:*

1. *Филатов, Ф.Р.* Комплексная реабилитация детей вынужденных переселенцев // *Работник социальной службы.* - №2. – 2002. – с. 45-53.
2. Центр новостей ООН. [электронный ресурс]. URL: <http://www.unhcr.ru> (дата обращения 10.03.2013).



# **РОЛЬ ОБЩЕСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ В СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (НА ПРИМЕРЕ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ АДАПТАЦИИ)**

*к.социол.н. И.А. Плохова (Plokhova I.A.)*

*Ульяновский государственный педагогический университет*

*e-mail:soc.rabota2007@mail.ru*

На современном этапе модернизации общества необходимо для развития личности, формирования ее субъективной точки зрения создание условий, при которых человек или общность людей смогут проявить себя в полной мере и удовлетворить свои потребности, интересы в различных сферах деятельности: образования, культуры, искусства, спорта т.д. Одной из форм, способов реализации этих потребностей и интересов являются общественные организации, позволяющие лицам с ограниченными возможностями участвовать в социокультурной адаптации.

Общественные организации выступают не только как выразители интересов отдельных социальных слоев населения, но и как представители их интересов через взаимодействие с государственной и муниципальной властью. Основной характеристикой общественных организаций является динамичная форма работы, с помощью которой происходит быстрая адаптация к социальным изменениям, приспособление к новым социальным условиям, изменившимся правилам. Также общественные организации быстрее других аккумулируют новые идеи, позволяющие сочетать свободу и интересы индивидов с общими принципами, регулирующими их совместную деятельность.

В ходе социальных, экономических, культурных преобразований в г. Ульяновске накоплен уникальный опыт социокультурной адаптации лиц с ограниченными возможностями, реализующейся на практике с помощью эффективного регулирования социально-культурного взаимодействия общественными организациями, одной из которых является Ульяновское региональное отделение Общероссийская общественная организация инвалидов «Всероссийское общество глухих» (УРО ООИ ВОГ). Целями данной организации являются:

- выражение и защита законных прав и интересов инвалидов;
- социальная реабилитация инвалидов, их интеграция в современное общество;
- обеспечение инвалидов равными с другими гражданами РФ возможностями.

В настоящее время в Ульяновской области зарегистрировано 1443 инвалида по слуху, среди них 30% одиноких пожилых людей и не семейной молодежи. Более 6000 инвалидов по слуху проживает в городе Ульяновске и сельской местности. В области на сегодняшний день имеется восемь местных отделений по работе с инвалидами по слуху, две специальные коррекционные школы интерната и два детских дошкольных учреждения для глухих и слабослышащих детей, клубы и кружки по интересам. Эти люди, в первую очередь, нуждаются в общении и организованном времяпровождении.

Деятельность организации в направлении социокультурной адаптации инвалидов по слуху состоит в следующем. Для реализации своих целей обществом глухих ведется большая работа по развитию спортивной и культурно-массовой деятельности среди инвалидов по слуху.

Приобщение инвалидов по слуху к культурно-массовой деятельности позволяет решать проблему негативных общественных явлений, таких как алкоголизм и наркомания. Объединение людей в творческие коллективы по интересам помогает инвалидам адаптироваться в современном обществе, проявлять свои таланты и способности, укрепляться в активной жизненной позиции, развивать в себе позитивные гражданские качества.

На базе УРО ОООИ ВОГ разработан проект и выигран грант «Театр мимики и жестов», который направлен на развитие творческого потенциала людей с недостатками слуха. Посредством данного проекта обществом было выявлено большое количество людей творчески одаренных, но не имеющих возможности в полной мере раскрыть свои таланты. Они были приняты в члены общества и объединены в творческие коллективы по трем направлениям:

- студия жестовой песни;

- студия театральных миниатюр;
- студия пантомимы [1].

Эффективность социокультурной адаптации – показатель психологического климата глухого человека, развитие обстановки коммуникативного комфорта между членами коллектива, улучшение эмоционального состояния инвалида, создание ситуации успеха в творческом развитии [2].

Для развития дальнейшей работы в обществе глухих планируется:

- организация дополнительных творческих кружков по интересам;
- увеличение численности уже имеющихся коллективов путем привлечения учащихся старших классов школы-интерната для глухих и слабослышащих детей, студентов-инвалидов по слуху Ульяновского фармацевтического колледжа, Ульяновского Государственного университета.

Нами были проанализированы информационные отчеты Ульяновского регионального отделения Общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих» (за 2008, 2009, 2011 и 2012 г.г.) по следующим критериям:

- 1) общее количество членов ВОГ;
- 2) количество проведенных мероприятий за год;
- 3) количество граждан, принявших участие в мероприятиях.

Из анализа следует, что в 2008 году общее количество членов ВОГ, состоящих на учете в УРО ООИ ВОГ - 1223 человека. Процент инвалидов на данный период по УРО ООИ ВОГ от общего количества членов ВОГ составлял 88%. По сравнению с 2012 г. общее количество членов ВОГ составляло 1209 чел. (уменьшение за счет смертности), из них имеющих инвалидность – 1140 человек, что составляет уже 94 % инвалидов по УРО ООИ ВОГ от общего количества членов ВОГ. Таким образом, первый критерий показал, что за пять лет работы общественной организации общее количество членов ВОГ увеличилось на 6 %.

Второй критерий – количество проведенных мероприятий в год – также за пять лет вырос с 231 мероприятия в 2008 году до 265 в 2012 год.

Увеличилось и процентное соотношение третьего показателя – количество граждан, принявших участие в мероприятиях. В 2008 году эта цифра составляла 546 человек (45 % от общего числа членов ВОГ), а в 2012 году 625 человек, а это уже 52% от общего числа членов ВОГ.

На основе анализа информационных отчетов видно, что с каждым годом количество членов ВОГ, участвующих в социокультурных мероприятиях, увеличивается, также увеличивается и само количество мероприятий. Данная общественная организация представляет богатые возможности для воздействия на личность с целью всестороннего ее развития. Можно сказать, что общество глухих самостоятельный социально-культурный институт, занимающий определенную нишу в сложной и многоуровневой системе адаптации лиц с ограниченными возможностями в рамках той или иной общественной формации. Всероссийское общество глухих служит генератором множества социально-культурных изменений во взаимоотношениях конкретного человека и общества.

Можно было бы сказать, что Ульяновское региональное отделение общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих» использует в своей работе системный подход при работе с инвалидами по слуху в сфере социокультурной адаптации. Но мы считаем, что пока сегодня о системном подходе в социокультурной адаптации инвалидов говорить не приходится, так как данное направление точечно разбросано в виде проведения социокультурных, спортивных мероприятий, отчеты проведения ведутся только по статистическим критериям. Не ведется учет и анализ социокультурной адаптации вкупе с другими направлениями реабилитаций по ИПР, не просматривается соотношение повышения или снижения процента заболеваемости или снятия инвалидности, не учитываются другие факторы и показатели, необходимые для полной интеграции людей с ограниченными возможностями. Разработка системного подхода в социокультурной адаптации инвалидов имеет только начальные шаги и необходимо проводить дальнейшие научные разработки.

Таким образом, можно сделать вывод, что роль общественных организаций на примере Ульяновское региональное от-

деление общероссийской общественной организации инвалидов «Всероссийское общество глухих» велика. Оказывая всестороннюю помощь гражданам с ограниченными возможностями, данная организация интегрирует инвалидов по слуху в социокультурную жизнь общества. Они проводят огромную работу, вовлекая таких людей в занятия спортом, приобщая их к культурной жизни, привлекая к участию в различных мероприятиях. Эта работа очень важна для инвалидов. Но необходимо задуматься о разработке системного подхода социокультурной адаптации лиц с ограниченными возможностями через деятельность общероссийских общественных организаций.

*Литература:*

1. Каждому – по сурдопереводчику. [Электронный ресурс]. (<http://www.ulpravda.ru/paper/article/5832.html/2013/17/04>).
2. Инвалидов нет! В рамках социокультурной реабилитации инвалидов следует, прежде всего, понимать досуговую реабилитацию [Электронный ресурс] <http://www.invalidov.net/viewtopic.php?id=356/2013/15/04>).

**КОРРЕКЦИЯ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ В  
УСЛОВИЯХ ТРУДОВОГО КОЛЛЕКТИВА**

*к.с.н., доцент Т.Н. Попова (Popova T.N.)*

*Муромский институт (филиал)*

*Владимирского государственного университета*

*e-mail: t-n-popova@yandex.ru*

В современном обществе, на наш взгляд, недостаточное внимание уделяется практической коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива.

Цель исследования - определить формы и методы коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества «Муром» (г. Муром Владимирской области) и разработать рекомендации по совершенствованию коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества «Муром».

Научная новизна исследования состоит в построении модели коррекции межличностных отношений в условиях трудо-

вого коллектива, а также в раскрытии особенностей коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества «Муром».

Теоретическая и практическая значимость настоящей работы заключены в следующем: построена модель коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива (теоретическая значимость) и произведена разработка практических рекомендаций по совершенствованию коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива ЗАО «Муром» (практическая значимость).

Согласно теоретической модели коррекционной работы межличностных отношений в условиях трудового коллектива, объектом такой работы являются именно данные межличностные отношения. Субъектами работы могут быть психологи, социальные психологи, специалисты по социальной работе. Цель коррекционной работы межличностных отношений в условиях трудового коллектива, как и сущность самих этих отношений, состоит:

- в поддержании и обеспечении благоприятного психологического климата в коллективе;
- в решении проблем психологического характера, возникающих у сотрудников этого коллектива;
- в формировании профидентичности.

Задачи исследуемой работы могут быть разнообразны. В эту модель входят определённые психологические и социально-психологические методы работы с членами трудового коллектива. Важнейшие из таких методов - методы формирования профессиональной идентичности, психологическое консультирование организаций, переориентация отношения человека к себе и к окружающим, если первоначально это отношение негативное. Диагностика, тренинги, формирование профессиональных интересов и склонностей, формирование мотивации к труду, работа по адаптации человека в коллективе также входят в построенную теоретическую модель. Формами осуществления методов данной модели могут быть совещания, заседания, собрания, беседы, тренинги, «деловые игры», информационно-просветительская работа.

Анализ состояния межличностных отношений в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества (ЗАО) «Муром» и реализации теоретической модели коррекционной работы межличностных отношений в условиях трудового коллектива этого ЗАО показал, что коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива ЗАО «Муром» уделяется слишком мало внимания.

Были проведены также опросы сотрудников ЗАО «Муром» в виде неформализованного и формализованного интервью. Результат применения первого метода: большинство сотрудников ЗАО «Муром» считает, что специальная деятельность по коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива названного ЗАО практически отсутствует. Результат применения второго метода: межличностные отношения в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества «Муром» между сотрудниками разных отделов почти отсутствуют и сами сотрудники не считают нужным их наладить, что говорит о неэффективности коррекции таких отношений. Наиболее часто применяемые в ЗАО «Муром» формы и методы коррекционной работы межличностных отношений в условиях трудового коллектива - контроль за психологическим состоянием сотрудников и их межличностными отношениями, формирование межличностных отношений сотрудников коллектива посредством совещаний, заседаний, собраний. Во всём этом наблюдается соответствие теоретической модели коррекционной работы межличностных отношений в условиях трудового коллектива. Однако это соответствие неполное.

Рекомендации по совершенствованию коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества «Муром» таковы: были разработаны методика коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива ЗАО «Муром» и должностная инструкция социального психолога ЗАО «Муром». Начинаться такая методика должна с диагностики состояния межличностных отношений посредством тестирований и психологических опросов сотрудников трудового коллектива ЗАО «Муром». Дальнейшую работу по коррекции межличностных отношений в ус-

ловиях трудового коллектива следует проводить, в первую очередь, с теми сотрудниками, у которых велики показатели выраженного поведения. Следующий этап методики коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества «Муром» - проведение психологических тренингов и других мероприятий психологического характера, направленных на такую коррекцию. Следующий этап предлагаемой методики - организация вне рабочего времени сотрудников трудового коллектива ЗАО «Муром». В рассматриваемую методику должно входить одновременно и индивидуальное, и групповое психологическое консультирование. Заключительного этапа предлагаемой методики не будет, так как, мы думаем, она должна осуществляться непрерывно. Далее о должностной инструкции социального психолога ЗАО «Муром». На данный момент такая должность в ЗАО «Муром» отсутствует, но мы думаем, что она должна быть. Этот специалист и призван осуществлять предложенную методику.

Итак, в исследовании раскрыта сущность межличностных отношений в трудовом коллективе, рассмотрены формы и методы коррекции межличностных отношений в условиях трудового коллектива, построена теоретическая модель коррекционной работы межличностных отношений в условиях трудового коллектива.

В работе проанализировано состояние межличностных отношений в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества «Муром», выяснено, как реализуется теоретическая модель коррекционной работы межличностных отношений в условиях трудового коллектива ЗАО «Муром», разработаны рекомендации по совершенствованию деятельности, связанной с коррекцией межличностных отношений в условиях трудового коллектива Закрытого акционерного общества «Муром».

#### *Литература:*

1. Рабинович, О.Т. Культура мышления личности в осознанной рефлексии. Высшее образование сегодня. № 3. Изд. группа «Логос», 2010. – С. 56-59.



# ТЕАТРОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

*студентка К.С. Ремезова\* (K.S. Remezova)  
научный руководитель – к.ф.н., доцент Л.Э. Панкратова  
(L.E. Pankratova)*

*Российский государственный  
профессионально педагогический университет  
e-mail\*: e.remezova.ne@yandex.ru  
e-mail\*\*: l.pankratowa2011@yandex.ru*

Проблема социальной реабилитации крайне актуальна в современных условиях в связи с ростом категорий населения, нуждающихся в восстановлении социального статуса утраченного или сниженного из-за проблем, создавших в их жизни трудную жизненную ситуацию. К этим категориям относятся: инвалиды, ВИЧ-инфицированные, лица пожилого возраста и другие.

Театротерапия является одним из эффективных способов социальной реабилитации. В том или ином виде, театротерапия применялась с античных времён. В древних Афинах из государственной казны малоимущим гражданам выдавались «зрелищные деньги» – пособие на посещение спектаклей театра. Это помогало снятию психоэмоциональной напряженности среди беднейших слоёв населения: переключение их внимания с материального положения на удовлетворение духовных потребностей, способствующее своеобразному возвышению над проблемами, эмоциональной разрядке. По учению Аристотеля, трагедия «при помощи сострадания и страха производит катарсис подобных (то есть сострадания, страха и родственных им) аффектов» («Поэтика», VI). Фрейд сохраняет понятие катартического эффекта, хотя теперь речь идет о «проговаривании» не получивших разрешения событий. Непосредственно по фрейдовской идее «проговаривания» румынский психолог Я. Морено разрабатывает с 1924 года теорию катарсиса как терапевтического средства в театре-импровизации. От «проговаривания» Морено переходит к «проигрыванию». Он использует катарсис действия, «проигрывание», как средство психотерапии в созданном им в 1935 году театре-психодраме, а в последующие годы эта концепция применяется в социальной психологии и психотерапии [3, с. 209-220].

Концепция «Театра для себя» Евреинова, написанная в 1916 году, основывается на идее, что лечебный эффект достигается возможностью преобразования, желанием испытать что-либо посредством театральной игры. То есть терапевтический эффект направлен на желание сыграть другую роль или оказаться в определенной ситуации. В здоровье или исцеление можно даже сыграть — считает Евреинов: «речь идет не о том, чтобы обмануть самого себя, а в том, чтобы испытать на себе чары выздоровления».

В книге «Психология искусства» (1920) Л. Выготский пишет: «Хотя нам очень мало известно о процессе катарсиса, мы все же знаем о нем самое существенное, именно то, что разряд нервной энергии, который составляет сущность всякого чувства, при этом процессе совершается в противоположном направлении, чем это имеет место обычно, и что искусство, таким образом, становится сильнейшим средством для наиболее целесообразных и важных разрядов нервной энергии» [1, с. 291].

Современные исследователи пришли к выводу, что «анализ действия, способствующий выявлению потребностей, мотивов, задач и целей в определенном кругу предлагаемых обстоятельств, в конечном итоге приводит к выражению конкретного отношения к объекту деятельности, которое проявляется через голос, мимику, жесты. Формирование навыков самоконтроля на основе анализа действий способствует развитию навыков самокоррекции. Совершенствование навыков сознательного действия средствами театрального искусства происходит в процессе чувственно-наглядного отображения явлений действительности и поэтому способствует самопознанию в единстве развития эмоционально-волевой и интеллектуально-познавательной сфер личности» [5].

Таким образом, театротерапия – экспрессивный терапевтический метод, состоящий в подготовке и реализации театральной формы, её презентации перед зрителями [2, с.125]. Отличительной особенностью театротерапии от других видов арт-терапии является то, что искусство в ней не только средство, но и цель.

Конкретными целями театротерапии могут быть следующие:

- развитие вербальной и невербальной коммуникации,
- ослабление социальных фобий,
- снижение социальной изоляции,
- улучшение саморефлексии,
- усовершенствование самодисциплины и чувства ответственности,
- развитие креативности,
- повышение самооценки,
- способность овладения над своими эмоциями и др. [4, с. 311].

Спектр проблем, которые можно разрешить с помощью театральной терапии, очень широк. Специалисты утверждают, что, используя данные методы можно справиться с возрастными и экзистенциальными кризисами, психосоматическими и невротическими расстройствами, постстрессовыми ситуациями и межличностными конфликтами [Электронный ресурс. Режим доступа: <http://rozvitok.org>].

Структура процесса театротерапии (по Фирсовой):

Театротерапия разделёна на отдельные проекты – работы для отдельных театральных форм. Каждый проект далее делится на несколько фаз:

1. Выбор и оформление театральной пьесы. Возможно использование литературных, драматургических и сценических произведений для постановок или постановка импровизационных спектаклей, делающих акцент на тех проблемах и жизненных ситуациях, которые волнуют участники театральной группы.

2. Разбор и изучение текста пьесы. Для выявления наиболее актуальных для конкретной театральной группы тем, целесообразно использование заданий типа «этюда/сочинение на тему...» с дальнейшим «проигрыванием» описанных ситуаций. Практика существующих групп театротерапии показывает, что в такие моменты «выходят наружу» важные жизненные проблемы. Освобождение от них, их решение происходит посте-

пенно путем сценического воплощения, путем изменения предлагаемых обстоятельств.

3. Превращение пьесы в состояние возможности играть – собственная драматическая работа.

4. Общественный спектакль.

В РФ метод театротерапии применяется:

- Театральной студией «Дикие кошки», Томск (дети с лёгкой формой ДЦП и сколиозом)
- Театром «Терапевт», Новокузнецк (театротерапия для взрослых)
- Благотворительной программой «Банка Москвы» - «Театры — детям Беслана» (2005-2006)
- Московским центром современной драматургии Театр.doc (ВИЧ-инфицированные)
- В драм.постановке «Перелётные птицы», Ростов-на-Дону (дети из приютов)
- Театральной Лабораторией, открытой при поддержке Санкт-Петербургского «Института клинической медицины и социальной работы им. М.П. Кончаловского» (все желающие)
- Театром Мирт (Мастерская Интегрированный Реабилитационный Театр) при ГОУ ЦРТДЮ «Свиблово», Москва (лица с физическими и ментальными нарушениями)
- Народным театром «Внутреннее зрение», Москва (люди с нарушениями зрения)
- Музыкально-драматическим театром инвалидов «ТВИн» (Творчество инвалидов), Екатеринбург и др.

Многие из данных театров и театральных студий существуют более десяти лет, что наглядно демонстрирует успешность и востребованность применения театротерапии как метода социальной реабилитации различных категорий граждан.

*Литература:*

1. *Выготский, Л.* Психология искусства. СПб., 2000. – 291 с.
2. *Капшук, О. Н.* Игротерапия и сказкотерапия. Развиваемся играя / Феникс, 2011. - 222 с.
3. «Мнимый здоровый». Театротерапия Николая Евреинова в контексте театральной эстетики воздействия Русская литерату-

ра и медицина: Тело, предписания, социальная практика: Сб. статей / Под ред. К. Богданова, Ю. Мурашова, Р. Николози. М.: Новое издательство, 2006. – с. 209-220.

4. *Строганов, А. Е.* Психотерапия на базе театральных систем Практическое руководство / Наука и Техника Серия: Мир психологии и психотерапии, 2009г. - 496 с.

5. *Фирсова, Н.Г.* Театротерапия как одна из технологий в работе по предупреждению и преодолению дезадаптации детей дошкольного учреждения.

## **ПРОФИЛАКТИКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

*к.филол.н., доцент С.В. Рымарь (S.V.Rymar)*

*Муромский институт (филиал)*

*Владимирского государственного университета*

*e-mail: svetlavr@mail.ru*

Актуальность проблемы обусловлена тем, что каждый из нас регулярно сталкивается с разнообразными проявлениями социально нежелательного поведения людей: агрессией, злоупотреблением алкоголем или наркотиками, проституцией, вовлеченностью в азартные игры, противозаконными действиями.

Проблема девиантного (отклоняющегося от социальных норм) поведения у детей и подростков вызывает живой интерес у психологов, врачей, педагогов, работников правоохранительных органов, социологов, философов. Данная тема носит междисциплинарный и дискуссионный характер.

Рост несовершеннолетних и молодежи с девиантным поведением в современном мире - одна из самых актуальных социальных проблем. Не менее значима она и для общества, вступившего в период глобальных социокультурных, экономических и политических перемен, которые привели к изменению ценностных ориентаций в общественном и индивидуальном сознании. Отсутствие стабильности, усиление деструктивных аспектов в общественной жизни, обострение социальных противоречий, утрата жизненных смысловых идеалов - явления, характерные для всех переходных эпох в истории человечества

- благодатная почва для роста подростков с девиантным поведением.

Современными психологами подмечено, что проблемы девиантного поведения и исследование психологических аспектов этого явления имеют свою динамику, определяемую далеко не однозначными условиями жизни и воспитания. Процессы разрушения родительской семьи, сопровождающиеся существенными изменениями традиционных отношений по воспитанию несовершеннолетних; противоречия между субъективным стремлением подростков к самостоятельности и объективным сужением ее реальных границ при помощи мер, применяемых институтами социализации (семьей, школой и другими); противоречия между духовными и материальными потребностями подростков, их родителей и реальными возможностями их удовлетворения - все эти процессы и явления применительно к подросткам создают условия для их жизни и тем самым могут способствовать поведенческим девиациям.

Следовательно, проблема заключается в том, что, с одной стороны, происходит увеличение числа подростков с девиантным поведением и отсутствием основ профилактики, а с другой, это привело к поиску мер по профилактике девиантного поведения подростков.

Исследуемая проблема девиации относится к категории сложных и многомерных явлений. Изучая сущность и природу отклонений, ученые в качестве основы девиации рассматривали наследственные и биологические состояния человека (Э. Кречмер, Ч. Ломброзо, Г. Уткни, У. Шелдон и др.), внутриличностные психологические противоречия и конфликты с ближайшим социальным окружением (Г. Кэплан, Г. Гард, З. Фрейд).

Формирование личности подростка и проблемы отклоняющегося поведения в молодежной среде исследовалась такими зарубежными и отечественными учёными, как: У. Амос, Г. Пирсоне, В.Т. Лисовский, В.С. Собкин, В.П. Соколова и др.

Получили развитие отечественные психологические и педагогические исследования девиации в трудах Д.В. Колосова, А.С. Макаренко, У.С. Меньшикова.

Научная новизна представленной работы заключается в том, что в процессе исследования была сформулирована мо-

дель, определяющая способы профилактической деятельности девиантного поведения подростков в системе образовательного учреждения.

Нами были рассмотрены подростки с девиантным поведением как объект деятельности специалиста социальной работы, выявлены проблемы и причины возникновения девиантного поведения, проанализированы особенности социально-психологической профилактики девиантного поведения подростков.

Проведенный анализ литературы показал, что социально-психологическая профилактика включает в себя два компонента: диагностический и коррекционный.

Диагностический компонент системы профилактики включает в себя опросники, которые являются наиболее распространенным методом изучения личностных черт.

Коррекционный компонент системы социально-психологического сопровождения включает в себя следующие подходы: лекторий для родителей по профилактике девиантного поведения; использование элементов АРТ-терапии; использование функциональной музыки в учебно-воспитательном процессе.

В рамках профилактической деятельности девиантного поведения нами была разработана теоретическая модель, также мы разработали анкету с целью выявления готовности специалистов работать с детьми с девиантным поведением.

Проведен анализ деятельности МОУ СОШ № 7 г. Муром по профилактике девиантного поведения подростков.

В рамках учреждения системы образования деятельность, направленная на профилактику девиантного поведения подростков, осуществляется социальными педагогами совместно с педагогическими работниками образовательного и других учреждений, семьей и общественными организациями.

В современной российской школе преобладающим видом профилактики девиантного поведения подростков является ранняя профилактика, включающая в себя предупреждение и коррекцию.

Можно выделить следующие направления деятельности социального педагога по предупреждению девиантного пове-

дения подростков: ранняя диагностика подростков, относящихся к «группе риска»; изучение их социальных проблем, условий возникновения и разрешения с учетом возможностей образовательного учреждения; учет педагогически и социально неблагополучных семей; организация взаимодействия и преемственности в воспитательно-профилактической работе всех субъектов социально-педагогической деятельности, установление контактов и взаимодействий с комиссией по делам несовершеннолетних и отделом по профилактике правонарушений несовершеннолетних; организация консультационно-разъяснительной работы с родителями, педагогами; мобилизация воспитательного потенциала среды, организация работы по нейтрализации, переориентации группового общения социально и педагогически запущенных подростков; разработка программ индивидуально-профилактического воздействия на подростков, склонных к асоциальному поведению, и окружающую их среду с учетом имеющихся форм и методов, результативности их применения; организация жизнедеятельности школьного коллектива, в процессе которой происходит развитие у воспитанников общественно значимой и творческой активности, нравственно волевых и гражданских качеств; развитие системы правового образования учащихся.

В рамках нашего исследования мы выяснили у специалистов, работающих с детьми, имеющих девиантное поведение, что чаще всего специалисты сталкиваются с агрессивным поведением (83%), намного меньше - с зависимым поведением (33%).

По итогам опроса определяются следующие виды групп детей отклоняющегося поведения: отрицательное отношение к учебе (72%), драки, нанесение телесных повреждений (55%), курение (50%), хулиганство (33%), унижение других (27%), употребление алкоголя (22%).

Программа профилактической деятельности в образовательном учреждении осуществляется на двух уровнях: первичная и вторичная профилактики.

Первичная профилактика осуществляется в рамках развития культуры класса (и школы) и формирования нормативных



просоциальных групповых процессов в классе как социальной группе.

Задача этого направления - организовать культурные и групповые процессы в классе, опережающие возможные кризисы в групповых отношениях и аномальные групповые процессы во внешкольной среде («уличные» и асоциальные группы). Специалисты в рамках данного направления используют меры включения трудного ребенка в работу школьных кружков и секций (77%).

У родителей необходимо формировать более «взрослые» (развивающие) технологии воспитания (совместные деятельности, решение ситуаций на самостоятельность, на смысл). Также классный руководитель совместно с социальным педагогом и психологом школы проводят родительские собрания, посвященные проблеме девиантного поведения (44%).

Вторичная профилактика осуществляется в отношении типичных аномально протекающих кризисов развития детей.

Проанализировав деятельность школы по профилактике девиантного поведения подростков, мы выделили первичную, вторичную и третичную профилактику, то есть систему мер, направленную на устранение причин, способных вызвать асоциальное поведение несовершеннолетних, и последующее осуществление процесса ресоциализации дезадаптированных подростков.

На основе данного анализа нами были разработаны практические рекомендации специалистам образовательных учреждений, работающих с девиантными детьми и подростками. Указанные рекомендации включают профилактическую и коррекционно-психолого-педагогическую деятельность, что является составной частью того социально-педагогического процесса, который направлен на:

- выявление девиантных подростков, диагностику причин и условий их отклонений в развитии и поведении;
- определение своеобразия формирования их личности и особенностей взаимоотношений со сверстниками и взрослыми;
- разработку общепедагогических мероприятий и специальных мер по предупреждению и преодолению негативных тенденций в развитии и формировании личности подростка.

Таким образом, рассмотрены сущность, содержание отклоняющегося поведения подростка и причины его появления, а также основные направления социально-педагогической работы по предупреждению и преодолению отклонений в поведении подростков. Можно предположить, что успех в деле предупреждения и преодоления отклоняющегося поведения подростков во многом зависит от того, в какой степени будет реализовываться разработанная нами теоретическая модель. Также необходимо создание системы, охватывающей семью, образовательные учреждения, административные органы, государственные и негосударственные центры по работе с детьми и подростками, ориентированные на заботу о детях, на их воспитание, предупреждение и преодоление отклоняющегося поведения.

*Литература:*

1. Павленок, П.Д. Технологии социальной работы в различных сферах жизнедеятельности // Уч. пособие - 2-е издание, переработанное и дополненное. - М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2006. - 596 с.

## **ПРОБЛЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ**

*к.пед.н., доцент А.А.Сафина (A.A. Safina)\**

*студентка И.И.Абдрахманова (I.I.Abdrahmanova)\*\**

*Казанский национальный исследовательский  
технологический университет*

*\*e-mail: caf-ala@mail.ru*

*\*\*e-mail: abdrakhmanova.ilsiya@ya.ru*

Учитывая неутешительную мировую и российскую статистику детской инвалидности, социальная реабилитация детей приобретают особое значение. Проблемы организации социальной реабилитации имеют многоплановый характер и во многом зависят от того о каком виде реабилитации, характере инвалидизирующей патологии ребенка вести речь. Данная статья посвящена рассмотрению проблем организации реабилитации детей с нарушением слуха и перспектив их разрешения.

Число людей с нарушением слуха в России превышает 13 млн. человек, в том числе более 1 млн. - это дети. На 1 000 нормальных родов приходится один ребенок с полной глухотой, у двух глухота развивается в течение первого года жизни. Среди новорожденных, находящихся в палатах интенсивной терапии и среди недоношенных детей с массой тела при рождении менее 2 кг частота встречаемости тугоухости значительно увеличивается и составляет около 15-20 детей на 1 000 новорожденных.

В мире используются различные методики реабилитации детей с нарушением слуха. В середине прошлого века в Хорватии был разработан верботональный метод реабилитации глухих детей. Сегодня по верботональному методу работают более 500 реабилитационных центров в 40 странах мира, его эффективность подтверждена более чем пятидесятилетней историей. С 1990 года метод применяется и в России. У верботонального метода есть два принципиально важных преимущества перед теми методами, которые используются в отечественной коррекционной педагогике с советских времен. Во-первых, процесс реабилитации глухих детей проходит гораздо быстрее, к тому же благодаря современной и качественной хорватской аппаратуре дети учатся слушать и говорить в очень комфортных условиях. Во-вторых, достигнутые результаты хорошо закрепляются, поскольку, говоря профессиональным языком, «формируется слуховая картинка в коре головного мозга». Если в обычной школе ребенка в течение года научили произносить те или иные звуки или фразы, после летних каникул приобретенные навыки могут исчезнуть. Верботональный метод, как правило, позволяет сохранить навыки, приобретенные в ходе реабилитации, на всю жизнь.

Сторонники верботонального метода исходят из того, что слуховой и речевой центры у глухого ребенка сохранены (детей с абсолютной глухотой практически нет), и нужно сделать так, чтобы они заработали. Основной принцип верботонального метода заключается в том, что ребенок с нарушенным слухом должен пройти те же стадии формирования речи, что и слышащий. Ребенок учится слушать всем телом (для этого используется «вибротактильная доска», сидя на которой можно воспри-

нимать звуки всем телом), через все органы чувств, через вестибулярный аппарат и пр. Результаты реабилитации детей с нарушением слуха с использованием верботонального метода впечатляют. Глухие дети отличаются звонкими, природными голосами, речь их слитная, внятная, интонационно окрашенная.

Метод получил широкое признание и распространение во всём мире. К сожалению, специалистами России, данный метод стал использоваться совсем недавно. Но уже и сейчас можно говорить о положительных результатах. В России 11 учреждений используют в своей работе верботональный метод, есть специалисты, прошедшие полный курс обучения в Центре «СУВАГ» (Загреб) и получившие международный сертификат на право преподавания данного метода.

Еще одной известной методикой, применяемой в реабилитации детей с нарушением слуха является билингвистическое обучение. Система билингвистического обучения разработана в 80-е годы XX века. Как государственная политика для детей с нарушениями слуха принята в Дании, Литве, Норвегии, Швеции, применяется в Великобритании, Германии, Франции, США, Эстонии и др. В России билингвистическое обучение осуществляется с 1992 в Московской билингвистической гимназии для глухих детей.

Билингвистическое обучение включает обучение национальному словесному языку и национальному жестовому языку глухих как двум равноценным средствам образовательного процесса. Концепция билингвистического обучения исходит из признания права глухих людей, как членов особого культурно-лингвистического микросоциума, получать образование на жестовом языке, который рассматривается как самостоятельный естественный язык, играющий важную роль в коммуникативной и когнитивной деятельности глухих. Педагогическая среда словесно-жестового двуязычия считается наиболее благоприятной для социального и эмоционального развития глухого ребёнка, получения полноценного образования.

Начиная с 2008 года, в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье», в России осуществляется универсальный аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни с использованием специального обо-

рудования и современных методик. Их целью является своевременное выявление нарушений слуха и оказание медицинской помощи. Существует также президентская программа «Дети России» (Целевая программа «Дети-инвалиды») и единая система раннего выявления нарушений слуха у новорожденных в родильных стационарах и детских поликлиниках (в рамках реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и приказа Минздравмедпрома России № 108 от 23.03.96 г. «О введении аудиологического скрининга новорожденных и детей 1-го года жизни»). Согласно данным программам в субъекты РФ осуществляется поэтапная поставка специализированного оборудования для обеспечения проведения универсального аудиологического скрининга. Все родовспомогательные учреждения с коечным фондом более 50-70 коек оснащаются соответствующими приборами. Однако, несмотря на столь благие намерения, анализ возрастной характеристики детей на момент постановки диагноза в сурдологопедических кабинетах регионов России показывает, что диагностика тугоухости и глухоты проводится несвоевременно: дети до года составляют лишь 5% от общего числа обследованных; от 1 года до 3 лет – 14%; около трети детей (28%) берется на диспансерный учет в возрасте от 3 до 7 лет; у 30% детей нарушение слуха выявляется в возрасте от 7 до 14 лет; от 14 до 18 лет – у 23%. Подобная ситуация дает неуклонный рост инвалидизации населения по слуху, которая достигает до 9 % от общего числа детей инвалидов.

Еще одной проблемой является нехватка соответствующих специалистов. Например, сегодня в России всего 900 сурдопереводчиков. На каждого из которых приходится 100 тыс. глухих и 200 тыс. слабослышащих людей, когда нормой является 50. И существует всего один учебный центр, готовящий переводчиков, - в городе Павловске под Санкт-Петербургом. Из-за недостатка специализированных детских садов и школ среди глухих много тех, кто вообще не владеет языком жестов. На всю Россию для людей с ограниченными возможностями есть только пять высших учебных заведений, четыре из них - в Москве. Так, для слабослышащих открыты двери Московского государственного областного университета, ведут прием Уни-

верситет им. Баумана, Московский государственный педагогический университет, Государственный специализированный институт искусств.

Большая проблема стоит у глухих с проведением досуга. Всего на трех общероссийских каналах есть новости с субтитрами. Только два канала делают передачи со скрытыми субтитрами - Первый и ТВ-центр. Чтобы решить хоть часть проблем, необходимо принять Федеральный Закон о придании официального статуса жестовому языку. В мае 2006 года в Совете Федерации уже прошло совещание по этому поводу, где рассматривались вопросы, связанные с разработкой федерального закона о внесении изменений и дополнений в федеральные законы «О языках народов России» и «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации». К сожалению, данный вопрос так и остается пока открытым. Во многих странах мира, например, в Бразилии, Венесуэле, Греции, Португалии, Финляндии, Чехии, ЮАР, национальные жестовые языки уже приняли официальный статус.

Таким образом, можно обозначить следующие направления повышения эффективности реабилитации детей с нарушением слуха.

1) Достаточное финансирование программ социальной реабилитации преимущественно из средств федерального бюджета. Сейчас основное финансирование реабилитационных программ для глухих и слабослышащих детей предполагается из региональных бюджетов. На местах подчас не имеется средств для оказания существенной помощи глухим и слабослышащим детям. Именно поэтому финансирование из федерального бюджета государственных программ, призванных обеспечить социальные гарантии глухих и слабослышащих детей, поможет решить проблемы реабилитации детей с нарушением слуха.

2) Своевременное проведение универсального аудиологического скрининга среди детей.

3) Увеличение количества образовательных и реабилитационных учреждений для детей с нарушением слуха.

4) Придание в нашей стране жестовому языку официального статуса.

5) Создание оптимальных условий для проведения социокультурной реабилитации слабослышащих детей, включая адаптацию городской инфраструктуры, культурных, спортивных и образовательных учреждений, средств массовой информации к особым потребностям детей с нарушением слуха.

6) Дальнейшее проведение детям кохлеарной имплантации. Имплантирование, применение многоканального кохлеарного импланта в нашей стране технология относительно новая. За рубежом подобная операция ребенку школьного возраста впервые была произведена в 1985 году. У нас первый глухой подросток был прооперирован в 1995 году. Ещё через два года кохлеарную имплантацию детям дошкольного возраста начали проводить в Санкт-Петербурге, а с 2000 года и в Москве. Особое ускорение процесс приобрел несколько лет тому назад. В 2008 году Правительством Российской Федерации по Федеральной программе были выделены средства на приобретение 200 систем кохлеарной имплантации, а в 2011 году уже на 1400, то есть в семь раз больше.

Кохлеарный имплант – это медицинский прибор, позволяющий вернуть слух некоторым пациентам с выраженной или тяжелой потерей слуха. Именно кохлеарная имплантация является важнейшим высокотехнологичным и единственно возможным высокоэффективным методом реабилитации детей с врожденной глухотой. За короткий срок, прошедший с первой успешной операции (1978г.), данная технология зарекомендовала себя как самый эффективный метод реабилитации. Изобретение новейшего метода помощи не просто привело к отказу от аналоговых слуховых аппаратов, но и к обретению возможности улучшить слуховое восприятие глухих.

Результаты кохлеарной имплантации значительно превосходят результаты традиционного слухопротезирования, даже с использованием самых современных слуховых аппаратов. Особенно поразительные результаты отмечаются у детей младшей возрастной группы от одного года до двух лет. Практически у всех детей через 12-18 месяцев, при соответствующей реабилитационной поддержке, появляется фразовая речь, а к пяти годам они по уровню развития устной речи практически не отличаются от своих слышащих сверстников.

7) Использование в специализированных учреждениях для детей с нарушением слуха передовых технологий, средств и подходов к реабилитации.

*Литература:*

1. Верботональный метод реабилитации детей с нарушениями слуха и речи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.varrel.net/index.php?option>.
2. *Головчиц, Л.А.* Психолого-педагогическая характеристика дошкольников с недостатками слуха, имеющих комплексные нарушения развития / Л.А. Головчиц // Дефектология. – 2008. – №1. – С.27–33.
3. *Малофеев, Н.Н.* Кохлеарная имплантация (Что должен знать родитель, принимающий решение об имплантировании ребенка с нарушенным слухом) / Н.Н.Малофеев // Воспитание и обучение детей с нарушением развития. - 2013.- № 1. - С.3-4.
4. Неонатальный аудиологический скрининг [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sluhizrenie.ru/shirina-pub-5.htm>.
5. Основные проблемы реабилитации детей с ограниченными возможностями по слуху и пути их решения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://ligasluha.ru/index.php?option=com\\_content&task=view&id=949](http://ligasluha.ru/index.php?option=com_content&task=view&id=949).

**ФОРМИРОВАНИЕ ДЕЕСПОСОБНОСТИ ЛИЧНОСТИ В  
ТЕХНОГЕННОМ ОБЩЕСТВЕ И ВЗГЛЯД НА  
ВОЗМОЖНОСТИ ЕЁ РЕШЕНИЯ**

*к.с.н., доцент А.Ю. Солнышков (A.Yu.Solnyshkov)  
Московский гуманитарный университет  
e-mail: al\_sol@list.ru*

Современная цивилизация порождает общество, в котором практика жизнедеятельности изменяется значительно быстрее, чем общественное сознание вырабатывает представления о нормальных, экологически приемлемых способах взаимоотношений человека с новыми реальностями техногенной среды. Это приводит к тому, что традиционные представления о «нор-



мальных» способах жизни подвигают индивида на способы действий, не соответствующие новым условиям. Это нередко приводит к нанесению ущерба организму, психике, дееспособности человека. Проблема формирования умений корректно организовывать собственную жизнедеятельность в современном техногенном, информационном, социально ориентированном обществе становится проблемой углубленного познания законов человеческой природы и формирования технологий обучения, основанных на использовании этих законов. И такие технологии приобретают (во всяком случае, в текущем промежутке времени) свойства ре- и абилитационных технологий потому, что их применение позволяет «вернуть» освоившего новые умения человека к нормальному качеству жизни в новых цивилизационных условиях.

Прогресс техники приводит к тому, что в единице материальных ценностей содержится всё меньшее количество рабочего времени человека. В результате человек получает возможность не работать «ради куска хлеба», вообще же труд перестает быть необходимым условием индивидуального выживания для значительной части населения экономически развитых стран. Вероятно, такая тенденция сохранится и усилится. Гуманитарным следствием этого становится необязательность для индивида наличия у него умений организовывать себя на созидательную деятельность и умений рационально встраивать труд в процесс своей жизнедеятельности.

Следовательно, при возможности для неработающего получать средства к существованию, актуальной (ре)абилитационной проблемой становится формирование у человека желания и умений осуществлять созидательную, общественно-полезную деятельность так, чтобы его личностные ресурсы расходовались рационально, сам процесс труда приносил максимальное удовлетворение, а социальное вознаграждение соответствовало как общественной полезности сделанного, так и притязаниям деятеля.

Информационное общество погружает человека в поток сведений «обо всём». Взаимодействие с ними занимает столько времени жизни человека, сколько он сам захочет или сколько сможет выделить. «Крайним» ограничивающим фактором в та-

кой ситуации могут стать пределы выносливости организма. Возникает проблема формирования индивидуального критерия отбора только нужных сведений в потоке сведений «вообще», а также умения применить этот критерий и выйти из информационного потока, когда нужные сведения уже получены, а поток «зовет» погружаться дальше.

Представляется уместным предложить здесь вариант формулировки понятия «информация» с тем, чтобы это понятие можно было использовать, подобно «лезвию Оккама», при отделении информации от неинформации. Информация, с точки зрения субъекта, лишь такие сведения, которые помогают оптимизировать его умственную информационную модель соотношения со средой таким образом, чтобы эта модель давала субъекту возможность с ещё лучшим качеством смоделировать и, следовательно, исполнить деятельность по удовлетворению его актуальной потребности. Отметим, что актуальная потребность – не обязательно та, на удовлетворение которой направлена текущая деятельность (здесь проявляется абилитационная проблема выработки умения выбирать между «срочным» и «важным»).

При принятии такого определения, сведения, не отвечающие условию оптимизации умственной модели актуальной для субъекта деятельности, «здесь и сейчас» информацией не будут. Если же субъект, приняв такие сведения, меняет информационно-поисковую деятельность, соответствующую его актуальной потребности, на новую, не (столь) актуальную и значимую для него и включается в процесс «поглощения» этих сведений, уместно такие сведения обозначить категорией «информационный мусор». Субъект, систематически поглощающий подобные сведения, приобретает свойства аддикта. Умение отделять информацию от неинформации в потоке сведений и умение не отвлекаться на взаимодействие с «информационным мусором» – важные умения, требующие, вероятно, специального формирования в рамках массовой социально-(ре)абилитационной работы.

Социально ориентированное государство на настоящем этапе его развития стремится обеспечить тех граждан, которые не в состоянии самостоятельно обеспечить себя необходимыми

ресурсами, некоторым «нормальным» количеством социальных благ. Среди адресатов помощи оказываются не только те, кто по своему физиологическому состоянию не могут создавать общественные блага, вознаграждение за которые в достаточной мере удовлетворило бы потребности человека. Здесь оказываются и те, кто потенциально могут себя успешно обеспечивать, но реально делать это не в состоянии, так как не умеют целенаправленно себя на полезную деятельность и удерживать себя в этой деятельности до достижения полезного результата. Социально-(ре)абилитационная работа со второй категорией людей имеет целью не обеспечение их лишь средствами существования, но выработку умений трудиться и создавать вознаграждаемые обществом блага.

Вышеназванные условия ставят перед реабилитационной работой проблему создания технологий, обеспечивающих формирование дееспособности человека, достаточной для его социальной адаптированности в техногенном, информационном, социально ориентированном обществе. Вероятно, для этого недостаточно общего и профессионального образования. Вероятно, требуется особый вектор обучения, направленный на формирование у личности комплекса умений по организации своей жизнедеятельности не как «продвинутого потребителя» благ технической цивилизации, но как успешного созидателя (в том числе, «вопреки» предоставляемым благам) значимых общественных ценностей.

Но пытаясь «вычислить» состав «комплекса» полезных умений, мы почти наверняка впадём в релятивизм и/или в попытки скомпилировать искусственный универсум из всего, что когда-либо было признано полезным. Этот путь бесперспективен. И с другой стороны, эволюционное усовершенствование частых эффективных технологий «само по себе» не приводит к синергетическому выстраиванию их в целостную систему. Чтобы решить эту задачу, требуется понять, «как» и «что» целесообразно отбирать в процессе создания такой технологии. Помочь в движении к пониманию этого могла бы теория функциональных систем (ТФС) П.К. Анохина.

Обратимся к её основной категории. «Функциональной системой» можно назвать только комплекс таких избирательно

вовлеченных компонентов, у которых взаимодействие и взаимоотношения принимают характер взаимодействия компонентов для получения фокусированного полезного результата» (Анохин, 1975: 35). Фокусированный – предвиденный в виде цели, которая есть информационный эквивалент результата (см.: Александров, 2003: 43) и системообразующий фактор деятельности (см.: Анохин, 1975: 35 - 36). Полезный результат – результат, отвечающий «двойному условию» - он и повышает самоустойчивость ФС, и обеспечивает результативность функционирования деятеля в качестве компонента (в данном случае – социальной) надсистемы (см.: Анохин, там же).

В ТФС самоустойчивость понимается как адаптированность и способность адаптироваться к предвиденному будущему соотношению организма со средой (см.: Александров, 2003: 44, 49–51, 75). При этом адаптированность к текущему соотношению оказывается частным следствием адаптированности к будущему соотношению. Для человека полезными результатами оказываются такие его деяния, которые одновременно и несут благо для других людей (поэтому вознаграждаются ими), и совершенствуют его дееспособность, его умения. Оценивание результатов жизнедеятельности человека с этой точки зрения позволяет в любой момент «увидеть» уровень его деятельностной состоятельности.

Представляется обоснованным универсальными составляющими дееспособности считать компоненты ФС, которые также являются и компонентами любого единичного акта деятельности (см.: Безденежных, 2004: 7 - 11). Вот эти компоненты: а) умственная деятельность по принятию решения на действие «что делать, как делать, когда делать», б) внешняя деятельность по исполнению принятого решения. В составе принятия решения соотнесение актуальных потребностей, наличествующих умений и возможностей внешней ситуации; формирование цели - информационного эквивалента будущего результата; уяснение параметров цели; формирование механизма сравнения параметров цели с параметрами будущего результата; формирование программы (информационной модели, плана) внешней деятельности (см.: Анохин, 1975: 33 - 60).

Внешняя деятельность, а с ней и единичный акт деятельности завершается, если достигнуто достаточное совпадение параметров результата с параметрами цели. Если же оно недостаточное, внешняя деятельность приостанавливается, и деятель также начинает новый аналогичный по составу акт деятельности, содержание которого обусловлено не (вполне) удачным результатом предыдущего акта. Обычно в нём на этапе принятия решения вырабатывается корректирующая деятельность, но среди возможных вариантов решения: и отказ от удовлетворения потребности, и смена внешней ситуации, и переход к совершенствованию оказавшихся недостаточными умений, или какие-либо сочетания этих вариантов.

Знание о покомпонентном содержании акта деятельности позволяет как тестировать целостность и качество дееспособности конкретного человека, так и комплексно подходить к его реабилитации, имея в виду, что до формирования у него умений исполнять каждый компонент акта деятельности и умений исполнять их «все вместе» в актуальной и проблемной для него сфере деятельности, он остается не полностью дееспособным и нуждается в (ре)абилитации.

#### *Литература:*

1. *Александров, Ю. И.* Введение в системную психофизиологию / Психология XXI века; под ред. Дружинина В.Н. М. : Пер Сэ, 2003. – 863 с.
2. *Анохин, П. К.* Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. - 447 с.
3. *Безденежных, Б. Н.* Психофизиологические закономерности взаимодействия функциональных систем при реализации деятельности : Дис. ... д-ра психол. наук : 19.00.02 : защищена 30.12.04: утв. 15.03.05 / Безденежных Борис Николаевич. - М., 2004. - 292 с.

## **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ НАВЫКОВ**

*магистрант А.Г.Солодкова (A.G.Solodkova)\**

*научный руководитель – д.п.н., профессор М.И.Надеева (M.I.Nadeeva)\*\**

*Казанский национальный исследовательский  
технологический университет*

*\*e-mail: solod-nastya@yandex.ru*

*\*\*e-mail: marina\_nadeeva@bk.ru*

По статистике в РФ насчитывается около двух миллионов детей с физическими и интеллектуальными недостатками, что составляет почти 5% детской популяции. По данным Всемирной организации здравоохранения более 3% от общей детской популяции составляют умственно отсталые дети.

Следует отметить, что история отношения общества к умственно отсталым лицам претерпела значительную эволюцию от негативно-брезгливого до гуманистического, допускающего интеграцию данной категории людей в общество.

Умственно отсталым называют такого ребенка, у которого имеется стойкое нарушение познавательной деятельности вследствие органических повреждений головного мозга.

Исследованием проблем воспитания, развития и обучения детей с умственной отсталостью занимаются различные науки: специальная психология, специальная коррекционная педагогика, олигофренопедагогика, дефектология и др.

Преобладающее большинство умственно отсталых детей составляют те, у которых умственная отсталость возникла вследствие различных органических поражений, главным образом наиболее сложных и поздно формирующихся мозговых систем, в период до развития речи (до 2 - 3 лет). Это так называемые дети-олигофрены (от греческого - малоумный). Данный термин был предложен немецким психиатром Э. Крепелином в начале XX века для обозначения группы аномалий развития, особенностью которых является тотальное психическое недоразвитие.

Важное место в комплексе составляющих компонентов подготовки умственно-отсталых детей к интеграции в социальную среду занимают вопросы их социальной реабилитации.

Социально-реабилитационная деятельность - сравнительно новая область профессиональной деятельности, возникшая как одно из направлений в системе комплексной реабилитации детей с отклонениями в развитии. Основная ее задача - обеспечить подготовку таких детей к полноценной жизни в обществе.

Ребенок с умственной отсталостью нуждается в особом подходе. Чтобы эффективно управлять формированием его личности, требуются глубокие знания психологических закономерностей, объясняющих специфику развития ребенка на всех возрастных этапах. Названные закономерности изучает психология. Следовательно, психология по отношению к социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями выступает как дисциплина, составляющая ее научную основу. Без учета закономерностей психического и личностного развития ребенка социально-реабилитационная деятельность будет представлять лишь свод правил и приемов, лишенных конкретного содержания.

Для умственно отсталых детей создана специальная система обучения, состоящая из сети специальных школ, интернатов, детских домов. Все умственно отсталые дети должны обучаться не в массовых, а в так называемых вспомогательных (коррекционных) школах. Здесь они проходят важнейшие этапы социальной реабилитации в их жизни.

Главной задачей обучения и воспитания умственно отсталых детей, находящихся в специальных (коррекционных) школах, школах-интернатах, является развитие их потенциальных познавательных возможностей, коррекция поведения, привитие им трудовых и других социально значимых навыков и умений. Конечной целью обучения и воспитания является приобщение умственно отсталых лиц к доступному им общественно полезному труду и приобретение ими социального опыта. Достижение этих целей невозможно без необходимых материально-технических условий, кадрового, программного и методического обеспечения.

Что касается образования, то с семи-восьми лет умственно отсталые дети учатся в специальных (коррекционных) школах VIII вида, где обучение ведется по специальным программам на основе специального образовательного стандарта. Им также

может быть оказана помощь в центрах социально-трудовой реабилитации.

Основными задачами этих школ являются максимальное преодоление недостатков познавательной деятельности и эмоционально-волевой сферы умственно отсталых школьников, подготовка их к участию в производительном труде, социальная адаптация и социально-психологическая реабилитация для последующей интеграции в общество.

Для данных детей характерно недоразвитие познавательных интересов, которое выражается в том, что они меньше, чем их нормальные сверстники, испытывают потребность в познании, или не испытывают вообще, так как в период младшего школьного возраста у таких детей преобладает игровая деятельность. В результате эти дети получают неполные и, возможно, искаженные представления об окружающем мире.

Глядя на какой-либо объект, умственно-отсталые дети не стремятся основательно разобраться в его свойствах и особенностях; у них нет потребности всматриваться, анализировать и сопоставлять его с другими объектами; они плохо устанавливают связи и отношения между предметами или их частями. В результате восприятие и понимание окружающего оказываются упрощенными и искаженными. Поэтому важное значение имеет участие в их жизни таких специалистов как социальный педагог, психолог и др. Они должны помочь и в какой-то степени постараться облегчить войти особенным детям в реальный мир, наполненный трудностями.

Обучение в школе продолжается от восьми до одиннадцати лет. На протяжении всех лет создаются благоприятные условия для развития каждого ученика.

Большое место в специальной (коррекционной) школе VIII вида отводится воспитательной работе, целью которой является социализация воспитанников, а основными задачами - выработка положительных качеств, формирование правильной оценки окружающих и самих себя, нравственного отношения к окружающим. Специфической задачей реабилитационной работы в специальной школе является повышение регулирующей роли интеллекта в поведении учеников в разных ситуациях и в процессе разных видов деятельности.



Выпускников специальных (коррекционных) школ VIII вида стараются подготовить к жизни обычного взрослого человека в обществе: они обустривают свой быт, работают по полученной профессии, являются законопослушными гражданами своей страны. И у большинства это получается. Лишь небольшая их часть, попав в неблагоприятные социальные условия, ведет аморальный образ жизни. Иногда выпускники специальных школ-интернатов испытывают значительные затруднения в решении сложных проблем самостоятельной жизни. Юноши и девушки, оставшиеся без родителей, выйдя из стен школы, не умеют правильно распорядиться своим имуществом, не всегда в состоянии экономно рассчитать свой бюджет. Они часто становятся жертвами обмана. Необходимо длительное сопровождение выпускников специальных школ социальным педагогом так, как это осуществляется за рубежом.

Для успешной социальной реабилитации умственно-отсталых детей необходимо изучить возрастные и личностные особенности детей, выявить факторы, мешающие индивидуальному и социальному развитию ребенка, выработать коррекционные комплексные планы развития личности с учетом индивидуальных особенностей.

Диагностика отклонений в развитии основывается на знании общих и специфических закономерностей психического развития нормально развивающегося ребенка и детей с различными отклонениями в развитии.

Здесь чрезвычайно важно изучить и понять социальный профиль семьи (если она имеется), взаимоотношения детей и родственников, материальные, жилищные условия воспитанника, чтобы в дальнейшем спрогнозировать влияние родных на самостоятельную жизнь подростка, заблаговременно позаботиться о его жилищном и материальном обеспечении.

Социальному педагогу вместе с учителями и практическим психологом необходимо систематически анализировать те или иные жизненные коллизии, в центре которых может оказаться воспитанник, чтобы помочь ему найти правильные пути выхода из возможных неблагоприятных ситуаций.

Особый раздел социально-реабилитационной деятельности — влияние на содержание активных форм досуга и трудовой занятости вне учебного процесса.

На занятиях творческим трудом в занимательной форме используются доступные детям виды практической деятельности, во внеурочное время воспитываются и прививаются социально-бытовые знания, умения и навыки, необходимые для жизни. В ходе этой работы у детей формируются такие личностные качества как трудолюбие, ответственность, настойчивость, чувство взаимопомощи, желание преодолевать трудности.

Очень важно в стенах коррекционных учреждений VIII вида создать атмосферу психологической комфортности, окружить детей вниманием и заботой, обеспечить эмоционально-значимое общение, организовать комплексную социально-психолого-педагогическую помощь, направленную на стимуляцию их личностного развития и социализации.

#### *Литература:*

1. *Кащенко, В.П.* Педагогическая коррекция. – М.: Просвещение, 1994.- 170с.
2. *Холостова, Е.И.* Социальная работа с инвалидами. – М.: Просвещение, 2006.- 192с.
3. *Холостова, Е.И.* Социальная работа: теория и практика. - М.: ИНФРА-М, 2002.- 250с.

## **СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ МАТЕРЕЙ**

*Ст. преподаватель Е.С.Сироткина\* (E.S.Sirotkina)  
научный руководитель - к.с.н., доцент И.Э.Петрова\*\* (I.E.Petrova),  
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского*

*\*e-mail: sirotkinak@mail.ru*

*\*\*e-mail: irinapetrovay@yandex.ru*

Несовершеннолетние матери как группа клиентов социальной работы в настоящее время не признается специалистами по социальной работе.

Юные матери не выделяются в категорию «социально незащищенных» и не получают никаких дополнительных посо-

бий и льгот, так как это не предусмотрено в законодательстве для данной категории граждан. На сегодняшний день нет необходимой нормативной базы для оказания социальной помощи и ребенку несовершеннолетней матери, не определен и период, условия предоставления помощи этим клиентам.

Несмотря на существующие гарантии государства в сфере социальной защиты материнства и детства, на период беременности и родов женщина становится зависимой от своего ближайшего окружения, своей семьи. В случае если данной поддержки со стороны семьи нет, молодая мать оказывается в трудной жизненной ситуации.

Авторы выделяют следующие психологические, социальные, юридические проблемы и трудности матерей до восемнадцати лет, в том числе специфические: получение образования; жилищные проблемы; материальные проблемы; конфликты; маргинальный статус в качестве клиентов социальных служб [1; 2; 3], одиночество, отсутствие свободного времени и стигматизация со стороны общества [2, с. 173-175].

В 1990-е гг. наблюдался рост количества подростковых беременностей и родов, стала актуальной проблема социальной работы с несовершеннолетними матерями. Проблема раннего материнства стала изучаться отечественными исследователями. Т.В. Бердникова, В.И. Орел, И.П. Каткова [1; 4; 5] акцентировали внимание на необходимости разработки и внедрения целевых программ социальной реабилитации несовершеннолетних матерей. Н.Ф. Басов предлагает в качестве одного из возможных путей оказания помощи несовершеннолетним матерям – социальную реабилитацию. По его мнению, особое внимание следует уделить именно психокоррекционной работе. С 1990-х гг. была признана необходимость государственной поддержки юных матерей. Кроме того, понималась важность разработки программ оказания помощи для социальной реабилитации и адаптации несовершеннолетних матерей [6].

В настоящее время в России и за рубежом существуют программы, включающие оказание помощи юным женщинам с детьми в государственных, некоммерческих и религиозных организациях («Саша Брюс» («Sasha Bruce Youthwork»), Детский фонд («ChildFund»), «Понимание» («Insights»), «Маленькая ма-

ма» международной некоммерческой организации «Кидсейв Интернейшнл», «Дом второго шанса» («Second Chance Homes»), («Временная помощь нуждающимся семьям» (TANF) и другие).

Например, в отделении «Маленькая мама» ГБУ «Кризисный центр помощи женщинам» в г. Санкт-Петербурге специалисты проводят работу по реабилитации несовершеннолетних матерей и адаптации их к новым условиям.

На базе отделения «Маленькая мама» проводится поэтапная социальная работа с юными воспитанницами: первичное обследование, заключение договора, разработка индивидуального плана реабилитации, заключительный консилиум, социальный патронаж. Основными формами социальной адаптации и реабилитации воспитанниц в отделении является круглосуточный стационар, социальный патронаж. Таким образом, реабилитацией несовершеннолетних матерей и адаптацией их к новым условиям занимаются в специализированных центрах. В них оказывают социальную, педагогическую, юридическую и медицинскую помощь несовершеннолетней матери и ее ребенку. Однако подобные проекты единичны в России, поэтому несовершеннолетние матери на периферии практически лишены права на социальную помощь, поддержку.

В настоящее время разработаны технологии социальной работы по адаптации и реабилитации девушек, ставших матерями до совершеннолетия, и их детей в социальных приютах. В связи с этим целесообразно открыть службы помощи несовершеннолетним родителям и их семьям на базе существующих государственных учреждений социального обслуживания семьи и детей. Для реабилитации несовершеннолетних мам, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в существующих учреждениях социального обслуживания семьи и детей оборудовать помещение для проживания матери и ребенка.

В случае выявления семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, а также несовершеннолетних матерей, адаптация которых затруднена из-за возникающих острых социально-педагогических проблем, необходимо организованное социально-педагогическое сопровождение и координация усилий

всех служб, взаимодействующих с молодой матерью, по оказанию социально-педагогической помощи и реабилитации.

В качестве рекомендаций по совершенствованию социальной работы с данными клиентами предлагаем:

Во-первых, принять необходимые нормативно-правовые документы для осуществления равного доступа данной категории граждан к социальным услугам (ресурсам).

Во-вторых, в связи со случаями дискриминации, стигматизации, давления на несовершеннолетних матерей в медицинских и социальных учреждениях рекомендуем при обучении и повышении квалификации данных специалистов вводить курсы по этике с целью устранения существующих стереотипов в вопросах оказания помощи несовершеннолетним матерям.

В-третьих, важное направление социальной работы с несовершеннолетними девушками – консультирование специалистов в случае нежеланной беременности, выявление несовершеннолетних матерей и оказание им помощи, поддержки, реабилитации.

В-четвертых, в случае рождения ребенка несовершеннолетней девушкой важно выявлять и ставить на учет такие семьи. Это возможно, если органы здравоохранения (женские консультации, роддома, детские поликлиники) будут предоставлять данные в социальные учреждения.

Важно внедрять проекты, программы по оказанию помощи несовершеннолетним матерям (в том числе по грантам); осуществлять меры по профилактике отказов от детей (исключение социального сиротства, девиантного материнства), налаживанию детско-родительских отношений и т.д. Областным учреждениям, центрам помощи семье и детям, реабилитационным центрам и др. разрабатывать проекты и программы (в том числе применять зарубежный опыт) по работе с несовершеннолетними матерями. Целесообразно адаптировать и применить зарубежный практический опыт социальной работы с данными клиентами в России.

В-пятых, возможности социальной работы позволяют минимизировать негативные последствия ранней сексуальной активности подростков. Но сегодня специалисты по социальной работе не входят в штат школы. Необходимо ввести ставку со-

циального работника в образовательные учреждения. Данный специалист сможет оказать необходимую помощь несовершеннолетней матери (консультации, семейная терапия и т.д.) в школе. Рекомендовать Институтам повышения квалификации педагогов, специалистов сферы воспитания и социальной защиты предусмотреть спецкурсы по гендерному воспитанию детей и молодежи, включающим вопрос социальной работы с несовершеннолетними матерями.

Таким образом, данные меры позволят привлечь внимание общественности к проблеме данной социальной группы и направлены в том числе на совершенствование социальной работы с ними.

#### *Литература:*

1. *Бердникова, Т.В.* Юное материнство: личностный и социальный аспекты: дис. ... канд. социол. наук: 22.00.06 / Бердникова Татьяна Вальтеровна. – Курск, 1999. – 201 с.
2. *Греченкова, Т.И.* Социальный возраст материнства: дис. ... канд. социол. наук 22.00.04 / Греченкова Татьяна Игоревна. – Саратов, 2004 – 225 с.
3. *Гурко, Т.А.* Родительство в изменяющихся социокультурных условиях/ Т.А. Гурко // СОЦИС. – 1997. – № 1. – С. 72-79.
4. *Каткова, И.П.* Медико-социальные проблемы юного материнства (программа социальной работы с юными матерями). – Москва, 1992. – 52 с.
5. *Орел, В.И.* Юные матери и их дети / В.И. Орел. Санкт-Петербург. педиатр. мед. ин-т, Науч.-исслед. центр при С-ПМИ. – Уфа, 1992. – 104 с.
6. *Социальная работа с молодежью: учебное пособие. 2-е изд./ Н.Ф. Басов.* - М.: Издательско-торговая корпорация Дашков и К°, 2009. – 328 с.

# **ТЕХНОЛОГИЯ СОЦИАЛЬНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ: РЕГИОНАЛЬНЫЙ АСПЕКТ**

*канд.пед.наук, ассистент Р.А. Тарелова (R.A.Tarelova)*

*Казанский национальный исследовательский*

*технологический университет*

*e-mail: krezed@mail.ru*

Проблема детской инвалидности в современных условиях носит многогранный и комплексный характер. К сожалению, статистика неумолимо говорит о тенденции к росту уровня хронической патологии у детей. Лишь 3,6 процента (в 2007 году - 4,3 процента, в 2008 году - 4,5 процента, в 2009 году - 3,8 процента, в 2010 году - 3,6 процента) новорожденных рождаются практически здоровыми и относятся к 1 группе здоровья. В остальных случаях дети страдают отклонениями в состоянии здоровья от пограничных форм между нормой и болезнью до различных нарушений, которые могут стать причиной инвалидности [2]. Согласно статистическим данным в Российской Федерации в 2011 году впервые признанным инвалидам в возрасте до 18 лет стали 71237 чел., что несколько ниже, чем в 2010 году [3].

В Республике Татарстан дети-инвалиды составляют 1,9 процента детского населения, что в 2012 году составило 13724 ребенка, из них в г. Казани - 3913 чел. Считается, что кроме детей, имеющих статус ребенка-инвалида, еще 7-8 процентов детей имеют ограниченные возможности, выражающиеся в неспособности к учебе, поведенческих расстройствах и других отклонениях в развитии. Значит не менее 10 процентов детей в республике нуждаются в комплексной социально-медицинской реабилитации и требуют формирования мероприятий по профилактике инвалидизирующих состояний.

Рождение в семье ребенка с ограниченными возможностями влечет за собой целый комплекс проблем. Это в первую очередь, психологические проблемы – проблемы принятия ребенка, социальной адаптации семьи под особые нужды ребенка, личностные и семейные проблемы, медицинские проблемы, проблемы материального характера и многие другие. Для оказания содействия в лечении, восстановлении и социальной

адаптации ребенка с ограниченными возможностями осуществляется работа в рамках реабилитации и социальной защиты ребенка-инвалида, социальной поддержки семьи.

В каждом конкретном случае основой реабилитации ребенка –инвалида является индивидуальная программа реабилитации. Реабилитационные мероприятия реализуются в рамках преемственности процесса между медицинскими учреждениями и социальными службами.

Сегодня все чаще в терминологии и инструментарии специалистов социальной работы звучит понятие «социального сопровождения». Социальное сопровождение определяется как эффективный способ выведения человека из трудной жизненной ситуации, это особая форма консультирования, которая является творческим партнерством, где каждый несет равную ответственность за процесс и результат. Цель социального сопровождения - открытие и использование скрытых, подсознательных резервов самого человека для решения поставленной задачи, а также формирование умений клиента в дальнейшем самостоятельно справляться с возникающими в жизни проблемами. Эта программа рассчитана на долговременное сотрудничество клиента и специалиста.

Особый характер трудной жизненной ситуации семей, воспитывающих детей-инвалидов, диктует необходимость комплексного сопровождения таких семей не только медицинскими работниками, логопедами, дефектологами, но и специалистами по социальной работе, социальными педагогами и психологами.

В основу формирования системы социального сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями в Республике Татарстан был заложен программно-целевой метод.

Основным нормативно-правовым источником стала долгосрочная целевая программа «Комплексная программа формирования системы межведомственного патронажного сопровождения по месту жительства семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье, на 2012-2014 годы», утвержденная Постановлением Кабинета Министров Республики Татарстан от 16 ноября 2012 г. N991. Основной целью Про-



граммы является создание механизма межведомственного взаимодействия по сопровождению семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье. По своей сути, она стала продолжением «Программы активного включения детей-инвалидов и их семей в социальную жизнь по месту жительства в целях улучшения качества и профилактики инвалидного стиля жизни» на 2009-2011 годы и Долгосрочной целевой программы «Раннее вмешательство по сопровождению детей раннего возраста с нарушениями развития и ограниченными возможностями в Республике Татарстан в 2009-2011 годах», целью которой являлось улучшение здоровья и качества жизни детей с ограниченными возможностями первых 3 лет жизни, интеграция их в общество, профилактика детской инвалидности и отказов родителей от воспитания детей-инвалидов. Здесь основные акценты ставились на работе с ребенком. Сегодня же Программа нацелена на работу с родителями, воспитывающими детей-инвалидов, поскольку именно они должны принимать на себя функцию «реабилитолога» в повседневной жизни. Основная идея программы сделать родителя или законного представителя полноценным субъектом реабилитации и социальной адаптации ребенка с ограниченными возможностями, тем самым обеспечить принцип непрерывности реабилитации.

Основными формами социального сопровождения семей являются служба домашнего визитирования, консультативно-обучающие кабинеты для родителей, отделения дневного пребывания, мобильные передвижные службы патронажного обслуживания на дому, лекотека, организация работы клубов взаимоподдержки родителей, воспитывающих детей с нарушениями здоровья, привлечение добровольческих объединений для организации помощи семьям.

Технология «Служба домашнего визитирования» это инновационный вид надомного оказания социальных услуг наиболее тяжелой категории из числа детей-инвалидов. Организация в семью домашних визитов (ознакомительных, обучающих) компетентных патронажных специалистов решает задачу обучения родителей как тренеров для своих детей, для обеспечения реабилитационного процесса силами родителей в естественной домашней среде.

Супревизоры и координаторы осуществляют социальную диагностику ребенка и его потребностей в развитии и обучении навыкам повседневной жизни, обсуждают с родителями возможные пути обучения ребенка, проведении развивающих занятий с парой «мама - ребенок» для обучения родителей тренерским навыкам, поддержке родителей, развитию их компетентности по обучению навыкам коммуникаций, ухода за детьми с особыми нуждами в домашних условиях, привлечении специалистов социальных служб, здравоохранения, образования к созданию доступной среды по месту жительства, предоставлении ребенку нового безопасного опыта общения с людьми. Обучение осуществляется на основе специализированных обучающих пакетов. За основу данной технологии были приняты «СВР- технологии» зарубежных моделей (США, Великобритания, Швеция). Базовые площадки по реализации указанной модели функционируют сегодня в 18 муниципальных образованиях республики.

Консультативно-обучающие кабинеты проводят постоянное обучение родителей и детей навыкам самообслуживания, развития и коммуникаций вне дома, сенсорной интеграции и другим необходимым ребенку умениям.

Отделение дневного пребывания детей с ограниченными возможностями так же является новой формой работы с указанными семьями в условиях учреждений социального обслуживания. Задачами отделения являются организация досуга детей, обучение навыкам самообслуживания, поведения, самоконтроля, общения, профориентация; работа с родителями для повышения психолого-педагогической компетентности. Основная форма - организация развивающих, спортивно-оздоровительных, анимационных, социально-адаптационных мероприятий. При отделениях в некоторых муниципальных образованиях организованы лекотеки – специально организованные пространства с различными игрушками, дидактическими материалами и игровым оборудованием для детей.

Мобильная передвижная служба патронажного обслуживания на дому призвана создать доступную среду, обеспечить мобильное удобное передвижение для семьи с ребенком с ог-

раниченными возможностями в любое учреждение муниципального района республики.

Работа клубов взаимоподдержки родителей, воспитывающих детей с нарушениями здоровья, позволяет активизировать общественную инициативу родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями, для решения проблем, связанных с детской инвалидностью, создает условия для социально-психологической и педагогической взаимопомощи родителям.

Программой предполагается участие волонтеров в жизни семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями, в качестве ассистента ребенка при необходимости, участие волонтеров в процессе развития в обществе толерантного и дружественного отношения к людям с ограниченными возможностями, проведении различных форм творческой реабилитации в виде социально-культурной анимации - праздников, фестивалей, форумов, акций.

Реализация социального сопровождения семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями в совокупности всех форм активно внедряется в 8 муниципальных образованиях Республики Татарстан (Заинск, Елабуга, Нижнекамск, Менделеевск, Бугульма, Чистополь, Набережные Челны, Казань). Работа ведется на базе комплексных центров социального обслуживания населения. Непосредственными исполнителями технологии являются специалисты по социальной работе, социальные педагоги, психологи и другие штатные специалисты.

Внедрение модели социального сопровождения на территории Республики Татарстан обозначено наличием технологического, организационно-методического, материально-технического, нормативно-правового, кадрового компонентов.

Говорить окончательно об эффективности внедрения данного направления социальной работы пока преждевременно, однако промежуточные результаты уже подтверждают его востребованность и обоснованность.

*Литература:*

1. *Холостова Е.И.* Социальная реабилитация: учебное пособие/ Е.И.Холостова, Н.Ф.Деменьтева - 4е издание - Москва: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2006. - 340с.
2. Постановление Кабинета Министров Республики Татарстан от 16 ноября 2012 г. N 991 «Об утверждении долгосрочной целевой программы «Комплексная программа формирования системы межведомственного патронажного сопровождения по месту жительства семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии и здоровье, на 2012-2014 годы»
3. Материалы Федеральной государственной статистики (<http://www.gks.ru>)

**ХУДОЖЕСТВЕННО-ТВОРЧЕСКИЕ МЕТОДЫ В  
СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ РАЗЛИЧНЫХ  
КАТЕГОРИЙ КЛИЕНТОВ: АСПЕКТЫ ТЕХНОЛОГИЗАЦИИ**

*канд.пед.наук, доцент Е.В. Терелянская (E.V. Terelyanskaya)  
Волгоградский государственный социально-педагогический университет  
e-mail: eulian@mail.ru*

Художественно-творческие методы и технологии социальной работы представляют собой результат осмысленной, исторически и культурно сложившейся интеграции знаний и практического опыта в использовании психолого-педагогических средств воздействия на личность с помощью элементов музыки и движения, театра и игры, изобразительной деятельности и т.д. Анализируя зарубежный опыт применения этих методов в социальной реабилитации различных категорий клиентов, можно отметить, что этот вид профессиональной деятельности по оказанию социальной помощи, может использоваться в реабилитационной работе с любыми категориями клиентов – подростками с отклоняющимся поведением; пожилыми; людьми с ограниченными возможностями здоровья; с детьми, оставшимися без попечения родителей и др.

Базируясь на позициях мультидисциплинарного подхода, художественно-творческие методы подразумевают способы практической деятельности субъектов социальной работы по решению проблем социальной реабилитации человека или со-

циальной группы преимущественно через средства эстетического взаимодействия. В основе этих технологий – качественное преобразование клиента или группы в процессе совместной художественно-творческой деятельности, обеспечивающей возможность для реализации внутреннего потенциала человека, активизации и обогащения его социально-личностных ресурсов.

Бент Медсон рассматривает совместную творческую деятельность специалиста и клиента в процессе решения той или иной социальной проблемы как основу технологического процесса, определяя ее как некое «третье общее, третье объединяющие», как средство реализации целей и задач художественно-творческих технологии социальной работы. В этом случае, субъект-субъектный характер взаимодействия участников технологического процесса обуславливает реализацию принципов, которые гуманистичны по своей природе и отвечают нравственно-этическим нормам социальной работы.

Уникальность художественно-творческих методов в социальной реабилитации различных категорий клиентов заключается в их многоцелевом характере. Они направлены на достижение целого ряда жизненно важных для человека реалий. К ним относятся социальная адаптация, социализация, интеграция, коммуникация и т.д. Большую ценность представляют также практические умения и навыки, дающие возможность клиенту опробовать свои силы и способности в творческой деятельности в непрофессиональной и профессиональной сферах, например в подготовке и проведении спектакля, рисовании, лепке, разработке и реализации сценария, музыкально-драматической деятельности, и т.д.

Отметим, что приоритетным является социальный эффект этих методов, выражающийся в раскрытии и активизации внутренних ресурсов клиента, что на практике позволяет реализовать основной принцип социальной работы – «помощь для самопомощи».

На сегодняшний день для теории и практики применения музыкально-драматических, изобразительных, декоративно-прикладных методов в социальной реабилитации актуальным

остаётся вопрос технологического проектирования деятельности специалиста и клиента в процессе оказания помощи.

При разработке художественно-творческих технологий социальной реабилитации, необходимо учитывать то, что художественно-творческие методы (изобразительные, музыкально-драматические, декоративно-прикладные) могут быть основными, «ведущими» в технологическом процессе, а могут играть и дополняющую роль (например, в случае с реализацией технологии социальной реабилитации людей с инвалидностью, где творческие методы встраиваются в общую систему деятельности специалистов, работающих по программе индивидуальной реабилитации).

Необходимо также понимать, что художественно-творческие методы социальной реабилитации, основываясь на общегуманистических принципах социальной работы, отражающих концептуальные положения социальной помощи различным категориям клиентов, базируются также на принципах художественно-творческого развития человека. В связи с этим можно выделить следующие принципы проектирования художественно-творческой технологии социальной реабилитации:

- Принцип оптимизма. Предполагает признание прав каждого человека, независимо от особенностей и ограниченных возможностей жизнедеятельности быть включенным в процесс оказания помощи средствами художественно-творческой деятельности.

- Принцип массового культуротворчества. Предполагает включение в процесс социальной адаптации, профилактики, коррекции, реабилитации различных представителей социальной среды, формируя, таким образом, социокультурное пространство вокруг клиента. В свою очередь, это пространство часто выступает единственной социально одобряемой альтернативой асоциальному или антисоциальному окружению клиента.

- Принцип системного подхода в разработке и реализации художественно-творческой технологии. Реабилитационный процесс, реализующийся в поле профессиональной социальной работы, сопровождается наличием взаимосвязей множества систем и подсистем. И учет основных принципов и свойств

функционирования и развития этих систем при разработке художественно-творческих технологий социальной реабилитации обуславливает эффективность решения социальных проблем клиента.

- Принцип дифференцированного (индивидуального) подхода к процессу адаптации и реабилитации в решении проблем клиентов. На основе этого принципа выстраивается вся модель оказания помощи.

- Принцип самореализации, самопознания. Заключается в наличии деятельностного подхода к участию самого клиента в процессе оказания помощи средствами художественно-творческой деятельности. В связи с этим, первый этап реализации художественно-творческой технологии социальной реабилитации должен быть направлен на формирование положительной мотивации творческой деятельности. Также важно обеспечить условия, способствующие проявлению интереса и желания клиентов участвовать в различных видах художественного творчества

- Принцип концептуальности технологии. Каждая художественно-творческая технология должна базироваться на определенных научных концепциях, которые включают философское, культурологическое, социологическое, педагогическое, психологическое обоснование достижения стоящих перед специалистом целей и задач. Выбор той или иной концепции во многом обуславливает принципы отбора тех или иных художественно-творческих методов, форм работы с клиентом.

- Принцип социальной эффективности каждой из технологий, задействованной в работе специалиста по социальной работе. Этот принцип призван гарантировать достижение определенных стандартов в оказании помощи.

- Принцип воспроизводимости, подразумевающий возможность неоднократного их применения, повторения, воспроизведения в социальных, образовательных учреждениях, работающих в направлении решения проблем социальной профилактики, коррекции, адаптации тех или иных категорий клиентов.

Наш научно-исследовательский и практический опыт социально-реабилитационной деятельности позволил определить

систему условий, позволяющих специалисту эффективно решать задачи оказания помощи при разработке и реализации художественно-творческих технологий социальной реабилитации. Среди таких условий мы выделяем:

1. Цель процесса оказания помощи (социальная реабилитация, адаптация, коррекция, социализация и др.).

2. Логическое построение содержания технологии социальной реабилитации за счет обеспечения взаимосвязи традиционных методов социальной работы с художественно-творческими методами.

3. Осуществление непрерывности, преемственности и динамичности процесса оказания помощи.

4. Планирование процесса оказания помощи средствами художественно-творческой деятельности в единстве всех компонентов, от отдельных элементов системы социальной поддержки клиента к образованию разнообразных устойчивых внутренних связей в системе социальной помощи и существованию ее как эффективной системы.

5. Диагностическое обеспечение процесса оказания помощи средствами художественно-творческой деятельности.

6. Обеспечение оптимального сочетания методов, средств, организационных форм художественно-творческой деятельности, релевантных для ситуации клиента, обуславливающих обретение клиентом ценностей и смыслов, предполагающих проявление познавательной, рефлексивной, прогностической, творческой активности, выступающей в качестве основного механизма процесса самопомощи.

#### *Литература:*

1. Атлас социально-культурных реабилитационных технологий. – М.: МГУКИ, 2002.

2. Ульянова, Е.В. Художественно-творческие технологии как средство формирования профессиональной компетентности будущих специалистов социальной работы: дис. на соиск. учен. степ. канд. пед. наук (13.00.08) – теория и методика проф. образования: защищена 25.05.2006: утв. 15.12.2006 / Ульянова Елизавета Викторовна. – Волгоград, Волгогр. гос. пед. ун-т., 2006.



3. Терелянская, Е.В. Организация театральных постановок в процессе реализации художественно-творческой технологии социальной реабилитации людей, имеющих инвалидность / Е.В. Терелянская // Художественно-творческие методы и технологии в социальной работе: материалы междунар. науч.-практ. конф. г. Волгоград, 17 – 18 октября, 2007 г. / под ред. Т.Ю. Анрущенко, Е.В. Терелянской. - Волгоград: Изд-во ВГПУ «Перемена», 2008.

4. Терелянская, Е.В. Художественно-творческие технологии социальной работы: аспекты профессионально-трудовой реабилитации молодежи с ограниченными возможностями здоровья / Е.В. Терелянская // Профессионально-трудовая и социально-бытовая реабилитация молодежи старше 18 лет с ограниченными возможностями здоровья: проблемы и поиск путей их решения: материалы Всероссийской науч.-практ. конференции, 24-26 сентября, гор. окр. – гор. Волжский, 2009.

## **СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПОСРЕДСТВОМ ГЕРОНТООБРАЗОВАНИЯ**

*студентка Н. В. Трифонова\* (N.V. Trifonova)*

*научный руководитель – к.ф.н., доцент Л.Э. Панкратова\*\**

*(L.E. Pankratova)*

*Российский государственный*

*профессионально педагогический университет*

*e-mail\*: [nadjushatri@rambler.ru](mailto:nadjushatri@rambler.ru)*

*e-mail\*\*: [l.pankratowa2011@yandex.ru](mailto:l.pankratowa2011@yandex.ru)*

Одна из тенденций, наблюдаемых в последние десятилетия в развитых странах мира, - рост доли населения пожилых людей. Главные причины такого явления – снижение рождаемости, увеличение продолжительности жизни лиц старших возрастных групп благодаря прогрессу медицины, повышению уровня жизни населения.

Пожилые люди – это группа людей старшего возраста, в которой, в соответствии с классификацией Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ООН, выделяют четыре подгруппы: собственно пожилые (55-64 года); старые (60-74 года); очень старые (75-84 года); престарелые (старше 85 лет) [1, с. 7].

Выход на пенсию является одним из наиболее переменных и кризисных моментов на жизненном пути пожилого человека, влекущим за собой существенные изменения в условиях и образе его жизни. Сложившаяся ситуация требует от человека переосмысления ценностей, отношения к себе и к окружающему, поиска новых путей реализации активности [3].

Реализуемая в РФ социальная политика создает условия для активного включения в процессы реформ только экономически активного населения. При этом исключается большая социально-демографическая группа людей (геронтогруппа), находящаяся в посттрудовой фазе. Этой категории граждан предлагается пассивная роль получателя и потребителя социальных благ, а также «предоставление защиты» [2]. В связи с этим необходимость сохранения активной жизни пожилых людей посредством их обучения - одна из актуальных тем современных научных исследований в области геронтологии, андрагогики и социального обучения взрослых.

Образование взрослых в пенсионном возрасте не преследует в виде основной цели получение профессии и дальнейшего трудоустройства. Данный вид социального обучения относится к так называемому неформальному образованию, имеющему цель персонального развития, социальной адаптации, сохранению активной позиции пожилых людей. Общение и получение новых знаний позволяет студентам пенсионного возраста реализовать свои способности, оставаться самостоятельными и быть менее подверженными стрессовым состояниям в кризисный период [3].

На сегодняшний день во многих странах мира (США, Японии, Франции, Польше и др.) открыты специальные курсы, учебные центры, народные университеты и факультеты для пожилых людей. Учебные программы для данной категории граждан составляются на основе психологических и социологических исследований с учетом их жизненного опыта и разно-сторонних интересов. Круг изучаемых дисциплин достаточно широк: медицина, право, психология, экономика, экология, иностранные языки, садоводство, краеведение и многое другое. Особенностью обучения является привнесения богатого жизненного опыта пожилых людей в учебный процесс, их высокая

мотивация, так как обучение строится без обязательных программ [3]. Таким образом, организация образовательных программ для людей третьего возраста поднимает уровень социального благополучия пожилых людей, играя важную роль в профилактике негативных последствий кризисного периода, повышая их адаптивные возможности к внутренним и внешним изменениям.

Геронтообразование имеет две основные составляющие. Во-первых, понимание того, какое значение имеет образование для самих пожилых в их жизни, насколько готова эта категория людей к систематической или эпизодической учебной деятельности. Во-вторых, осознание того, какое значение для общества имеет сам пожилой человек, и какая социальная роль ему отведена.

Образование пожилых людей выполняет функцию социального регулятора, отвечающего за жизненную позицию личности пожилого в социуме. Это процесс гармонического сочетания задач субъектно-общественно-государственного характера в условиях демографического кризиса, построения социально ориентированного, демократического общества и индивидуального развития.

Геронтообразование должно функционировать как часть непрерывного образования в Российской Федерации в виде многоуровневой системы, включающей в себя:

На первом уровне - подготовку всех возрастных групп к началу старости, которая может осуществляться уже на дошкольной, школьной, вузовской и иных ступенях формального и неформального образования. Чем больше молодые люди узнают о старости, тем четче они будут понимать, что необходимо для активной и продуктивной старости и как возможно исключить факторы риска для достижения долголетия;

На втором уровне осуществляется подготовка людей предпенсионного возраста к выходу на пенсию, предполагается доступность для пожилых к системе повышения квалификации, подготовки и переподготовки кадров, получения новой специальности в системе формального образования;

Третий уровень для пожилых людей, вышедших на пенсию, имеющих ресурсы для развития и саморазвития;

Четвертый - для людей с ограниченными возможностями как по возрасту, так и в связи с различными заболеваниями, для которых используются различные специфические формы и методы учебы [3].

Структурная модель геронтообразования в Российской Федерации должна стать неотъемлемой частью всех существующих в настоящее время ступеней и видов образования, интегрирована в образовательную систему: формальную, неформальную и информальную.

Образовательные учреждения геронтообразования могут быть следующих видов: академии, народные школы, народные университеты третьего возраста, дискуссионные клубы, агентства, проектные группы, «разговорные кафе», центры геронтообразования, курсы, консультативные учреждения, творческие мастерские, технические, спортивные, оздоровительные, реабилитационные, компьютерные центры, лектории, специализированные институты повышения квалификации, переподготовки для пожилых сотрудников и другие.

Учреждения геронтообразования должны быть доступны и приближены к месту жительства пожилых граждан, оснащены специальным оборудованием с учетом физических, психологических и других возрастных особенностей.

Немаловажным фактором успешного функционирования института геронтообразования является наличие квалифицированных кадров, в том числе из самих пожилых людей. С этой целью необходима система подготовки и переподготовки мультипликаторов, модераторов, тьюторов, герогогов, менеджеров, постоянный обмен опытом их работы, обобщение практики, проведение научных исследований. Эти задачи решают национальный или межрегиональные ресурсные центры, корпорации по геронтообразованию [3].

Характерной чертой XXI века является глобальная компьютеризация. Развитие системы компьютерного образования предполагает приобщение, в том числе и пожилых граждан, к новым информационным технологиям. А этого можно достичь только через геронтообразование.

В настоящее время институты третьего поколения существуют во многих городах России. Главной их целью является

социальное воздействие на личность при подготовке ее к старости, выявление потенциальных ресурсов для развития и саморазвития, социализации, интеграции в общественную жизнь для активной, продуктивной компетентной деятельности в интересах личности, общества и государства.

Геронтообразование должно являться институтом формирования гражданских качеств и геронтокультуры на основе новых знаний с использованием прошлого опыта, мудрости, современных информационно-технических средств. Так же оно должно сформировать новый облик старости - продуктивной, компетентной, деятельной, наполненной жизненной энергией и смыслом жизни.

И, наконец, развитие геронтообразования в глобальном масштабе расширит границы для интеграции российских пожилых людей в европейское образовательное пространство и будет способствовать распространению модели гуманного, цивилизованного старения.

#### *Литература:*

1. Курбатов, В.И. Социальная работа: Учебник. / Под ред. В.И. Курбатова// Ростов-н/Д, 2007. – 576 с.
2. Пожилые люди в Российской Федерации: положение, проблемы, перспективы: Национальный доклад. (Подготовлен ко Второй Всемирной ассамблее по проблемам старения) Мадрид, 8-12 апреля 2002 года. М.: Права человека, 2002. – С. 37
3. [www.sgu.ru/node/57434](http://www.sgu.ru/node/57434)

## **ИНКЛЮЗИВНОЕ ОБРАЗОВАНИЕ В СОВРЕМЕННОМ ОБЩЕСТВЕ: ВОЗМОЖНОСТИ И БАРЬЕРЫ**

*магистрант М.В. Червинская\* (M.V. Chervinskaya)*

*научный руководитель – к.ф.н., доцент Т.А. Ченцова\*\* (T.A. Chentsova),*

*Самарский государственный университет*

*\* e-mail: maria\_chervinskaya@mail.ru*

*\*\* e-mail: tachentsova@yandex.ru*

Исторический процесс развития мирового сообщества, основывающийся в настоящее время на идеях гуманистических отношений, создал условия, которые позволяют пересматривать и трансформировать отношение к людям, имеющим отли-

чия социального, культурного, религиозного и физического характера. В этом процессе участвует и современное российское государство. Сегодня проблемы людей с ограниченными возможностями все чаще и активнее обсуждаются в российских политических и научных кругах, однако вопрос интеграции людей с ограниченными возможностями здоровья в социум по-прежнему остается открытым.

Фактор гуманизации всех сфер общественной жизни, а также рост числа детей с ограниченными возможностями здоровья актуализируют проблему доступности образования для детей данной категории, право на которое закреплено как Международном и в Российском законодательстве. Переход к инклюзивному образованию в отечественном контексте как общий вектор развития обусловлен также, подписанием Россией 26 сентября 2008 г. Конвенции ООН о правах инвалидов и ее ратификация (Федеральный Закон от 03.05.2012 №46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов») [1]. Доступное и качественное инклюзивное образование для инвалидов прописано в статье 24 Конвенции [2]. Стоит отметить, что на приоритет развития инклюзивного образования указывалось еще в 2001 г. в докладе Государственного Совета РФ «Образовательная политика России на современном этапе»: «Дети, имеющие проблемы со здоровьем (инвалиды), должны обеспечиваться государством медико-психологическим сопровождением и специальными условиями для обучения преимущественно в общеобразовательной школе по месту жительства и только в исключительных случаях – в специальных школах-интернатах» [3]. Важность данных процессов в системе общего образования страны отмечается в Национальной доктрине образования Российской Федерации до 2025 г. [4]. Наконец, вступивший в силу 1 сентября 2013 г. «Закон об образовании в Российской Федерации» статьей 5 закрепляет право на инклюзивное образование детей с ограниченными возможностями здоровья и в целях его реализации предписывает создание федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возмож-

ностями здоровья [5]. Получению качественного образования детьми все же препятствуют множественные структурные ограничения, так или иначе связанные с социальным неравенством.

Разработка и внедрение идей инклюзии, способствующих расширению образовательных возможностей инвалидов, ведется в ряде стран мира, начиная с 1970-х годов. Вместе с развитием научной и методологической базы, на протяжении более полувека происходит постепенное расширение международной законодательной основы, направленной на успешную и эффективную интеграцию людей с ограниченными возможностями здоровья в социум.

Инклюзивное образование, с одной стороны - это принцип, на котором должна строиться система образования, а с другой стороны - это процесс [6, с.56]. Как принцип организации образования инклюзия представляет собой явление социально-педагогического характера и, соответственно, она нацелена не на изменение или исправление отдельного ребенка, а на адаптацию учебной и социальной среды к возможностям детей с ограниченными возможностями здоровья и особыми образовательными потребностями.

Российский ученый Е.Р. Смирнова-Ярская говорит об инклюзивном образовании как о континууме сервисов, соответствующих разнообразию потребностей учащихся-инвалидов [7, с. 105]. В тоже время инклюзия предполагает не приведение всех к единому знаменателю, не гомогенизацию системы как стремление к однородности, а сохранение обогащающих системных различий, при условии их взаимодействия [8, с. 160]. Важно отметить, на наш взгляд, что в основу инклюзии положена идеология, исключая любую дискриминацию детей, но создающая все условия для удовлетворения особых образовательных потребностей.

Инклюзивное образование – это процесс развития общего образования, который подразумевает доступность образования для всех, приспособления образовательной среды к различным нуждам всех детей, что обеспечивает доступ к образованию и для детей с особыми потребностями. Подобный подход стремится развить методологию, направленную на детей и при-

знающую, что все дети - индивидуумы с различными потребностями в обучении. В процесс инклюзивного образования предполагается выстраивание такой системы образования, которая объединяет в себя детей различных по социальному, расовому, конфессиональному основанию, детей, имеющих ограниченные возможности здоровья и особые образовательные потребности, цель которого - социализация каждого участника этого процесса, успешная интеграция всех детей в общество.

Главным принципом инклюзивного образования выступает идея того, что все дети должны с самого начала включены в образовательную и социальную жизнь школы по месту жительства. Являясь частью школьной системы и получая общее образование наравне со всеми, дети с ограниченными возможностями здоровья тем самым накапливают бесценный опыт общения и социального взаимодействия со сверстниками, который позволит им чувствовать себя увереннее в социуме. В тоже время, обычные школьники, находясь в одном классе с детьми-инвалидами, через педагогический процесс и межличностное общение учатся принимать «не таких, как все» и формируют в своем восприятии толерантность к людям с ограниченными возможностями здоровья, минуя стигматизацию и стереотипное отношение.

Инновационные процессы создания и внедрения инклюзии выступают многокомпонентным и многоэтапным механизмом реализации новых идей и сочетают в себе проявления обновленного процесса социальной реабилитации, который позволяют детям с ограниченными возможностями здоровья активно участвовать в образовательном процессе школы по месту жительства, получать опыт социального взаимодействия и как следствие успешно социализироваться в обществе.

В ходе анализа внедрения инклюзивной модели образования в г. Самара, на примере общеобразовательной школы №139, вместе с технологизацией процесса инклюзии на уровне образовательной организации, были выявлены пробелы, которые в том или ином виде являются препятствием для реализации в полной мере инклюзивного образования.

На законодательном уровне это проблема заключается в отсутствии механизмов реализации права на инклюзивное пра-



во. Таким механизмом обычно выступают подзаконные акты, которые должны прописывать, каким образом должно реализовываться данное право. Изменение данной проблемы позволит решить и такое существующее препятствие, как инертность администрации школ в вопросах зачисления ребенка с ограниченными возможностями здоровья в образовательную организацию.

На уровне самой школы существуют такие реальные проблемы, как недостаточная методологическая проработка процесса и переработка нормативной базы учебного процесса на ходу, не позволяющие наиболее эффективно выстраивать учебный процесс. В тоже время, несвоевременное проведение обучающих семинаров для работников школ и отсутствие источников финансирования для получения специального образования педагогов является препятствием для успешной реализации инклюзии. Также очевидна двойная позиция вопроса финансирования практики инклюзивного образования: с одной стороны обучение ребенка с особыми образовательными потребностями - увеличение финансирования учебного процесса, с другой стороны - дополнительная нагрузка педагогов при мизерной компенсации. В результате чего возникает проблема отсутствия полноценного включения детей с особыми образовательными потребностями в учебный процесс класса, так как большинство находится на домашнем обучении, что не является инклюзией. Однако школьная администрация старается восполнять это частичной инклюзивной деятельностью, вовлекая детей с ограниченными возможностями здоровья в социо-культурную деятельность, воспитательную работу, торжественные мероприятия.

Однако, несмотря на существующие проблемы, стоит отметить, что опыт инклюзивного образования сам по себе несет позитивные трансформации в современном обществе. Если преподавание и обучение станут более эффективными в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование, тогда выиграют все участники образовательного процесса, в результате которого сформируется инклюзивное общество, признающее ценность каждого человека, не зависимо от его физических или умственных возможностей.

### *Литература:*

1. Конвенция ООН о правах инвалидов (2006)
2. Федеральный Закон №46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» (от 03.05.2012 г.)
3. Образовательная политика России на современном этапе. Документы и материалы к заседанию Госсовета ([ecsocman.hse.ru>data/497/700/1219/5.pdf](http://ecsocman.hse.ru/data/497/700/1219/5.pdf))
4. Постановление N 751 «О национальной доктрине образования в Российской Федерации» (от 4 октября 2000 г.) (<http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=LAW;n=97368> )
5. Федеральный Закон №273-ФЗ «Об образовании в РФ» (от 29.12.2012 г. ) (<http://base.consultant.ru>)
6. *Храпылина, Л.П.*, Реабилитация инвалидов / Л.П. Храпылина. – Учебное пособие. – М.: Издательство «Экзамен», 2006. – 415 с.
7. *Ярская-Смирнова, Е.Р., Лошакова, И.И.*, Инклюзивное образование детей-инвалидов // Социологические исследования. – № 5. – 2003. – С.100-106.
8. *Курбатов, Р.А.*, Место и роль ресурсного центра инклюзивного образования в образовательном пространстве Северо-Западного административного округа // Инклюзивное образование. Выпуск 1. М.: Центр «Школьная книга», 2010. – С.160.
9. *Грозная, Н.С.*, Инклюзивное образование за рубежом. От мечты к реальности / Н.С. Грозная // Синдром Дауна XXI век. – №1. – 2011. – С.34-41.

## **ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ, ОКАЗАВШИМСЯ В ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ**

*к. психол. н., доцент, Н.И. Юртаева (N.I. Yurtayeva),  
Казанский национальный исследовательский технологический  
университет (КНИТУ)  
e-mail: Ustug14@mail.ru*

Рост числа чрезвычайных ситуаций в мире и в нашей стране в частности приводит к необходимости получения специальных знаний в области экстренной психологической по-

мощи жертвам подобных ситуаций. Несмотря на всю важность и актуальность проблем оказания экстренной психологической помощи населению в экстремальных ситуациях, эти задачи в настоящее время все еще остаются достаточно новыми для психолога. В рамках теории посттравматического расстройства и возникшей в конце 80-х годов XX в. кризисной психологии оформилось понятие «психическая травма». Событие, которое воспринимается человеком как угроза его существованию, которое нарушает его нормальную жизнедеятельность, становится для него событием травматическим. Все чаще специалистам приходится работать с такими людьми как вынужденные переселенцы и беженцы, жертвы захвата в заложники, люди, пережившие обстрелы, гибель родственников, а также природные и техногенные катастрофы.

Чрезвычайные ситуации, в которых оказываются люди, характеризуются сильным отрицательным воздействием на психику человека, вызывая травматический стресс. Психологические последствия травматического стресса в крайнем своем проявлении выражаются в посттравматическом стрессовом расстройстве (ПТСР), возникающем как затяжная или отсроченная реакция на ситуации, сопряженные с серьезной угрозой для жизни или здоровья. Интенсивность стрессогенного воздействия в ситуациях, связанных с угрозой существования человека, бывает столь велика, что личностные особенности или предшествующие невротические состояния уже не играют решающей роли в генезисе ПТСР. Их наличие может способствовать развитию, отражаться в самом течении развития или клинической картине ПТСР.

Психологическое функционирование людей в кризисной ситуации отнюдь неоднозначно. Поэтому необходимость оказания профессиональной психологической помощи людям, пострадавшим в критических обстоятельствах всегда востребована. Такая помощь также необходима и для предотвращения нарушений поведения и профилактики психосоматических расстройств. Она предполагает нормализацию психического состояния с нивелированием негативных переживаний, которые оказывают столь разрушительное воздействие и на психическое, и на соматическое состояние человека.

Основной задачей психологической помощи в данных условиях является актуализация адаптивных и компенсаторных ресурсов личности, мобилизация психологического потенциала для преодоления негативных последствий чрезвычайных обстоятельств [1]. Обычные методы психологического воздействия во многих экстренных ситуациях применяться не могут. Все зависит от цели психологического воздействия. Главными принципами оказания помощи перенесшим психологическую травму являются: безотлагательность, приближенность к месту событий, ожидание нормального состояния восстановления, единство и простота психологического воздействия [2].

Безотлагательность означает, что помощь пострадавшему должна быть оказана как можно быстрее: чем больше времени пройдет с момента травмы, тем выше вероятность возникновения хронических расстройств, в том числе и посттравматического стрессового расстройства. Смысл принципа приближенности состоит в оказании помощи в привычной для людей обстановке и социальном окружении, а также в минимизации отрицательных последствий «госпитализации». Ожидание того, что нормальное состояние восстановится, будет оправдано, если с лицом, перенесшим стрессовую ситуацию, будут обращаться не как с пациентом, а как с нормальным человеком. Необходимо поддерживать уверенность в скором возвращении у человека нормального состояния. Единство психологического воздействия подразумевает, что либо его источником должно быть одно лицо, либо процедура оказания психологической помощи должна быть унифицирована. В целом экстренная психологическая помощь сводится к практической функции (непосредственное оказание скорой психологической помощи, доврачебной) и координационной (обеспечение связей и взаимодействия со специализированными психологическими службами).

Особенностями психологической работы в данных ситуациях является то, что пациенты часто пребывают в остром аффективном состоянии. Жертвы данных ситуаций нередко могут иметь низкий социальный и образовательный статус, разнородность психопатологии у жертв, наличие переплетения посттравматической психопатологии и невротической патологии.

Умение их отличить и выработать стратегии работы в связи с этим различием является одной из сложных задач экстренной помощи. В задачи экстренной психологической помощи также входят профилактика острых панических реакций, психогенных нервно-психических нарушений; повышение адаптационных возможностей индивида; психотерапия возникших пограничных нервно-психических нарушений. То есть направление на работу с симптоматикой, а не с синдромами (принцип интервенции в поверхностные слои сознания) [3].

Пребывание в чрезвычайной ситуации часто сопровождается эмоциональным напряжением, которое может привести к депрессивным расстройствам. Невозможность справиться с проблемами приводит к пассивности, разочарованию, чувству несостоятельности. Наряду с указанными невротическими расстройствами у людей, переживших экстремальную ситуацию, достаточно часто имеет место декомпенсация акцентуаций характера и психопатических личностных черт.

Среди различных теоретических концепций, объясняющих этиологию и механизмы развития ПТСР – психодинамическая, когнитивная, психосоциальная, психобиологическая, мультифакторная. Наиболее эффективными являются стратегии, связанные с целенаправленным возвращением к воспоминаниям о травмирующем событии в целях анализа и полного осознания всех обстоятельств травмы и осознание носителем травматического опыта значения этого травматического события. Большое внимание уделяется и социальным условиям, фактору социальной поддержки окружающих для преодоления ПТСР (психосоциальные модели). Исследователи указывают на основные социальные факторы, влияющие на успешность адаптации лиц психической травмы: отсутствие физических последствий травмы, прочное финансовое положение, сохранение прежнего социального статуса, наличие социальной поддержки со стороны общества и особенно группы близких людей [4].

В последнее время при рассмотрении проблем реабилитации лиц с ПТСР, их возвращения в обычный круг жизненного пространства большое значение придается психологическим аспектам ситуации. В частности, жизненной значимости события, включающей отношение личности к угрожающей ситуа-

ции с учетом моральных и религиозных ценностей, идеологии, так как они оказывают влияние на продолжительность переживаний, их интенсивность, а значит и на эффективность восстановления адаптационных возможностей индивида.

*Литература:*

1. Соловьева, С. Л. Психология экстремальных ситуаций / С. Л. Соловьева. – СПб, ЭЛБИ, 2003. – 325 с.
2. Сухов, А. Н., Деркач, А. А. Прикладная социальная психология / А. Н. Сухов, А. А. Деркач. – Воронеж, Ин-т практической психологии. НПО «МОДЭК», 1998. – 390 с.
3. Ромек, В. Г. Психологическая помощь в кризисных ситуациях / В. Г. Ромек, В. А. Конторович, Е. И. Крукович. – СПб., Речь, 2004. – 276 с.
4. Green B.L. Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions // Journal Of Applied Social Psychology. – № 20. – 1990, vol. 9.

## **DEVELOPING TEAMWORKING SKILLS FOR SOCIAL WORKERS**

*PhD, Kozlova, I., Universitat Autònoma de Barcelona*

*PhD, Kupriyanov, R., Kazan National Research Technological University*

*PhD, Valeeva, E., Kazan National Research Technological University*

*\*e-mail: kroman1@mail.ru*

*\*\*e-mail elvaleeva@mail.ru*

While social work is traditionally addressed to such groups as lonely elderly people, orphans, the disabled, etc., nowadays practically anyone may get into a difficult life situation. This phenomenon can be explained by the fact that in the globalized world new social problems appear and need to be addressed: climate change, terrorism, the global economic crisis, environmental and humanitarian disasters, and much more. In addition, the evolution and humanization of the society have led to recognizing social problems previously not considered as such, for example, domestic violence, child abuse, refugees, labor migration, etc.

The Degree in Social Work appeared in Russia in 1991 as a consequence of social problems arising at that time and the society's

growing awareness of these. However, the professional field of the social worker is expanding rapidly.

In connection with the above, in the past 20 years the Degree in Social Work has been in great demand. There is a need for social workers in educational, health and employment services as well as at human resources departments of large and medium-sized companies and institutions.

Over time, with the changes in social work being more psychotherapy-oriented, rehabilitation take on more and more community engagement work, especially as it relates to special populations.

Social Rehabilitation involves working with the client to teach him/her how to act and interact in social situations. Some of the outcome goals may include teaching the client how to initiate a conversation, how to carry a conversation, how to read body language in public, how to deal appropriately with conflicting opinions, how to problem solve within a relationship and how to interact with a spouse effectively. Social Rehabilitation also involves working with the client in relationship, family, work and public situations to teach the client effective and appropriate ways to deal with various situations.

Rehabilitation is a work of team of professionals from different fields. In the rehabilitative process, social workers work as part of the professional team undertaking the task of rehabilitation-a task that must be shared by each member of the team and at each step in the services offered to the patient if rehabilitation is to be effective.

Working with a multiprofessional teams allows utilising the different skills of unit members to improve the rehabilitative process they could offer working separately.

Also it could improve communication between different social agencies. Key elements of the social worker's contribution within rehabilitation should aim to maximize client choice to enhance independent living in the client's future environment.

Such a demand has led to a wide network of educational institutions providing training for social workers at various levels.

To date, there are four basic levels of training of social workers in Russia:

- Vocational training offering two options: basic and in-depth;

- Bachelor's degree at university level offering two options: applied and academic;
- Specialization aimed at gaining a specific orientation on a particular area (will soon disappear);
- Master.

This four-tiered system of professional training in the field of social work has emerged by 2010 as the result of Russia's accession to the Bologna process. As further implementation of the Bologna principles, there is a growing tendency to develop joint educational programs (usually at Master's level) by two or more universities from different countries. In addition to providing academic mobility such a scheme allows students to gain further insights into social work, which makes this option even more advanced.

Such a diversification of vocational education, in our view, is beneficial to students as it allows them to choose the necessary (and sufficient) level while meeting individual life goals and developing capacities. However, the society itself has not yet formed a clear understanding of the various educational levels specifics. Experience shows that neither employers nor the students themselves (not to mention the teachers who train future professionals) are fully aware of these differences, which may adversely affect the education system efficiency.

To provide a solution to this, we propose applying functional approach to determine the characteristics of professional social workers trained at various levels (Kupriyanov et al. 2009). This approach allows distinguishing certain components in existing social systems and describing their roles (or functions) in relation to each other. We have developed a technique of applying this approach to revise the educational content and competences of social workers developed for each level (Kupriyanov & Kozlova 2012) to make them match the employers' expectations.

In summary, this essay reflects a need to develop working collaboratively skills. Because social workers are members of teams and need to work in collaboration with colleagues and other professionals to practice effectively.



*References:*

1. Kupriyanov, R. & Kozlova, I. (2012). Функциональный подход к многоуровневой подготовке работников социальной сферы /Functional approach to the gradual training of social sphere specialists. Herald of Kazan Technological University – 2012, 16, pp. 220-224.
2. Куприянов Р.В., Валеева Н.Ш., Шакуров Р.Х. Иерархическая модель функций социального работника/ Herald of Kazan Technological University, №4, 2009г., с.363-370

НАУЧНОЕ ИЗДАНИЕ

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЧЕЛОВЕКА  
В ТЕХНОГЕННОМ ОБЩЕСТВЕ

Сборник материалов  
Международной научной конференции  
**23-24 октября 2013г.**

*Ответственный за выпуск Т.Я. Виленская*

Лицензия № 020404 от 6.03.97 г.

Подписано в печать 4.03.2014

Формат 60×84/16

Бумага офсетная

Печать Riso

7,67 усл. печ. л.

8,25 уч.-изд. л.

Тираж 100 экз.

Заказ

«С» 12

Издательство Казанского национального исследовательского  
технологического университета

Офсетная лаборатория Казанского национального  
исследовательского технологического университета

420015, Казань, К.Маркса, 68