

Институт дополнительного профессионального образования
работников социальной сферы (ГАУ ИДПО ДТСЗН)



СОЦИАЛЬНАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА: КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ ПОДХОД

Сборник статей



Москва 2019

**Институт дополнительного профессионального образования
работников социальной сферы (ГАУ ИДПО ДТСЗН)**

**СОЦИАЛЬНАЯ
И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА:
КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННЫЙ
ПОДХОД**

Сборник статей

Москва 2019

УДК 36
ББК 65.27
С-69

Рецензенты:

Л.П. Илларионова – почетный работник высшего профессионального образования, доктор педагогических наук, профессор кафедры педагогики ГБОУ ВО Московской области «Московский государственный областной университет».

Т.Л. Кремнева – доктор педагогических наук, профессор кафедры социальной работы и социологии Института психологии, социологии и социальных отношений Московского городского педагогического университета.

Социальная и реабилитационная работа: клиентоориентированный подход: сборник статей / Под общей ред. Е.И. Холостовой; науч. ред. Е.Н. Приступа. – М.: ИДПО ДТСЗН, 2019. – 187 с.

ISBN 978-5-4213-0122-6

Сборник содержит статьи ученых-исследователей и специалистов-практиков, рассматривающих профессиональную деятельность в системе «человек-человек» через призму клиентоориентированного подхода. Представленные материалы освещают деятельность различных типов организаций социального обслуживания с учетом особенностей клиентов – возраста, социального статуса, степени нуждаемости в социальном обслуживании.

Сборник статей составлен по результатам работы научно-практической интернет-конференции с международным участием «Клиентоориентированная социальная работа в России» (27-28 мая 2019 года).

Материалы сборника будут полезны специалистам системы социальной защиты населения, здравоохранения, образования. Печатается в авторской редакции.

ISBN 978-5-4213-0122-6

© Коллектив авторов, 2019.

© ИДПО, 2019.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Холостова Е.И.</i> Мировые тренды социальной работы и социальные проблемы России	5
<i>G Liotta, P Scarcella, S Orlando, S Mancinelli, MC Marazzi1, L Palombi.</i> La fragilità come determinante multidimensionale di salute nella popolazione anziana	10
<i>Фирсов М.В., Нестерова А.Н.</i> Подходы к концепции клинической социальной работы в современной практике социального обслуживания населения	20
<i>Мкртумова И.В.</i> Инвалиды в Российской Федерации – путь к доступной среде	27
<i>Лебедева Н.В., Новохатько О.В.</i> Преподаватель дополнительного профессионального образования работников социальной сферы: требования современности	37
<i>Акимова Ю.А.</i> Компетенции специалистов по решению социальных проблем	43
<i>Барина И.В., Опарин К.С.</i> Социальная и реабилитационная работа в реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями (из опыта работы)	49
<i>Вдовина М.В.</i> Микросоциологический подход к клиентоориентированной социальной работе	57
<i>Горохова Ю.М.</i> Применение инновационных технологий в работе логопеда с детьми с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР)	66
<i>Демина Е.Н.</i> Особенности формирования социально-бытовых навыков у детей с нарушением интеллекта	72
<i>Золотарева В.Н.</i> Комплексная реабилитация в ОСРДИ: специфика работы и компетенции специалистов	79
<i>Протопопова К.В., Корчагина Ю.В.</i> Социальная реабилитация наркозависимых, находящихся на обязательном лечении	85
<i>Куркина А.В.</i> Обучение в пожилом возрасте как эффективный инструмент психологической реабилитации и социальной адаптации	91

<i>Лисенков В.А., Марьяшина И.В.</i> Двигательные нарушения при задержке психического развития: опыт коррекции	96
<i>Марьяшина И.В.</i> Коммуникативные технологии социальной работы	102
<i>Полякова Н.В., Иванова С.В.</i> Формы обобщения педагогического опыта в Центре содействия семейному воспитанию «Маяк»	106
<i>Приступа Е.Н.</i> Семейное неблагополучие как рискогенный фактор суицидальности несовершеннолетних	112
<i>Романова О.С., Кононова Л.И.</i> Клиентоориентированность (must have) в организациях сферы социальных услуг	122
<i>Романычев И.С.</i> Социальная адаптация пожилого человека в современной городской среде	132
<i>Снегарева Н.Н.</i> Работа логопеда через призму сенсорно-интегративного подхода	142
<i>Сорокина Н.Е., Иванова С.В.</i> Использование интерактивных технологий на занятиях с детьми с ограниченными возможностями здоровья	147
<i>Студенова Е.Г.</i> Клиентоориентированность и жизненный мир человека: язык и формирование стереотипов	156
<i>Усачева Н.М.</i> Личные качества и профессиональная компетентность специалиста по социальной реабилитации детей-инвалидов	161
<i>Ягумова М.Я., Баранова Т.Ф., Танцюра С.Ю.</i> Дифференцированный подход в использовании альтернативных средств коммуникации детей с ограниченными возможностями здоровья	169
<i>Пчелова А.Р.</i> Значимость экзорепарации в клиентоориентированном подходе	176
<i>Скоробогатова А.Г.</i> Реформирование и развитие системы социального обслуживания как социального института	180

МИРОВЫЕ ТРЕНДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ И СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РОССИИ

Холостова Евдокия Ивановна,

доктор исторических наук, профессор, академик РАЕН,
Директор Института дополнительного профессионального
образования работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы

В настоящее время в России обозначились проблемы современной социальной работы, которые касаются разных сторон жизни социально уязвимых групп населения.

Кризис экономики и социальной сферы последнего десятилетия в связи с переходом к рыночным отношениям, привел к резкому усилению бедности и снижению уровня жизни людей, росту безработицы и ослаблению качества социального обслуживания нетрудоспособных граждан.

В то же время именно в этот период, как ни парадоксально, теория социальной работы достигает небывалого расцвета. Осуществляющиеся в последние годы исследования выявили основные характеристики «новых бедных» и вызвали необходимость пересмотра социальной политики для решения данной проблемы (реформирование социальной поддержки, адресность, оценка нуждаемости и т.д.).

С конца прошлого столетия происходят глубокие изменения не только в области экономики, но и в целом социальной сферы.

Долгое время наша страна жила в условиях планово-распределительного общества, где практически каждый получал определенную долю материальных средств из общественных фондов потребления. Это резко отличало наше государство от стран Запада. Принудительно насаждавшаяся идеология и практика уравнительности примитивно-общинного типа препятствовала естественной стратификации общества.

Важной задачей социальной работы в этих условиях становится содействие адаптации людей в меняющемся мире. (Развитие индивидуальных способностей и нравственно-волевых качеств людей, которое побуждает их к самостоятельному действию, к принятию личной ответственности за все происходящее в их жизни, желание работать, повышать свой жизненный потенциал).

Рассмотрение социальной работы как науки имеет дело с объектно-предметными отношениями. В этом случае объект воспринимается как

определенный вид практической социальной деятельности, а предмет – как стороны этого объекта.

Для оказания содействия людям, попавшим в сложную жизненную ситуацию и нуждающимся в социальной защите, функционирует специальный институт социальной работы и социальной службы.

Социальная работа как вид профессиональной деятельности, основанный на предметно-интегрированных междисциплинарных технологиях формирования поддержки, реабилитации, устойчивой социальной интеграции и реинтеграции отдельной личности и групп, т.е. концепции поддержки жизненных сил человека.

Объектом социальной работы являются все люди, и их жизнедеятельность зависит от тех условий, которые в значительной мере предопределяются уровнем развития общества, состоянием социальной сферы, содержанием социальной политики, возможностями ее реализации.

Субъектами являются социальные институты общества: государственные органы, социальные службы и не только. Субъектом является и сам человек.

Надо также иметь в виду, что каждый человек в любой период своей жизни нуждается в более полном удовлетворении своих потребностей и интересов. Причем в каждой сфере жизнедеятельности они могут удовлетворяться неравномерно: богатый человек подвержен стрессам, ослаблению здоровья, проблемам детско-родительских отношений. Бедный – не имеет возможности реализовать свои установки и потребности и т.д. Таким образом, каждый человек в той или иной степени нуждается в социальной поддержке и защите.

Многие трудности, ошибки в современной социальной работе были вызваны тем, что старая, далеко не совершенная система была в значительной степени разрушена, а новая в полном объеме не создана.

Во-первых, мощная динамика диалектического скачка начала 90-х годов постепенно затухала без постоянной подпитки новой энергией, новыми идеями и организационными посылами. Сокращалась результативность труда, отдача на каждый дополнительный миллиард вложенных в нашу отрасль средств становилась все менее эффективной.

Это общепризнанная закономерность, подтверждающая сущность второго начала термодинамики, которая гласит, что любой процесс требует дополнительного притока энергии, а в случае больших процессов, как в свое время доказал Г.Э. Наан, требует еще больших усилий, целесообразной и осознанной деятельности людей.

И именно сейчас, на новом этапе социального развития, появляется необходимость масштабного качественного скачка, призванного придать новые стимулы развитию социальной работы в нашей стране.

Во-вторых, изменилась социальная действительность, что наложило свой отпечаток на специфику функций, выполняемых социальной работой. Функция выживания в критических условиях отступает на задний план перед функцией поддержания жизнедеятельности. Улучшение качества жизни, создание достойных условий существования для людей, в том числе находящихся в трудной жизненной ситуации, становятся приоритетами социальной работы.

В-третьих, социальная работа как институт всегда должна нести на себе отчетливый отпечаток общества, подчиняться его социальным нормам. В российских условиях это означает, что наша профессиональная деятельность, которая формировалась на патерналистских, нерыночных, механистически-распределительных основаниях, должна преобразоваться в соответствии с требованиями рыночного окружения: она должна соответствовать требованиям и закономерностям модернизирующегося российского общества.

Обращаясь к научной терминологии, догоняющая модернизация должна смениться опережающей модернизацией.

В течении последних лет социальная работа в России как институт, ее технологии, организационные формы претерпевают существенные изменения («Переход на стационарозамещающие технологии», «Социальное сопровождение семей, воспитывающих ребенка-инвалида», «Открытие на дому мини-пансионатов», «Ранняя помощь», «Профилактика семейного неблагополучия», «Долговременный развивающий уход» и др.).

Таким образом, социальная работа становится составной частью общественно-научной мысли и социальной практики. Ее институционализация проходит в сложных условиях борьбы концепций и парадигм. Далеко не по всем вопросам, связанным с философским, социологическим, политологическим осмыслением, сформировалось единство взглядов.

В настоящее время только 45% мирового населения пользуются на деле доступом по крайней мере к одной социальной льготе, в то время как остальные 55%, или 4 млрд человек, ими не обеспечены (МОТ, 2018).

Всего 29% мирового населения пользуется доступом к комплексному социальному обеспечению. Это немногим больше, чем в 2014-2015 гг., когда аналогичный показатель составлял 27%. В то же время остальные 71%, или 5,2 млрд человек, не пользуются им вовсе или пользуются лишь частично.

Особый смысл социальная работа приобретает в условиях рисков – наводнений, пожаров, техногенных катастроф. Социальные работники по факту давно включаются в помощь пострадавшим, но к этому необходимо серьезно готовить кадры. Нужно изучать опыт и создавать алгоритмы и протоколы действий, обучать людей технологиям клинической социальной работы в стрессовых ситуациях.

Мы вступили в цифровую экономику. Социальная работа в цифровом веке должна по возможности использовать большинство информационных технологий и современных гаджетов и на пользу людям, и для повышения оперативности и эффективности социальной помощи. Зарубежный опыт свидетельствует, что сегодня в приложениях к мобильным телефонам существует навигации по социальным учреждениям, можно получить информацию по инновационным технологиям социальной работы и т.д.

Клиентоориентированность. По Конституции Россия – социальное государство. В центре социальной работы – человек, его потребности, и специалистов отрасли нужно учить осознанию их конституционной миссии, мотивировать на помощь каждому отдельному человеку с его особенностями.

Урбанизация. Жизнь в городах и особенно в мегаполисе сделала людей одинокими. Потеряны социальные связи – большинство не знает соседей, друзьям часто некогда; межпоколенческие связи утрачиваются – дети и внуки работают, ехать как правило далеко, звонят, но редко. Самоизоляция ухудшает и социальное самочувствие, и качество жизни, и здоровье.

Социальная защита детей:

1. Реальным доступом к социальной защите пользуются лишь 35% детей в мире. Почти две трети детей на земле, или 1,3 млрд, социальной защитой не охвачены. Большинство из них проживают в Африке и Азии.

2. На выплату детских и семейных пособий на детей в возрасте от 0 до 14 лет в мире расходуется в среднем не более 1,1% ВВП. Это свидетельствует о серьезном недофинансировании нужд детей.

3. За последние десятилетия в странах с низким и средним уровнем доходов увеличились выплаты денежных пособий на детей. В то же время охват льготами и их уровень зачастую остается низким.

Социальная защита пожилых мужчин и женщин.

1. Пенсии по старости получают 68% людей пенсионного возраста в мире, что связано с развитием во многих странах со средним и низким уровнем дохода как накопительного, так и страхового пенсионного обеспечения.

2. Расходы на пенсионное обеспечение и другие пособия для пожилых людей в среднем по странам мира составляют 6,9% ВВП. Уровень пособий зачастую невысок и недостаточен для того, чтобы избавить пожилых людей от бедности.

3. Ряд государств отказываются от приватизации системы пенсионного обеспечения в связи с тем, что такая политика не принесла ожидаемых результатов. Такие страны, как Аргентина, Боливия, Венгрия, Казахстан, Польша, возвращаются к государственной системе пенсионного обеспечения, основанной на принципе солидарности.

Во многих развитых странах стационарное социальное обслуживание осуществляют негосударственные организации, в то время как для России это пока новый тренд.

Сравнительно: в развитых странах мира большую долю в сфере стационарного социального обслуживания занимают **негосударственные организации** (55% - во Франции, 95% - в Германии, 97% - в Израиле). В России этот показатель составляет примерно 7% (в госучреждениях - **259** тыс. мест и **20** тыс. мест - в частных).

В январе 2017 года Росстат сообщал, что более 280 тыс. россиян (0,77% от населения старше трудоспособного возраста) проживали в стационарных учреждениях социального обслуживания. Согласно данным Минтруда, в начале 2018 года очередь для получения услуг в стационарных учреждениях социального обслуживания составляла более 3,2 тыс. человек, в 2016 году - почти 12 тыс.

Сейчас в России на 1 тыс. жителей старше 65 лет приходится около 14оек в подобных центрах, в Москве - семь. В Польше этот показатель равняется 27, в Германии - 33, во Франции - 46, в США - 65 (по данным Организации

экономического сотрудничества и развития (ОЭСР). Всего от 2 до 5-6% граждан мира обращаются в стационарные учреждения за услугами ухода.

Поэтому на практике важно:

1. **Расширение спектра социальной работы.** Если сегодня только 5-6% населения охвачены социальными услугами, то завтра социальная работа должна охватить по возможности весь социум. Новый тренд – проект «Московское долголетие». Групповая самоорганизация пожилых людей

2. **Расширение временного сценария поддержки.** В центре внимания социальной работы должен стоять не только человек в ситуации нуждаемости. Социальная работа и поддержка должны сопровождать человека на протяжении всего его жизненного цикла – от рождения до последних дней жизни.

Новый тренд городской среды Москвы как мегаполиса – **общественные пространства** (Сингапур, Швеция и др.). Создается комфортная инфраструктура для комьюнити – местных сообществ. Это - дворы, скверы, пешеходные зоны, парки - Зарядье, набережные и др. проекты последнего времени.

Эти общественные пространства необходимо «наполнить» дружелюбными социальными технологиями, способствующими долголетию, повышению качества жизни, развитию социальных коммуникаций, социальной сплоченности, искренним сервисом и т.д.

Таким образом, так важно научить специалистов по социальной работе технологии групповой самоорганизации, активно формирующей мотивацию на активное общение и творчество в социуме, повышать уровень клиентоориентированности.

LA FRAGILITÀ COME DETERMINANTE MULTIDIMENSIONALE DI SALUTE NELLA POPOLAZIONE ANZIANA

G Liotta, P Scarcella, S Orlando, S Mancinelli, MC Marazzi¹, L Palombi

Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università degli Studi
di Roma “Tor Vergata”, Roma ¹ LUMSA, Roma

Аннотация: Старение населения актуализирует проблему планирования и управления социальной и медицинской помощью в связи с растущими потребностями в помощи и лечении хронических заболеваний. В Европе рост ожидаемой продолжительности жизни (ожидаемая продолжительность жизни - LE) не соответствует сопоставимому росту ожидаемой продолжительности жизни по инвалидности (ожидаемая продолжительность здоровой жизни - HLE) (1). Следствием этого может стать только увеличение спроса на медицинскую помощь и, соответственно, повышение расходов на социальные и медицинские услуги, которые могут оказаться неприемлемыми для большей части населения в среднесрочной и долгосрочной перспективе.

Background: L'invecchiamento delle nostre popolazioni pone una questione sempre più urgente di pianificazione e gestione dell'assistenza sociale e sanitaria in relazione alle crescenti esigenze di assistenza e trattamento delle malattie croniche. In Europa alla crescita dell'attesa di vita (Life Expectancy – LE) non corrisponde una paragonabile crescita dell'attesa di vita di libera da disabilità (Healthy Life Expectancy – HLE) (1). La conseguenza di questo non può che essere un aumento della domanda di cure, e conseguentemente dei costi dei servizi di assistenza socio-sanitaria, che possono diventare insostenibili per la collettività nel medio-lungo termine.

Attesa di vita in buona salute e fragilità

La HLE può essere definita come la capacità di svolgere autonomamente le attività della Vita Quotidiana (Activities of Daily Living - ADL) così come le descrivono Katz e Lawton (2, 3). Il declino della capacità di svolgere le ADL autonomamente corrisponde alla fine della vita in buona salute (Healthy Life - HL). Vi è evidenza che tale declino è associato ad un peggiore stato socio-economico, malnutrizione e comorbidità (4-8). La combinazione di tali elementi è il frutto dell'interazione tra la capacità intrinseca degli individui, così come viene modulata

dall'insorgere delle malattie o anche dal fisiologico declino del funzionamento di organi e sistemi del nostro organismo con l'avanzare dell'età (9), con il loro contesto di vita (relazioni sociali, il reddito familiare, stili di vita). La complessità di tali interazioni può essere sinteticamente espressa dalla fragilità (fig 1) intesa come un indice del rischio individuale del manifestarsi di un evento negativo (quale il peggiorare delle capacità funzionali, un ricovero in ospedale od in istituto o il decesso) in un orizzonte temporale definito (10) (fig 2). In questo senso la fragilità non è una malattia in se stessa, né una disabilità, ma può essere associata ad una o più patologie come ad una o più disabilità (11). Tuttavia la fragilità può manifestarsi anche in assenza di patologie e/o di disabilità costituendo il background psico-fisico e/o socio-economico sul quale la malattia la disabilità si sviluppano (10). Dal punto di vista della salute pubblica, la fragilità è un problema multidimensionale derivante da cambiamenti nella salute fisica e mentale e dallo stato funzionale, nonché dalla mancanza di risorse sociali ed economiche (10, 12-14).

La fragilità appare legata a all'uso dei servizi di assistenza socio-sanitaria in maniera più evidente delle patologie: infatti, la diffusione delle co-morbidità tipiche della transizione epidemiologica, fa sì che la maggior parte dei pazienti sia affetta da più malattie contemporaneamente. A livello individuale ogni singolo paziente sarà affetto da una combinazione di diverse patologie con un diverso grado di severità, che costituiscono un mix particolare, specifico per ciascuno: sono possibili migliaia di combinazioni ciascuna associata ad un diverso grado di necessità assistenziale e gravata da un diverso indice prognostico sia in termini di sopravvivenza che di domanda assistenziale. Spesso poi avere più patologie, cioè un grado maggiore di comorbidità, non corrisponde ad una maggiore gravità della condizione clinica (1); la fragilità rappresenta un indice sintetico legato sia alla sopravvivenza che alla domanda di assistenza in un orizzonte temporale che va da uno a cinque anni successivi alla valutazione (10). Tuttavia i determinanti della fragilità, come ad esempio l'isolamento sociale, la malnutrizione o una patologia clinicamente non stabile, possono essere controllati, e la fragilità individuale essere ridotta nel tempo, dall'intervento dei servizi di assistenza o anche semplicemente della rete familiare/amicale; la fragilità è quindi una condizione spesso reversibile o comunque controllabile attraverso piani di intervento personalizzati.

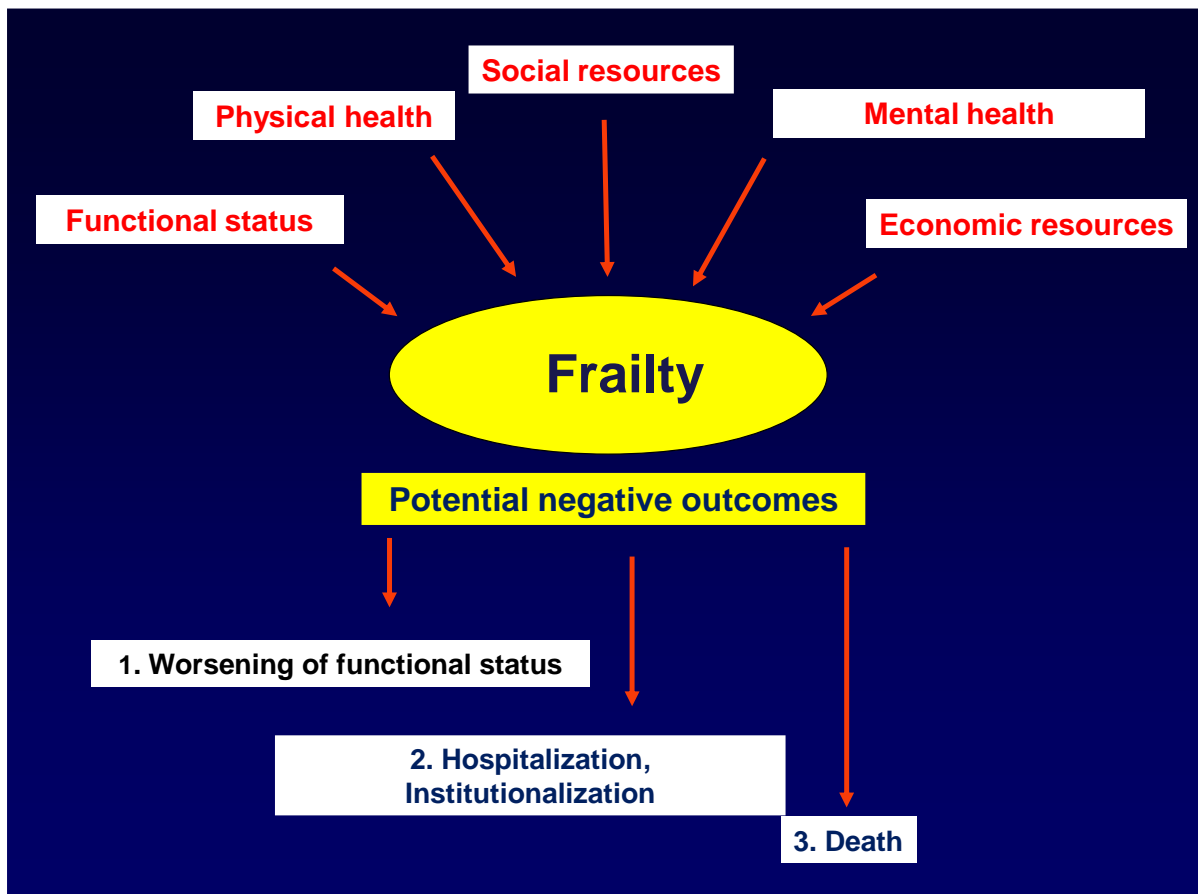


Figura 1. I rischi della fragilità

Lo studio di prevalenza della fragilità in Regione Lazio

Nel 2014 la cattedra di Igiene dell'Università di Roma Tor Vergata avvia uno studio di popolazione finalizzato a valutare la prevalenza e l'impatto della fragilità su un campione di soggetti anziani residente nella Regione Lazio, sufficientemente ampio da essere rappresentativo della popolazione ultra sessantacinquenne regionale. Si tratta di una Regione italiana a basso tasso di servizi extraospedalieri facilmente assimilabile alla maggior parte del territorio italiano come pure a molte regioni dell'Unione Europea, fatta eccezione per alcune aree dell'Europa centro-settentrionale dove la densità di servizi territoriali è maggiore. Il campione arruolato è costituito da residenti in varie aree della Regione Lazio, dalla grande città ai centri con meno di 20,000 abitanti. A tutti è stato somministrato il questionario di Valutazione Funzionale Geriatrica (VFG, Functional Geriatric Evaluation – FGE,) validato per la realtà italiana (10, 15). A distanza di tempo è stata rilevata l'incidenza di mortalità, ricovero ospedaliero, uso del Day hospital, accessi al Pronto Soccorso, ammissione in strutture residenziali per anziani, utilizzo dei servizi territoriali. Le fonti di queste informazioni sono stati i data base amministrativi regionali e comunali che raccolgono stabilmente queste informazioni

La prevalenza di fragilità

Lo studio è stato condotto su un campione di 1.331 persone di 65 anni ed oltre composto da 722 Femmine (54,2%) e 609 Maschi (45,8%), di età media pari a 76.3 anni (DS±7,12) senza differenze rilevanti tra i due generi.

Tabella 1. Prevalenza di fragilità nel campione studiato		
	Frequenza	Percentuale
Molto fragili	101	7,6
Fragili	186	14,0
Robusti	1044	78,4
Totale	1331	100,0

La prevalenza di fragilità nel campione studiato è riportata in tabella 1: i molto fragili risultano essere il 7,6%, i fragili il 14%, i robusti il 78,4% (tab. 1).

La fragilità aumenta con l'età: la percentuale cumulata di fragili e molto fragili raggiunge il 31,8% nel sottocampione con più di 74 anni rispetto al 10,2% osservato nella fascia di età 65-74 anni (Tab 2).

Tabella 2. Prevalenza di fragilità per età								
		età				Totale		X ²
		≤74		>74				
		N	%	N	%	N	%	
Molt	N	1	2,0	8	12,	10	7,5	<0,0
Frag	N	5	8,2	1	19,	18	13,	
Rob	N	5	89,	4	68,	10	78,	
Tota	N	6	10	6	10	13	10	

Anche il genere risulta essere rilevante ai fini della valutazione di fragilità: la percentuale di fragili è quasi il doppio tra i maschi rispetto alle femmine (27.4% vs 14.4%)

Mortalità

Sono stati osservati complessivamente 52 decessi su 1.280 soggetti che hanno completato il primo anno di osservazione. L'analisi di sopravvivenza condotta secondo il metodo del rischio proporzionale di Cox, ha evidenziato come lo stato di fragilità abbia un elevato valore predittivo della mortalità anche dopo un breve periodo di osservazione (RR=2,7; CI95%: 1,6-4,7). Tale valore predittivo risulta maggiore rispetto alla disabilità ed alla comorbidità (tabella 1) dimostrando la migliore affidabilità di questo parametro nell'individuare un rischio di mortalità rispetto a dimensioni più conosciute ed utilizzate ma non del tutto adeguate a definire un profilo di rischio della popolazione anziana.

Tabella 3. Rischio di decesso dopo un anno di osservazione						
	B	SE	Sign.	RR	95,0% CI per RR	
					Inferiore	Superiore
Fragilità (molto fragili vs fragili vs robusti)	1,019	0,281	<0,001	2,771	1,596	4,810
Età (65-69, 70-74, 75-79, 80-84, 85-89, >90)	0,242	0,108	0,025	1,274	1,031	1,574
Comorbidità	0,057	0,078	0,467	1,059	0,908	1,234
Disabilità (Severa vs Moderata vs Nessuna)	0,063	0,314	0,842	1,065	0,575	1,970
Genere (Femmine vs Maschi)	-0,848	0,287	0,003	0,428	0,244	0,752

La diversa stratificazione del rischio di mortalità è chiaramente distribuita in base al punteggio di fragilità: il tasso di mortalità nel primo anno di osservazione dalla valutazione aumenta dall'1,8% tra i “robusti” al 10,1% tra i “fragili” e al 19,1% nei “molto fragili”.

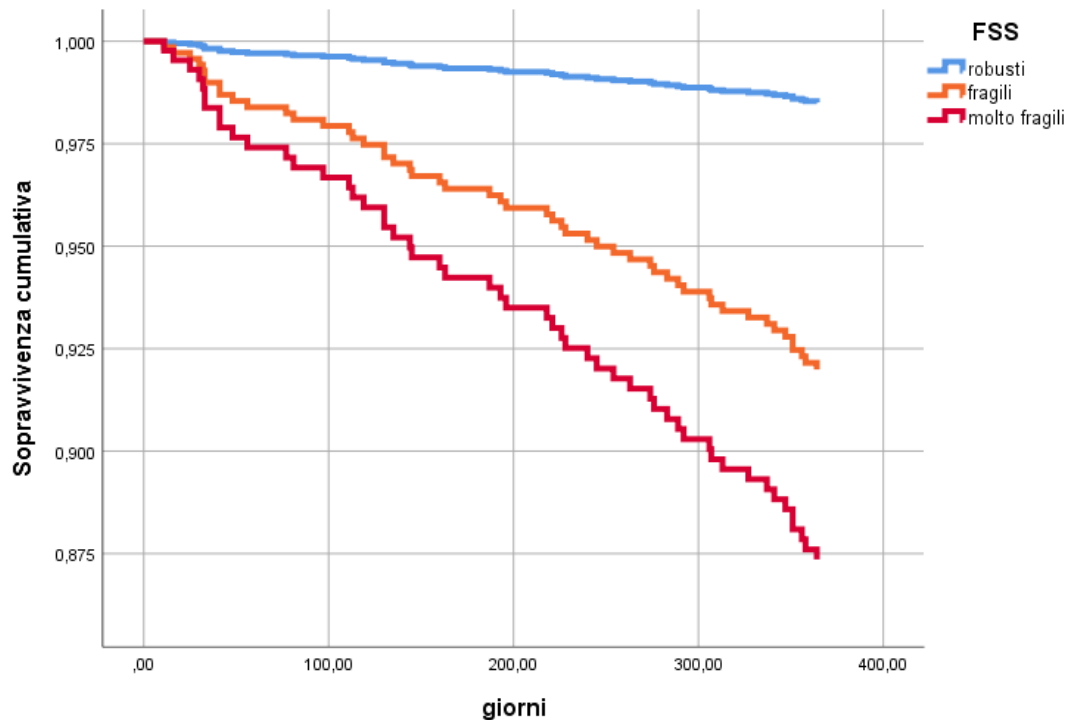


Figura 2. Sopravvivenza ad un anno dalla valutazione di fragilità

Uso dei servizi ospedalieri

Il Tasso medio di utilizzo del servizio ospedaliero, inteso come aver effettuato almeno un ricovero ordinario e/o un ricovero in day hospital e/o un accesso a Pronto Soccorso a cui non sia seguito un ricovero, su un campione di 1.280 soggetti anziani, è di 605,6 per 1000 anni di osservazione (589,5 per 1000 nei robusti, 1191,1 nei fragili, 848,4 nei molto fragili; $p < 0.001$). Il maggior uso della risorsa ospedaliera da parte dei “fragili” rispetto ai “molto fragili” rappresenta un punto qualificante dell’analisi condotta perché mette in evidenza la rilevanza di una categoria di soggetti nei quali è ancora possibile intervenire per modificare l’evoluzione naturale della condizione di fragilità che appare per alcuni aspetti reversibile

All’analisi multivariata il maggiore tasso di utilizzo del servizio ospedaliero risulta associato alla salute fisica (OR=3,3; CI95%:1,8-6,5), all’alterazione del tono dell’umore (OR=8,8; CI95%:4,6-16,9), alla limitazione nell’esecuzione IADL (OR=14,3; CI95%:6,8-30,2), alla disponibilità di servizi domiciliari (OR=3,5; CI95%:1,9-6,5) ed al supporto sociale (OR=14,3; CI95%:5,0-28,1) con un R^2 di Nagelkerke = 0.829. Le singole malattie (come la cardiopatia o la BPCO) non sono state associate all’aumento dell’uso ospedaliero. Tali dati mostrano come l’uso dei servizi ospedalieri negli anziani non risulta associato ad una malattia specifica ma soprattutto a problemi funzionali, sociali ed economici.

I ricoveri che sono stati oggetto di una specifica parte dell'analisi dati sono stati quelli rilevati con regime ordinario e modalità urgente che costituiscono 70% circa del totale dei ricoveri nei soggetti in studio osservati nel corso del primo anno di follow up. Tali ricoveri sono stati scelti per la loro numerosità ma, soprattutto, perché ritenuti i più importanti ai fini di una determinazione di impatto sia in termini di carico assistenziale che di costo sui servizi e sul sistema sanitario. I tassi di ospedalizzazione rilevati tra i ricoveri urgenti risultano maggiori tra i molto fragili (497 per 1.000 abitanti per anno di osservazione) rispetto ai fragili (351/1.000) ed i robusti (121/ 1.000) ($p < 0,001$). Inoltre la degenza media è risultata in media decisamente più alta tra i "molto fragili" rispetto alle altre categorie, con comprensibili conseguenze sui costi per ricovero che risultavano evidentemente più alti.

I costi dell'assistenza ospedaliera

L'analisi dei costi è stata approfondita in virtù dell'importanza di tale aspetto per il suo impatto sul totale dei costi dell'assistenza: i ricoveri ospedalieri degli ultrasessantacinquenni pesano per circa il 30% sul totale dei costi del sistema sanitario. L'analisi dei costi è stata condotta tramite i data base regionali che hanno permesso di registrare eventi quali i ricoveri, gli accessi i day hospital e quelli in Pronto Soccorso associati ai relativi costi realmente pagati dalla Regione Lazio per quelle prestazioni. Sono state analizzate le differenze di costo in base al livello di base della fragilità. Per questa analisi il campione è stato suddiviso identificando anche i "pre-fragili" (il 35,9% del campione totale) che erano considerati inizialmente parte dei "robusti"

Il tasso di utilizzo cumulativo dei servizi ospedalieri per persona / anno è stato 473,9 (DS \pm 1032,9), 693,3 (DS \pm 1,448,3), 1,267,4 (SD \pm 2,771,2) e 1,164,4 (SD \pm 2,220,5) rispettivamente per individui robusti, pre-fragili, fragili e molto fragili ($p < 0,001$). I ricoveri ospedalieri hanno generato il 91,9% dei costi totali UHS. Le persone robuste e pre-fragili hanno utilizzato il 69,6% dei servizi ospedalieri utilizzati e il 51,7% dei costi totali. I soggetti pre-fragili hanno generato la più alta percentuale di utilizzo dei servizi ospedalieri (38,6%) e costi (32,1%) ($p < 0,001$).

Nel complesso, le persone "robuste" e "pre-fragili" hanno mostrato la quota più elevata di Uso dei servizi ospedalieri e hanno generato oltre il 50% dei costi correlati, in un contesto di scarsa offerta di cure extraospedaliere come la regione Lazio. Un aumento delle cure ambulatoriali e dell'offerta del Day Hospital potrebbe ridurre l'accesso ai ricoveri ospedalieri e alle visite di pronto soccorso di questa popolazione. Una strategia diversa, con l'aumento dei servizi di assistenza domiciliare, è probabilmente necessaria per migliorare l'utilizzo dei servizi ospedalieri da parte dei pazienti "fragili" e "molto fragili".

La valutazione del contrasto alla fragilità nel quadro del programma "Viva gli Anziani!"

Parallelamente allo studio osservazionale, è stata avviata un'attività periodica di valutazione di un servizio territoriale di Monitoraggio attivo della popolazione ultrasessantacinquenne residente a Roma chiamato "Viva gli Anziani!". Tale servizio è condotto dalla Comunità di Sant'Egidio, un'associazione cattolica non-profit, ed ha come obiettivo il contrasto all'isolamento sociale, ben noto fattore di rischio per la mortalità ed il maggiore uso dei servizi di assistenza da parte della popolazione anziana (...). Il programma inizia con lo screening della fragilità alla quale fa seguito un piano

di intervento personalizzato costruito su una valutazione della fragilità più approfondita. I questionari utilizzati sono lo Short Functional Geriatric Evaluation (SFGE - 16) ed il Functional Geriatric Evaluation (FGE - 15). Il programma interviene sia con risposte puntuali a problemi specifici (ad esempio supporto alla consegna della domanda per l'invalidità, ricerca di personale di assistenza a domicilio, facilitazione del contatto con i servizi pubblici e privati, supporto sociale nel percorso di diagnosi e cura) che sostenendo i più fragili con una rete di relazioni informali (volontari) e formali (servizi del comune o della ASL) che riducono il grado di isolamento sociale. Tutti coloro che partecipano al programma vengono inseriti in un piano di monitoraggio telefonico la cui frequenza è tanto maggiore quanto più elevato è il grado di fragilità. In particolare durante le ondate di calore tutti i partecipanti al programma ricevono una telefonata per verificare che abbiano tutto ciò di cui necessitano. Anche in questo caso viene verificato, a distanza di tempo, l'impatto dell'intervento su parametri quali l'ospedalizzazione e/o la mortalità.

Impatto degli interventi di gestione della fragilità a livello territoriale

In uno studio di coorte con controlli storici, che ha messo a confronto 410 soggetti seguiti dal programma "Viva gli Anziani" nel corso del 2017 con 407 arruolati nello studio di prevalenza della fragilità nella regione Lazio seguiti nel 2015, comparabili per età e distribuzione di genere e fragilità all'arruolamento, è stato messo in evidenza come la mortalità nel primo anno di osservazione sia stata pari al 6,9% tra i controlli rispetto al 5% osservato tra i casi (che identificano i soggetti seguiti dal programma "Viva gli Anziani!") senza rilevanza statistica. Tuttavia, nell'analisi multivariata, la mortalità, aggiustata per età, sesso e fragilità all'arruolamento, mostra una significativa riduzione statistica del rischio di morte per i casi confrontati con i controlli (Rischio Relativo: 0,53 con 95%IC: 0,33-0,85).

il tasso di ammissione dell'ospedale nei casi è diminuito di circa il 10% nei casi confrontati con i controlli: 288 per 1000 OBS anno contro 257 (tabella 4).

Tabella 4. Tasso di ospedalizzazione nel primo anno di follow up

	Ospedalizzazioni	Tasso di ospedalizzazione per 1000 anni/persona (CL 95%)	Test di U Mann – Withney
Controlli	87	288.7 (194.6-382.9)	0.004
"Viva gli Anziani!"	42	257.6 (92.3-422.9)	

Tabella 5. Numero di ospedalizzazioni nel primo anno di follow up

	0	1	>1
Controlli	304 (84.4%)	38 (10.5%)	17 (5.1%)
"Viva gli Anziani!"	350 (91.4%)	26 (6.8%)	7 (1.8%)

Se consideriamo la distribuzione dei pazienti in base al numero di ricoveri ospedalieri divisi in 0,1 e più di uno, la differenza tra i due gruppi è ancora più evidente. la percentuale di pazienti che hanno mostrato più ricoveri ospedalieri è vicina a tre volte superiore tra i controlli che tra i casi. Nell'analisi multivariata aggiustata per età,

genere e fragilità, l'intervento di “Viva gli Anziani!” è associato ad un minor numero di ospedalizzazioni.

Interessante appare anche il confronto di mortalità tra le popolazioni ultrasessantacinquenni che vivono in quartieri della città di Roma appartenenti alla stessa Zona Urbanistica (il centro della città) le cui popolazioni sono in parte seguite dal programma “Viva gli Anziani!” ed in parte no. Durante le due ondate di calore osservatesi nel corso delle estati degli anni 2015 e del 2017, l'incremento percentuale di mortalità è stato sempre molto più contenuto dove il programma era operativo rispetto ai quartieri adiacenti.

Tabella 5. Numero di ospedalizzazioni nel primo anno di follow up Fonte: Ufficio statistico del Comune di Roma; elaborazioni: Laboratorio di Epidemiologia dell'Università degli Studi di Roma “Tor Vergata”			
	Popolazione	Aumento percentuale della mortalità estiva	95% IC
Confronto estate 2017 – estate 2016			
“Viva gli Anziani!”	6906	23.8%	11.0 – 36.6%
Controlli	4174	37.6%	18.4 – 56.8%
			Moses Test <0.001
Confronto estate 2015 – estate 2014			
“Viva gli Anziani!”	5338	47,8%	16,9-82,5%
Controlli	6311	97,3%	7,4-257,6%
			Moses Test <0.001

Un programma di intervento sociale sembra essere in grado di ridurre l'ammissione ospedaliera in un campione di oltre-75 anni di età cittadini. L'effetto principale del programma sembra la riduzione degli episodi acuti che devono essere trattati in ospedale: sembra che il programma agisca come un ammortizzatore in grado di ridurre le "crisi", e di aumentare la resilienza degli individui che subiscono eventi stressanti come le ospedalizzazioni. Un analogo effetto sembra potersi osservare anche in relazione alla mortalità sotto stress, come può essere quello dovuto ad un'ondata di calore.

Conclusioni

La fragilità appare come un indicatore particolarmente efficace della qualità di vita e della domanda assistenziale a livello sia individuale che di popolazione. Essa può essere utilizzata per dimensionare i servizi di assistenza in una determinata area, in considerazione del suo esprimere il rischio del verificarsi di eventi quali il decesso, l'ospedalizzazione e/o l'istituzionalizzazione. La fragilità appare comunque un elemento imprescindibile di matching, quando si voglia sperimentare una qualsiasi forma di intervento che metta a confronto popolazioni di ultrasessantacinquenni, per i quali i fondamentali descrittori demografici, socio-economici o clinici presi singolarmente non sono sufficienti a definire il rischio di eventi negativi. Infine la fragilità può anche essere considerata un outcome da valutare in corso di programmi di intervento tesi a diminuire o a gestire la fragilità stessa.

Bibliografia

1. G. Liotta et al. Frailty as the Future Core Business of Public Health: Report of the Activities of the A3 Action Group of the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing (EIP on AHA). *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2018, 15(12),
2. Lawton MP. Instrumental Activities of Daily Living. *Gerontologist* 1969;9:179
3. Katz TF. A.D.L. Activities of Daily Living. *JAMA* 1963; 185:914
4. Piotrowicz, J.; Soll, A.; Kielar, U.; Zwiefka, A.; Guligowska, A.; Piglowska, M.; Kostka, T.; Kurpas, D. ICT and environmental support for patients with frailty syndrome: CAREWELL project, FOCUS project and SUNFRAIL project. *Med. Sci. Pulse* 2017, 1, 37–43. [Google Scholar] [CrossRef]
5. Sunfrail. Available online: <http://www.sunfrail.eu/> (accessed on 19 November 2018).
6. Onder, G.; Cesari, M.; Maggio, M.; Palmer, K. Defining a care pathway for patients with multimorbidity or frailty. *Eur. J. Intern. Med.* 2017, 38, 1–2. [Google Scholar] [CrossRef]
7. Weathers, E.; O’Caoimh, R.; O’Sullivan, R.; Paúl, C.; Orfilia, F.; Clarnette, R.; Fitzgerald, C.; Svendrovski, A.; Cornally, N.; Leahy-Warren, P.; et al. The inter-rater reliability of the Risk Instrument for Screening in the Community. *Br. J. Community Nurs.* 2016, 21, 469–475. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed][Green Version]
8. O’Caoimh, R.; FitzGerald, C.; Cronin, U.; Svendrovski, A.; Gao, Y.; Healy, E.; O’Connell, E.; O’Keeffe, G.; O’Herlihy, E.; Weathers, E.; et al. Which part of a short, global risk assessment, the Risk Instrument for Screening in the Community, predicts adverse healthcare outcomes? *J. Aging Res.* 2015, 2015, 256414. [Google Scholar] [CrossRef] [PubMed]
9. Cesari M, Araujo de Carvalho I, Amuthavalli Thiyagarajan J, Cooper C, Martin FC, Reginster JY, et al. Evidence for the domains supporting the construct of intrinsic capacity. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* (2018). doi:10.1093/gerona/gly011
10. Liotta G, O’Caoimh R, Gilardi F, et al. Assessment of frailty in community-dwelling older adults residents in the Lazio region (Italy): A model to plan regional community-based services. *Arch Gerontol Geriatr.* 2017 Jan - Feb;68:1-7. doi
11. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T, Tracy R, Kop WJ, Burke G, McBurnie MA; Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2001 Mar;56(3):M146-56
12. Gobbens RJ, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM. Toward a conceptual definition of frail community dwelling older people. *Nurs Outlook.* 2010 Mar-Apr;58(2):76-86. doi: 10.1016/j.outlook.2009.09.005. Review.

13. Gobbens RJ, van Assen MA, Luijkx KG, Wijnen-Sponselee MT, Schols JM Determinants of frailty. *J Am Med Dir Assoc.* 2010 Jun;11(5):356-64. doi: 10.1016/j.jamda.2009.11.008.
14. Levers MJ¹, Estabrooks CA, Ross Kerr JC. Factors contributing to frailty: literature review. *J Adv Nurs.* 2006 Nov;56(3):282-91.
15. Scarcella P, Liotta G, Marazzi MC, Carbini R, Palombi L. Analysis of survival in a sample of elderly patients from Ragusa, Italy on the basis of a primary care level multidimensional evaluation. *Arch Gerontol Geriatr.* 2005 Mar-Apr;40(2):147-56
16. A Capanna, P Scarcella, F Gilardi, S Mancinelli, L Palombi, MC Marazzi, ... G Liotta. Sensitivity and Specificity of a Short Questionnaire to Screen Frailty in the Community-Dwelling Older Population. *Advances in Aging Research* 7 (03), 52

ПОДХОДЫ К КОНЦЕПЦИИ КЛИНИЧЕСКОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СОВРЕМЕННОЙ ПРАКТИКЕ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Фирсов Михаил Васильевич,

доктор исторических наук, профессор, заведующий кафедрой социальной и реабилитационной работы Института дополнительного профессионального образования работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы

Нестерова Антонина Юрьевна,

кандидат педагогических наук, старший преподаватель кафедры социальной и реабилитационной работы Института дополнительного профессионального образования работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы

Оформление клинических дискурсов социальной работы в современной практике социальных услуг населению. Клиническая версия социальной работы актуализируется в отечественном познании и практике несколькими факторами:

- изменением средовых обстоятельств, переходом российского общества от состояния транзитивности к оформлению в условиях внешнеполитических и экономических санкций, новой общественной идентичностью на основе поиска национальных «духовных скреп» и критической оценкой западноевропейских ценностей, идеологием, дискурсов социального развития¹;

- дальнейшим оформлением некоммерческого сектора социальных услуг, охватывающего различные сферы поддержки граждан;

- развитием профессиональной конфессиональной социальной работы, где доминируют духовные дискурсы и религиозный опыт в подходах к помощи человеку в трудной жизненной ситуации;

- расширением перечня профессий социальной работы.

Социально ориентированные некоммерческие организации изменили свою деятельность на основе законодательства от 5 апреля 2010 года № 40-ФЗ.

В соответствие с этим законодательством практика социальной работы расширилась во многих регионах РФ, в том числе и в г. Москве. В соответствии с реестром СОНКО, деятельность организаций распространяется на различные

¹ Путин В.В. 12 декабря 2012 году Послание Президента РФ В. В. Путина Федеральному Собранию, kremlin.ru/d/17118.

направления, в том числе на те, которые охватывают сферы профессиональной деятельности клинической практики социальной работы:

– услуги, предусматривающие реабилитацию и социальную адаптацию инвалидов (проведение социально-психологической реабилитации и абилитации);

– услуги по оказанию социальной помощи детям, инвалидам, гражданам пожилого возраста, а также по их социальному сопровождению (оказание медицинской, психиатрической, социальной, психолого-педагогической помощи детям, находящимся в трудной жизненной ситуации);

– участие в деятельности по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних (проведение индивидуальной профилактической работы с несовершеннолетними и их семьями, содействие в организации поиска несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей);

– услуги по профилактике социального сиротства, включая психолого-педагогическое и социальное сопровождение семей для предотвращения отказа от новорожденного ребенка;

– услуги по психолого-педагогическому консультированию, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации;

– услуги по профилактике социально значимых заболеваний, курения алкоголизма, наркомании;

– услуги, предусматривающие медико-социальное сопровождение лиц, страдающих тяжелыми заболеваниями, и лиц, нуждающихся в медицинской паллиативной помощи². Таким образом, расширение практики социальной работы изменяет теоретические и практические подходы к пониманию технологии помощи, расширяет практику в логике клинических подходов.

Конфессиональные дискурсы клинической социальной работы определяются благодаря оформлению в приходах РПЦ профессии социального работника³.

Как описано в документах о социальной работе в приходах РПЦ, социальная деятельность может быть весьма различной:

- это поддержка, укрепление и защита семьи, помощь старикам, инвалидам, людям, страдающим тяжелыми заболеваниями, бездомным;

- это помощь детям-сиротам и детям, оставшимся без попечения родителей;

- это поддержка заключенных или освобождающихся из заключения;

- это помощь ВИЧ-инфицированным, малоимущим, погорельцам, мигрантам, семьям, потерявшим кормильца, людям, попавшим в иные трудные обстоятельства;

² Сарычева И.А., Кочкина Е.В. Модели взаимодействия органов исполнительной власти Москвы с СОНКО при реализации Федерального Закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». - М., 2017. - С. 167.

³ О принципах организации социальной работы в Русской Православной Церкви. <http://www.patriarchia.ru/db/text/1401894>

- это содействие лицам, страдающим наркотической или алкогольной зависимостью, а также другим людям, нуждающимся в помощи.

Направленность деятельности в соответствии с документами может быть медицинской, реабилитационной, социальной, психологической, консультационной, духовной, а также материальной, включая финансовую поддержку, сбор и распределение продуктов, вещей и медикаментов.

Конфессиональные дискурсы клинической социальной работы расширили познавательное пространство теории и практики светской отечественной социальной работы. Сегодня оно не ограничивается рациональным мышлением и логикой дедуктивных подходов. Логика познавательных дискурсов формируется в направлении интуитивно-феноменологических подходов, где важнейшее место занимают духовно-ориентированные дискурсы.

Можно отметить, что в г. Москве организации, включенные в реестр поставщиков социальных услуг, оказывают услуги: в форме социального обслуживания на дому - 4,76% от общего числа поставщиков социальных услуг, в форме полустационарных услуг – 2,8%, в форме стационарных услуг – 4,8% услуг⁴.

В этой связи начинает формироваться новая познавательная и практическая матрица в социальной работе вообще, и в клинической социальной работе в частности.

Традиционное дихотомическое противопоставление «среда-личность», «личность-среда», начинает оформляться в контексте «клиент - в проблемной ситуации - окружающей среде». При этом традиционная для отечественного познания проблематика клиента расширяется с психосоциальной до био-психосоцио-этно-культурно-духовно-ориентированной проблематики.

С одной стороны, всесторонний охват различных измерений человека и его проблемы реализует целостный подход к клиенту, отражая идею Сократа, что «нельзя лечить тело, не лечя душу». С другой стороны, холистический подход, выражающийся в концепте «то, что не делится на части», позволяет рассматривать клиента в едином дискурсе слабых/сильных сторон его индивидуальности. Клиент не только уязвимый индивид, но и индивид, имеющий опыт решения проблем. Таким образом, он не только *homo vulnerable* (человек уязвимый), но и одновременно *homo capable* (человек способный).

Меняется и понимание запросов клиента, они могут осуществляться по различным векторам направленности: от нарушения биопсихосоциальных индивидуальных норм жизнедеятельности до этнокультурной дискриминации групп, от экзистенциальных проблем, связанных с социальной справедливостью до проблем духовного голода, от проблем, связанных со здоровьем, до проблем, связанных с психическим здоровьем.

Широкий спектр проблем клиента расширяет границы практики социального работника, что корректирует сложившуюся модель социальной

⁴ Сарычева И.А., Кочкина Е.В. Модели взаимодействия органов исполнительной власти Москвы с СОНКО при реализации Федерального Закона «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации». - М., 2017. - С.141-142.

работы, где оформляются теоретические и практические дискурсы клинической социальной работы.

Концептуальные основы клинической практики социальной работы

Клиническая социальная работа – это направление практической социальной работы, которое основано на теориях и методах профилактики, терапии, консультирования, сопровождения и социальной реабилитации при оказании услуг в области социальных проблем, связанных с проблемами здоровья и психического здоровья человека, с акцентами на био-психо-социально-духовные проблемы и расстройства.

Клиническая социальная работа ориентирована на теоретические подходы, в основе которых осмысление проблем человека в контексте понимания «личности-в-окружающей среде». Такой подход соответствует складывающимся тенденциям отечественной практики социальной работы, и тем тенденциям, которые характерны для мировой практики социальной работы. Знания клинической социальной работы включает в себя теории биологического, психологического и социального развития человека, а также осмысление возникновения дисфункций, в логике процессов дизонтогенеза.

База знаний включает в себя понимание многообразия и культурной дифференциации различных групп; межличностных отношений; семейной и групповой динамики; психических расстройств; зависимостей и расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ; последствий болезней и травм; последствий физической, социальной и культурной среды, влияющих на клиническую практику.

Клинические социальные работники, оказывая социальные услуги, должны в зависимости от запросов клиентов гибко и адресно применять теорию и методы помощи при различных случаях.

Интервенции, реализуемые в клинической практике социальной работы, имеют директивную и недирективную направленность, процессы помощи организуются в логике «от человека к человеку».

Интервенции варьируются в зависимости от проблематики пользователей социальных услуг и могут быть представлены методами профилактики и помощи в кризисных ситуациях, психолого-педагогических и социально-реабилитационных услуг, от методов консультирования и психотерапии до методов сопровождения и защиты прав клиента.

Клинические социальные работники реализуют свои услуги на уровне индивидуальных моделей работы, работы в группе, микросоциальной среде. Они работают как самостоятельно в различных государственных, некоммерческих, религиозных организациях, так и в составе мультидисциплинарной и междисциплинарной команды. Клинические социальные работники должны реализовывать свою деятельность в соответствии с нормативными и правовыми требованиями, определяющим действующим законодательством Российской Федерации.

К таким основным нормативным требованиям можно отнести:

– применение этических принципов социальной работы в целях руководства профессиональной деятельностью. Данные требования

сформулированы в Кодексе этики социального работника⁵, они направлены на осмысление миссии профессионала, его профессиональное совершенствование в целях улучшения социального обслуживания;

- применение критического мышления не только при анализе трудных жизненных ситуаций клиента, но и в работе с другими профессионалами при разрешении проблемных случаев;

- понимание разнообразия и различий на практике. Клинические социальные работники должны иметь четкое представление о том, как социальное, культурное, этническое и другие формы разнообразия влияют на опыт, перспективы и отношения людей;

- клинические социальные работники должны стремиться реализовывать принципы социальной справедливости, прав человека, которые влияют на благосостояние людей;

- клинические социальные работники должны выполнять свою работу на базе научно-обоснованных подходов, включать в практику передовые научные исследования, принимать непосредственное участие в изучении проблем клиентов;

- клинические социальные работники должны иметь системное представление о биопсихосоциальном развитии человека на протяжении всей его жизни, а также о факторах, приводящих к его изменению;

- клинические социальные работники должны активно участвовать в общественной деятельности в целях повышения социального и экономического благосостояния и предоставления эффективных социальных услуг, они непосредственно влияют на клиентов и другие уязвимые группы населения, с целью улучшения жизни отдельных лиц, групп и сообществ;

- клинические социальные работники должны стремиться оперативно реагировать на контексты, которые формируют практику, понимать, как эти изменения влияют на оценку и решение проблемы;

- клинические социальные работники должны быть вовлечены в работу с лицами, семьями, группами, организациями, сообществами, чтобы продвигать программы социального благополучия.

Клиническая социальная работа характеризуется целостным подходом «личность-в-окружающей среде», это означает, что профессионалы не только оценивают и помогают решать психические и эмоциональные проблемы своих клиентов, но во взаимодействии с клиентами проводят работу по изменению их семейной, финансовой и социальной жизни, тем самым способствуют индивидуальному благосостоянию в различных социально-экономических контекстах.

Клиническая социальная работа регулируется на государственном уровне в соответствии с действующим законодательством. Технологии клинической социальной работы реализуются в логике принципов и стандартов социального обслуживания населения.

⁵ Кодекс этики социального работника. <http://onf.ru/2013/05/30/kodeks-e-tiki-sotsialnogo-rabotnika/>

Принципы социального обслуживания

1. Социальное обслуживание основывается на соблюдении прав человека и уважении достоинства личности, носит гуманный характер и не допускает унижения чести и достоинства человека.

2. Социальное обслуживание осуществляется также на следующих принципах:

1) равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию вне зависимости от их пола, расы, возраста, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений и принадлежности к общественным объединениям;

2) адресность предоставления социальных услуг;

3) приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг, достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании, достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг;

4) сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде;

5) добровольность;

6) конфиденциальность.

Интервенции реализуются на основе принципа индивидуальной нуждаемости: орган социальной защиты населения совместно с человеком, нуждающимся в оказании социальных услуг, разрабатывает индивидуальную программу, в которой прописан алгоритм, маршрут оказания помощи.

Это значит, что во внимание будут приниматься все параметры: к примеру, способность обслуживать себя в силу возраста или заболевания, потребность в постороннем уходе. И уже на основе этого будет сформирована индивидуальная программа, в которой прописываются все социальные услуги, в которых нуждается конкретный человек. А также принцип социального обслуживания – «сохранение пребывания гражданина в привычной, благоприятной социальной среде». Это означает, что направление нуждающегося в помощи человека в стационар должно быть самой крайней мерой. Важно сохранить для него привычную жизненную среду и обстановку, а не изолировать от привычного окружения: близких, друзей, соратников, соседей. Этот момент будет обязательно учитываться органами соцзащиты при составлении индивидуальной программы оказания помощи.

Интервенции социального обслуживания осуществляются через систему государственных социальных служб, а также предприятиями и учреждениями иных форм собственности и гражданами, занимающимися предпринимательской деятельностью по социальному обслуживанию населения без образования юридического лица. Государство поддерживает и поощряет развитие социальных служб независимо от форм собственности.

Литература:

1. Вдовина М.В. Функциональные изменения межпоколенческого конфликта в семье. Монография. М.: Изд-во МосГУ, 2010.
2. Приступа Е.Н. Социально-правовая безопасность детства: монография / Департамент образования г. Москвы, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московский гуманитарный педагогический институт (МГПИ). М., 2010.
3. Приступа Е.Н., Степичев П.А. Социальная работа: Словарь терминов / Под редакцией автора-составителя Е.Н. Приступы; перевод Е.Н. Приступы, П.А. Степичева, М.С. Фироновой. Москва, 2015.
4. Российская энциклопедия социальной работы // Ответственный редактор: Холостова Е.И. – М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К".
5. Теория социальной работы / Холостова Е.И., Кононова Л.И., Вдовина М.В., Акимова Ю.А., Демидова Т.Е., Климантова Г.И., Малофеев И.В., Петросян В.А., Топчий Л.В., Шеляг Т.В.. Учебник / Москва, 2014. Сер. 58 Бакалавр. Академический курс (2-е изд., пер. и доп.)

ИНВАЛИДЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ – ПУТЬ К ДОСТУПНОЙ СРЕДЕ

Мкртумова Ирина Владимировна,

доктор социологических наук, профессор, заместитель директора по научно-аналитической работе Института дополнительного профессионального образования работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: В статье рассмотрены основные этапы пути к равным возможностям для инвалидов в РФ за последние сто лет, особенности реализации Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2015 годы и направления продления программы до 2020 года. Анализируются барьеры инвалидности, описан практический опыт реализации информационно-методических семинаров в 8-ми федеральных округах Российской Федерации и итогового социологического исследования, предложены направления дальнейшего развития доступности среды.

Abstract: This article describes the main stages of the path to equal opportunities for people with disabilities in the Russian Federation, the features of the State Program of the program "Accessible Environment" for 2011 - 2015 years, analyzes the barriers of disability, describes practical experience in implementing information and methodological seminars in 8 federal districts of the Russian Federation and the final case study, suggested areas for further development of availability environment.

Ключевые слова: доступная среда, инвалиды, барьеры инвалидности, реабилитация инвалидов, семинары.

Keywords: accessible environment, people with disabilities, the barriers of disability, rehabilitation services, and seminars.

В современном российском обществе социальная политика по отношению к людям с инвалидностью объединяет усилия государства и общества. Но так было не всегда. Хотя исторически в России внимание к инвалидам явилось основой создания системы социальной защиты населения, усиление роли социальной работы с инвалидами произошло в последние двадцать лет. По состоянию на 1 января 2014 года в Российской Федерации насчитывалось 12,7 млн инвалидов. Число инвалидов в России растет, что связано со многими факторами, в т.ч. и с процессом старения взрослого населения России.

Инвалиды, как все граждане Советского Союза, начиная с 1917 года получили право на бесплатное медицинское обслуживание, социальное обслуживание, санаторно-курортное лечение, образование, жилье и т.д., предоставляемые за счет общественных фондов потребления. В настоящее время для инвалидов сохранены практически все эти льготы.

В формировании государственной политики Российской Федерации как социального государства в отношении инвалидов можно выделить следующие основные этапы:

1917 – 1935 гг. Формирование системы социального обеспечения инвалидов. Начало было положено 1 ноября 1917 года Правительственным сообщением о социальном страховании и увеличении пенсий инвалидов на 100% за счет государственного бюджета. Первоначально государственное финансирование осуществлялось через систему социального страхования, но с 1918 года материальным обеспечением политики в отношении инвалидов стала заниматься система социального обеспечения. В этот период была создана врачебная экспертиза трудоспособности. К 1923 г. была введена трехгрупповая классификация инвалидности.

Началось формирование системы общего и профессионального коррекционного образования. В 1918 г. в Петрограде и Москве открылись первые курсы для учителей, работающих с «аномальными» детьми. В 1918-1920 гг. открыты: факультет детской дефективности при Институте дошкольного воспитания (г. Петроград, 1918) и два дефектологических института в Москве (1920). В 1929 году основан Институт коррекционной педагогики (Экспериментальный дефектологический институт, назывался по-разному в разные периоды), ведущий системную деятельность по образованию инвалидов до настоящего времени. В 1932 г. вышло Постановление СНК «О введении всеобщего обязательного обучения физически дефективных детей». В 1934-37 гг. при педагогических институтах в Куйбышеве, Воронеже, Ростове-на-Дону, Перми организуются двухгодичные отделения по подготовке учителей для специальных школ. При Научно-исследовательском институте специальных школ и детских домов (Институт коррекционной педагогики), ЛГПИ им. А.И. Герцена (г. Ленинград) открыты курсы для педагогов, не имеющих специальной подготовки⁶. Знаковым событием стало создание в 1934 году программы обучения для незлышащих в МВТУ им. Баумана.

В этот период создаются первые общественные организации инвалидов. Так, Всероссийское общество слепых (ВОС) было основано в 1925 году на членстве незрячих граждан РФ - инвалидов по зрению.

1941-1960 гг. Огромное увеличение числа инвалидов принесла Великая Отечественная война 1941-1945 гг. Не всем удалось вернуться живыми с полей битв. Многие из тех, кто вернулись, отстояв свой родной дом, улицу, город,

⁶ Лапшин В.А. 70 лет высшего дефектологического образования в СССР и современные проблемы подготовки специалистов // Учитель-дефектолог: современные проблемы подготовки и совершенствования работы / Под ред. В.А. Лапшина, В.И. Селиверстова. М., 1990. С. 608-617.

страну, имели физические увечья и душевные травмы. После Великой отечественной войны появился новый огромный контингент инвалидов – бывшие фронтовики, в основном люди молодого или среднего возраста, многие с травмами опорно-двигательного аппарата. Доля инвалидов с такими поражениями возросла от 8% до 42%. Некоторые участники войны, получившие тяжелые увечья на фронте, вернулись к прежней работе без существенного понижения своих профессиональных возможностей.

Создается сеть медицинских учреждений для инвалидов и ветеранов войны – госпиталей, лечебниц, санаториев, и сеть стационарных социальных учреждений для военных инвалидов – дома инвалидов, дома ветеранов, позднее – пансионаты для ветеранов войны. В 1956 г. вводятся новые инструкции по определению групп инвалидности. Создаются возможности для образования военных инвалидов. Так, в 1945 году в Курске была открыта музыкальная школа для ослепших фронтовиков. В 1954 году на ее базе было создано музыкальное училище для инвалидов по зрению. В мире существуют всего два подобных образовательных центра (в Курске и Праге), дающих возможность людям с особыми потребностями стать профессиональными музыкантами.

1960 – 1990 гг. Формируется система трудоустройства инвалидов. В начале 60-х гг. был принят ряд документов, существенно повлиявших на улучшение пенсионного обеспечения инвалидов. Создавалась государственная система трудового устройства инвалидов, позволяющая по их желанию трудиться в условиях, которые не противопоказаны лицам с ограничениями по состоянию здоровья. Продолжают формироваться общественные организации инвалидов - в 1988 году создано Всероссийское общество инвалидов.

Развивается сеть общего и специального образования для инвалидов. В 1992 году принято Примерное положение о классе (классах) компенсирующего обучения в общеобразовательных учреждениях. Формируется система специализированных школ-интернатов, доступная всем инвалидам и практически все инвалиды охвачены системой неполного среднего образования. Школы-интернаты приспособлены для инвалидов с определенным видом заболевания и располагают специальными методиками, учебными материалами и пособиями. В школах работают квалифицированные педагоги, учитывающие особенности заболеваний в организации учебного процесса, и специальный персонал. 1987 г. в МПГУ им. В.И. Ленина начинается обучение студентов специальности «Учитель-дефектолог для системы дошкольного воспитания». Тем не менее, на улицах, в общественных местах, исключая вокзалы и рынки, инвалидов почти не было видно. Барьеры недоступной инфраструктуры внешней среды и барьеры отношений в обществе во многом препятствовали полноценной жизни инвалидов в социуме.

1990 – 2006 гг. Нормативно-правовое обеспечение принципов равенства прав инвалидов. В 1990 г. Верховным Советом СССР была принята концепция Государственной политики в отношении инвалидов и Закон "Об основных началах социальной защищенности инвалидов СССР". Указами Президента России "О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности" (1992), «О мерах по профессиональной реабилитации и

обеспечению занятости инвалидов» (1993 г. № 394) было положено начало преобразованию среды с учетом потребностей инвалидов. В России были разработаны стандартные правила, учитывающие потребности инвалидов при строительстве жилья, устройстве социальной инфраструктуры. В этих документах впервые было обращено внимание на важность реабилитации и интеграции инвалидов в общество. Однако препятствием было отсутствие механизма, обязывающего предпринимать соответствующие меры.

Поворотным в определении статуса инвалидов в обществе стал 1995 год, когда в России был принят Федеральный Закон “О социальной защите инвалидов в Российской Федерации”. Впервые целью государственной политики стала не помощь инвалиду, а “обеспечение инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ». Этот Закон отразил прогрессивные нормы социальных законов зарубежных стран и международных документов, но многие положения закона не несли норм прямого действия.

Активно развивалась система коррекционного общего образования и профессионального образования для инвалидов, в том числе в дистанционной форме. В 1994 г. в Классификатор специальностей была включена специальность «Коррекционная педагогика и специальная психология (дошкольная)». Была создана федеральная сеть экспериментальных площадок по дистанционному обучению инвалидов на базе вузов и сузов. Число студентов-инвалидов в вузах в этот период увеличилось в несколько раз, хотя общее число молодых инвалидов в многомиллионной армии российских студентов не превышало один процент. В Москве семь вузов вели системное обучение групп студентов-инвалидов, в т.ч. негосударственный университет МНЭПУ.

В сфере образования в период перестройки у родителей детей-инвалидов появилось право выбора школы-интерната, куда они предпочли бы отдать своего ребенка на обучение. Но недостаточное число таких учебных заведений и их узкая специализация сужали возможности выбора образовательной траектории для ребенка.

Исторические трансформации российского государственного устройства конца XX века, тяжелейший экономический кризис, слом устоявшейся системы ценностей значительно ухудшили положение инвалидов, и система социальной защиты населения в этот период буквально обеспечивала выживание социально уязвленных слоев населения. Тем не менее, деятельность государства по законодательному обеспечению равных прав инвалидов продолжалась.

2006-2012 гг. Россия в 2006 году подписала Конвенцию ООН о правах инвалидов (далее – Конвенция) и в 2012 году ее ратифицировала. За этот период в России была официально признана политика в отношении инвалидов. Были сформированы: система льгот и компенсаций; судебные и административные механизмы реализации прав инвалидов; специальное антидискриминационное законодательство; институты координации национальной политики. Создана сеть неправительственных организаций инвалидов. Продолжалась работа по обеспечению доступа инвалидов к реализации гражданских прав, в том числе права на труд, на образование, на создание семьи, на неприкосновенность

частной жизни и собственности, а также политических прав. В обществе отношение к людям с инвалидностью стало более позитивным.

Инклюзивное образование начинает развиваться вначале в экспериментальном порядке, а с 2011 года - в штатном режиме. Детям со специальными потребностями в области образования предоставляется доступ в обычные школы, в которых должны обеспечиваться условия для их обучения и удовлетворения их потребностей на основе педагогических принципов, ставящих во главу угла интересы ребенка. К 2016 году число инклюзивных школ достигло 10 тысяч.

Дискутировались вопросы, предоставлять ли образовательные услуги детям-инвалидам исключительно в специализированных учебных заведениях, либо стремиться к интеграции детей-инвалидов в общий образовательный процесс, предполагающий обучение в школах и классах вместе со здоровыми детьми. К 2015 году формируется смешанный подход, и родителям предоставляется право выбора образовательного сценария.

2012-2019 гг. В декабре 2014 года для обеспечения равных прав и возможностей инвалидов принят Федеральный закон 419-ФЗ от 01.12.2014 г. «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции «О правах инвалидов», в котором предусмотрено внесение изменений в 26 федеральных законов, из них: в сферах культуры - 5, связи - 3, транспорта - 6, административной ответственности, доступа к правосудию и защиты в ситуациях риска - 6, жилищных правоотношений - 1, избирательных прав - 3, здравоохранения - 2.

Действенным механизмом реализации Конвенции стала Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы с общим объемом финансирования 183,6 млрд. рублей. Программа положила начало реальной практической работе по созданию безбарьерной среды в России. Ее целями являлось формирование к 2016 году условий для беспрепятственного доступа инвалидам к приоритетным объектам и услугам, совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации с целью интеграции инвалидов в общество.

Государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы (далее – Программа), утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 26 ноября 2012 г. № 2181-р, предусматривается принятие широкого круга мер, вытекающих из норм Конвенции ООН о правах инвалидов, ратифицированной в нашей стране в 2012 году, по созданию безбарьерной среды, совершенствованию системы экспертизы и реабилитации инвалидов, развитию их образования, трудоустройства, культурного обслуживания, вовлечения в занятия спортом, туризмом, общественную жизнь, обеспечения индивидуальной мобильности, улучшения информационно-коммуникационных условий.

Проведенный Минтрудом России⁷ анализ показал, что на начало 2015 года в регионах осуществляли деятельность 1 865 реабилитационных центра, в том числе: 1 276 – осуществляли медицинскую реабилитацию; 298 – профессиональную реабилитацию; 1 565 – социальную реабилитацию; 814 – иные виды реабилитации (комплексные реабилитация и пр.). В большинстве случаев деятельность по социальной реабилитации инвалидов осуществлялась силами отделений при центрах социального обслуживания, при центрах помощи семье и детям, или при социально-реабилитационных центрах для несовершеннолетних.

Необходимость разработки и реализации Программы была бесспорна. Обеспечение равных прав людей с инвалидностью особенно зависит от их мобильности, это право законодательно закреплено, однако в реальности оно было реализовано слабо. По данным исследований, проведенных на старте программы «Доступная среда», в городах было выявлено ограничение на практике фундаментальных прав инвалидов на доступ: к образованию (64%), здравоохранению (47%), социальной защите (45%), занятости, ресурсам социализации и самоактуализации (59%), коммуникации (40%), свободного передвижения горожан с инвалидностью (61%)⁸. Архитектурными барьерами предопределены проблемы в пользовании общественным пространством и услугами. По данным эмпирических исследований 2012 года, почти 65% людей с ограниченными возможностями оценили комфортность городов для передвижения «ниже средней» по пятибалльной шкале. Наиболее благоприятными для социального функционирования инвалидов оказались Краснодар, Самара, Липецк. Аутсайдеры – Челябинск, Омск, Владивосток. Средние показатели у Архангельска, Екатеринбурга, Саратова. Сводная оценка горожанами комфортности городской среды для маломобильных групп общества – «неудовлетворительно»⁹.

Существенные барьеры в первую очередь определяются системой отношений между инвалидами и обществом, а также инвалидами и социальными институтами. По данным исследований 2011-2014 гг.¹⁰ с необоснованными отказами в приеме в учебное заведение сталкивались 54,2% инвалидов, проблемы при трудоустройстве возникали у 51% инвалидов, а ущемление в оплате труда отмечали 53,4%. Представления работодателей о занятости инвалидов также расходятся: одни ориентируются на критерии профессионализма, вторые считают занятость инвалидов на своем предприятии нежелательной. В ряде случаев работодатели приветствуют труд какой-либо категории инвалидов, руководствуясь прагматическими соображениями.

⁷ См. zhit-vmeste.ru - материалы сайта Минтруда России, созданный специально для отражения материалов и хода реализации Государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы, дата обращения 21.01.2015 г.

⁸ См. Паспорт Государственной программой программы «Доступная среда» на 2011 - 2015 годы

⁹ См. Наберушкина Э.К. Мобильное гражданство инвалидов в социальном пространстве города / автореф. Дисс. д.с.н. – Саратов, 2013.

¹⁰ См. Там же

Сохраняются барьеры отношений в городах: 28 респондентов из числа горожан считают, что инвалиды должны жить в домах-интернатах, большинство «отводят им место» в специальных домах, построенных для инвалидов (78,4%).

В рамках пилотных проектов первого этапа программы «Доступная среда» осуществлен комплексный подход в формировании доступной среды: в Тверской области сформирована доступная среда в сфере профессионального образования, в Республике Татарстан - в сфере транспорта (в т.ч. метро), в Саратовской области - в сфере культуры.

При реализации первого этапа программы «Доступная среда» были выявлены такие проблемы, как: отсутствие межведомственного взаимодействия на региональном уровне, а в отдельных случаях - непонимание органами власти проблем и особых потребностей инвалидов в сфере деятельности по компетенции; определение приоритетных объектов без учета мнения общественных организаций инвалидов; формирование перечня мероприятий не на основе проведенной паспортизации объектов и услуг; несбалансированность объемов финансирования по сферам; невключение в региональную программу отдельных сфер.

С целью устранения выявленных рисков и их минимизации Минтрудом России предприняты следующие меры: разработана примерная региональная программа по формированию доступной среды (приказ Минтруда России № 575 от 06.12.2012г.); предложен механизм межведомственного взаимодействия и взаимодействия с общественными организациями инвалидов при разработке и реализации региональных программ (созданы координационные советы при губернаторах); предложен механизм определения приоритетов с участием общественных организаций инвалидов; установлено требование по формированию перечня мероприятий только на основе проведенной паспортизации объектов и услуг; определено оптимальное соотношение финансирования при реализации региональной программы на одну приоритетную сферу (от 10% до 20%); установлено требование по включению в региональную программу мероприятий по формированию доступной среды во всех приоритетных сферах жизнедеятельности инвалидов.

Стало развиваться инклюзивное образование, создано до 10 000 инклюзивных школ. Повысилась доступность информационной среды, в т.ч. к государственным услугам через интернет; сурдопереводу значимых трансляций в СМИ. Важной составляющей стала социальная реклама по формированию позитивных стереотипов отношения к инвалидам в обществе, к семьям с детьми-инвалидами, по прославлению подвигов паралимпийцев и т.д.

Среди задач государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» до 2020 года можно выделить следующие: актуализировать нормативы обеспеченности социально-реабилитационными центрами; разработать модели межведомственного взаимодействия при организации реабилитации инвалидов с учетом специфики, сложившейся в регионах и уровня взаимодействия; развивать реабилитационную инфраструктуру; организовать обучение, проведение профессиональной подготовки и повышение квалификации специалистов и персонала, оказывающих реабилитационные

услуги инвалидам; организовать обучение реабилитационным навыкам самих инвалидов и членов их семьи, а также родителей детей-инвалидов.

В реализации Программы предусмотрены два основных этапа. На первом этапе (2016-2017 гг.) была запланирована разработка методических и нормативных документов, реализация пилотного проекта в двух субъектах Российской Федерации и отработка подходов в организации реабилитации инвалида, разработка Концепции организации реабилитации инвалидов в 2015 году.

На втором этапе Программы (2018-2020 гг.) будут реализованы мероприятия на территории Российской Федерации в целом, осуществлена поддержка региональных программ, разработанных в соответствии с требованиями методических документов.

На всех этапах Программы (2016-2020 годы) планируется продолжить: реализацию мероприятий по формированию доступной среды в наиболее важных для инвалидов объектах; поддержку учреждений по адаптивной физической культуре и спорту; реализацию мероприятий по формированию доступной среды в общеобразовательных и высших образовательных учреждениях, обучение педагогов особенностям образовательного процесса детей-инвалидов и разъяснительную работу.

В 2019 году в России изменились правила установления инвалидности.¹¹

В порядок проведения медико-социальной экспертизы для установления инвалидности внесены изменения. Как сообщается на сайте кабинета министров, теперь направление на медико-социальную экспертизу (МСЭ) будет передаваться медицинской организацией в бюро МСЭ в форме электронного документа без участия инвалида. Эти новые позиции будут включены в госпрограмму «Доступная среда». Сейчас для установления инвалидности на медико-социальную экспертизу граждан направляют медицинские организации, органы, осуществляющие пенсионное обеспечение, а также органы социальной защиты населения. При этом процедура освидетельствования проводится по заявлению гражданина, подаваемому им в бюро МСЭ в письменной форме с приложением направления на МСЭ и других медицинских документов. «Начинается поэтапный переход к электронному обмену документами, чтобы инвалидам не нужно было ходить по инстанциям, дополнительные бумаги собирать, чтобы все можно было делать через портал государственных услуг», - уточнил премьер-министр Дмитрий Медведев на заседании Правительства 7 мая 2019 года. Сейчас устанавливается возможность подачи через Единый портал государственных и муниципальных услуг запроса в электронном виде на получение копий акта МСЭ и протокола проведения МСЭ, а также заявлений на обжалование решений первичных и главных бюро МСЭ.

22 марта 2019 года в Госдуму внесли проект федерального закона, который предусматривает ответственность за отказ обслуживать инвалидов,

¹¹ Ольга Игнатова. В России изменились правила установления инвалидности / <https://rg.ru/2019/05/21/v-rossii-izmenilis-pravila-ustanovleniia-invalidnosti.html>

несовершеннолетних и пенсионеров («Москва 24»)¹² За отказ в доступе к работам, товарам или услугам по причинам, обусловленным ограничением жизнедеятельности, состоянием здоровья, возрастом, предлагается штрафовать на сумму от 15 до 100 тыс. рублей.

Реализация Программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы коренным образом изменила ситуацию и в отношении доступности инфраструктуры, и по минимизации отношенческих барьеров. В поле реализации программы были вовлечены практически все регионы страны, активные изменения произошли в сфере социальной защиты, здравоохранения, транспорта, архитектуры, связи, информационных технологий, образования, культуры, искусства, спорта, эксплуатационных организаций; значительно повысилась роль общественных организаций инвалидов. В этот процесс был вовлечен и наш Институт.

Особое внимание следует обратить на проблему развития реабилитационной индустрии. В нашей стране номенклатура выпускаемых специализированных товаров для инвалидов и иных маломобильных групп граждан насчитывает всего до 200 названий, в то время как в западных странах подобная номенклатура насчитывает более 5000 тысяч наименований. Учитывая количество граждан, испытывающих стойкое ограничение подвижности, этот факт можно трактовать как то, что отечественные предприниматели недооценивали достаточно обширный сегмент доступного им рынка.

Литература:

1. Лапшин В.А. 70 лет высшего дефектологического образования в СССР и современные проблемы подготовки специалистов // Учитель-дефектолог: современные проблемы подготовки и совершенствования работы / Под ред. В.А. Лапшина, В.И. Селиверстова. М., 1990. С. 608-617.

2. Мкртумова И.В. Мир вокруг инвалида // IV Всероссийский социологический конгресс. Секция 16. Москва, 2012, 0,2 п.л. (Web of Science);

3. Мкртумова И.В. Монография. Дихотомия моделей девиации в различных социальных институтах: специфика и особенности социальной конструкции (на примере исследований 2000–2008 гг.) [Текст] / И.В. Мкртумова - М.: Изд-во МНЭПУ, 2008. 288 с. – 1000 экз. - ISBN – 978-5-7383-0308-1;

4. Мкртумова И.В. Социальные трансформации восприятия образов инвалидности: инвалидный дисплей // Человек и труд. Москва, 2012. № 6. С.71-72 (ВАК);

5. Наберушкина Э.К. Мобильное гражданство инвалидов в социальном пространстве города / автореф. Дисс. д.с.н. – Саратов, 2013

¹² Известия. 22.03 2019. /<https://iz.ru/875812/2019-05-07/v-rossii-uprostat-pravila-ustanovleniia-invalidnosti>

6. Паспорт Государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2015 годы - официальный сайт <http://www.rosmintrud.ru>, дата обращения 27.01.2015.

7. Первоначальный доклад Российской Федерации о выполнении Конвенции о правах инвалидов «О мерах, принятых для осуществления обязательств по Конвенции о правах инвалидов, и о прогрессе, достигнутом в соблюдении прав инвалидов в течение двух лет после ее вступления в силу для Российской Федерации» - Москва, Минтруд РФ, 2014;

8. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие. - 3-е изд., перераб. и доп. - М: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2010. - 240 с.

9. Mkrtumova Irina. The education of invalid as the scenario of changing of social role: in example of researches of social construction of positive deviaton // 39-й Всемирный Конгресс социологов. Секция «Society and Ecology: Problems and Priorities in a Transforming World» / «Sociology at the crossroads» 39-го Всемирного Конгресса Международного института социологии. Ереван, 2009. (0,5 п.л.) (Web of Science);

10. Mkrtumova Irina V. The world but perhaps also the emergence of new structures and spaces of In-ternational Independent University // The 40st World Congress of the International Institute of Sociology (IIS) Deli, 2012. (0,4 п.л.) (Web of Science);

11. <http://zhit-vmeste.ru/> - информационный портал Государственной программы «Доступная среда» Минтруда России, созданный специально для отражения материалов и хода реализации Государственной программы «Доступная среда» на 2011-2015 годы, дата обращения 21.01.2015 г.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ РАБОТНИКОВ СОЦИАЛЬНОЙ СФЕРЫ: ТРЕБОВАНИЯ СОВРЕМЕННОСТИ

Лебедева Наталья Васильевна,
доктор педагогических наук, доцент,
заместитель директора Института дополнительного
профессионального образования работников социальной сферы
ДТСЗН г. Москвы

Новохатько Ольга Васильевна,
кандидат педагогических наук, доцент,
заведующий учебно-методическим отделом Института
дополнительного профессионального образования работников
социальной сферы
ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: В статье рассматривается актуальная проблема качества преподавательского состава в современной системе дополнительного профессионального образования специалистов социальной сферы; представлен обзор научных трудов в области образования взрослых, андрагогики и непрерывного образования; раскрывается специфика деятельности преподавателя новой формации, особенности учебно-образовательного процесса взрослых; представлены современные формы активного и интерактивного обучения слушателей, а также информационные технологии, реализуемые в дополнительном профессиональном образовании специалистов социальной сферы; дается обоснование необходимости андрагогической компетентности у преподавателя постдипломного образования; делается вывод о развитии кадрового ресурса системы дополнительного профессионального образования социальной сферы.

Ключевые слова: преподаватель, дополнительное профессиональное образование, андрагогика, профессиональная компетентность, специалисты социальной сферы.

Стремительные социально-экономические преобразования российского общества актуализируют требования к уровню профессиональных компетенций специалистов в каждой отрасли, включая и дополнительное профессиональное

образование. В связи с повышением качества кадрового ресурса сферы образования актуальными становятся вопросы совершенствования системы научной подготовки кадров в рамках непрерывного образования. Компетентностный подход делает упор на изучение профессиональных компетенций не только обучающихся, но и профессорско-преподавательского состава образовательных организаций. Обеспечение качества обучения – важная задача всей российской системы образования, решение которой напрямую зависит от уровня профессионализма преподавателей [10, с. 7].

Многие исследования российских ученых изучают деятельность преподавателя высшего образования (Н.Н. Бордовская, Г.С. Вершловский, Ю.Н. Кулюткин, Л.М. Митина, В.А. Сластенин, Г.С. Сухобская и др.). Вопросам андрагогики как науки об образовании взрослых посвящены научные труды Т.А. Васильковой, М.Т. Громковой, С.И. Змеева, И.И. Кукуева и др.

Преподаватели системы постдипломного образования относятся к категории преподавателей, работающих в области непрерывного образования, чья профессиональная деятельность в полной мере должна соответствовать тем центральным идеям, которые являются базисом андрагогики и непрерывного образования [1, с. 12].

В.М. Ростовцева выделяет необходимые условия для развития профессорско-преподавательского состава, среди которых: важность и понимание постоянного развития преподавателей, работающих в эшелоне образования; осуществление прогнозирования системных структурных изменений, таких как мониторинг потребностей рынка труда, требований к уровню профессиональных компетенций специалистов и т.д. [10, с. 8].

А что происходит с кадровым профессорско-преподавательским составом в системе дополнительного профессионального работников социальной сферы? Какими профессиональными компетенциями должен обладать преподаватель новой формации постдипломного образования?

Деятельность преподавателя дополнительного профессионального образования работников социальной сферы – это система активного целенаправленного взаимодействия с обществом, работодателями и самими специалистами. Одновременно преподавательская деятельность подчинена нормам, создающим возможность эффективных и согласованных действий в контексте жизнедеятельности. С другой стороны, данная деятельность требует творчества, креатива, индивидуальности.

Вопросы профессионального самоопределения, профессиональной идентичности преподавателя ДПО актуальны в контексте профессиональных компетенций преподавателя [9, с. 23].

Содержание преподавательской деятельности в системе постдипломного образования работников социальной сферы многопланово и многоаспектно, его можно рассматривать как «надпрофессиональное», т.е. в широком социокультурном аспекте. Данный общеевропейский подход полно раскрывает определение С.И. Змеева о том, что андрагог – это специалист в области обучения, управления, консультирования, социальной работы со взрослыми людьми [5, с. 23].

Андрагогическая компетентность является базисом профессионализма преподавателя. Составными компонентами данного понятия, по словам С.Г. Вершловского, являются: знание особенностей взрослого человека как субъекта образования; понимание значимости обучения для самого обучающегося; владение образовательными технологиями с учетом специфики взрослой аудитории; партнерское взаимодействие «преподаватель-слушатель», умение активизировать взрослого обучающегося к постоянному профессионально-личностному развитию и др. [4, с. 277].

Т.А. Василькова в профессиональной компетентности преподавателя, работающего со взрослой аудиторией, выделяет управленческую и психолого-андрагогическую составляющие. Управленческий аспект данной компетентности составляют теоретические знания и практические умения (опыт) работника, с учетом научных основ организации деятельности различных государственных структур, образовательных учреждений, общественных организаций и др. Преподавателю-андрагогу нужны знания теории, методики и технологии работы со взрослыми, основы андрагогического менеджмента, а также организаторские, психологические, андрагогические, коммуникативные умения. Психолого-андрагогическая компетентность включает андрагогику, педагогику и психологию, являющиеся базисом деятельности андрагога [3, с.74].

Преподаватель дополнительного профессионального образования работников социальной сферы сегодня не просто доносит до слушателей теоретические знания в области социальной работы, он и сам хорошо знает специфику практической деятельности в социальной сфере. Работая в аудитории, где слушателями являются специалисты-практики из различных организаций социального обслуживания, необходимо знать все тонкости их профессиональной деятельности [6, с. 39].

Введение профессиональных стандартов для специалистов социальной сферы четко определяет уровень необходимых знаний, умений и навыков для осуществления трудовых действий. Данные профессиональные стандарты, как и образовательные стандарты, являются основополагающими для разработки и реализации дополнительных профессиональных программ переподготовки и повышения квалификации для работников социальной сферы.

Необходимо отметить, что сегодня традиционное обучение взрослых через формат лекций является недостаточно эффективным для системы ДПО специалистов социальной сферы. Поиск новых образовательных технологий с «обучением через действие» дает более положительные результаты.

В основе образовательных технологий нового поколения лежат известные и оправдавшие себя методологические подходы: системный, аксиологический, гуманистический, личностно-деятельностный и др. Образовательные технологии в системе дополнительного профессионального образования работников социальной сферы опираются на концепции модульного, проблемного, контекстного обучения и др.

Современное постдипломное образование работников социальной сферы находится под воздействием множества факторов, обуславливающих необходимость реализации новых педагогических технологий в рамках

компетентностного подхода, применения активных и интерактивных форм обучения, ориентирующих на развитие творческого продуктивного мышления, креативность, профессиональную компетентность.

Перед системой ДПО работников социальной сферы стоят задачи не только по формированию и развитию знаний, умений и навыков в области социальной работы, но и развитие рефлексии, активизации профессионально-личностного развития слушателей, что обуславливает внедрение активных и интерактивных форм обучения.

Активные и интерактивные формы обучения – это личностно-ориентированное взаимодействие субъектов учебно-образовательного процесса в групповой совместной деятельности. Смысл современной работы заключается в том, что приобретенные в специально организованной среде постдипломного образования знания, умения и навыки, успешно интегрируются в опыте каждого участника группы. Также достоинством интерактивного обучения является развитие социально и профессионально важных качеств слушателей. Можно утверждать, что интерактивное обучение способствует формированию и совершенствованию ключевых компетенций работников социальной сферы.

Преподаватели дополнительного профессионального образования работников социальной сферы используют в учебно-образовательном процессе такие формы как: тренинги, семинары-практикумы, деловые игры, образовательные квесты, воршопы и др.

В системе современного ДПО востребованы кейсы, которые используются во всех дополнительных профессиональных программах как переподготовки, так и повышения квалификации. Сегодня решение ситуационных задач, взятых из профессиональной деятельности работников социальной сферы, позволяет в учебных аудиториях моделировать практические ситуации из области социальной работы [8, с. 159].

Помимо вышеперечисленного, преподаватель новой формации дополнительного профессионального образования должен свободно владеть информационными и цифровыми технологиями, а также использовать их для обучения.

Использование информационных, компьютерных, цифровых технологий в образовательном процессе ДПО позволяет визуализировать учебный материал, активизировать процесс восприятия образовательного контента, разрабатывать и применять тестовые задания как оценочные процедуры по результатам пройденного обучения, использовать электронные ресурсы социальных сетей как инструмент информирования о системе дополнительного профессионального образования и о разработке новых образовательных программ для работников социальной сферы.

Информационные и цифровые технологии содержат в себе большой мотивационный потенциал, который имеет большое значение в управлении качеством обучения [2, с.77].

Дистанционный формат является сегодня востребованной формой обучения для работников социальной сферы, позволяя минимизировать временные затраты и создавать возможность обучения в удобные сроки.

Достоинства информационных и цифровых технологий обучения общеизвестны – это активизация когнитивной деятельности слушателей, индивидуальный характер обучения, разгрузка преподавателей от контроля и частично консультирования.

У преподавателя новой формации системы дополнительного профессионального образования сегодня много ролей, среди которых стоит отметить роли фасилитатора, наставника, ментора, коуча, тьютера и др. Данные роли позволяют преподавателю выстраивать партнерские отношения на принципах диалогизации и партнерства.

Постоянное профессионально-личностное развитие самого преподавателя является сегодня крайне актуальным. Изменения нормативно-правовых основ деятельности в социальной сфере, развитие социально некоммерческого сектора, активное внедрение инновационных технологий социального обслуживания населения, реализация социальных проектов требуют изучения и включения в учебно-образовательный процесс для работников социальной сферы.

Конструктивность его профессионально-андрагогической деятельности неотделима от его субъектной активности, благодаря которой преподаватель новой формации постдипломного образования самореализует себя как личность. Невозможно искусственно направлять активность так, чтобы она извне определялась как творческая и конструктивная. Можно только создавать обстоятельства, благодаря или вопреки которым преподаватель-андрагог принимает решение действовать активно и самостоятельно. Следовательно, задача заключается в том, чтобы создать максимально возможные условия для конструирования индивидуальной траектории развития преподавателя дополнительного профессионального образования работников социальной сферы, в которой он сам оказывает себе помощь, обнаруживая собственные резервы, о которых можно было бы судить только на основе изучения имеющихся способностей.

Таким образом, сегодня речь идет о кадрах новой формации, современном высоком уровне профессионально-педагогической подготовки преподавателей для системы дополнительного профессионального образования работников социальной сферы, характеризующемся новыми профессиональными компетенциями и личностными качествами. Современное российское образование в целом, включая и дополнительное профессиональное образование, способно создавать конкурентное преимущество посредством целенаправленного развития преподавательского кадрового ресурса.

Литература:

1. Агасандян Л.Э. Особенности профессиональной позиции преподавателя системы дополнительного профессионального образования вуза // Вестник ПСТГУ. IV: Педагогика. Психология. 2014. – Вып. 1 (32). – С.9-14

2. Бурлакова И.И. Управление качеством профессиональной подготовки студентов – будущих учителей иностранного языка... дис. д-ра пед.н., М.: МГПУ, 2015
3. Василькова Т.А. Основы андрагогики: учебное пособие / Т.А. Василькова. – М.: КНОРУС, 2016 – 256 с.
4. Вершловский С.Г. Взрослость как категория андрагогики // Вопросы образования. – 2013. - № 2. – С. 285-296
5. Змеев С.И. Андрагогика. Основы теории, истории и технологии обучения взрослых. М.: ПЕР СЭ, 2007 – 272 с.
6. Лебедева Н.В. Андрагогическая компетентность преподавателя дополнительного профессионального образования специалистов социальной сферы // Педагогический журнал. - 2017. - Том 7. - № 1А. – С.36-45
7. Лебедева Н.В. Андрагогическая модель обучения специалистов социальной сферы в системе дополнительного профессионального образования: монография. – 2017. – М.: Белый ветер, 2017. – 256 с.
8. Лебедева Н.В. Диверсификация дополнительного профессионального образования специалистов социальной сферы в рамках андрагогического подхода // Вестник Череповецкого государственного университета. – 2017. - № 2. – С. 157-162
9. Лебедева Н.В. Профессиональное самоопределение социальных сирот на этапе подростничества...дис.к.псих.н., Москва, 2011
10. Ростовцева В.М. Педагогический кадровый ресурс современного университета в процессе диверсификации образования // Вестник ТГПУ. – 2011. - № 6. – С. 7 - 9

КОМПЕТЕНЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО РЕШЕНИЮ СОЦИАЛЬНЫХ ПРОБЛЕМ

Акимова Юлия Александровна,

кандидат юридических наук, доцент, заведующий правовым отделом
Института дополнительного профессионального образования
работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: Автор рассматривает модель профессиональных и личностных качеств (компетенций) специалистов по решению социальных проблем - набор компетенций и их характеристик, сформированный в соответствии с должностными обязанностями работника. Для обеспечения качественного формирования кадрового состава прием на работу в государственные учреждения социального обслуживания должен основываться на передовых российских и международных практиках с учетом научных достижений в управлении персоналом.

Ключевые слова: компетенции, профессиональные стандарты, профессиональные знания, умения, модель профессиональных и личностных качеств, профессиональные качества, личностные качества.

Keywords: competencies, professional standards, professional knowledge, skills model of professional and personal qualities, professional qualities, personal qualities.

Эффективное государственное управление, особенно в условиях обострения конкуренции с коммерческими и некоммерческими организациями, требует профессионального исполнения задач и функций, возложенных на государственные учреждения социального обслуживания. Для обеспечения качественного формирования кадрового состава прием на работу в государственные учреждения социального обслуживания должен основываться на передовых российских и международных практиках с учетом научных достижений в управлении персоналом.

На протяжении последних десятилетий оценка персонала и требования к нему претерпели серьезные изменения. Государственный сектор до последнего времени придерживался классических требований – оценивались только профессиональные знания претендентов и работников. В коммерческом секторе давно уже применялись различные методики по оценке личностных качеств, лидерских способностей, возможности работы в команде, креативность.

Профессиональные стандарты, которые внедряются в России с 2013 года, содержат требования к образованию, опыту работы, к уровню знаний и умений. [3, ст. 195.3]

Профессиональные знания - совокупность правовых и иных знаний, необходимых для эффективного и результативного исполнения должностных обязанностей.

Умения - осмысленные физико-технические действия человека, направленные на достижение определенной цели или выполнение конкретной задачи. Умения всегда опираются на активную интеллектуальную деятельность и включают в себя процессы мышления.

К умениям, включенным в состав базовых квалификационных требований, относятся умения в области информационно-коммуникационных технологий, а также общие и управленческие умения, свидетельствующие о наличии определенных профессиональных и личностных качеств.

Общие умения - умения, необходимые для эффективного и результативного исполнения должностных обязанностей.

Управленческие умения - умения, необходимые для эффективного и результативного исполнения должностных обязанностей по должностям, в должностные обязанности по которым входит организация и планирование деятельности работников, находящихся в линейном или функциональном подчинении, и в целом государственного учреждения, структурных(ого) подразделений(я) или проектных(ой) групп(ы), а также контроль хода исполнения документов и проектов для достижения задач и целей государственного учреждения, структурных(ого) подразделений(я) или проектных(ой) групп(ы).

Профессиональные знания, умения и навыки в соответствии с законодательством об образовании Российской Федерации содержатся в федеральных государственных образовательных стандартах, образовательных стандартах, а также образовательных программах.

Причем требования к профессиональным знаниям, которые были прописаны в первых профессиональных стандартах, радикально отличаются от требований в профстандартах 2019 года.

Для примера возьмем профстандарт руководителя учреждения социального обслуживания [1, с. 1].

Действующий профстандарт (2013 года) содержит только четыре трудовые функции:

Планирование и контроль деятельности организации социального обслуживания (организация);

Управление ресурсами организации социального обслуживания;

Взаимодействие с клиентами, вышестоящими и партнерскими организациями;

Обеспечение развития организации социального обслуживания.

Требования к образованию и опыту работы: среднее профессиональное образование по программам подготовки специалистов среднего звена и не менее 1 года на руководящей должности.

И минимальный набор умений:

- планировать деятельность организации, разрабатывать программы, формировать систему показателей деятельности организации и работников;
- организовывать работу персонала, ставить цели и формулировать задачи, определять приоритеты;
- вырабатывать варианты решений и оценивать риски, связанные с их реализацией;
- анализировать данные финансовой и статистической отчетности;
- использовать информационно-коммуникационные технологии, в том числе интернет-ресурсы.

А также знаний:

- федеральное и региональное законодательство и другие нормативные правовые акты в сфере социального обслуживания населения;
- теория управления и организации труда, включая знание основ проектного и программно-целевого управления;
- основы финансового, бухгалтерского и статистического учета в организации социального обслуживания.

Если же мы рассмотрим проект профессионального стандарта «Руководитель организации социального обслуживания», утвержденный Национальным советом при Президенте Российской Федерации по профессиональным квалификациям в декабре 2018 года [2, с. 1], то здесь и перечень трудовых функций расширился, и количество умений, а также знаний безгранично увеличилось.

Трудовые функции дополнились новыми:

- планирование деятельности организации социального обслуживания;
- организация деятельности организации социального обслуживания;
- контроль деятельности организации социального обслуживания;
- управление ресурсами организации социального обслуживания;
- обеспечение развития организации социального обслуживания;
- взаимодействие с получателями социальных услуг в организации социального обслуживания;
- обеспечение взаимодействия организации социального обслуживания с вышестоящими и партнерскими организациями.

Требования к образованию и опыту работы: высшее образование и дополнительное профессиональное образование в области управления и в области социальной работы, а также не менее двух лет работы на руководящей должности в системе социальной защиты населения, образования, здравоохранения, государственного и муниципального управления.

Умения: определять приоритеты, ставить цели и формулировать задачи по деятельности организации социального обслуживания; формировать систему целевых показателей деятельности организации и ее работников в соответствии со стратегическими и тактическими задачами организации, государственным (муниципальным) заданием на предоставление государственных (муниципальных) услуг (выполнение работ), поручениями вышестоящих организаций; использовать технологии проектирования и прогнозирования в

разработке текущих и перспективных планов работы организации; выработать варианты решений поставленных задач и оценивать риски, связанные с их реализацией; анализировать данные финансовой, статистической отчетности и принимать решения по формированию бюджета организации; использовать информационные технологии, в том числе информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет» для разработки текущих и перспективных планов работы организации.

Знания: законодательство Российской Федерации в сфере социального обслуживания и социальной защиты населения в части необходимой для исполнения должностных обязанностей; технологии организации управленческой деятельности в системе социального обслуживания; основы комплексного планирования деятельности организации социального обслуживания; основы проектного и программно-целевого управления; стратегия развития отрасли социального обслуживания; основы финансового, бухгалтерского и статистического учета в организации социального обслуживания; особенности профиля, специализации и структуры соответствующей организации социального обслуживания; экономические основы социального обслуживания населения; основы проектирования, прогнозирования и моделирования в социальной работе; технологии и передовой опыт социального обслуживания; методы и технологии оценки рисков и управления социальными рисками.

Таким образом, можно сделать вывод, что современные вызовы к социальной работе напрямую сказываются на увеличении требований к профессиональным качествам руководителей и работников организаций социального обслуживания.

Профессиональные стандарты не содержат требований к личностным качествам, но соответствующие оценки уже внедряются, в том числе и в государственном секторе.

Профессиональные качества - личностные качества, знания, умения, навыки, необходимые для эффективного и результативного исполнения должностных обязанностей.

И, наконец, личностные качества - индивидуальные особенности личности, включающие в себя способности, особенности характера, жизненные ценности и установки человека, тип темперамента, а также мотивацию. Совокупность личностных качеств работника проявляется в деятельности через профессиональные качества.

Рассмотрим модель профессиональных и личностных качеств (компетенций) специалистов по решению социальных проблем - набор компетенций и их характеристик, сформированный в соответствии с должностными обязанностями работника.

Оценке подлежат такие профессиональные и личностные качества, как:

- для всех кандидатов: стратегическое мышление; командное взаимодействие; персональная эффективность; гибкость и готовность к изменениям;

- для кандидатов, претендующих на замещение руководящих должностей: лидерство; принятие управленческих решений.

Методы оценки кандидатов на соответствие квалификационным требованиям определяются с учетом:

- категории вакантной должности;
- областей и видов деятельности;
- необходимости проверки у кандидатов узкоспециализированных знаний и умений, определенных в должностном регламенте.

Выбор осуществляется преимущественно следующими методами оценки:

- индивидуальное собеседование;
- анкетирование;
- проведение групповых дискуссий;
- написание реферата и иных письменных работ;
- тестирование по вопросам, связанным с выполнением должностных обязанностей по вакантной должности.

Личностные качества оцениваются в рамках психологического тестирования.

Тестирование для оценки числовых и вербальных способностей может проводиться аналогично тестированию для оценки соответствия претендента квалификационным требованиям. Для оценки способностей используются специально разработанные тесты, представляющие собой серию коротких стандартизированных заданий, выполняемых на время. Данные тесты должны обязательно содержать нормы их верификации, основанные на данных статистики, и формализованный механизм обработки результатов. Как правило, нормой верификации является результат тестирования не менее 100 претендентов аналогичной квалификации, прошедших тесты ранее, с которыми будет сравниваться результат конкретного претендента в части доли правильных ответов.

Тестирование для оценки личностных качеств проводится с помощью психометрических опросников, представляющих собой серию вопросов, направленных на выявление предпочитаемого стиля поведения человека в деловых ситуациях, не имеющих правильных или неправильных решений, ответы на которые не ограничены по времени. Данные опросники, как и тесты способностей, должны содержать нормы верификации (результаты тестирования не менее 500 претендентов для сравнения) и формализованный механизм обработки результатов на основе правил статистики. Тестирование в компьютерной форме, в том числе удаленно, посредством онлайн системы или в бумажном виде. Содержание вопросов должно учитывать личностные качества, необходимые для замещения конкретной должности.

Особенности применения психологического тестирования связаны с тем, что существует опасность использования нелегальной продукции (тесты и личностные опросники распространяются на российском рынке без согласия правообладателя). Кроме того, существует опасность применения методов, не обладающих достаточной надежностью и валидностью в связи с отсутствием

данных, подтверждающих, что методики дают верные оценки личностных качеств и способностей человека.

Кроме того, не все методики психологической оценки могут быть применимы для оценки претендентов, так как изначально они разрабатывались для других целей и/или рассчитаны на другую аудиторию.

Несмотря на сложность выбора методик психологического тестирования, данные методики, будучи автоматизированными, помогают существенно упростить процесс оценки претендентов при отборе, а также сделать его более объективным, так как все такие методики построены на четких правилах статистики и результат по каждому претенденту определяется по жестко заданному алгоритму, полностью исключая влияние на оценку человеческого фактора. Однако для правильного применения таких методик сотрудники кадровых служб должны пройти специальное обучение, чтобы обрести экспертизу по интерпретации результатов тестирования.

Таким образом, компетенция - это комплекс профессиональных и личностных качеств, свидетельствующий о наличии необходимых для эффективного и результативного исполнения должностных обязанностей знаний, умений, а также опыта профессиональной деятельности.

Модель профессиональных и личностных качеств (компетенций) специалистов по решению социальных проблем – это набор профессиональных знаний в соответствии с профессиональными стандартами, личностных качеств, требуемых для исполнения должностных обязанностей, и характеристик личности, сформированных при постоянном взаимодействии с получателями социальных услуг, при котором любой специалист социальной службы готов сделать больше, чем прописано в должностных инструкциях.

Литература:

1. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 18 ноября 2013 г. N 678н "Об утверждении профессионального стандарта "Руководитель организации социального обслуживания" - Система «Гарант».

2. Протокол заседания Национального совета при Президенте РФ по профессиональным квалификациям от 6 декабря 2018 года № 32 - https://nark.ru/upload/medialibrary/87a/32.-Protokol-ot-6-dekabrya-2018g-_32..pdf

3. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30 декабря 2001 г. N 197-ФЗ – Система «Гарант».

СОЦИАЛЬНАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ РАБОТА В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ЦЕНТРЕ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ (ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ)

Баринова Ирина Валентиновна,
директор ГКУСО МО «Воскресенский реабилитационный центр для
детей и подростков с ограниченными возможностями «Преодоление»
(Московская область)

Опарин Константин Сергеевич,
заведующий отделением диагностики и разработки программ
реабилитации ГКУСО МО «Воскресенский реабилитационный центр
для детей и подростков с ограниченными возможностями
«Преодоление» (Московская область)

Аннотация: В статье рассматривается реабилитационная работа в ГКУСО МО «Воскресенский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Преодоление», приводится методика оценки эффективности и результативность реабилитационных мероприятий. Оценка эффективности реабилитационных программ проводится на основании данных медицинского осмотра и тестирования ребенка специалистами учреждения социального обслуживания поэтапно (в начале, в середине и по окончании курса реабилитации) и отражает состояние получателя социальных услуг в динамике. Система оценки эффективности реабилитационных мероприятий содержит количественную и качественную характеристики. Также на примерах показаны реализуемые направления и подходы в реабилитации, среди которых медицинская, педагогическая, психологическая, социальная.

Ключевые слова: реабилитация, социальная реабилитация, оценка эффективности реабилитации, реабилитация детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями, социально-медицинская реабилитация, социально-педагогическая реабилитация, социально-психологическая реабилитация.

Keywords: rehabilitation, social rehabilitation, assessment of the effectiveness of rehabilitation, rehabilitation of disabled children and children with disabilities, social and medical rehabilitation, socio-pedagogical rehabilitation, socio-psychological rehabilitation.

Актуальной проблемой является правильно выстроенная система реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями с целью восстановления физического, психического, духовно-нравственного здоровья и дальнейшей максимально полной и своевременной адаптации к жизни в семье и обществе.

Рассмотрим более подробно процесс и направления реабилитации в Воскресенском реабилитационном центре для детей и подростков с ограниченными возможностями «Преодоление», остановимся на более интересных технологиях работы.

При поступлении в Центр на ребенка заводится реабилитационная карта (паспорт), где фиксируется персональная информация, в которой также имеется раздел «оценка эффективности реабилитационных мероприятий». Программа реабилитации разрабатывается на каждого ребенка индивидуально с учетом особенностей, психологического, физического и эмоционального состояния и реализуется по разным направлениям: медицинское, педагогическое, психологическое, социальное.

Методика оценки эффективности и результативность реабилитационных мероприятий, применяемая специалистами Воскресенского реабилитационного центра для детей и подростков с ограниченными возможностями «Преодоление», разработана базовым учреждением системы учреждений социального обслуживания по реабилитации детей в Московской области ГКУСО МО «Балашихинский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Росинка» (директор – О.А. Садилова) и утверждена Приказом Министра социального развития Московской области Фаевской Ириной Клавдиевны №19П-19 от 30.01.2017 г.

Оценка эффективности реабилитационных программ проводится на основании данных медицинского осмотра и тестирования ребенка специалистами учреждения социального обслуживания поэтапно (в начале, в середине и по окончании курса реабилитации), она отражает состояние получателя социальных услуг в динамике. Система оценки эффективности реабилитационных мероприятий содержит количественную и качественные характеристики.

Комплексная оценка соматического, неврологического, психоэмоционального и социального статуса ребенка проводится на заседаниях медико-психолого-педагогического консилиума в виде вынесения заключения по 4 параметрам, исходя из следующих показателей состояния здоровья ребенка:

I – соматический;

II – неврологический (нервно-психический);

III – психоэмоциональный (эмоционально-поведенческий);

IV – социальный (социальный статус).

Количественная оценка каждого показателя проводится по 5-бальной шкале:

5 баллов – оцениваемый критерий имеет максимальную степень возможного положительного проявления;

- 4 балла – положительное свойство достаточно выражено, но неустойчиво;
3 балла – критерий занимает промежуточное значение между крайними проявлениями;
2 балла – более ярко выражены отрицательные показатели;
1 балл – максимально выражены патологические признаки.

Оценка эффективности реабилитации проводится в два этапа:

I этап - проводится количественная оценка 4-х критериев для каждого показателя.

Нарушения в соматическом статусе:

1. Тяжесть заболевания, динамика.
2. Общее физическое развитие.
3. Аппетит.
4. Сон.

Нарушения в неврологическом статусе:

1. Головные боли.
2. Утомляемость.
3. Вегетативные.
4. Метеочувствительность.

Нарушения в психологическом статусе:

1. Познавательный уровень.
2. Мыслительные процессы.
3. Эмоционально-волевая сфера.
4. Речь.

Нарушения в социальном статусе:

1. Уровень навыков общения со сверстниками (со взрослыми, дезадаптация).
2. Культурно-гигиенические навыки.
3. Социально-нравственное развитие.
4. Уровень социализации ребенка, зависящий от статуса семьи (5 – благополучная семья; 4 – неполная благополучная; 3 – конфликт родителей, делегируют свои родительские функции; 2- асоциальная, жестокое обращение с ребенком; 1 – сирота).

II этап – качественная оценка эффективности программы реабилитации (в т.ч. в целом) проводится вычислением доли суммы количественных оценок (баллов) показателей от максимально возможной суммы баллов показателей (по отдельному показателю $max = 20$; в целом по 4-м показателям $max = 80$ баллов).

Таким образом, данный метод позволяет определить эффективность и динамику как всего процесса реабилитации, так и по каждому из 4-х показателей состояния.

В Центре имеется три отделения: диагностики и разработки программ реабилитации (составление индивидуальной программы реабилитации), стационарное отделение (реабилитация в условиях пятидневного круглосуточного пребывания), отделение дневного пребывания (реабилитация с посещением по индивидуальному расписанию).

Реабилитационная работа в Центре имеет несколько направлений: медицинская, педагогическая, психологическая, социальная. Рассмотрим каждую из них, остановимся на некоторых интересных примерах более подробно.

Социально-медицинская реабилитация. Среди медицинской техники, имеющейся в Центре, широко используется гидромассажная ванна, где проводится аэрогидромассаж, который активно стимулирует сосудистую систему, расслабляет мышцы, устраняя болезненные ощущения, повышает психо-эмоциональный фон. Во время процедуры в воду под давлением подается воздух, в результате чего образуется множество пузырьков, которые осуществляют одновременный массаж всего тела. Процедура способствует: расслаблению; благоприятному влиянию на лимфатическую систему организма; увеличению притока кислорода к крови; гармоничному состоянию нервной вегетативной системы; повышению иммунитета; улучшению обмен веществ; повышению жизненного тонуса; повышению гибкости и растяжимости соединительных тканей.

Также имеется фитобочка из кедрового дерева. Полезные свойства кедрового дерева в сочетании с эфирными маслами, травами оказывают оздоровительный эффект на организм через кожные покровы. Применяется для профилактики и лечения разнообразных заболеваний у детей: частые простудные заболевания (ОРВИ, бронхит), заболевания мочеполовой системы (пиелонефрит, цистит), снижение иммунитета, ожирение, заболевания опорно-двигательного аппарата, кожные заболевания, психологические и нервные перегрузки.

По показаниям врач назначает процедуру «тропический душ». Тропический душ — система, имитирующая тропический ливень. Теплые проливные дожди — не редкость для экваториальных лесов, поэтому душ и называется тропическим. Лейка тропического душа гораздо больше по размерам — ее диаметр составляет 25 сантиметров и больше. Благодаря таким размерам поток воды равномерно покрывает все тело — его не нужно направлять из стороны в сторону. Кроме того, струи тропического душа гораздо крупнее и мягче, нежели в обыкновенной лейке — массируя кожу, они не создают ощущения неприятного покалывания. Помимо естественных функций, он также включает оздоровительные эффекты. Функция гидромассажа действует на нервные окончания, расположенные на теле, и это оказывает расслабляющее действие на кожу, что снимает напряжение мышц и благотворно влияет на нервную систему.

Соляная пещера (галокамера) нашего центра - это специально оборудованное помещение, в котором создается микроклимат соляной пещеры. Стены сделаны из соляных кирпичей, пол комнаты устлан солью. Так поддерживается постоянное необходимое давление, влажность и температура

воздуха. Принцип работы в том, что в комнату подается галогенатором аэрозоль с соляным раствором и создается соляной туман. Галокамера или спелеокамера — это «добрая соляная комната», способная помочь ребенку справиться со многими недугами с минимальным применением или вообще без использования фармацевтических средств. Процедура очень комфортна, она воздействует на иммунную и психоэмоциональную сферы, помогая расслабиться и получить положительный заряд энергии.

Массажная кровать имеет следующее лечебное воздействие: инфракрасные лучи обеспечивают прогревание мягких тканей; нефритовые ролики (стоун-терапия) стимулируют кровообращение.

В Центре также практикуется классический медицинский массаж, который проводит медицинская сестра по массажу Воробьева Ю.В. Массаж - совокупность приемов механического и рефлекторного воздействия на ткани и органы в виде растирания, давления, вибрации, проводимых непосредственно на поверхности тела человека как руками, так и специальными аппаратами с целью достижения лечебного эффекта.

Также имеется кабинет физиотерапии, где проводит процедуры медицинская сестра по физиотерапии Кузнецова С.Н. Врачом по показаниям назначаются следующие физиопроцедуры: парафиновые аппликации, УФО местное и общее, ОКУФ зева и носа, УВЧ, лазер «Мустанг», электрофорез, СМТ, магнитер, дарсонваль, электросон, амплипульс, которые оказывают благотворное влияние на организм.

Инструктор-методист по лечебной физкультуре Саблина О.А. организует работу по индивидуальным программам для детей по адаптивной физической культуре. Основные направления работы кабинета лечебной физкультуры: механотерапия (занятия на тренажерах для восстановления двигательной функции, также проводятся упражнения на специальных аппаратах – для дополнительного локального воздействия на опорно – двигательный аппарат); тренажер Гросса (данное устройство предназначено для детей с ДЦП и проблемами в опорно-двигательной системе. Занятия развивают координацию, происходит чередование расслабления и напряжения мышц, осуществляется тренировка всего тела. В работу включаются мышцы и суставы. При этом проводится динамическая, статическая и пространственная нагрузка. Тренажер Гросса помогает детям прийти в тонус после получения спинномозговых травм, инсульта, детского церебрального паралича и при различных проблемах опорно-двигательной системы. Главная функция устройства – создание условий развития опорно-двигательного аппарата, моторики тела, а также, что немаловажно, развитие способности опираться на поверхность); костюм «Адели» - силовая система, которая состоит из опорных элементов и эластичных регулируемых тяг. Костюм позволяет корректировать позы и движения ребенка с ДЦП; костюм Гравистат (он же - Гравитон) - система установочно-базовых элементов для коррекции двигательных нарушений у больных ДЦП, применяется метод динамической проприоцептивной коррекции (ДПК) с использованием рефлекторно-нагрузочного устройства «Гравистат»; мини-байк (простой pedalный тренажер с электродвигателем предназначен для разработки

нижних/верхних конечностей больных в период реабилитации. Тренажер используется для вращательных упражнений. Педали в этом тренажере крутятся самостоятельно, тем самым заставляя ноги и руки работать. Тренажер работает как в обычном режиме, так и в реверсивном (назад). Возможно его использовать как для активной, так и для пассивной реабилитации).

Социально-педагогическая реабилитация. Проводится социально-педагогическая коррекция - индивидуальные и групповые занятия. Специалист по реабилитационным вопросам в социальной сфере Гаджиева Я.Г. в реабилитации использует различные творческие и художественные приемы, среди которых квиллинг, а также создание мультфильмов совместно с детьми. Создание мультфильмов - очень увлекательный для детей процесс, потому что объединяет несколько любимых детских дел. Во-первых, придумывание истории. Во-вторых, лепка, создание персонажей, и конечно же, съемочный процесс, время игры с техникой. В результате данного вида детской деятельности у детей развиваются такие значимые личностные качества, как любознательность, активность, эмоциональная отзывчивость, способность управлять своим поведением, владение коммуникативными умениями и навыками. Ребята пробуют себя в роли мультипликаторов, операторов съемки и создают мультфильмы как в технике пластилиновой анимации, так с помощью компьютера.

Социальный педагог Темирова Ч.Х. активно реализует проект «Экологическая тропа» для воспитания трудовых навыков, привития чувства любви к природе и родному краю у детей. Налажено сотрудничество с Никитским ботаническим садом, который предоставляет лекарственные растения для выращивания и культивирования. Саженьцы лекарственных и декоративных растений также предоставляются агрофирмой «Аэлита» и другими агрофирмами.

Педагог дополнительного образования Кондратьев А.Н. проводит занятия с детьми по программе «Маленький информатик». Занятия проводятся таким образом, чтобы получить, расширить и усовершенствовать знания, умения и навыки детей в области информатики. Педагог формирует практические навыки работы на компьютере. К каждому ребенку применяется индивидуальный подход в зависимости от его знаний и умений. Для самых младших или мало знакомых с компьютером детей используется первая часть указанной программы. Кроме знакомства с устройством компьютера, происходит наработка умений управления этой сложной техникой. Параллельно на каждом занятии идет развитие моторики, памяти, мышления и логики. Для группы детей постарше предусмотрено освоение офисного пакета программ на начальном уровне. Эти знания они в дальнейшем применяют в образовательных учреждениях и в личных целях. Для многих в дальнейшем не составит проблем не только напечатать и правильно отредактировать текст, но и сделать простейшие расчеты в табличном редакторе. В завершении дети знакомятся с принципом создания как простых, так и сложных презентаций. С теми детьми, которых можно назвать уверенными пользователями программ, мы начинаем открывать для себя мир трехмерного моделирования, начиная с простейших

моделей и постепенно усложняя их. Эти занятия позволяют многим детям с ограниченными возможностями проявить свою фантазию и творчество. В дальнейшем данные навыки могут помочь некоторым из них найти работу с применением компьютера как универсального инструмента.

Социальная реабилитация. Заведующий отделением диагностики и разработки программ реабилитации Опарин К.С. проводит консультативную работу с родителями, имеющими детей с ограниченными возможностями, по возникающим вопросам. В том числе разъясняет работу на портале госуслуг Московской области <https://uslugi.mosreg.ru>, на сайте единой службы социального сопровождения детей-инвалидов Московской области «ДАР» <http://darmosreg.ru>, порядок приема на социальное обслуживание в Центр, рассказывает о работе отделений Центра, участвует в организации социальных акций, способствует социально-психологической поддержке родителей. В Центре организована творческая мастерская, в рамках которой педагогами и специалистами проводятся тематические мастер-классы для семей по декоративно-прикладному искусству. Активно работает социальная гостиная, где организуются встречи родителей и представителей органов социальной защиты населения, медико-социальной экспертизы, фондов социального страхования. Организуется проведение совместных семинаров, лекций, консультаций по актуальным вопросам.

На территории Центра имеется детская площадка, где создана безбарьерная среда. Особенность игрового комплекса в том, что он адаптирован для детей с ограниченными возможностями: на все игровые элементы можно въезжать, сидя на коляске, в том числе на качели и карусели. Покрытие площадки выполнено из мягкой резины.

Центр «Преодоление» принимает активное участие в социальном проекте «Лыжи мечты», организованном Министерством социального развития Московской области совместно с АНО «Центр социальной помощи и адаптации для людей с ограниченными возможностями здоровья «Лыжи мечты» Сергея Белоголовцева». Данный проект ориентирован на детей от 3 до 18 лет, страдающих различными заболеваниями. Цель проекта: создание условий для занятий терапевтическим спортом детям с ОВЗ с целью реабилитации и социальной адаптации, а также улучшения равновесия, координации, развития отдельных двигательных функций, приобретения навыков вертикализации. Родители детей, участвующих в проекте, выразили огромную благодарность за возможность участия в нем. Благодаря программе «Лыжи мечты» дети с различными проблемами здоровья, такими как ДЦП (детский церебральный паралич), аутизм, синдром Дауна, нарушения зрения и слуха, получили возможность заниматься эффективной реабилитацией и социализацией с помощью горнолыжного спорта. Занятия проходили в Горнолыжном клубе Гая Северина в Раменском районе, п. Чулково.

Отметим, что для каждого ребенка в Центре разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, направленная на: снятие мышечного и психоэмоционального напряжения, активизацию различных функций центральной нервной системы, улучшение эмоционального состояния, снижение

беспокойства и агрессивности, снятие нервного возбуждения и тревожности, нормализацию сна, активизацию мозговой деятельности, формирование социально-бытовой адаптации, повышение коммуникативного потенциала, социализацию ребенка.

Социально-психологическая реабилитация. Педагоги-психологи Кирильченко А.А. и Селиванова М.А. проводят занятия по программе «Волшебный мир сенсорной комнаты». Чем полезны для детей занятия в сенсорной комнате? Специально созданная благоприятная атмосфера в сочетании с различными психологическими методами (сказкотерапия, игротерапия, пескотерапия и др.), способствует разрешению психологических проблем различной сложности и различного происхождения. Пребывание в сенсорной комнате способствует: улучшению эмоционального состояния, снижению беспокойства и агрессивности, снятию нервного возбуждения и тревожности, нормализации сна, релаксации.

Педагог-психолог Кирильченко А.А. реализует программу «Пескотерапия». Работа с песком позволяет быстро установить контакт с ребенком, наладить доверительные отношения. С песком можно проводить успешную работу и без слов. Это особенно важно, если ребенок не разговаривает или не может выразить свои переживания вербально. Песочная терапия позволяет снять психоэмоциональное напряжение, вызванное негативными эмоциями, перегрузкой нервной системы; проводить коррекцию эмоциональных и поведенческих расстройств и др.

Социальный педагог Минин В.А. реализует увлекательную для детей программу «Занятия на компьютерных игровых тренажерах (КИТ)». В Центре имеется 2 тренажера - «Лошадка» и «Машинка». Занятия с применением комплекса «Лошадка» позволяют формировать у детей с проблемами опорно-двигательного аппарата, нервной системы, физического недоразвития механизмы позитивных изменений психических и интеллектуальных качеств. Тренажер имитирует лошадь. Ребенок управляет сюжетом игры с помощью седла, стремян и качания тренажера. Тренажер «Машинка» имитирует автомобиль. Ребенок управляет сюжетом игры с помощью руля и педального привода. Тренажер развивает следующие качества: физические (координацию мышц рук и ног, выносливость), психические (лабильность, реактивность нервных центров), интеллектуальные (познавательность, наблюдательность, внимание, память и т.д.).

Таким образом, Воскресенский реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями «Преодоление» реализует различные направления социальной работы. Специалисты прилагают все усилия, чтобы каждый день, проведенный в центре «Преодоление», стал для ребенка незабываемым и радостным событием. Внедряемые инновационные программы позволяют сделать процесс реабилитации более интересным, высокопродуктивным и клиентоориентированным.

МИКРОСОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Вдовина Маргарита Владимировна,
доктор социологических наук, профессор кафедры социальной и
реабилитационной работы Института дополнительного
профессионального образования работников социальной сферы
ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: В статье развивается микросоциологический подход к рассмотрению клиентоориентированности в социальной работе. Особое внимание уделяется идеям основоположников теории обмена, символического интеракционизма, этнометодологии, феноменологической социологии к пониманию жизненного мира и поведения клиента. Значительное внимание уделяется клиентоориентированности как неотъемлемому качеству специалиста организации социального обслуживания. Акцент делается на глубоком проникновении специалиста в смысл слов и действий клиента для повышения его лояльности к организации и социальным услугам. Фокусируется практический интерес к повседневному межличностному взаимодействию, на успешной коммуникации с клиентом, его субъективности, персонализации в получении социальных услуг.

Ключевые слова: микросоциологический подход, жизненный мир клиента, понимание, клиентоориентированная социальная работа.

Annotation: The article develops a microsociological approach to the consideration of customer focus in social work. Particular attention is paid to the ideas of the founders of the theory of exchange, symbolic interactionism, ethnomethodology, phenomenological sociology to understand the life world and the behavior of the client. Considerable attention is paid to customer focus as an integral quality of the social service organization specialist. The emphasis is on the deep penetration of the specialist in the meaning of the words and actions of the client to increase his loyalty to the organization and social services. The author focuses on practical interest in everyday interpersonal interaction, successful communication of the client, his subjectivity, personalization in obtaining social services.

Keywords: microsociological approach, client's life, understanding, client-oriented social work.

Одним из направлений развития методологии современной социальной работы является нарастающий практический интерес к повседневному межличностному взаимодействию специалистов и получателей социальных услуг.

Рыночные подходы в предоставлении социальных услуг, социально-политическая активность получателей этих услуг и т.п. детерминируются во многом социально-психологическими механизмами их «принятия» большинством получателей социальных услуг. В современной социальной работе все чаще ищутся ответы на такие вопросы:

- Как мотивировать получателей услуг на собственную активность и активизировать для оказания помощи их близких?
- Как построить успешную командную работу специалистов?
- Как достичь стрессоустойчивости в условиях интенсификации труда?
- Как выстраивать хорошие взаимоотношения при предоставлении социальных услуг, особенно «трудным» клиентам?
- Как избежать конфликтов при предоставлении социальных услуг?
- Как достичь лояльности получателей социальных услуг (к организации социального обслуживания, к рыночным условиям предоставления социальных услуг, к социально-политическим решениям органов власти и т.п.)?
- Как повысить клиентоориентированность специалистов организаций социального обслуживания и др.?

Для ответа на эти и подобные им вопросы необходим не столько макросоциологический подход (он ориентирован на изучение социальных явлений крупного масштаба, таких как общество, социальные институты, общности, системы и процессы, в них происходящие, а потому представляется несколько «абстрактным», с точки зрения практикующего специалиста). Скорее, более востребован микросоциологический подход, который более приближен к повседневным межличностным взаимоотношениям людей, более близок и ясен для рядовых работников социальных организаций (а таковых сотрудников, безусловно, большинство). Этим, по-видимому, объясняется возрастающая популярность и, соответственно, доминирование более привлекательных и понятных практикам микросоциологических взглядов, приближающихся, по существу, к социально-психологическим представлениям в работе с клиентами.

Микросоциологический уровень изучения общества концентрирует внимание на внутренних аспектах поведения людей и групп. В центре исследовательского интереса оказываются конкретные процессы в отдельных сферах жизни общества и социальных общностях [3].

Микросоциологические концепции в основном связаны с проведением прикладных исследований, имеющих разные методологические и идейные основания. В их число входят: теория социального обмена Дж. Хоманса [7; 10]; символический интеракционизм Дж. Г. Мида [4]; этнометодология Г. Гарфинкеля [1; 9]; феноменологическая социология А. Шюца [8] и др.

В контексте микросоциологии одними из ключевых составляющих непосредственного социального взаимодействия человека нуждающегося и человека помогающего являются:

– отношения между личностями («получатель социальных услуг – социальный работник», «социальный работник – родственник получателя

социальных услуг», «получатель социальных услуг – добровольный помощник» и т.п.);

– процессы коммуникации в малых группах (в семье как объекте и субъекте социальной помощи, в группе участников занятий в рамках программы «Московское долголетие», в трудовом коллективе организации социального обслуживания или ее подразделения и др.);

– пространство повседневной социальной работы.

Согласно теории социального обмена Дж. Хоманса, успех взаимодействия при предоставлении социальных услуг обусловлен взаимно приобретенной выгодой. Каждый из участников взаимодействия (социальный работник, клиент и др.) стремится максимизировать выгоду и минимизировать издержки в общении. При этом поведение индивида зависит от того, какой была реакция общества на его поступки в прошлом:

1. *Постулат стимула*: если в прошлом определенный стимул или набор стимулов приводил к вознаграждению поступка индивида, то более вероятно, что при наличии схожих стимулов в настоящем, человек совершит такой же или схожий поступок.

2. *Постулат успеха*: чем чаще индивид получает вознаграждение за свой поступок, тем больше вероятность того, что этот поступок будет повторяться им с определенной частотой в будущем.

3. *Постулат ценности*: чем ценнее для индивида результат его деятельности, тем чаще данный индивид будет совершать эту деятельность в будущем.

4. *Постулат депривации — пресыщения*: если человек получает награду за свои действия с определенной частотой, то последующие награды за те же действия становятся менее ценными.

5. *Постулат распределительной справедливости*: чем чаще правило распределительной справедливости оказывается нереализованным в ущерб какому-либо индивиду, тем вероятнее, что данный индивид испытает раздражение [7; 10].

Эти постулаты теории обмена, как показывает практика социальной работы, довольно часто находят свое подтверждение при межличностном взаимодействии в процессе предоставления социальных услуг.

Весьма востребованным в практике взаимодействия с получателем социальных услуг и его близкими является правильное общение, осуществляемое при помощи различных символов: языка, мимики, жестов, культурных символов и др. Символический интеракционизм основывается на интерпретациях человеческого поведения, в котором «прочитываются» значимые символы, несущие социальную информацию. Особенность подобной интеракции (взаимодействия) заключается в том, что ее участники (социальный работник, получатель услуг и др.) интерпретируют действия друг друга, определяя, какое они имеют значение.

Для того, чтобы коммуникация была успешной, требуется система совместных смыслов, человек должен уметь «принять на себя роль» другого, то есть войти в положение человека, которому адресована коммуникация, и

посмотреть на себя его глазами. По мнению Дж. Мида, именно это умение и условие превращает индивида в личность, означая, что у индивида появляется возможность сознавать смысл собственных слов, жестов и действий и представлять, как это воспринимается другим человеком [4]. В социальной работе это часто связано с эмпатией, осознанным сопереживанием текущему эмоциональному состоянию другого человека.

К символическому интеракционизму примыкает этнометодология Г. Гарфинкеля. Предметом изучения этнометодологии являются принятые на веру правила, регулирующие взаимодействие между людьми. Эти правила могут определять, когда уместно что-то сказать, или промолчать, пошутить и т. п. Нарушение подобных правил может привести к затруднению взаимодействия [1]. Для специалиста по социальной работе, социального работника, которые практически постоянно в своей профессиональной деятельности общаются с людьми (прежде всего, с теми, кто находится в трудной жизненной ситуации), умения и навыки правильной коммуникации являются базовыми, от них во многом зависит качество социального обслуживания.

Сторонники этнометодологии уделяют большое внимание анализу «объяснений», данных человеком, а также способам, какими эти «отчеты» воспринимаются и принимаются (или отклоняются) другими. Именно поэтому особое место отводится анализу разговоров, которые рассматриваются в этнометодологии как одна из самых распространенных форм межличностных отношений. Для исследований важными становятся как вербальные, так и невербальные явления [9]. В социальной работе практики придают огромное значение беседе с получателем социальных услуг, которая часто выступает главным инструментом оказания помощи – профилактической, поддерживающей и ободряющей, стимулирующей, мотивирующей на самопомощь и т. д.

Можно выделить 5 центральных идей символического интеракционизма, полезных в межличностном взаимодействии с получателем социальных услуг:

1. Действия людей зависят от интеракции с другими индивидами ранее в жизни и в настоящий момент. Если социальный работник хочет выяснить причину трудной ситуации ПСУ и помочь, то ему нужно сконцентрироваться на социальном взаимодействии ПСУ.

2. Действия человека обосновываются не только его взаимодействием с другими людьми, но и взаимодействием внутри самого индивида со своим внутренним Я. Если специалист намеревается понять причину проблем ПСУ, то ему нужно также сфокусироваться на его мышлении.

3. Люди не воспринимают непосредственно окружающую их среду; вместо этого они определяют ситуацию, в которой находятся, и делают это вследствие постоянного социального взаимодействия и процесса мышления.

4. Причиной человеческого действия является результат того, что происходит в настоящей конкретной ситуации. Эта причина раскрывается в процессе социального взаимодействия, мышления и определения сложившейся ситуации. Прошлые ПСУ причастны к его нынешним действиям главным

образом потому, что он думает о нем и прибегает к нему, определяя существующую ситуацию.

5. Теория символического интеракционизма утверждает, что люди вовсе не пассивные существа по отношению к их среде. Наоборот, они активно вовлечены в то, что делают. Такой подход очень продуктивен в современной социальной работе для активизации собственных ресурсов нуждающегося человека на самопомощь и взаимопомощь, снижения иждивенческих и выжидательных настроений.

Исходная посылка феноменологической социологии А. Шюца состоит в том, что социальная реальность постоянно воссоздается самими людьми, зависима от нашего сознания и наших ее интерпретаций [8]. Соответственно, в фокус внимания специалиста по социальной работе должна попасть человеческая субъективность клиента. Однако взгляд на нее с позиции внешнего наблюдателя как минимум непродуктивен, не позволяет «пробиться» к ее истокам. Необходимо погружение в мир, в котором живет человек, т. е. в его жизненный мир.

Все перечисленные методологические подходы, в целом, ориентированы на правильное понимание и интерпретацию слов и действий другого человека, от чего собственно зависит успех социального взаимодействия. В частности, неслучайно предоставление социальных услуг в современных условиях фиксируется в документе с названием *индивидуальная* программа предоставления социальных услуг, иначе говоря, все возрастает индивидуальный, персонализированный подход в социальной работе. Непременным атрибутом при этом представляется клиентоориентированность.

В настоящее время понятие «*клиентоориентированность*» активно используется в бизнесе, где означает основную, базовую ценность, согласно которой бизнес существует ради удовлетворения интересов и потребностей клиента. Также клиентоориентированность рассматривается как «способ мышления» компании, направленный на обеспечение положительных эмоций клиента в любой точке контакта [2]. Собственно, клиентоориентированный подход в социальной работе, по сути, не нов [5], однако именно сейчас он обретает особенно актуальное, новое звучание вследствие активного проникновения рыночных механизмов в предоставление социальных услуг.

Действительно, трудно не согласиться с тем, что социальная работа существует ради удовлетворения интересов и потребностей своего клиента и направлена на обеспечение положительных эмоций получателя социальных услуг в процессе взаимодействия, так как именно на фоне положительных эмоций более успешно преодолеваются его трудности и оказывается ему помощь. Соответственно, в современной социальной работе актуализируются задачи правильного подбора и обучения клиентоориентированных сотрудников, развития новейших технологий для эффективной работы с клиентами, обеспечения клиентоориентированного дизайна офлайн и онлайн точек контакта с ними (открытость и доступность услуг, профессионализация кадров и т.п.).

Конкурентное преимущество на рынке предоставления социальных услуг (куда наряду с государственными все активнее выходят негосударственные

организации) теперь зависит от способности понять клиента и на основе понимания дать ему больше, чем другие.

Если человек видит, что он дорог организации социального обслуживания, чувствует радость от общения с ее представителями, он может стать лояльным, приверженным ей. Если же, напротив, он встречает равнодушие к своим проблемам и желаниям, холодность в общении с социальными работниками и специалистами, то вполне может уйти искать организацию «добрее». Согласно Федеральному закону от 28.12.2013 № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», нуждающийся гражданин имеет право на выбор поставщика социальных услуг [6]. От клиентоориентированности, следовательно, зависит успешное удержание клиентов и создание их лояльности как к учреждению, так и к тем социальным услугам, которые предусматриваются индивидуальной программой предоставления социальных услуг (ИППСУ).

Принципы клиентоориентированности в социальной работе можно было бы сформулировать следующим образом.

Забота о клиенте

Предполагает открытость к проблемам и желаниям человека, который обращается в организацию социального обслуживания, и включает следующее:

– Дизайн всех точек контакта должен быть удобен и понятен клиенту. У него не должно возникать проблем с поиском нужной информации.

– Клиента обычно узнают в необходимых точках контакта, ему не приходится раз за разом рассказывать, кто он, какие у него были сложности, и какую помощь он уже получил.

– Социальные работники обладают *soft skills* («мягкими навыками», то есть способностью понимать других и работать в команде, умением найти общий язык с собеседником и нести ответственность), благодаря которым чувствуют клиента и рады ему помочь.

– На оказании услуги не заканчивается общение с клиентом: ему предлагают систему лояльности, рассылки с индивидуальными предложениями, в социальных сетях публикуют интересную информацию, предоставляют дополнительные, необходимые ему услуги.

– Внимание к отзывам. Негативный отзыв, жалоба воспринимаются как стимул к действию, изменению, совершенствованию социального обслуживания; положительный — ведет к дополнительному контакту и укреплению связей с клиентурой.

Понимание клиента

Трудно заботиться о том, кого не понимаешь. Поэтому для создания положительных эмоций при оказании помощи специалистам по социальной работе следует анализировать реальных и потенциальных получателей социальных услуг и помощи, сегментировать их и затем проектировать клиентский опыт и предоставлять индивидуальные предложения.

Клиентоориентированность заключается не только в дружелюбном тоне и улыбках; она требует серьезной работы со сбором и анализом данных о клиентах. Эти данные позволяют социальным работникам глубоко понимать тех, кто к ним

обращается, с кем они работают. Кроме того, аналитика позволяет ответить на ряд важных вопросов: какими будут востребованные услуги, сайт организации, дизайн помещений, коммуникационная политика, реклама социальных услуг и т.п.? Следовательно, ничто не создается без учета понимания потребностей клиентов.

Мотивированные клиентоориентированные сотрудники

Забота о клиенте и его понимание – первостепенная задача социального работника. Однако сделать это без мотивации самого специалиста невозможно. Поэтому важно обращать внимание на внутреннюю клиентоориентированность — ту, что направлена на самих сотрудников организации социального обслуживания.

Всем специалистам необходимо понимать политику как системы социальной защиты населения в целом, так и своей организации, подразделения, в частности, быть включенными в ее субкультуру. Для этого, безусловно, должен быть создан соответствующий морально-психологический климат, в котором социальные работники чувствуют свою ценность и понимают, что работают ради клиентов. Невозможно быть клиентоориентированной организацией и при этом не заботиться о социально-психологическом благополучии и профессиональном развитии собственных сотрудников.

Мотивированные сотрудники качественно работают, потому что им это нравится, и они готовы тратить больше сил. Клиенты, в свою очередь, бесспорно, чувствуют разницу, когда к ним обращается добродушно настроенный человек, и тот, кого работают заставляют.

Клиентоориентированность – основа организации

Клиентоориентированность – это одна из основ, на которой строится организация социального обслуживания, наравне с собственно предоставлением социальных услуг. Иначе говоря, это не инструмент или функция, а неотъемлемое свойство всей системы социальной защиты населения.

Несомненно, все процессы должны выстраиваться с учетом законных интересов и социальных потребностей клиента, и все сотрудники системы должны понимать, что работают ради клиента.

Клиентоориентированность глазами клиента

Клиентоориентированность должна выстраиваться именно так, как ее видит сам клиент. Безусловно, для этого нужна постоянная оперативная обратная связь, глубокое изучение интересов клиентов, диалог с ними. Социальные работники должны знать, что обычно людям нравится:

- наличие возможности обратиться за помощью практически любым удобным образом — через чат на сайте, в социальных сетях, лично и др.;
- быстрый ответ и извинения, если быстро отреагировать не удалось;
- живое человеческое общение без напускной деловитости;
- отсутствие шаблонных ответов;
- использование позитивных эмоций;
- открытое общение без тени раздражения при личном контакте;
- общее ощущение, что все представители организации рады общаться с клиентом и помочь и т.п.

Таким образом, все перечисленное, в контексте микросоциологии, означает понимающие и отзывчивые межличностные отношения между профессионалом и клиентом, клиентоориентированные подходы в коммуникации в малых группах получателей социальных услуг, «дружественное», открытое пространство повседневной социальной работы.

Успех взаимодействия при предоставлении социальных услуг обусловлен взаимно приобретенной выгодой от общения, причем эта выгода – необязательно материальная, но прежде всего эмоциональная удовлетворенность от качественно предоставленной социальной услуги, позволившей решить (уменьшить) проблему клиента, повысить уровень профессионального мастерства социального работника.

В клиентоориентированной социальной работе, согласно упомянутой теории обмена, четко просматривается тенденция: чем ценнее для индивида результат его деятельности, тем чаще данный человек будет совершать эту деятельность в дальнейшем, а именно: обращаться за социальными услугами в конкретную организацию социального обслуживания. Но в то же время клиентоориентированные приемы и способы не должны быть «застывшими», а должны постоянно развиваться и совершенствоваться, исходя из социальных вызовов времени и запросов клиентов.

Огромную роль в повышении клиентоориентированности, бесспорно, играет правильное общение. И здесь символический интеракционизм помогает столь необходимой для клиентоориентированного подхода интерпретации человеческого поведения, в котором «прочитываются» значимые символы, несущие социальную информацию о том, что необходимо клиенту; каковы его ожидания; чем он доволен и недоволен и др.? Очевидно, что участники клиентоориентированной интеракции (социальный работник, получатель услуг и др.) правильно интерпретируют действия друг друга, приходя к взаимопониманию и сотрудничеству.

Клиентоориентированный специалист обязательно должен уметь войти в положение человека, которому адресована его профессиональная коммуникация, посмотреть на проблему его глазами, быть способен осознанно и искренне сопереживать текущему эмоциональному состоянию другого человека, при этом помогая ему преодолеть его трудности.

Правила профессионального взаимодействия, согласно этнометодологическому подходу, помогут специалисту по социальной работе определять, когда уместно что-то сказать или промолчать, пошутить, невербально отреагировать (жестом, мимикой и др.) на основе анализа разговоров, беседы с клиентом. Именно этот подход подталкивает клиентоориентированного специалиста к тому, чтобы сфокусироваться на мышлении собеседника, на том, кто является для клиента значимыми участниками его социального взаимодействия, и как он с ними коммуницирует. Такой специалист четко понимает, что причина обращения к нему клиента раскрывается в процессе социального взаимодействия, мышления и определения сложившейся ситуации, а сегодняшние проблемы клиент видит через призму прошлого опыта.

С точки зрения клиентоориентированности, теория символического интеракционизма совершенно правильно акцентирует внимание специалиста по социальной работе на том, что клиент не должен занимать пассивную позицию, но должен быть активно вовлечен в то, что с ним происходит. Социальная реальность, согласно феноменологической традиции, постоянно воссоздается самими людьми, зависима от их сознания и их интерпретаций этой реальности. Поэтому в центре внимания клиентоориентированного специалиста по социальной работе должна находиться человеческая субъективность клиента. При этом необходимо определенное, детерминированное профессиональными задачами и ценностями погружение в жизненный мир клиента.

Мы не делаем ничего для клиента без самого клиента, без учета его мнения, его потребностей и возможностей, его собственной активности – такой, очевидно, и должна быть основная идея микросоциологического подхода к клиентоориентированной социальной работе.

Литература:

1. Гарфинкель Г. Исследование привычных оснований повседневных действий // Социологическое обозрение. – 2002. – Т. 2. – № 1. – С. 42-70.
2. Клиентоориентированность, как она должна быть [электронный ресурс] // URL: <https://livetex.ru/blog/2017/08/klientoorientirovannost-kak-ona-dolzha-byit/> (дата обращения 10.05.2019).
3. Макросоциология и микросоциология [электронный ресурс] // URL: <https://www.e-xecutive.ru/wiki/index.php/> (дата обращения 9.05.2019).
4. Мид Дж. От жеста к символу // Американская социологическая мысль: Тексты. – М.: МГУ, 1994.
5. Теория социальной работы / Холостова Е.И., Кононова Л.И., Вдовина М.В., Акимова Ю.А., Демидова Т.Е., Климантова Г.И., Малофеев И.В., Петросян В.А., Топчий Л.В., Шеляг Т.В. Учебник / Москва, 2014. Сер. 58 Бакалавр. Академический курс (2-е изд., пер. и доп.).
6. Федеральный закон от 28.12.2013 № 442-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.05.2018) [электронный ресурс] // URL: <https://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-28122013-n-442-fz-ob/> (дата обращения 10.05.2019).
7. Хоманс Дж. Социальное поведение как обмен // Современная зарубежная социальная психология. Тексты / Под ред. В.И. Добренкова. – М., 1984.
8. Шюц А. Избранное: Мир, светящийся смыслом / Пер. с нем. и англ. – М., 2004.
9. Garfinkel H. Studies in Ethnomethodology. – Englewood Cliffs; N.Y., 1967.
10. Homans G. C. Social Behavior Its Elementary Forms. – N.Y., 1961.

ПРИМЕНЕНИЕ ИННОВАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В РАБОТЕ ЛОГОПЕДА С ДЕТЬМИ С ТЯЖЕЛЫМИ МНОЖЕСТВЕННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ (ТМНР)

Горохова Юлия Михайловна,
учитель-логопед ГКУ Центр содействия семейному воспитанию
«Лесной» ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: Данная инновационная технология для учреждений социальной защиты имеет аппаратно-программное обеспечение и нашла широкое применение в медицине, коррекционной педагогике и общем образовании.

Ключевые слова: Развивающе-коррекционный комплекс на основе технологии функционального биоуправления с биологической обратной связью. Комплекс БОС, дети с ОВЗ, клиентоориентированность.

Keywords: Developing-correction complex based on the technology of functional biofeedback biofeedback. The system, children with disabilities, customer focus.

В ежедневной работе логопеда с детьми дошкольного возраста и школьниками с ОВЗ педагоги сталкиваются с такими проблемами, как: невнимательность, неусидчивость, низкий уровень работоспособности и познавательной деятельности, отвлекаемость, особенности моторики, речевой сферы, неспособность к планированию своей деятельности и т.д.

Совместная разработка НПФ «Амалтея» и израильских специалистов в области детского развития и современных компьютерных технологий (Timosso LTD) позволила создать систему отслеживания движения тела и жестов на стандартном ПК. Это уникальное оборудование с видеобиоуправлением на основе запатентованной технологии отслеживания движений тела и жестов – комплекс Timosso.

Комплекс Timosso может эффективно применяться с целью развития двигательной активности и когнитивных функций у детей со склонностью к гиперактивности, при недостатках функции внимания, при ДЦП для развития направленных мануальных действий, в реабилитационной работе при постравматических нарушениях движения и координации.

Этот комплекс решает ряд определенных задач:

- Обучение концентрации внимания и сохранению сосредоточенности.
- Повышение скорости реакции, улучшение памяти.
- Развитие способности распределять внимание, игнорировать отвлечения во время игры.
- Развитие двусторонней координации при использовании обеих рук одновременно.
- Обучение контролю над движениями, тренировка точности движений.
- Развитие абстрактного мышления и тренировка навыков на уровне действия-противодействия.
- Укрепление и стимулирование мышц плечевого пояса и рук.
- Тренировка на увеличение диапазона движений.
- Освоение новых движений и моделей взаимодействия.
- Обучение направленной деятельности и пониманию положения тела в пространстве.

Данные задачи реализуются через определенные возможности, которые включают в себя интерактивные игры, повышающие мотивацию детей к физической и познавательной деятельности в веселой и интересной форме. Дети развивают двигательные и когнитивные навыки в игровой среде, где игры не носят соревновательный характер, что обеспечивает безопасное игровое пространство. Играя в игры, включенные в комплексы, дети не замечают интенсивной тренировочной работы, которую они совершают в отношении двусторонней координации, координации глаз-рука, поддержанию правильной осанки, тренировки внимания и многого другого.

Зачастую учителя, воспитатели и родители связывают данные проблемы с особенностями эмоционально-волевой сферы, т.е. с ленью, слабоволием. На самом деле ученые доказали, что причины данных проблем лежат в незрелости определенных структур мозга и неумении контролировать положение своего тела в пространстве, а это является фундаментом для овладения всеми видами учебной деятельности. В ее основу положены те же принципы, что и в программу мозжечковой стимуляции, т.е. вся работа направлена на развитие моторных и когнитивных навыков, включающих в себя билатеральную координацию, координацию глаз-рука, внимание, контроль положения тела в пространстве, коммуникацию.

Однако сами по себе компьютерные игры в таком уникальном формате бессознательно повышают мотивацию, дети не замечают интенсивной тренировочной работы, а в результате – мы имеем весьма высокий положительный эффект. Комплекс Тимоссо предназначен для развивающих занятий и коррекционной работы с детьми дошкольного возраста, а также младших школьников. Программа Тимоссо устанавливается на компьютер. Она содержит интерактивные игры, направленные на развитие познавательных, умственных, когнитивных и двигательных функций.

Игры Тимоссо не носят соревновательный характер, что обеспечивает спокойную обстановку и отсутствие стрессовых ситуаций. С очень высокой

точностью, с помощью простой веб-камеры и двух ярких шариков-перчаток программное обеспечение комплексов предоставляет широчайшие возможности для проведения развивающе-коррекционных занятий и тренировок для детей с ОВЗ.

В начале курса специалист подбирает игры, необходимые ребенку. В зависимости от возможностей игрока, выбирается тип игры – управление одной или двумя руками. Для каждой руки подбирается шарик-перчатка наиболее контрастного с одеждой ребенка цвета. Далее специалист включает программу, открывает картотеку, где сохранены персональные данные и достижения игрока, и начинает развивающую интерактивную игру. Курс Тимоссо назначается детям с различными нарушениями развития: аутизм, алалия, ДЦП, ЗПР, гиперактивность, нарушения внимания, нарушение развития школьных навыков и интегрирован в дефектологическую программу, нейрокоррекционную программу, программу двигательной и речевой терапии.

На теоретических занятиях детям необходимо объяснить в доступной форме, как правильно играть, какие необходимо действия выполнять. Показать, что приборы не наносят никакого вреда, а являются только регистрирующими помощниками, формирующими у ребенка положительную настроенность и четко оформленную мотивацию к занятиям. Необходимо научить ребенка расслабляться, помочь ему найти наиболее комфортное положение. Расслаблению и успокоению безусловно помогает спокойная эмоциональная обстановка в кабинете.

Для повышения эффективности занятий необходимо, чтобы выполнялся ряд требований:

1. Обязательность (при добровольном посещении занятий, основанная на осознании воспитанниками необходимости присутствия).
2. Регулярность.
3. Положительное отношение к занятиям со стороны родителей.

Назначение комплексов при работе с детьми с ОВЗ

– Внедрение представленных комплексов - это революционный шаг в использовании игровых технологий для реабилитации детей с особыми потребностями.

– Занятия направлены на развитие межполушарного взаимодействия, которое достигается путем сочетания моторных действий и интеллектуальных усилий.

– Комплексы особенно эффективны для работы при нарушениях: расстройство внимания и гиперактивность (СДВГ); аутизм; ДЦП; гипотония, нарушения тонуса мышц плечевого пояса, осанки; нарушение развития координации; несвязанные с развитием моторные расстройства (травмы, хирургия мозга, синдромы).

Абсолютным противопоказанием является эпилепсия и высокая эпилептогенность.

Занятия проводит сертифицированный специалист.

Комплекс Тимоссо включает в себя:

Программное обеспечение, предназначенное для реализации технологии отслеживания движений тела и жестов на ПК, для обработки получаемых данных, для формирования сигналов обратной связи и реализации тренировочных игр.

В него входит:

- Моноблок.
- Цветные шарики-перчатки.
- Руководство пользователя.
- 5 игр.

Игры, включенные в комплекс, предоставляют широкие возможности тренировки наиболее точных двигательных навыков, высокого уровня координации движений. Расскажем о них подробнее.

Игры:

1. «Воздушные шары».
2. «Падающие фрукты».
3. «Ванна с пузырями».
4. «Повар-барабанщик».
5. «Фотоальбом».

ИГРА «ВОЗДУШНЫЕ ШАРИКИ»

В этой игре обезьянка Тимокко парит в небе на воздушных шариках.

Ребенок должен помочь ему спуститься вниз на землю. Для этого надо прокалывать шарики булавкой, по одному за раз.

Ребенок должен проколоть тот шарик, который начал мигать, следуя визуальным подсказкам (в каждой программе есть уникальная задача: переключение рук, использование определенной руки, двойной удар и так далее).

В игре развиваются моторные навыки, мышечный тонус и осанка; развивается навык статичного положения рук, укрепление плечевого пояса.

Развиваются когнитивные навыки: введение в числа, восприятие количества, концентрация и внимание.

ИГРА «ПАДАЮЩИЕ ФРУКТЫ»

В этой игре обезьянка Тимокко сидит на берегу и ловит фрукты, падающие с неба, размещая их в нужную корзину. Игрок должен поднимать руки вверх в направлении фруктов и захватывать их, касаясь руками Тимокко. Затем игрок должен поместить фрукт в подходящую корзину (правильный выбор подвинет Тимокко на ступень вверх по лестнице, ошибка заставит спуститься вниз).

Игра развивает моторные навыки: скручивание средней части корпуса, укрепление плечевого пояса, управление движением (точность движений).

Когнитивные навыки: категоризация, концентрация и внимание, скорость реакций (на сложных уровнях).

ИГРА «ВАННА С ПУЗЫРЯМИ»

В этой игре обезьянка Тимокко сидит в ванной, задача игрока - помочь ему лопнуть пузырьки, поднимающиеся над водой. Надо управлять руками Тимокко, лопать зеленые пузырьки, избегая красных. Желтые пузырьки являются бонусными.

В игре развиваются моторные навыки: укрепление плечевого пояса, двухсторонняя координация и равновесие.

Когнитивные навыки: концентрация и внимание.

Зрительно-моторная координация: пузыри лопаются одной рукой. Чтобы лопнуть пузырь, нужно дотронуться до него рукой Тимокко.

Двухсторонняя координация: чтобы лопнуть пузырь, надо приложить к нему обе руки.

Имеется расширенная версия игры, представляющая собой длинную многоуровневую игру для продолжительной тренировки.

1. Руки по отдельности (зрительно-моторная координация).

2. Скоординированные движения (двухсторонняя координация).

ИГРА «ПОВАР-БАРАБАНЩИК»

В этой игре обезьянка Тимокко сидит за кухонным столом в окружении кастрюль и сковородок. Вместе с игроком Тимокко следит за визуальными и звуковыми рядами, воспроизводимыми на кухонной посуде, и повторяет их.

В игре развиваются моторные навыки: управление движением (точность движений, скручивание средней части корпуса).

Когнитивные навыки: согласованность, зрительная и слуховая память, концентрация и внимание.

Игра на последовательность представлена в двух вариантах: «мало барабанов» и «много барабанов». Нужно ударять по посуде так, как показывает Тимокко. Упрощенная версия игры - это уменьшенное количество кастрюль. Более сложная версия - увеличенное количество кастрюль.

ИГРА «ФОТОАЛЬБОМ»

В этой игре нужно рисовать в фотоальбоме Тимокко. Игрок это делает, управляя двумя баллончиками с краской. Во время рисования он должен находить жуков, удалять их.

В игре развиваются моторные навыки: скорость реагирования, укрепление плечевого пояса, двухсторонняя координация.

Двухсторонняя координация при рисовании: нужно прикладывать обе руки, чтобы активизировать баллончики с краской.

Скорость реагирования: игрок рисует в фотоальбоме, передвигая баллончики по серой области экрана. Во время рисования ему потребуется высокая скорость реакции.

Алгоритм игры на ПК:

1. Включаем компьютер.
2. Вставляем диск.
3. Вставляем ключ активации.
4. Заходим в программу.
5. Активируем цветные шарики-перчатки.
6. Заходим в картотеку, выбираем игрока.
7. Выбираем игру и задаем игре параметры, активируем, начинаем играть.
8. После игры можем посмотреть результаты.

Таким образом, в настоящее время разработаны новые технологии, которые могут успешно применяться в системе коррекционной работы логопеда с детьми с ОВЗ. Данные инновационные методы позволяют добиваться более высоких положительных результатов в развитии речи, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и в формировании учебных навыков в целом. Этот комплекс может использоваться на занятиях логопеда во всех образовательных учреждениях.

Литература:

1. Руководство пользователя. ООО НПФ «Алматея». «Timosso.ru» 20с.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-БЫТОВЫХ НАВЫКОВ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ИНТЕЛЛЕКТА

Демина Елена Николаевна,
учитель-дефектолог ГКУ Центр содействия семейному воспитанию
«Доверие» ДТСЗН г.Москвы

Аннотация: Основным приоритетом воспитания и обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья становится целенаправленная подготовка к взрослой жизни. Особую категорию детей с ограниченными возможностями представляют дети с нарушением интеллекта. Для большинства этих детей наиболее значимым является овладение навыками самообслуживания, приспособления к ежедневной жизни среди людей. Их необходимо обучать самообслуживанию: самостоятельно есть, умываться, одеваться и раздеваться, самостоятельно ходить в туалет, а также элементарным навыкам хозяйственно-бытового труда.

Ключевые слова: интеллект, нарушения, самостоятельный, развитие, навыки, формирование, родители.

Keywords: intelligence, violation, independent, skills, development, forming, parents.

Международными законами подтверждено право людей с ограниченными возможностями на социальную интеграцию. В обществе, социуме в отношении инвалидов и людей с ограниченными возможностями происходят огромные перемены. Основным приоритетом воспитания и обучения ребенка с ограниченными возможностями здоровья становится его целенаправленная подготовка к взрослой жизни, снижение уровня опеки со стороны близких и окружающих людей, а также формирование для каждого ребенка максимального уровня самостоятельности.

Особую категорию детей с ограниченными возможностями представляют дети с нарушением интеллекта. Это инвалиды, не способные к самостоятельной жизни, нуждающиеся в опеке. Для всех детей этой категории характерны, помимо позднего развития и значительного снижения интеллекта, грубые нарушения всех психических процессов: внимания, памяти, мышления, речи, моторики, эмоциональной сферы[3].

Внимание детей слабо и малоустойчиво. Дети легко отвлекаются. Привлечь и удержать их внимание возможно только с помощью сильных раздражителей: звуковых, слуховых, зрительных. Требуется очень большое количество упражнений, повторений, чтобы ребенок воспроизвел какой-либо

материал. Для мышления характерны конкретность, чрезвычайная затрудненность обобщений. Они не понимают, что юбка и брюки имеют сходное назначение (и то, и другое является одеждой), что тарелку и ложку можно назвать одним словом - «посуда». Отсутствуют смысловые связи. Картинки, на которых изображено развитие несложного сюжета, такой ребенок кладет беспорядочно, без учета их содержания.

Грубое нарушение мышления находится в тесной связи с грубым недоразвитием речи. Дети плохо понимают обращенную речь. Они понимают лишь интонацию, мимику говорящего, отдельные слова, связанные с конкретной ситуацией и их непосредственными потребностями. С возрастом запас слов детей расширяется, но понимание значения слов остается ограниченным ситуацией и связанным только с личным опытом ребенка.

Восприятие характеризуется замедленностью и фрагментарностью.

Наблюдается грубое недоразвитие сенсорной сферы. Не сформированы сенсорные эталоны.

Самостоятельная речь детей – это отдельные звуки, звукокомплексы, неясно звучащие слова. Активно используются жесты, в которые они вкладывают обычно вполне определенный смысл.

Моторное развитие также имеет свои особенности. Дети двигателью неловки. Движения характеризуются как скованные, неритмичные, неловкие, резкие, расторможенные или заторможенные. Они плохо бегают, не умеют прыгать. Нарушены тонкие дифференцированные движения рук и пальцев, координация. При действиях с предметами не соизмеряют усилий: либо слишком сильно сжимают, либо не удерживают, роняют их.

Эмоции детей относительно сохранены. Им доступны страх, радость, грусть. Но, как правило, эмоциональные реакции оказываются неглубокими, поэтому детей можно без особого труда отвлечь от неприятных переживаний, переключить их внимание на объект, дающий более положительные впечатления.

Развитие навыков самообслуживания у большинства детей значительно запаздывает. Одевание не организовано в единый процесс, а выполняется как серия отдельных операций, каждая из которых нуждается в направляющей и частично практической помощи. У некоторых детей наблюдается полная пассивность при одевании. Туалетом дети пользуются в большинстве случаев при организующей и практической помощи взрослого. Навыки приема пищи формируются медленно. Часто дети нуждаются в докармливании.

Исходя из представленной характеристики, мы видим, что для большинства детей с нарушением интеллекта наиболее значимыми являются не академические знания, а овладение навыками самообслуживания, приспособления к ежедневной жизни среди людей. Если дети лишены правильного воспитания, специальной педагогической помощи, то недостатки их усугубляются, а сами дети нередко становятся обузой для семьи и общества.

Необходимым условием в коррекционной работе является создание атмосферы доброжелательного общения с ребенком, совместная деятельность

педагогов с родителями, соответствующая уровню развития и индивидуальным особенностям.

В работе с «особым» ребенком нужно придерживаться единой тактики всем, кто его окружает, поэтому следует подключать к занятиям всех членов семьи.

Занятия должны носить практическую направленность. Обучение, опирающееся только на слово и зрительное пассивное восприятие, для этих детей совершенно неприемлемо и бесполезно.

Развитие ребенка происходит лишь в процессе практической деятельности с предметами. Только тогда можно говорить о развитии у детей с нарушением интеллекта речи, о коррекции недостатков их мышления, о формировании положительных эмоционально-волевых качеств.

Взрослый показывает приемы выполнения задания, затем рука в руке (сопряжено) с ребенком многократно повторяет необходимые действия. Только тогда у ребенка вырабатываются несложные умения и навыки.

Прежде всего, необходимо установить с ребенком зрительный контакт[2]. Именно зрительный контакт означает, что ребенок сосредоточил внимание. Если ребенок не может сконцентрироваться, из-за недостаточного развития, то прежде чем обучать его навыкам, необходимо учить концентрировать внимание. Ребенок следует взглядом за взглядом взрослого или за жестом его указательного пальца, или бросает взгляд на взрослого, как бы проверяя, смотрит ли он на тот же предмет. Если ребенок не обнаруживает эти умения, то на первом этапе они должны стать основными задачами, т.к. без них невозможно овладеть социальными навыками, навыками общения.

Для успешного формирования навыков самообслуживания и бытового труда, большое внимание должно быть уделено развитию у детей крупной и мелкой моторики и практической предметной деятельности. Познавательная деятельность у детей с нарушением интеллекта снижена, у них не возникает потребности к передвижению, желания потрогать, посмотреть, взять предмет, поиграть с ним.[3]. Поэтому, если ребенок затрудняется выполнять упражнение, выполняем действия вместе - сообща, рука в руке.

Учим ребенка двигаться в процессе игры: откатываем от него мячик или удаляем какую-нибудь другую игрушку и побуждаем ее взять; побуждаем его сорвать цветок, поднять веточку; даем ему возможность свободно порезвиться на детской площадке, на лужайке.

Важно также развивать мелкую моторику: формировать различные способы захвата, удерживания предметов и действий с ними. Катаем мяч, катаем машинки друг другу, играем с кубиками: их можно перекладывать, переворачивать, передвигать, устанавливать один на другой, ставить друг за другом, разбирать постройку, снимая по одному кубику с башни или домика.

Работа с пластилином, бумагой, мозаикой также способствует развитию мелких движений. Упражнения с пластилином начинаем с простых заданий: раскатываем палочку из материала, затем соединяем ее концы, делая колечко («баранку»). Из колечек можно составить цепочку. Или раскатываем из пластилина шарик, сплющиваем шарик, делаем «блин».

Работая с бумагой, учим ребенка мять, рвать, разглаживать лист бумаги, отщипывать, отрывать кусочки бумаги. Делается это большим и указательным пальцами правой руки. Отщипывать бумагу можно то правой, то левой рукой. И чем мельче клочки бумаги, тем больше напряжение пальцев, тем интенсивнее упражняется рука, укрепляются мышцы. Сначала отщипываем кусочки от листа бумаги произвольно, затем - с одной стороны листа или кругом листа.

Работа с различной мозаикой также способствует коррекции и развитию мелких движений. Начинаем с крупной мозаики. Вначале учим ребенка вставлять детали мозаики в отверстия: рука в руке, самостоятельно. Затем учим выкладывать различные дорожки одного цвета, двух цветов, чередуем цвета и т. п.[1] Например: строится дорожка из деталей красного и синего цвета. Развивая двигательные функции, учим и цвета различать.

Большое внимание уделяем обучению действиям с предметами. Учим: катать шарики от себя, к себе, друг другу; бросать шарики или другие мелкие предметы в сосуд; перекладывать предметы из одной коробки в другую; складывать предметы в коробку; открывать и закрывать коробки; разбирать и собирать матрешки; закручивать руками (без инструментов) крупные пластмассовые или деревянные гайки на толстом стержне с резьбой; нанизывать предметы с отверстиями на шнур («бусы»), на стержень.[1] Учим ребенка использовать предметы как орудия действия, например: доставать предмет при помощи палки. («Мяч закатился под диван»), доставать предмет, находящийся высоко, используя стул или скамейку («Достань шапку», «Включи свет» и т.д.).

Для моторного развития важно заниматься с ребенком подвижными играми. Учим ребенка лазить, бегать, ходить по выложенному на полу из веревок квадрату, кругу, по различным нарисованным линиям, бросать мяч, переносить предметы с одного места на другое и др. Такие занятия помогут ему организовать движения, выработать нормальную походку. Постепенно игры усложняем: в игру может включиться новый человек, можно увеличить расстояние до цели и т.д.[1]

Рассмотрим направления коррекционно-развивающей работы по освоению некоторых социально значимых бытовых навыков. Так как ребенок беспомощен в быту, необходимо обучать его самообслуживанию: самостоятельно есть, умываться, одеваться и раздеваться, самостоятельно ходить в туалет, а также элементарным навыкам хозяйственно-бытового труда.

Формирование у ребенка умения самостоятельно есть и пить очень важно, так как это поможет сохранять чувство собственного достоинства, быть более независимым. Прежде всего нужно развивать активность ребенка во время приема пищи. Кормить на начальных этапах обучения необходимо маленькой или десертной ложкой. Использовать нужно кашеобразные блюда. Первая ложка отправляется в рот ребенка при полной его безучастности. Затем надо побуждать ребенка губами захватывать пищу. Ребенок приучается брать пищу с ложки на вдохе. Взрослый касается ложкой губ ребенка, в ответ ребенок наклоняет голову вперед, раскрывает рот и на вдохе делает необходимые движения губами. Когда этот навык сформируется, учим ребенка пользоваться ложкой[5].

Поначалу все действия выполняем вместе с ребенком, «рука в руке», затем все меньше и меньше помогаем ему. Весь процесс обучения есть ложкой осваиваем поэтапно: держать ложку, зачерпывать пищу, подносить ко рту, опрокидывать в рот, опускать ложку в тарелку. Этапы, которые ребенок освоил, он выполняет сам, другие – вместе со взрослым. Постепенно дети приучаются есть самостоятельно, но многие, как правило, едят торопливо и неаккуратно. В этих случаях рекомендуется поступать следующим образом: давать ребенку не всю порцию сразу, а разделить ее на несколько частей и класть еду на тарелку по мере того, как ребенок ее съедает. Справившись с первой частью порции, ребенок ждет, пока ему добавят еще. Так, невольно, вырабатывается привычка есть медленнее и, следовательно, аккуратнее[5].

Научить мыть руки, умываться - длительный процесс, состоящий из ряда этапов: открывать кран, подставлять руки по воду, брать мыло и намыливать ладони, потирая их друг о друга; смыть мыло; умыться, проведя мокрыми ладонями по лицу; закрыть кран и вытереться полотенцем [5]. Прежде всего детей приучают к воде, сначала к теплой, а затем - к холодной. Используем разнообразные игры: вместе с ребенком купаем куклу, пускаем лодочку, достаем со дна раковины затонувшие предметы и т.п. Затем проводятся подготовительные упражнения: потирание сухих рук, складывание ладоней так, как это делается при умывании лица. Держим руки ребенка в своих, проделываем нужные движения: потираем ладони друг о друга, проводим ими по лицу. Теплая вода, приятные ощущения, поощрение каждого самостоятельного движения ребенка обязательно сделают процедуру умывания для него приятной. В процессе этого вида деятельности (как, впрочем, и в других случаях) следует обязательно разговаривать с детьми. Взрослый называет части тела и предметы, которыми приходится пользоваться при умывании.

Отрабатываем эти навыки всякий раз, когда моем руки и умываемся.

Также необходимо научить ребенка самостоятельно справляться со своей одеждой. Это очень сложный и длительный процесс. Тем не менее, необходимо терпеливо и многократно возвращаться к показу одних и тех же действий. Действия выполняются совместно. Это важнейший этап первоначального обучения. Позднее, по мере овладения необходимыми умениями, ребенок будет выполнять уже многие действия самостоятельно. Порядок снятия/надевания предметов одежды делим на этапы. Работаем с ребенком над усвоением одного этапа, все последующие выполняем сами. Когда ребенок усвоил первый этап, переходим к следующему. Одежду легче учить снимать и надевать, когда она просторная.

На начальных этапах взрослый помогает ребенку правильно приподнимать и удерживать ноги, чтобы надеть брюки или поднимать руки, когда с него снимают свитер, футболку. Совместно со взрослым ребенок снимает заранее расшнурованные ботинки. Чтобы научить детей застегивать и расстегивать липучки, пуговицы, шнуровать ботинки, необходимы длительные тренировочные упражнения, которые проводятся на специальных пособиях. Например, на рамке с двумя кусками ткани: на одном пришиты пуговицы, на другом сделаны петли. Учим ребенка застегивать сначала крупные пуговицы,

потом более мелкие. Затем ребенок учится застегивать пуговицы на одежде, расположенной на столе (надетой на нем, на другом ребенке). Для тренировки в шнуровании вначале используется пособие–дощечка в виде ботинка или сапожка, в которой проделаны два вертикальных ряда отверстий. Это пособие крупнее, чем натуральный ботинок. После отработки навыка на пособии, переходим к действиям с предметами обуви: ботинки, кроссовки.

При формировании любых навыков проговариваем одни и те же четкие инструкции: «Надень», «Сними», «Держи» и т. д. Поощряем любую попытку ребенка самостоятельно выполнить движение, которому его обучают. Не пропускаем даже едва заметный успех, иначе самостоятельность может угаснуть и смениться полной пассивностью. Следует поощрять словами («Молодец!», «Умница!»), интонацией, жестами даже самые незначительные успехи детей.

Детям с нарушением интеллекта доступно выполнение элементарных видов бытового труда. Приучаем детей убирать за собой после еды со стола тарелку, ложку, чашку; убирать после прогулки в шкаф обувь, шапку, шарф; снимать покрывало и класть подушку при подготовке ко сну; ставить на место свой стул и т.п.

Очень часто родители считают своего ребенка беспомощным, что он не может выполнить даже самое элементарное поручение. Тем самым они ставят его в полную зависимость от окружающих, приучая его к иждивенчеству. Это - неправильно.

Ребенок будет чувствовать себя значимым, имея в семье определенные четкие обязанности, выполняя какие-то поручения. Например, вынести мусор в мусоропровод, доставать из почтового ящика газеты, навести порядок в каком-то шкафу или на полке шкафа, накормить кошку и т.д.

Необходимо отмечать успехи ребенка. Можно сделать табличку, где за каждое правильно выполненное задание рисуется веселый смайлик. Эти несложные обязанности надо периодически менять. Этим формируются необходимые положительные установки поведения, поддерживается интерес к труду. Обучая ребенка несложным трудовым навыкам, необходимо многократно четко показывать, что он должен сделать. Объяснять задание понятными, простыми словами, одними и теми же. Ребенок легче усвоит навык. Если мы видим, что ребенок еще не готов к выполнению данной работы, откладываем ее на время. Позднее можно к ней вернуться и попробовать вновь [5]. Активно используем склонность детей к подражанию. Показывая ребенку то или иное упражнение, просим его повторить. Подражая взрослому, ребенок через некоторое время научается выполнять задание самостоятельно, но под обязательным контролем. Даже небольшие, подчас малозаметные успехи ребенка следует отметить и положительно оценить.

Формируя у «особого» ребенка социальные навыки и умения, необходимо добиваться его положительного отношения к их освоению.

Детей нужно постоянно учить всему, даже улыбаться. Ведь улыбка возникает под воздействием социальных факторов, а не дана нам с рождения. Для «особых» детей нужно создавать ситуации, стимулирующие их

деятельность, поощрять малейшие успехи. Самое трудное – не сделать за ребенка то, что он должен сделать сам.

При подведении итога хотелось бы сказать, что успех в работе с ребенком по формированию социально-бытовых навыков возможен лишь при тесном взаимодействии, едином подходе к проблеме и родителей, и педагогов. Очень часто родители откладывают начало коррекционной (направленной на преодоление недостатков развития) работы, считая, что когда ребенок подрастет, с ним будет легче заниматься. Это ошибочная позиция.[5] В таких случаях к фактору интеллектуального нарушения присоединяется педагогическая запущенность, что еще больше усложняет процесс воспитания и обучения.

Начинать работу с ребенком надо как можно раньше и проводить ее не от случая к случаю, а регулярно. Только тогда можно добиться определенных успехов. Всегда нужно помнить о будущем ребенка[5].

Литература:

1. Екжанова Е.А., Стребелева Е.А. Коррекционно-развивающее обучение и воспитание. Программа дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушением интеллекта. – М.: Просвещение, 2005
2. Забрамная С.Д, Боровик О.В.: Методические рекомендации к пособию "Практический материал для проведения психолого-педагогического обследования детей" Пособие для психолого-педагогических комиссий. - //М.: Владос, 2003.
3. Забрамная С.Д., Левченко И.Ю.. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития //М.Просвещение, 2007.
4. Питерси М., Трилор Р. Маленькие ступеньки // М., Институт Общегуманитарных исследований, 2001
5. Хорош С.М. Влияние позиции родителей на раннее развитие ребенка // Дефектология. 2009. - № 3.

КОМПЛЕКСНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ОСРДИ: СПЕЦИФИКА РАБОТЫ И КОМПЕТЕНЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ

Золотарева Вера Николаевна,
специалист по реабилитационной работе
ГБУ ТЦСО «Жулебино» (Москва)

Аннотация: В статье рассказывается о назначении отделений социальной реабилитации детей-инвалидов, структурных подразделений территориальных центров социального обслуживания, специфике организации реабилитационного курса в отделениях нестационарного типа, не имеющих узкой специализации по видам нарушений развития. Автор подходит к освещению этих вопросов как практический исполнитель индивидуальных программ реабилитации и абилитации, назначенных ребенку-инвалиду в отделениях медико-социальной экспертизы и конкретизированных после собеседования с родителями и знакомства с ребенком в отделении социальной реабилитации. Автор также поднимает вопрос компетенции специалистов, осуществляющих комплекс реабилитационных мероприятий, делится некоторыми практическими наработками специалистов ОСРДИ ГБУ ТЦСО «Жулебино».

Ключевые слова: социальная реабилитация, абилитация, дефициты развития, индивидуальные потребности, реабилитационные мероприятия, реабилитационное оборудование, нестационарная форма социального обслуживания.

Keywords: social rehabilitation, habilitation, development deficits, individual rehabilitation needs, rehabilitation activities, rehabilitation equipment, non-stationary form.

ОСРДИ – отделения социальной реабилитации детей-инвалидов - это структурные подразделения территориальных центров социального обслуживания, предоставляющие детям-инвалидам услугу «Комплексная реабилитация детей-инвалидов в нестационарной форме». Открытие подобных отделений в территориальных центрах социального обслуживания является большим плюсом, так как означает доступность, близость к месту жительства семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, часто маломобильной. С наших отделений начинается большой путь ребенка в социальной реабилитации. С

наших отделений начинается, зачастую, и знакомство семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, с социальной сферой. Это ответственность, которая требует от специалистов высоких профессиональных качеств, умения правильно выстраивать общение, информированности в области образования, здравоохранения, социальной защиты, а также личностных качеств, располагающих людей к общению.

Говоря о реабилитационном процессе в отношении ребенка, мы, в большом количестве случаев, имеем в виду не восстановление утраченного, а первоначальное формирование всех аспектов личности в отягощенных условиях. Недавнее официальное изменение названия индивидуальной программы реабилитанта с ИПР на ИПРА – не только нужное уточнение, но и корректировка направления работы с инвалидом-ребенком. Маленький человек начинает свою жизнь не с одного старта со сверстниками. Он не так видит, не так слышит, не так понимает обращенную к нему речь, он бывает лишен возможности изучать окружающий мир физическими способами, доступными здоровому ребенку. Столь важные первые месяцы и годы жизни, когда закладываются все основы дальнейшего физического, интеллектуального, эмоционального развития личности, могут оказаться не очень продуктивными или почти потерянными из-за особых условий, возникающих в связи с заболеванием. Именно поэтому в документации отделений социальной реабилитации детей-инвалидов (ОСРДИ) появился термин *абилитация* – формирование жизненно важных функций ребенка, не сформированных ранее. (И если в словарях этот термин разъясняется более сложно и пространно, то мы понимаем и реализуем его на практике именно так.)

Решение этой задачи требует от специалиста широкого круга знаний в области физиологии, возрастных особенностей, сроков речевого, моторного, сенсорного развития, владения коррекционными методиками и достаточного опыта практической работы. Большое внимание уделяется также консультативной и обучающей работе с родителями. Им дается необходимая информация о существующих реабилитационных центрах, специализирующихся на конкретном заболевании, разъясняются особенности развития ребенка при данном нарушении. Родителей знакомят с методической литературой, новыми методиками и упражнениями, которыми они могут самостоятельно заниматься с ребенком в домашних условиях. По-другому строится работа с детьми, получившими инвалидность в связи с заболеванием, возникшим в более поздние сроки. Развивающийся по всем нормам ребенок, не только социально адаптированный, но уже имеющий свое место в социуме, вдруг сталкивается с проблемой, меняющей образ жизни его самого и его семьи. Здесь мы говорим о необходимости социальной *реабилитации*, где на первое место выходит работа психолога с ребенком и родителями.

Вообще, работа с родителями, воспитывающими ребенка-инвалида – дело едва ли не более сложное, чем занятия с самим ребенком. Общение с такими родителями требует от специалиста любого направления высоких профессиональных и человеческих качеств. Необходимо завоевать доверие и установить хороший контакт с родителями для совместной работы, необходимо

помнить об их психологической уязвимости, понимать причины их возможной неадекватности, а порой и агрессии. Для удачного решения подобных проблем нужно находить разнообразные формы работы.

Отделения социальной реабилитации детей-инвалидов, работающие в территориальных центрах социального обслуживания, не имеют узкой специализации и оказывают услуги детям от 3-х до 18 лет без ограничений по видам нарушений развития. На практике это означает, что на занятия к специалистам приходят дети разного возраста с разными нарушениями. Это могут быть нарушения слуха разной степени, зрения разной степени, расстройства аутического спектра, хроническая почечная недостаточность и детский церебральный паралич, астма, сахарный диабет, хромосомные и другие заболевания, несохранный интеллект, задержка речевого и психического развития. Эти дети имеют разные дефициты развития и, соответственно, ставят перед специалистами разные цели и задачи, требующие индивидуального подхода как в выборе видов деятельности, так и в подготовке материальной базы реабилитационного курса. Проводить реабилитационные мероприятия с детьми, будь-то игры, праздники или развивающие занятия, невозможно, да и просто опасно, без понимания природы ограничений, без знания особенностей физиологии и психологии детей с тем или иным видом заболевания.

Специалист по реабилитационной работе, психолог или инструктор АФК, работающий, например, с незрячим ребенком, должен знать приемы и особенности общения с такими детьми, основы тифлопедагогики и психологии незрячих людей. То же можно сказать и о работе с детьми с нарушениями слуха. Не будучи сурдопедагогом, необходимо грамотно выстраивать общение, пользуясь альтернативными средствами коммуникации. Специалисту, принимающему ребенка с расстройством аутического спектра, нужно иметь хотя бы общие представления о психологии этих детей и об особенностях общения с ними, так как неправильно выстроенная первая встреча с ребенком-аутистом может привести к категорическому отказу с его стороны от любых взаимодействий.

Свои особенности есть и у детей, перенесших ряд операций с применением общего обезболивания, пересадку внутренних органов. Например, можно говорить о создании отдельной методики социальной реабилитации для детей с врожденной ХПН – хронической почечной недостаточностью, особенно в самом неблагоприятном варианте этой болезни. ХПН - синдром, при котором нарушены все функции почек, что приводит к расстройству водно-солевого и других видов обмена. Ребенок, рожденный с таким заболеванием, с самого начала развивается в неблагоприятных условиях. Во-первых, неработающая почка означает или недостаток, или переизбыток фосфора, калия, натрия и других веществ, баланс которых необходим для нормального функционирования мозга, сердца, легких. Страдает не только физическое, но и интеллектуальное, и психическое развитие ребенка. Во-вторых, большое количество времени ребенок проводит в больничной палате, что ограничивает его сенсорный опыт и также сказывается на всестороннем развитии. Регулярные визиты к врачам, сдача анализов, в каких-то случаях использование катетеров – крайне

неблагоприятный фон, задерживающий возрастные нормы развития ребенка и приводящий к эмоциональному истощению его и его мамы. В-третьих, существенно ограничен круг общения такого ребенка с другими детьми. Большую часть времени он проводит в маске, так как ему крайне нежелательно болеть инфекционными заболеваниями. И вообще, он не «детсадовский» ребенок, социального опыта у него ничтожно мало. И если все эти обстоятельства не отразились на его интеллекте, то на личностном развитии, на психологии этого ребенка отразились не лучшим образом. Страдают и коммуникативные навыки, и речевое развитие, и моторные способности, и очень часто - поведение. Потому что существует еще и «в-четвертых» - это отношение к ребенку в семье, где на первое место выходят страх за его жизнь и жалость. Специалисту необходимо знать все эти особенности, чтобы правильно выстроить политику общения с мамой ребенка, установить единую систему требований, подобрать подходящие к ситуации виды деятельности и реабилитационные мероприятия. Учитывая специфику всех видов нарушения развития и большой возрастной охват детей, специалисты составляют не только индивидуальные планы работы с детьми, но и подбирают разные виды реабилитационного оборудования, особым образом организуют игровое пространство и поле для подвижных упражнений. Для этого требуется не только профессиональные знания, но и изрядная доля воображения, а также практические умения в разных областях творческой деятельности.

Есть у отделений социальной реабилитации детей-инвалидов еще одна особенность, определяющая форму работы с детьми. Наше отделение социальной реабилитации – нестационарное. Часть детей, проходящих у нас реабилитационный курс, учится в образовательных учреждениях разных видов или посещает детские сады. Другая часть детей не посещает дошкольные детские учреждения или находится на домашнем обучении. Графики занятий со специалистами строятся с учетом индивидуального режима дня каждого ребенка, что практически исключает возможность объединения детей со сходными реабилитационными и абилитационными потребностями на групповых занятиях. Поэтому задачи формирования необходимых жизненных навыков: коммуникативных, двигательных, предметно-практических, бытовых и других, решаются на индивидуальных занятиях с психологом, специалистом по реабилитационной работе, инструктором АФК.

Для решения же вопросов социо-культурной реабилитации, расширения круга общения, организации социальной практики ребенка-инвалида, повышения его самооценки, специалисты проводят различные коллективные мероприятия, привлекая к участию в них и детей, и родителей, и других членов семьи, а также друзей. Таким образом, реабилитационная работа в нашем отделении строится в двух основных направлениях. Во-первых, это индивидуальные занятия с ребенком, на которых каждый узкий специалист осуществляет свою часть комплекса социальной реабилитации. Занятия строятся в соответствии с индивидуальными потребностями ребенка, зависят от уровня его развития и направлены на формирование жизненно важных личностных навыков. Во-вторых, это коллективные мероприятия, целью которых является

расширение социальной практики и личного опыта ребенка, развитие его коммуникативных навыков, формирование социально адекватных поведенческих паттернов. Кроме того, третьим направлением можно назвать работу с родителями, которая не ограничивается консультациями и беседами, а строится с активным вовлечением родителей в коллективные мероприятия, проводящиеся в отделении. Далее хотелось бы рассказать о некоторых формах работы и мероприятиях, которые были придуманы и осуществлены нашими специалистами, и оказались наиболее результативными и востребованными нашими детьми и их семьями.

Домашний праздник. Так мы называем регулярные праздники, которые проводим с небольшим количеством детей (около 10 человек), посвященные различным календарным праздникам и событиям. На праздник приглашаются дети с родителями, братьями и сестрами. Праздник проводится всегда в интерактивной форме: детям предлагаются веселые подвижные и интеллектуальные задания и игры, придуманные специально для данной аудитории. Аудитория также подбирается определенным образом, чтобы дети соответствовали друг другу по уровню физических и интеллектуальных возможностей. Каждый ребенок принимает участие во всех конкурсах, учится новым играм, при этом не чувствует себя отвергнутым, ущемленным или отстающим.

Большой праздник. Как правило, это Новый Год и День Защиты детей. На эти праздники приглашается большое количество детей всех возрастов и уровней развития. Специалисты готовят костюмированный интерактивный спектакль, в ход которого включаются дети и родители.

Мамин праздник, главными действующими лицами которого являются мамы, а дети присутствуют в качестве зрителей и болельщиков. Мамам предстоит на этом празднике поучаствовать во всевозможных творческих и костюмированных конкурсах, а ребенку – увидеть маму с новой, может быть, неожиданной стороны.

Мастер-класс для всей семьи. Проводится перед домашним праздником или как самостоятельное мероприятие, может быть проведен как с одной семьей, так и с несколькими. *«Handmade» против стресса* – под таким лозунгом проходят индивидуальные мастер-классы для мам, желающих получить новые навыки ручной работы с современными материалами и немного отдохнуть от текущих проблем. Прикладная творческая деятельность – это одно из направлений работы *«Школы родительского мастерства»*, в которой мы пытаемся помочь мамам восстанавливать свои силы, в том числе с помощью творчества. Это и релаксация, и расширение круга интересов, и положительные эмоции.

Театр «Солнечный зайчик». Цель этого проекта – познакомить самых маленьких детей и детей с множественными нарушениями развития с кукольным театром. Поход с такими детьми в настоящий театр – задача трудновыполнимая. Транспортные трудности, неадекватное поведение, неустойчивое внимание и страхи ребенка, а также, порой, недоброжелательная реакция окружающих - все это сопровождает поход в театр и лишает радости и ребенка, и родителей.

Полученные таким образом отрицательные эмоции могут закрепиться и в дальнейшем привести к негативному отношению ребенка не только к театру, но и к любому другому большому помещению, а также к скоплению людей. Понимая важность социокультурной реабилитации и учитывая все вышеизложенные обстоятельства, специалисты нашего отделения разработали проект «Кукольный Театр Солнечный Зайчик». Кукольные спектакли по известным сказкам, длительностью не более 15 минут, ставятся силами всех специалистов отделения. На них мы приглашаем небольшое количество детей, которые в комфортной для них обстановке могут впервые познакомиться с театром, с правилами поведения в зрительном зале, в общественном помещении, подготовиться к посещению настоящего детского театра. Для детей-колясочников подобное мероприятие – еще одна возможность расширить свой социальный опыт и получить положительные впечатления. При этом не тратить большое количество времени и сил на дорогу.

Коллективная творческая работа. Совместное изготовление настенного панно или живописное полотно, выполненное группой детей - такая форма работы пользуется у детей большой популярностью. Кроме ощущения общности, ребенок испытывает чувство удовлетворения еще и потому, что этими работами украшено помещение, куда он приходит на занятия.

Организация и осуществление перечисленных форм работы требуют от специалистов не только профессиональных знаний и умений, но и разносторонних творческих способностей, личностной зрелости, высоких коммуникативных способностей. Благодаря таким видам работы, социальная реабилитация ребенка-инвалида осуществляется и как процесс, и как результат. Ребенок не просто готовится к жизни в обществе, он активно участвует в ней, и получает не только необходимые навыки для будущего, но радость и счастливые моменты в настоящем.

СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОЗАВИСИМЫХ, НАХОДЯЩИХСЯ НА ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ

Протопопова Ксения Владиславовна,
психиатр-нарколог высшей категории

Корчагина Юлия Владимировна,
кандидат психологических наук, медицинский психолог
Московского научно-практического центра наркологии (Москва)

Аннотация: В статье описаны и проанализированы результаты исследования социальных характеристик наркозависимых, находящихся по решению суда на обязательном лечении в амбулаторном реабилитационном отделении. Описаны особенности социальной реабилитации пациентов с наркологическими расстройствами, дана краткая характеристика программ амбулаторной реабилитации. Выявлены различия в социальных характеристиках пациентов с диагностированным синдромом зависимости от наркотических веществ и пациентов с пагубным употреблением. Сформулированы выводы о необходимости дифференцированного подхода в организации реабилитационных мероприятий для пациентов с различной степенью вовлеченности в употребление психоактивных веществ и с различным уровнем мотивации к выздоровлению.

Ключевые слова: наркозависимость, обязательное лечение, психоактивные вещества, реабилитация наркозависимых.

Keywords: drug addiction, compulsory treatment, psychoactive substances, rehabilitation of drug addicts

Под социальной реабилитацией пациентов с зависимостью от наркотических веществ в данной статье понимается совокупность психологических, социальных и образовательных мер, направленных на восстановление психического состояния больного, коррекцию, восстановление или формирование его социально приемлемых поведенческих, личностных и социальных качеств, способности приспособления к окружающей среде, полноценного функционирования в обществе без употребления психоактивных веществ (ПАВ) [1]. Обязательные лечебные (реабилитационные) мероприятия для пациентов, зависимых от алкоголя и наркотических веществ, проводятся в амбулаторных условиях в том случае, если их наказание за совершенное

преступление не связано с лишением свободы в соответствии с частью 5 статьи 73 УК РФ. «Суд, назначая условное осуждение, возлагает на условно осужденного с учетом его возраста, трудоспособности и состояния здоровья исполнение определенных обязанностей: не менять постоянного места жительства, работы, учебы без уведомления специализированного государственного органа, осуществляющего контроль за поведением условно осужденного, не посещать определенные места, пройти курс лечения от алкоголизма, наркомании, токсикомании или венерического заболевания, трудиться (трудоустроиться) либо продолжить обучение в общеобразовательной организации» [5].

Опишем основные характеристики исследуемого контингента - наркозависимых, в отношении которых были назначены меры обязательного характера (всего 38 пациентов мужского пола; исследование проведено на базе амбулаторного реабилитационного отделения филиала №9 МНПЦ наркологии ДЗ г. Москвы в 2019 году с использованием данных, собранных в период 2017 – 2018 гг.).

Средний возраст обследованных наркозависимых составил $34,3 \pm 7,6$ года (в диапазоне от 19 до 49 лет). 65,8% обследованных проживают в расширенной семье (с одним или двумя родителями). Большинство пациентов (55,3%) никогда не состояли в браке; 31,6% - ранее состояли в браке или находятся в незарегистрированных отношениях; 13,1% - состоят в зарегистрированном браке; при этом 21% принимают участие в воспитании одного ребенка, 10% - в воспитании двоих детей, 69% пациентов являются бездетными. Большинство обследованных пациентов имеют среднеспециальное образование – 42%; полное среднее образование - 26,5%; высшее образование - 13%; неоконченное высшее - 10,5%; неполное среднее – 8%. Анализ занятости показал, что большинство обследованных пациентов не работают в течение длительного времени (более полугода) – 39,5%; официально трудоустроены - 31,5%; работают или подрабатывают неофициально – 29%. Работающие и подрабатывающие пациенты заняты преимущественно в следующих профессиях: курьеры, разнорабочие, грузчики, сборщики мебели, слесари, сварщики, сантехники, охранники, кладовщики, менеджеры, продавцы, водители, официанты, инженеры.

Все обследованные мужчины имеют от 1 до 10 судимостей (в т.ч. условные). Для отбывавших ранее наказание (29%), длительность пребывания в местах лишения свободы составила от 6 месяцев до 11 лет. Большинство пациентов (89,5%) имеют текущую судимость по статье 228 УК РФ (часть 1 и часть 2 - незаконные приобретение, хранение, перевозка, изготовление, переработка наркотических средств, психотропных веществ или их аналогов, а также незаконные приобретение, хранение, перевозка растений, содержащих наркотические средства или психотропные вещества, либо их частей, содержащих наркотические средства или психотропные вещества); 10,5% пациентов имеют настоящую судимость по статье 158 УК РФ (кража).

Средний возраст начала интенсивного употребления психоактивных вещества (со слов пациентов) составляет $19,3 \pm 4,8$ года в диапазоне от 13 до 30

лет. В течение жизни обследованные мужчины злоупотребляли следующими веществами: наркотические вещества опийной группы - 42,1%; стимуляторы (в том числе амфетамины, кокаин, «соли») - 57,9%; препараты конопли – 73,7%; алкоголь - 86,5%. Также 34,2% пациентов отмечают, что дополнительно применяли такие вещества как метадон, «спайсы», тропикамид, аптечные психотропные препараты в высоких дозах. Более трети пациентов (37%) ранее проходили стационарное наркологическое лечение. Количество ВИЧ-инфицированных от числа обследованных составило 5,3%; заболеваемость гепатитом находится на уровне 47,4%.

К началу участия в реабилитационной программе зависимыми от психоактивных веществ полностью признавали себя 8% участников (отмечали наличие влечения к веществу, сформированный абстинентный синдром, потерю способности контролировать употребление). 66% пациентов считали себя «зависимыми частично» («не такая сильная зависимость», «могу контролировать», «у других хуже»). 26% пациентов, направленных на обязательное лечение, отрицали у себя наличие зависимости («употребляю только иногда, просто не повезло», «я ничего не употребляю, мне подкинули наркотик»). Согласно же медицинской документации, различия в степени вовлеченности в употребление психоактивных веществ выглядели следующим образом: диагностированный синдром зависимости от ПАВ – 74% пациентов; пагубное употребление ПАВ – 26% пациентов. Различия в субъективной и объективной оценке сформированности зависимости вызваны психологическим механизмом отрицания (анозогнозии), характерной для пациентов с наркологическими расстройствами.

От общего числа полностью завершили 3-месячную реабилитационную программу 86,8% пациентов. Из оставшихся 13,2% пациентов (5 человек) – 3 человека возобновили употребление и были выписаны за отказ от прохождения реабилитационной программы; 1 пациент получил наказание, связанное с лишением свободы; 1 пациент принял решение о прохождении реабилитации в стационарных условиях.

Следует отметить, что психолого-социальная реабилитация наркологических больных предполагает достаточно длительное участие пациентов в амбулаторных программах. Цель процесса реабилитации – не просто воздержание от употребления любых ПАВ, а личностное восстановление и развитие ресурсов, необходимых для их полноценного психологического и социального функционирования [3]. Как правило, в наркологических учреждениях (больницах и диспансерах) действуют реабилитационные программы, основанные на так называемой *Миннесотской модели* помощи больным алкоголизмом и наркоманией. В этой модели сочетаются все актуальные направления психологической и социальной помощи [4]. Целью подобных программ является формирование установки на полный отказ от употребления ПАВ и выработка социально-психологических навыков поддержания трезвости. Групповые занятия («малые» группы, лекционные занятия и др.) обычно проводятся 3 раза в неделю; программа предполагает и возможность индивидуальных консультаций - медицинского психолога,

психотерапевта, психиатра-нарколога, специалиста по социальной работе. Обычно участие в реабилитационных мероприятиях рекомендуется совмещать с ежедневными посещениями групп самопомощи «Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы».

Практический опыт показывает, что факторами, обеспечивающими эффективность подобных программ, являются: осознанное отношение пациентов к заболеванию; длительность участия в программе; регулярность посещения реабилитационных занятий; регулярное выполнение программных заданий; взаимодействие с другими участниками программы с целью взаимной поддержки и оказания помощи при выполнении заданий; посещение групп самопомощи АА и АН [2].

Дадим краткую характеристику программам, реализуемым в амбулаторном реабилитационном отделении филиала №9 МНПЦ наркологии для пациентов с наркологическими расстройствами.

Амбулаторная образовательная реабилитационная программа «*Лекторий*» является программой психологического блока и осуществляется в течение всего срока пребывания пациентов в отделении реабилитации. Программа «Лекторий» предназначена в первую очередь для пациентов с низким и средним уровнем реабилитационного потенциала, в том числе для пациентов, направленных на обязательное лечение по решению суда в связи с совершенным административным правонарушением или уголовным преступлением. Программа «Лекторий» проводится в форме еженедельных лекционных интерактивных групповых занятий длительностью 1 час и общей продолжительностью 2-3 месяца (от 8 до 12 занятий). Целью программы является формирование мотивации к выздоровлению и установки на полный отказ от употребления алкоголя и наркотических веществ; повышение информированности участников программы о механизмах развития и факторах риска формирования зависимости (в т.ч. риска рецидивов), о воздействии психоактивных веществ на организм и психику, о процессе реабилитации (выздоровления от зависимости) и способах поддержания трезвости. Программа «Лекторий» состоит из цикла структурированных занятий продолжительностью 60 минут, каждое из которых включает в себя непосредственно лекционную часть (знакомство с материалом), групповую дискуссию, выполнение небольших практических заданий и упражнений по теме, а также подведение итогов и получение обратной связи. Оптимальный размер группы: 20-25 человек; темы могут варьироваться в зависимости от ситуации и запросов участников.

Психотерапевтическая реабилитационная программа «*Перспектива*» имеет целью обучение методам саморегуляции пациентов с наркологическими расстройствами, осложненными органическими поражениями ЦНС и с посттравматическими стрессовыми расстройствами. Основные используемые методы: дыхательная релаксация, мышечная релаксация, аутогенная тренировка, визуализации, самогипноз, упражнения системы цигун, медитативные техники, приемы рефлексии и мониторинга своего состояния. Занятия проводятся в индивидуальном и групповом формате и направлены на формирование и закрепление способности регулировать эмоционально-физическое состояние с

целью улучшения качества жизни, профилактики рецидивов, повышения стрессоустойчивости.

Реабилитационная программа «Возвращение» - это программа длительной интенсивной амбулаторной медицинской реабилитации для лиц с наркологическими расстройствами. Цель программы – восстановление и стабилизация психического состояния пациента, восстановление его социального статуса, т.е. восстановление, коррекция или формирование нормативных личностных и социальных качеств больного, возвращение его в семью и общество. Задачи программы: поддержание установки на полный отказ от употребления ПАВ; помощь пациенту в формировании адекватных взглядов на свою личность, поведение, социальные отношения, индивидуальные формы реагирования; формирование у пациента адекватных стратегий взаимодействия с окружающими его людьми; создание условий для личностного восстановления пациента и оказание поддержки в обеспечении полноценного внутреннего (психологического) и внешнего (социального) функционирования; мотивация к продолжению участия в группах самопомощи «Анонимные алкоголики» и «Анонимные наркоманы» (Программа «12 шагов»). Продолжительность программы составляет 3 месяца с возможностью продления. Используемые методы: «малые» психокоррекционные группы; психологические тренинги; киноклуб; дискуссионные занятия; индивидуальные и семейные консультации медицинского психолога и специалиста по социальной работе.

Из 33-х человек, завершивших реабилитационную программу, 28% сообщили, что не видели необходимости в реабилитационной программе, но подчинились решению суда. 72% пациентов отметили для себя пользу от участия в программе («больше узнал про заболевание», «стал лучше понимать себя», «программа заставила задуматься», «убедился, что не буду ничего употреблять»).

Анализ эффективности участия в программах социальной реабилитации пациентов, находящихся на обязательном лечении, показал необходимость применения дифференцированного подхода к их включению в реабилитационные мероприятия в зависимости от тяжести симптомов и степени мотивированности к участию, а также необходимость предварительной и промежуточной диагностической и мотивационной работы.

Для пациентов с диагнозом «пагубное употребление ПАВ» более актуальными являются: повышение уровня осознанности, формирование критического отношения к проблемному поведению, усиление приверженности ценностям трезвой жизни. Для пациентов с диагнозом «синдром зависимости» актуальными являются: формирование мотивации на отказ от употребления любых психоактивных веществ, помощь в преодолении тяжелых жизненных обстоятельств, а также формирование мотивации и вовлечение в участие в длительных реабилитационных программах. Дифференцированный подход и соблюдение принципов этапности реабилитационного процесса поможет повысить эффективность программ социальной реабилитации как для пациентов, направленных на обязательное лечение, так и в целом для пациентов с наркологическими заболеваниями.

Литература:

1. Клинические Рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля (МКБ-10 F10-F19). - Москва, ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2015.

2. Корчагина Ю.В., Протопопова К.В., Абрамян И.В. Амбулаторные программы медико-психолого-социальной реабилитации наркологических больных: критерии успешности Материалы ежегодной международной научно-практической конференции «Наука и технологии в современном обществе». – Уфа: АНО «ИЦИПТ», 2015. - С. 65-67.

3. Профилактика патологических форм зависимого поведения в трех томах. Под общей редакцией О.В. Зыкова. Том 3. Лечебная субкультура: технологии профилактики рецидива (третичная профилактика). - М: РБФ НАН, 2010. – 310 с.

4. Стандарты реабилитации / под общ. ред. Зыкова О.В. – М.: РБФ НАН, 2012. – 222 с.

5. Уголовный кодекс Российской Федерации. – Москва, Проспект, 2019. – 336 с.

ОБУЧЕНИЕ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ КАК ЭФФЕКТИВНЫЙ ИНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

Куркина А.В.,

психолог отделения социальной реабилитации инвалидов,
ГБУ ТЦСО «Жулебино», филиал «Выхино» (Москва)

Проблема психологического здоровья в пожилом возрасте актуальна не только для каждого конкретного человека, но и для общества в целом. Это обусловлено несколькими факторами. Во-первых, пожилой и старческий возраст составляют практически половину жизни современного человека. Изменения в возрастном составе населения большинства стран проявляются не только увеличением средней продолжительности жизни, но и заметным возрастанием доли пожилых и стариков в обществе. В России лица старше 60 лет составляют 25%. Во-вторых, лица пожилого и старческого возраста с легкостью можно отнести к группе риска по возникновению психических расстройств. Это связано как с физиологическими процессами, происходящими в организме с определенного возраста, так и с психологическими и социальными факторами.

Психологические изменения с возрастом проявляются в повышенной ранимости, обидчивости, раздражительности, концентрации внимания на ограниченном круге аффективно заряженных представлений. Настроение у пожилых людей становится неустойчивым, преобладают пониженный фон и пессимизм, недовольство окружающим. Легко возникают чувства тревоги и страха. Часто старость ассоциируется с бедностью, плохим жильем, безобразным медицинским обслуживанием, слабым здоровьем и социальной изоляцией. Сложившиеся стереотипы, в свою очередь, влияют на мироощущение пожилых людей: активная старость начинает восприниматься как отклонение, пассивная и болезненная - как норма.

Образование в пожилом возрасте является основным инструментом сохранения способности к социальной адаптации и интеграции в общество, получения на системной основе сведений об изменяющемся мире. Право на образование — одно из основных прав человека — не может быть ограничено по признаку возраста, что подразумевает его непрерывность и возможность продолжения в пожилом возрасте.

Сегодня выявлена тесная связь между уровнем образования, степенью вовлеченности в образовательный процесс и продолжительностью жизни.

Обновление знаний в пожилом возрасте полностью меняет привычный образ жизни, отношение к заболеваниям и утрате некоторых функций.

Главный критерий образования в третьем возрасте — это изменение качества жизни. Оно выражается в появлении отчетливого ощущения удовлетворения от общения и совместной деятельности.

XXI век – эра взаимодействия компьютерных технологий и человека. На сегодняшний день, наверное, нет той области в общественной и научной деятельности, которая смогла бы обойтись без современных инновационных решений и помощи искусственного интеллекта. С развитием компьютерных технологий, современная медицина оказалась на качественно новом уровне, начиная с момента ранней диагностики и предупреждения заболеваний, заканчивая выполнением сложнейших и высокоточных оперативных вмешательств. То, что когда-то можно было встретить лишь в произведениях научной фантастики, сегодня составляет нашу реальность. Благодаря развитию компьютерных технологий выросли возможности современной реабилитации инвалидов.

Психология взаимоотношений между человеком и компьютером остается малоизученной областью, сопряженной с диаметрально противоположными научными мнениями и исследованиями, говорящими как о вреде, так и о пользе такого взаимодействия. Постараемся сосредоточить свое внимание на применении компьютера в рамках оказания социально-психологической реабилитации и постараемся разобраться, насколько оно эффективно и оправдано.

Первым положительным моментом, который можно обозначить, является компьютерная психодиагностика и психокоррекция. Западными исследователями и практиками разработан целый ряд диагностических и психокоррекционных комплексов, применяемых в совокупности со стандартными методами психологической практики и имеющих ряд собственных преимуществ по той причине, что апеллируют они к фундаментальной потребности человека – игре.

Западные психологи-практики (Орси, Аллан, Гринфилд, Кордес и др.) рассматривали изучение компьютерных игр как средства развития и коррекции сенсомоторных, перцептивных и высших когнитивных функций. Так, полученные результаты исследований легли в основу разработки существующих традиционных компьютерных методик, обучающих компенсаторному и преследующему слежению, часто применяемых в реабилитации пациентов, перенесших инсульт.

Известная большинству современников игра «Тетрис» и аналогичные ей игры, согласно экспериментальным заключениям, способствуют развитию восприятия пространства, а значит, могут гипотетически использоваться в целях коррекции динамического представления о пространстве и компенсации недостаточного развития пространственных способностей.

Различного рода шарады, ребусы, головоломки показали свою эффективность в развитии способности человека находить максимальное

количество альтернативных вариантов решения задачи, что в научной литературе характеризуется как «когнитивная гибкость».

Современные компьютерные игры и тренажеры активно применяются не только в рамках изучения и коррекции когнитивной и мотивационной сфер, но и используются как эффективное средство моделирования процессов социальной перцепции и коммуникации.

В научных литературных источниках все чаще подчеркивается роль компьютера как инструмента диагностики и реабилитации. Уже сегодня компьютер с успехом используется для компенсации речевых нарушений, развития координации движений, диагностики пространственных способностей и дисфункции памяти на разных возрастных стадиях.

Занятия на компьютере позволяют человеку развить такие качества, как собранность и организованность, скорректировать эмоции по поводу успеха и неудачи, способствуют коррекции коммуникативных навыков, контролю над собственной импульсивностью, приобретению качественно нового опыта и реализации внутреннего творческого потенциала. Компьютер - это эффективный инструмент психолога в моделировании прототипов реальных жизненных ситуаций, требующих принятия решений и сопряженных с проблемой выбора наиболее выигрышного. Это позволяет контролировать процесс, обсуждая действия клиента перед каждой новой ситуацией, и формировать устойчивую мотивацию к достижению успеха.

К сожалению, в современном обществе не развиты механизмы, позволяющие стимулировать социально содержательную деятельность лиц пожилого возраста, облегчая тем самым их адаптацию в пенсионный период. Выход на пенсию многие социологи называют «шоком» или «неврозом отставки», поэтому очень важно сделать этот стресс менее сильным. Эффективность совладания со стрессом старения обусловлена сохранностью социального интереса и осознания важности в направленном взаимодействии, в передаче своего накопленного опыта, потребности быть значимым, состоявшимся как личность. Пожилым людям бывает сложно адаптироваться к изменениям, происходящим в современном мире, что зачастую вызывает насмешку у более молодого поколения. Оказываясь в информационном вакууме, пожилой человек еще больше замыкается в себе, испытывает чувство тревоги, не может смириться с новыми жизненными обстоятельствами. В связи с этим людям старшего возраста необходимо помочь реализовать себя в информационном пространстве современного общества, открыть новые таланты и получить новые знания для дальнейшей полноценной жизни. Всего этого можно достичь только при развитии системы неформального образования пожилых людей и приобщения их к стремительно развивающемуся миру цифровых технологий.

Под руководством Б.Г. Ананьева, проведенные исследования определили психологическую ценность образования в жизни пожилых людей. Они указывают, что значимым механизмом противопоставления процессам старения личности и интеллекта пожилых людей является обучение.

Сегодня пожилые люди идут в ногу со временем, они не хотят сидеть дома и тратить свое время впустую. Выходя на заслуженную пенсию, многие из них желают продолжать вести активный образ жизни. Это совершенно нормальное желание, ведь с взрослением детей и выходом на пенсию у пожилого человека появляется много свободного времени. Если позволяет здоровье, то почему бы не задуматься о дальнейшем образовании? Но обучение пожилых людей у большинства вызывает сомнение. И как показывает опыт - зря!

До сих пор в социуме бытует мнение, что обучение пожилых людей – это трудный и почти бесполезный процесс. Подобные стереотипы встречаются постоянно. Но многочисленные эксперименты доказывают, что разница в способностях к образованию у пожилых и у молодых людей практически отсутствует. Многие пенсионеры после обучения проявляют себя как трудолюбивые, грамотные и надежные сотрудники. Определенные сложности в образовательном процессе базируются только на состоянии здоровья человека. Пожилым людям свойственны некоторые физические слабости, в том числе плохое зрение и слух, недостаточная координация движений. Тем не менее, ряд исследований доказывает, что пожилые люди отличаются отличной структурой памяти, умением принимать правильное решение в сложных ситуациях. Более того, обучение пожилых людей способствует тренировкам психических функций, а стабильные умственные нагрузки очень хорошо влияют на мозг и позволяют поддерживать в форме нервную систему. Хотелось бы остановиться на самом процессе обучения пожилых людей. К примеру, в учебных заведениях Соединенных Штатов присутствие пенсионеров в учебной аудитории не является чем-то необычным. Это не только образовательный процесс с целью получения новых знаний и профессии, это еще и отличный способ отдалить признаки старения, проявляющиеся в интеллектуальной сфере.

Сегодня среди старшего поколения набирают популярность новые технологии. В отделении социальной реабилитации инвалидов филиала «Выхино» одной из востребованных услуг остается обучение навыкам компьютерной грамотности пожилых людей с ограниченными возможностями. Современные технологии, в частности интернет, открывают новые горизонты в сфере общения с друзьями, родственниками. Кроме того, пожилые люди, в особенности инвалиды, интересуются новыми знакомствами, ведь зачастую они очень одиноки, а это беспокоит их даже больше, чем здоровье или финансовое положение. На сегодняшний день интернет - это эффективный способ, позволяющий идти в ногу со временем, следить за мировыми событиями, открывать для себя что-то новое и просто не скучать.

По нашему мнению, правильное и своевременно организованное обучение помогает пожилому человеку осознать свою потребность в реализации, потребность быть значимым и, вследствие этого, побудить к выработке механизмов активного совладания со стрессом старения. В.Г.Ананьев указывает, что для пожилых людей обучение много значит. Оно обуславливает постоянство умственной работы, которая, в свою очередь, задает высокий тонус интеллектуальной и личностной активности.

Обучение пожилых людей способствует их развитию и закреплению за ними значимого положения в современном мире, позволяет расширить область выбора поведенческих моделей для разных ситуаций. При этом необходимо учитывать некоторые потребности представителей рассматриваемого возраста. Учебный материал должен соответствовать определенным требованиям – информация не должна быть однообразной, нужно совмещать разные типы ее подачи, акцентировать внимание на пожеланиях тех, кто обучается, базирующихся в большинстве своем на противостоянии факторам, способствующим изоляции. Теперь пенсионер способен разнообразить свой досуг и с интересом проводить свободное время, что безусловно, можно считать одним из способов улучшения качества жизни.

ДВИГАТЕЛЬНЫЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ЗАДЕРЖКЕ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: ОПЫТ КОРРЕКЦИИ

Лисенков Василий Александрович,
инструктор АФК отделения социальной реабилитации детей-инвалидов, ГБУ ТЦСО «Жулебино», филиал «Выхино» (Москва)

Аннотация: В настоящее время наблюдается возрастание числа детей, имеющих различные отклонения в развитии. Частым проявлением этого является задержка психического развития. У ребенка-инвалида возникают различные сложности в жизнедеятельности. В личностной сфере это проявляется как нарушения в физическом аспекте. В статье описан опыт работы по коррекции двигательных нарушений при задержке психического развития детей-инвалидов с использованием адаптивной физической культуры.

Ключевые слова: адаптивная физическая культура, двигательная активность, рефлексы, социальная работа.

Двигательный анализатор - сложнейшая нейрофизиологическая система. Она обеспечивает двигательную активность человека, формирует и совершенствует в своем развитии многочисленные тонкие и точные движения.

Большую роль в понимании природы произвольных движений имеет учение об условных рефлексах И.М. Сеченова и И.П. Павлова. Согласно их взглядам, в моторной области задействованы чувствительные и двигательные импульсы, а на уровне мозговой деятельности происходит аналитико-синтетическое взаимодействие проприоцептивных импульсных систем. Некое «мышечное чувство», усиливая и систематизируя ощущения, вызывает создание двигательного акта. [6]

П.К. Анохин разработал понятийный аспект «рефлекторного кольца» и ввел понятие обратной афферентации - обратной связи между эффектором и нервном центром. [1]

Более полное представление об окружающем нас мире складывается посредством тактильно-двигательного восприятия, позволяющего изначально оценивать предмет; его объем, размер, цвет, пространственное месторасположение и многое другое. Первый хватательный рефлекс ребенка позволяет ему воспринять и оценить все вышеперечисленные свойства предмета.

Учение И.П. Павлова о двигательном анализаторе, о взаимодействии коры головного мозга и подкорковых структур лежит в основе концепции о функциональной локализации в нервной системе. Двигательная функция регулируется звеньями сложнейшей функциональной системы различных отделов головного и спинного мозга и нервной системы.

А.Р. Лурия показал роль отдельных областей коры головного мозга в двигательных возможностях человека. [5] Становление двигательных функций у ребенка происходит неравномерно и требует динамического наблюдения. Любое действие имеет два компонента, относящиеся к разным видам деятельности - умственной и физической. Развитие их складывается в различные возрастные этапы и происходит различно, но прохождение последовательности этапов формирования для всех одинаково.

В работах Е.М. Мастюковой определяются основные законы развития движения [4].

1. Закон последовательной дифференциации.

В ходе сенсомоторного развития возникает и реализуется возможность дифференциации и изоляции отдельных движений.

2. Закон преемственности функций.

Становление двигательных навыков и действий идет поэтапно - путем преемственности.

3. Закон перекрытия стадий.

Последовательные стадии в развитии двигательных функций перекрывают друг друга.

4. Проксимо-дистальный закон.

Развитие двигательных функций совершенствуется от проксимального направления к дистальному, от центра к периферии.

5. Цефало-каудальный закон.

Развитие движений начинается от головы к верхним конечностям, а далее к нижним.

По данным Е.П. Ильина, дети рождаются с рядом готовых рефлексов, которые способствуют адаптации и приспособляемости, а дальнейшем и к социализации в новой для них среде обитания. К данным рефлексам он относил и некоторые безусловные рефлексы новорожденных: [3]

– Сосательный рефлекс. Он возникает в первые часы жизни ребенка и сохраняется до года.

– Хватательный рефлекс. Он проявляется тогда, когда ребенок хватается предмет, поднесенный к нему в зону зрительного контакта.

– Рефлекс поиска груди. Проявляется при тактильном раздражении уголка губ ребенка. Наблюдается поворот головы в одноименную с раздражением губ сторону.

– Шейно-тонический рефлекс. При повороте головы и возникновении зрительного контакта с лежащим на спине ребенком, он принимает позу, напоминающую позу фехтовальщика.

– Рефлекс шагания. Он проявляется тогда, когда при вертикальном положении на твердой и ровной поверхности, если вести ребенка вперед, он будет делать движения ногами, похожие на стандартную ходьбу взрослого человека.

– Рефлекс «объятий». Он состоит из двухфазной реакции. При аудиораздражении. Первая фаза - раскрытие рук в стороны, выпрямление ног и разжимание пальчиков. Вторая - возвращение в исходное положение (поза младенца).

Итог всего комплекса развития моторики заключается в созревании морфологических компонентов мозга и в обретении ребенком собственного двигательного опыта. Необходимо отметить важность педагогического сопровождения в становлении и развитии двигательной деятельности ребенка. Двигательный опыт, приобретаемый ребенком, как правило, коррелирует с его окружением. Двигательная успешность зависит от развития органов чувств. Через них ребенок научается воспринимать внешний мир. При патологии развития слуха, зрения, речи, тактильного восприятия и других, он будет ограничен в предметно-деятельностном развитии, а также в двигательном. Будет выявляться картина задержки психического развития. Для преодоления данного вида патологии необходима максимально ранняя диагностика развития ребенка, а начало коррекционной помощи необходимо на самых ранних стадиях.

Как показывает практика, родители детей-инвалидов часто сталкиваются с проблемами, для решения которых необходима помощь специалистов профессионалов. В начале 90-х годов в России появилась профессиональная социальная служба, цель которой - профессиональное содействие людям в эффективном разрешении возникших проблем. Средства достижения этой цели - высвобождение и развитие ресурсов человека и его социального окружения, осуществление необходимых социальных перемен. Человек, попадая в затруднительную ситуацию, стремится выйти из нее, ища и находя помощь в лице работников социальной службы. Именно они формируют и развивают навыки и умения человека для эффективного разрешения возникших проблем.

Квалифицированное эффективное содействие людям в решении их жизненных проблем определяет профессиональные особенности социальной работы. Социальный работник выступает в различных ролях: педагога, психолога, юриста и прочих. Социальный работник универсален, но его универсализм имеет достаточно четкие предметные границы, определяемые жизненной ситуацией и возможными путями их решений. И вследствие этого социальный работник воспринимает ребенка-инвалида целостно; как маленького человека во всем его своеобразии. Социальный работник выступает как посредник, тьютор, между ребенком-инвалидом и социумом.

В настоящее время теоретиками и практиками, в частности Е.И. Холостовой, различают два подхода к видам социальной работы. [7]

I. Социальная работа рассматривается как профессиональная деятельность, возникающая в виде добровольной филантропической и благотворительной помощи, основанной, скорее всего, на личностном отношении к проблемам и бедам других людей. В России и в Москве в настоящее

время широко развиты благотворительные организации различной направленности.

II. Социальная работа рассматривается как профессиональная деятельность, целью которой является материализация, опредмечивание интересов и потребностей человека-инвалида, достижение им социально и лично значимых результатов, закрепление или изменение положения личности в социуме.

Эти цели закрепляются Федеральным законом «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации», законодательно закрепляющим систему социального обслуживания населения, принципы деятельности: адресность, доступность, добровольность, гуманность, предоставление социальных услуг несовершеннолетним, находящимся в трудной жизненной ситуации, конфиденциальность, профилактическую направленность.

Социальная работа осуществляется с помощью разнообразных средств и методов. Акцентируем свое внимание на физической реабилитации детей-инвалидов посредством занятий адаптивной физической культурой. Двигательная активность, локомоторные возможности, моторно-двигательные навыки определяют социализирующее значение в детском и подростковом возрасте. Возможность быть вместе со сверстниками, принимать участие в общих играх и забавах, дает ребенку-инвалиду начальные навыки инклюзивного взаимодействия с окружающим миром. Он адаптирует свои возможности к окружению и, в свою очередь, окружение - к своим возможностям. Это ведет к, своего рода, равным возможностям для всех и с раннего возраста.

Последствия раннего органического поражения головного мозга или функциональная незрелость центральной нервной системы обуславливают ряд отклонений, затрудняющих взаимодействие ребенка в социуме, вследствие чего не складывается полноценная база для последующего развития высших психических функций.

Нарушение интеллекта, как правило, сочетается с угнетением двигательных навыков, требующих сложно-координационных движений, включающих такие двигательные качества, как ловкость, гибкость, сила, координация, скорость, глазомер. Бывают случаи задержек развития различного вида без видимых нарушений моторно-двигательных функций. У таких детей выражены порочные или неправильно производимые движения на фоне взрывной гиперактивности. У таких детей отмечается недостаточная целеустремленность, быстрая потеря концентрации, низкая мотивация, быстрая общая утомляемость, плохо развитая моторика движений и прочие двигательные расстройства. Главным образом страдает техника движений и двигательные качества. Выявляются недостатки психомоторики. Затруднено формирование осмысленных, строго-последовательных двигательных навыков. По собственному опыту и мнению ряда авторов, наиболее выраженное отставание наблюдается при сложно-координационных действиях.

Павел К., 5,5 лет, ребенок-инвалид: гиперактивен, но быстро теряет концентрацию внимания и утомляется. Имеет проблемы в общении. Не очень

осмысленно и четко воспринимает полученное задание. Объяснение в основном зрительное и образное. Необходима постоянная помощь преподавателя при выполнении простых упражнений.

Ранний возраст наиболее эффективен для коррекции патологий развития, наиболее результативен. А при комплексном подходе, реализуемом в отделении социальной реабилитации детей-инвалидов филиала «Выхино», наиболее успешен в плане абилитации и дальнейшей социализации. Дети успешно осваивают не только моторно-двигательные и локомоторные навыки и умения, обучаясь на занятиях по адаптивной физической культуре по индивидуальной программе, но под руководством других педагогов ОСРДИ расширяют свои физические и социальные умения. Регулярно проводимые мероприятия расширяют социальную базу и физические возможности ребенка-инвалида.

Федор С., 8,5 лет, ребенок-инвалид: имеет локомоторные проблемы. Имеет некоторые проблемы в общении. Интеллектуально развит, учится в общеобразовательной школе. При консультативном содействии наших специалистов поступил в детскую школу искусств им. М. Балакирева - в театральную студию. Занимаясь сценическим движением, имеет положительную динамику как в коррекции локомоторных патологий, так и в коррекции других патологий.

Моторно-двигательные способности детей-инвалидов ограничено разнообразны и являются составной частью общих способностей, существуют во взаимосвязи с другими сторонами развития ребенка-инвалида, что определяет приоритетность коррекционной работы по преодолению моторно-двигательных нарушений.

Сложная координационная деятельность выражается через комплекс этапов последовательного овладения простыми действиями, посредством систематических занятий по адаптивной физической культуре, выполнения простых, подводящих упражнений. При этом важным элементом является ловкость. Ее нарабатывают посредством систематического обучения и повторения двигательных действий и решения двигательных задач, требующих постоянного изменения структуры действий.

В.М. Зациорский (1970) предлагает несколько критериев ловкости, включающих координационную сложность двигательных действий, время освоения, точность движения. [2]

Артур Д., 4,5 года, ребенок-инвалид начинал физическую реабилитацию с выполнения элементарных локомоторных движений. За время реабилитации в ОСРДИ филиала «Выхино», освоил весь комплекс физической подготовки своей возрастной группы. Ребенок энергичен, активен, ловок и координирован, обучаем. Любит подвижные игры со спортивным уклоном. Коммуникабелен на площадках для игр со сверстниками. С удовольствием участвует в проведении мероприятий нашего отделения.

В комплексе адаптивной физической культуры подвижные игры вообще имеют обширный потенциал для коррекции локомоторных и моторно-двигательных недостатков и совершенствования соответствующих навыков и умений у детей-инвалидов с органическим поражением головного мозга или

функциональной незрелости ЦНС. Занимаясь АФК под руководством инструктора, ребенок-инвалид получает квалифицированную коррекционную помощь. В ОСРДИ филиала Выхино ГБУ ТЦСО Жулебино» осуществляется комплексная работа по социальной и физической реабилитации детей-инвалидов и других получателей социальных услуг.

Литература:

1. Анохин П.К. Очерки физиологии функциональных систем./П.К. Анохин - М., 1975.
2. Зациорский В.М. Биомеханика двигательного аппарата человека. - М.:ФиС, 1981.
3. Ильин Е.П. Психомоторная организация человека: учебник для вузов/Е.П. Ильин - СПб.: Питер, 2003.
4. Мастюкова Е.М. Специальная педагогика. Подготовка к обучению детей с особыми проблемами в развитии. Ранний и дошкольный возраст./ Под ред. А.Г. Москвиной. - М.: Классик Стиль, 2003.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. - М.:МГУ, 1969.
6. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга. - М.: Изд. АСТ, 2014.
7. Холостова Е.И. Генезис социальной работы в России/Учебное пособие - 3-е изд.- М.: Издательско-торговая корпорация «Данилов и К», 2018.

КОММУНИКАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

Марьяшина Ирина Викторовна,
психолог отделения социальной реабилитации инвалидов
ГБУ ТЦСО «Жулебино» (Москва)

Изменение социального статуса человека, вызванное прежде всего прекращением или ограничением трудовой деятельности, изменениями ценностных ориентиров, образа жизни, возникновением затруднений в социально-бытовой и психологической адаптации к новым условиям, требует особых подходов, форм и методов социальной работы с людьми, имеющими ограниченные возможности здоровья.

Благополучие человека в пожилом возрасте обусловлено влиянием многочисленных факторов. Огромную значимость приобретает сохранение здоровья, возможность самостоятельно себя обслуживать, передвигаться на длительные расстояния. Роль психологической составляющей сводится к присутствию сохраненных психических и психофизиологических функций - памяти, внимания, мышления, речи.

В этот период пожилые люди все активнее прислушиваются к мнениям профессионалов в области геронтологии (врачей, психологов), повышается уровень их самосохранительного поведения. Медицинские консультации становятся все более востребованными по мере течения лет, а социальная активность рассматривается как главное условие сохранения всего функционального комплекса организма.

Организационные основы социальной работы с пожилыми людьми довольно разнообразны в силу широкого спектра проблем старшего поколения и наличия множества подходов к их решению. Те или иные услуги оказываются пожилым гражданам в различных типах учреждений социального обслуживания и варьируются в зависимости от форм социального обслуживания пожилых клиентов (стационарных, полустационарных, нестационарных). Социально-экономическая ситуация в той или иной стране не всегда позволяет пенсионеру плодотворно проводить время, активно отдыхать, и эти функции в основном берут на себя органы социального обслуживания населения.

Наибольший охват пожилых клиентов присутствует в деятельности таких учреждений, как территориальные центры социального обслуживания (ТЦСО).

В стандартную структуру ТЦСО включены:

- отделение социального обслуживания на дому;
- ОСКАД;
- отделение срочного социального обслуживания;
- отделение социальной реабилитации инвалидов.

Для поддержания разнообразия форм и методов социальной работы с пожилыми людьми необходимо учитывать дифференциацию этого контингента по потребностям, наличию сохранных возможностей, ценностным приоритетам, уровню и образу жизни. Так, на разных этапах старения человека требуется грамотно диагностировать его социальную ситуацию и предлагать реально необходимые услуги.

Для лиц в предпенсионном возрасте от 50 до 60 лет (в полной мере не относящихся к золотому периоду жизни) необходимо практиковать различные формы адаптации к надвигающемуся пенсионному возрасту.

Это означает поддержание самореализационных тенденций в поведении, постепенное освобождение от профессиональных забот с переключением внимания на те виды деятельности, которые действительно являются увлекательными для индивида.

Огромную пользу могут иметь лекции о поддержании физического здоровья и о развитии психических функций.

В предпенсионный период необходимо понять, что пожилой возраст отнюдь не означает угасание жизни. Напротив, именно в этой жизненной фазе можно заниматься тем, что тебе нравится, открывать новые горизонты своего личностного развития и работать над собой.

Коммуникативные навыки являются одними из самых важных в социальном контексте. Их нехватка увеличивает степень стресса, который испытывает человек, а также может быть результатом психического расстройства, которое препятствует эффективно использовать социальные контакты. Нехватка коммуникативных навыков (вербальных и невербальных) может быть как самостоятельной проблемой, так и следствием других трудностей. Коммуникативная функция призвана устанавливать контакт с нуждающимися в той или иной помощи и поддержке, организовать обмен информацией, способствовать включению различных институтов общества в деятельность социальных служб, помогать восприятию и пониманию другого человека.

В ТЦСО «Жулебино» в отделении социальной реабилитации инвалидов с февраля 2019 г. заработал новый проект «Территория здоровья». «Территория здоровья» - это терапия движением: разработанный комплекс занятий, формирующий психологическую уравновешенность, гармонизацию психоэмоциональной сферы, коррекцию и развитие психомоторных способностей.

Работа проводится группой специалистов: психологом, инструктором АФК и специалистом по реабилитационной работе. Все занятия направлены на повышение социальной активности людей с ограниченными возможностями здоровья и людей старшей возрастной группы. Занятия также помогают

процессам активной адаптации личности, способствуют установлению безконфликтного общения, помогают восстановить физическую форму, улучшить психоэмоциональное состояние и обрести уверенность в своих силах.

Программа «Территория здоровья» состоит из трех блоков: психогимнастика, ритмика, пилатес.

Первый блок – психогимнастика. Ведет психолог отделения.

Психогимнастика – это занятия в группе. Несложные упражнения оказывают тонизирующее воздействие на нервную систему; улучшают процессы обмена веществ, у человека поднимается настроение. Это результативный способ оптимизировать социально - перцептивную область личности, так как дает возможность сосредоточиться на «языке тела».

Второй блок – ритмика. Ведет инструктор по АФК.

Ритмика развивает собственно чувство ритма, способствует развитию координации между нервной и мускульной деятельностью человека, что помогает достичь автоматизма в самых сложных движениях, также способствует развитию внимания и памяти.

Третий блок – пилатес. Ведет специалист по реабилитационной работе.

Пилатес – это серия упражнений для увеличения прочности тела, развития мышц, улучшения осанки, баланса и координации. Каждое упражнение выполняется с особым вниманием к правильной технике дыхания и контролю брюшных мышц. Это помогает выполнять движения с максимальной мощностью и эффективностью. Пилатес удлиняет и укрепляет мышцы, улучшает мышечную эластичность и подвижность суставов.

Посещать занятия может любой житель района Жулебино в возрасте 55+ или со статусом инвалидности. Занятия проводятся два раза в неделю, каждый блок длится 30 минут, общее время занятий 1 час 30 минут. Все, кто хоть раз к нам пришел, остаются нашими постоянными посетителями и ждут с нетерпением следующих занятий.

После занятий у наших получателей услуг заметно улучшается эмоциональное состояние, повышается физическая активность. Таким образом, идет возвращение к более активному образу жизни, повышается уровень социальной адаптации. Также занятия программы «Территория здоровья» способствуют: изменению в позитивную сторону отношения пожилых людей и инвалидов к себе, развитию творческого потенциала пенсионеров и инвалидов, сохранению и развитию позитивного отношения к жизни, расширению круга общения, оказывают социально–психологическое содействие в преодолении состояния одиночества, т.к. данные мероприятия помогают расширить круг общения. У пенсионеров и инвалидов развивается чувство уверенности в собственных силах, способность управлять своими поступками под воздействием различных по силе и качеству эмоций. Комплекс помогает научить жить в согласии с окружающим миром.

Активное использование технологий, направленных на когнитивную сферу пожилого человека, является актуальным требованием времени и отвечает важнейшей задаче формирования модели активного долголетия.

Литература:

1. Василюк Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления критических ситуаций). СПб.: Питер, 2012. - 188с.
2. Видмер Т. Круглый стол «Специфика и проблемы социальной работы с пожилыми людьми и инвалидами в сельской местности» // Социальная работа. - 2007. - N 5. - С. 42-43
3. Григорьева Н. Работа учреждения с общественностью. СПб.: СПб ГУП, 2009. - 63с.
4. Энциклопедия социальных практик поддержки пожилых людей в Российской Федерации / Под ред. проф. Е.И. Холостовой, проф. Г.И. Климантовой. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2015.

ФОРМЫ ОБОБЩЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОПЫТА В ЦЕНТРЕ СОДЕЙСТВИЯ СЕМЕЙНОМУ ВОСПИТАНИЮ «МАЯК»

Полякова Надежда Владимировна,
старший воспитатель ГКУ Центр содействия семейному воспитанию
«Маяк» ДТСЗН г. Москвы

Иванова Светлана Владимировна,
кандидат педагогических наук, методист ГКУ Центр содействия
семейному воспитанию «Маяк» ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: Статья посвящена изучению понятий «опыт», «педагогический опыт», «обобщение педагогического опыта». В статье представлены формы обобщения и распространения педагогического опыта в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей), с тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Ключевые слова: опыт, педагогический опыт, обобщение педагогического опыта, продвижение педагогического опыта, распространение педагогического опыта, профессиональное мастерство, открытое занятие, самообразование.

Keywords: experience, pedagogical experience, generalization of pedagogical experience, promotion of pedagogical experience, distribution of pedagogical experience, professional skill, open occupation, self-education.

На современном этапе развития системы образования, который характеризуется стремительным расширением спектра современных коррекционных, образовательных технологий и методик, каждый педагог ищет наиболее эффективные пути совершенствования воспитательного процесса, способы повышения качества обучения и мотивации детей к социально-позитивной деятельности.

В образовательной практике педагогический опыт играет особую роль. Являясь одной из основ мастерства педагога, он способен эффективно решать встающие перед учреждением задачи совершенствования коррекционно-развивающего и воспитательного процесса, преодоления инертности, разброса мнений. Являясь источником развития педагогической науки, педагогический

опыт способен вести за собой массовую практику. Выполняя прогностическую функцию, он определяет возможности разработки прогнозов, динамики развития воспитательно-образовательной практики.

Педагогический опыт, утверждает О.Б. Лобанова, благотворно влияет на развитие педагогической науки, является одним из средств повышения качества образования и воспитания. Педагогический опыт дает возможность поиска творчески работающим педагогам, повышает их педагогическое мастерство. Он играет роль источника, стимулирующего развитие педагогической науки, базы ценных фактических данных, обогащающих содержание науки, критерия истинности тех или иных научных предположений [4].

В общей и социальной педагогике под опытом понимается «совокупность всего того, что происходит с человеком в его жизни и что он осознает» [1, с. 68]. Педагогический опыт определяется как «активное освоение и реализация педагогом в практике законов и принципов педагогики с учетом конкретных условий, особенностей детей, детского коллектива и собственной личности» [3].

По определению В.И. Загвязинского, «педагогический опыт – это ориентации, знания, умения, навыки педагога, исследователя, родителя и иных субъектов образовательного процесса, накопленный в результате практики. Служит источником обнаружения затруднений и противоречий практики и связанных с этим научных проблем, особенно ценен передовой и новаторский педагогический опыт» [5].

Обобщить педагогический опыт, считает В.А. Зебзеева, «значит вывести и сформулировать основные идеи, на которых построен конкретный опыт; обосновать продуктивность и перспективность этих идей; раскрыть условия, при которых возможна их реализация; выявить объективные требования, правила воспроизведения, творческого использования и развития конкретного опыта» [2].

Главная задача обобщения педагогического опыта состоит в том, чтобы выявить в нем самое существенное, определяющее все стороны изучаемого явления, раскрыть методы и приемы, при помощи которых достигнут положительный эффект в работе педагога, продвинуть и распространить его. Продвижение опыта работы – комплекс мероприятий, направленных на ознакомление педагогического сообщества с результатами инновационного и передового педагогического опыта.

Распространение опыта работы – комплекс мероприятий, достаточных по объему и содержанию, обеспечивающих преобладание инновационного и передового педагогического опыта, его внедрение в массовую практику. Для того, чтобы успешно осмысливать свой или чужой опыт и применять его в своей работе, педагогу необходимо знать, по мнению В.А. Зебзеевой, основные положения, составляющие базу для построения образовательного процесса:

- работу в «зоне ближайшего развития» (Л.С. Выготский);
- идею амплификации дошкольного образования, т.е. его обогащения, а не ускорения (А.В. Запорожец);
- идею систематической опоры на детское экспериментирование (Н.Н. Поддьяков);

- преимущественное внимание к стимулированию процесса развития мышления (Л.А. Венгер);
- построение образовательного процесса на игровых ситуациях (Д.Б. Эльконин);
- теорию «поэтапного формирования умственных действий» (П.Я. Гальперин);
- личностно-деятельностный подход (В.В. Давыдов) [2].

В ГКУ ЦССВ «Маяк», учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (законных представителей), с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР), созданы специальные условия для получения образования и обучения детей с ТМНР в соответствии с их возрастными, индивидуальными особенностями и особыми образовательными потребностями; развития способностей и творческого потенциала каждого воспитанника как субъекта отношений в сфере образования.

Для руководства ГКУ ЦССВ «Маяк» особенно актуально стоит вопрос овладения каждым педагогом инновационными коррекционными технологиями и методиками, применения их в практической профессиональной деятельности. Поэтому Центр обеспечивает педагогическим работникам возможность «повышения профессиональной квалификации, ведения методической работы, применения, обобщения и распространения опыта использования современных образовательных технологий обучения и воспитания» [6].

Главная цель педагогов Центра состоит в том, чтобы вовремя начать и правильно организовать обучение ребенка с ТМНР, чтобы в процессе обучения у каждого воспитанника появился бы механизм компенсации имеющегося дефекта, на основе чего станет возможной его интеграция в современное общество. Здесь важное значение имеет профессиональное мастерство педагогов, их педагогический опыт, умение обобщать этот опыт и транслировать его в педагогические сообщества.

Цели и задачи, стоящие перед Центром, могут быть успешно реализованы только в том случае, если педагог систематически повышает свой профессиональный уровень. В исследованиях Л.Г. Красовской, Л.Р. Муминовой, Н.М. Назаровой, Е.А. Панько подчеркивается, что обобщение педагогического опыта не может быть изолировано от задач повышения общего и специального образования и должно сочетаться с занятиями по обогащению знаний педагога в избранной им специальности и в сопредельных с нею областях.

Руководство ЦССВ «Маяк» уделяет много внимания повышению квалификации педагогов, их профессиональному росту. Для педагогических кадров Центра обобщение и распространение педагогического опыта является путем совершенствования и обновления всего коррекционно-образовательного и воспитательного процесса; ростом профессионального мастерства, направленного на повышение качества образования, воспитания и коррекции дефектов у детей с ТМНР (Г.В. Гуровец, Г.М. Дульнев, В.В. Коркунов, Л.Г. Красовская, Н.Н. Малофеев, Н.М. Назарова).

Обобщение педагогического опыта проходит следующие этапы:

- 1) Выявление и изучение лучшего педагогического опыта:

- изучение деятельности педагога, длительное наблюдение за его работой, посещение занятий, воспитательных мероприятий;

- анализ качества знаний, умений, навыков детей, уровня их воспитанности, динамики общего развития;

- выявление способов, приемов, опыта управления и организации познавательной деятельности детей, которые помогают достигать положительного опыта;

- выявление отсутствия перегрузки детей;

- определение элементов новизны в опыте работы;

- описание и анализ условий, при которых достигнуты положительные результаты.

2) Обобщение педагогического опыта:

- обсуждение и анализ педагогического опыта на педагогическом совете, вынесение решения;

3) Внедрение и распространение педагогического опыта:

- распространение педагогического опыта на педагогическом совете, методических мероприятиях учреждения.

Рассмотрим основные формы изучения и обобщения педагогического опыта в ГКУ ЦССВ «Маяк».

Открытое занятие – распространенная форма изучения и обобщения опыта, одна из самых эффективных форм организации коррекционно-развивающего процесса в Центре. В начале года составляется график открытых занятий, в соответствии с которым каждый педагог должен провести данное занятие, которое регламентируется таким локальным актом, как «Положение о подготовке и проведении открытого занятия в ГКУ ЦССВ «Маяк». Перед проведением открытого занятия педагоги ведут серьезную предварительную подготовку, продумывают план занятия, составляют его конспект, согласовывают с методистом. На таком занятии педагоги делятся с коллегами самостоятельно разработанными способами обучения и взаимодействия с детьми. Несмотря на то, что план готовится заранее, в течение открытого занятия демонстрируется реальный коррекционно-образовательный процесс.

После просмотра открытого занятия педагоги Центра коллективно его обсуждают; анализируют, какие ставились цели и задачи, были ли они достигнуты в ходе занятия; отмечают положительные и отрицательные стороны. Методические разработки открытых уроков педагоги транслируют в педагогические сообщества сети интернет, оформляют в виде статей.

Следующей формой обобщения и распространения педагогического опыта являются педагогический и методический советы, а также заседания методического объединения специалистов, методического объединения воспитателей, которые проводятся по плану учреждения ежеквартально. На данных заседаниях педагоги выступают с сообщениями, делятся опытом и наработками по теме самообразования. Выступления сопровождаются демонстрацией наглядного материала. Перед выступлением ведется большая подготовительная работа: посещаются и анализируются коррекционно-воспитательные занятия разных педагогов, изучается литература,

подготавливается выставка, отражающая педагогический опыт, готовятся основные доклады. На заседаниях коллективно обсуждаются поднятые в докладе вопросы, обращается внимание на выявление тех факторов и условий, которые обеспечили успех в работе отдельных педагогов. После обсуждения вопроса выносятся рекомендации об использовании педагогического опыта.

На заседаниях педагогических советов воспитатели представляют творческий отчет за полугодие, за год. В процессе заседания проходит:

- демонстрация презентаций опыта с анализом динамики развития воспитанников; фрагментов опыта – занятий разных типов;
- показ элементов педагогической технологии (последовательности действий);
- уточнение особенностей педагогической технологии в беседах с автором опыта;
- коллективный анализ просмотренного под руководством методиста и старшего воспитателя.

Мастер-класс – одна из основных форм распространения опыта среди педагогов Центра, предполагающая рассказ педагога о своей творческой лаборатории и показ на детей или моделирование на взрослых использования отдельных инновационных приемов и способов организации детей. Так, педагогом дополнительного образования были даны мастер-классы по изготовлению «Масленичной куклы», по декорированию пасхальных яиц с использованием техники «декупаж».

Педагоги систематически принимают участие в научно-практических конференциях. В соответствии с темой мероприятия они изучают литературу и осмысливают собственный опыт, а также опыт коллег. Так, по общей теме конференции отдельные докладчики рассказывают о своем опыте на занятиях или в различных видах деятельности воспитанников. К примеру, на Фестивале практик с презентацией международного опыта «Один день из жизни Центра для детей с ОВЗ», проводимом на базе ГАУ «Институт дополнительного профессионального образования работников социальной сферы Департамента труда и социальной защиты населения г. Москвы» (19.12.2018 г.), нашими педагогами был представлен опыт применения альтернативной и дополнительной коммуникации в работе с детьми с ТМНР.

На базе ГКУ ЦССВ «Маяк» проводятся курсы повышения квалификации для коллег из других ЦССВ, слушатели которых знакомятся с опытом работы нашего учреждения. Например, для слушателей курсов, обучающихся по программе «Долговременный развивающий уход», воспитатели и специалисты организовали экскурсию по учреждению, а также выступили с презентациями о своем опыте.

Если у специалиста возникают вопросы, затруднения и иногда сомнения в работе, опытными педагогами проводятся педагогические консультации.

Еще одной доступной, эффективной и необходимой для любого педагога формой изучения опыта других педагогов является самообразование, которое в Центре регламентировано «Положением о самообразовании педагогических кадров ГКУ ЦССВ «Маяк».

Воспитателю, специалисту предоставляется право выбора темы самообразования. При выборе темы необходимо учитывать актуальность и важность темы, ее научно-теоретическое и практическое значение, степень освещенности данного вопроса в литературе. Срок работы над темой определяется индивидуально и может составлять от трех до пяти лет (в зависимости от обширности выбранной темы). Каждый воспитатель, специалист составляет индивидуальный план работы над темой.

Работая над темой самообразования, педагог повышает свое профессиональное мастерство; овладевает новыми формами, методами и приемами обучения и воспитания детей; изучает и внедряет в практику передовой педагогический опыт, новейшие достижения педагогической, психологической и других специальных наук, новые педагогические технологии.

Таким образом, педагогический опыт благотворно влияет на развитие педагогической науки, является одним из средств повышения качества образования и воспитания. Педагогический опыт дает возможность поиска творчески работающим педагогам, повышает их педагогическое мастерство. Он играет роль источника, стимулирующего развитие педагогической науки, базы ценных фактических данных, обогащающих содержание науки, критерия истинности тех или иных научных предположений.

Литература:

1. Воронин А.С. Словарь терминов по общей и социальной педагогике / А.С. Воронин. – Екатеринбург : ГОУ ВПО УГТУ–УПИ, 2006. – 135 с. Режим доступа: <http://www.smolsoc.ru/index.php/home/>
2. Зебзеева В.А. Дошкольное образование за рубежом: история и современность / В.А. Зебзеева. – М. : ТЦ Сфера, 2007. – 128 с.
3. Коджаспирова Г.М. Педагогический словарь : для студ. высш. и сред. пед. учеб. заведений / Г.М. Коджаспирова, А.Ю. Коджаспиров. – М. : Издательский центр «Академия», 2003. – 176 с.
4. Лобанова О.Б. Русская педагогическая мысль конца XIX – начала XX вв. О сущности педагогического опыта / О.Б. Лобанова // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 1. Режим доступа: <http://www.science-education.ru/12-271>
5. Педагогический словарь: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. В.И. Загвязинского, А.Ф. Закировой. – М. : Издательский центр «Академия», 2008. – 352 с.
6. ФГОС обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1599). Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70760670/>

СЕМЕЙНОЕ НЕБЛАГОПОЛУЧИЕ КАК РИСКОВАННЫЙ ФАКТОР СУИЦИДАЛЬНОСТИ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ

Приступа Елена Николаевна,
профессор кафедры социальной и реабилитационной работы
Института дополнительного профессионального образования
работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы

Согласно определению ВОЗ (1982), «суицид – акт самоубийства с фатальным исходом; покушение на самоубийство – аналогичный акт, не имеющий фатального исхода». Число самоубийств среди подростков составляет 20% от всех самоубийств, а 62% всех самоубийств несовершеннолетних связаны с семейными конфликтами, боязнью насилия со стороны взрослых, бестактным поведением отдельных педагогов, конфликтами с учителями, друзьями, черствостью окружающих.

К факторам суицидального поведения относятся:

1) проблемы во взаимоотношениях с родителями, которые зависят от степени понимания ими своих детей, сопереживания, нормативности отношений;

2) проблемы в школе, которые чаще связаны с подходом учителя (авторитарный или попустительский), социометрическим статусом подростка в классе (лидер, изгой), личностным отношением к успеваемости, наличием жизненных перспектив;

3) проблемы во взаимоотношениях со сверстниками (общение с друзьями: наличие близкого друга, принадлежность к неформальному объединению, межполовое общение).

Ведущим фактором подростковых суицидов является преобладание таких чувств, как безнадежность, когда будущее не предвещает ничего хорошего; беспомощность, которая связана с ощущением, что ты не можешь контролировать жизнь, от тебя ничего не зависит; изоляция – чувство, что тебя никто не понимает, тобой никто не интересуется; ощущение собственной незначительности – уязвленное чувство собственного достоинства, низкая самооценка.

Диагностические критерии депрессивного эпизода.¹³

Основные симптомы:

– снижение настроения, очевидное по сравнению с присущей пациенту нормой, преобладающее почти ежедневно и большую часть дня и продолжающееся не менее 2 недель вне зависимости от ситуации;

¹³ МКБ-10 (Международная классификация болезней 10-го пересмотра).

– отчетливое снижение интересов или удовольствия от деятельности, обычно связанной с положительными эмоциями;

– снижение энергии и повышенная утомляемость.

Дополнительные симптомы:

– сниженная способность к сосредоточению и вниманию;

– снижение самооценки и чувство неуверенности в себе;

– идеи виновности и уничижения (даже при легких депрессиях);

– мрачное и пессимистическое видение будущего;

– идеи или действия, касающиеся самоповреждения или самоубийства;

– нарушенный сон;

– нарушенный аппетит.

Рассмотрим диагностический инструментарий (таблица 1).

Таблица 1

Методика «Карта риска суицида» (модификация для подростков Л.Б. Шнейдер)

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
<i>I. Биографические данные</i>			
1. Ранее имела место попытка суицида	– 0,5	+2	+3
2. Суицидальные попытки у родственников	– 0,5	+1	+2
3. Развод или смерть одного из родителей	– 0,5	+1	+2
4. Недостаток тепла в семье	– 0,5	+1	+2
5. Полная или частичная безнадзорность	– 0,5	+0,5	+1
<i>II. Актуальная конфликтная ситуация</i>			
<i>A — вид конфликта:</i>			
1. Конфликт со взрослым человеком (педагогом, родителем)	– 0,5	+0,5	+1
2. Конфликт со сверстниками, отвержение группой	– 0,5	+0,5	+1
3. Продолжительный конфликт с близкими людьми, друзьями	– 0,5	+0,5	+1
4. Внутриличностный конфликт, высокая внутренняя напряженность	– 0,5	+0,5	+1
<i>B — поведение в конфликтной ситуации:</i>			
5. Высказывания с угрозой суицида	– 0,5	+2	+3
<i>B — характер конфликтной ситуации:</i>			
6. Подобные конфликты имели место ранее	– 0,5	+0,5	+1
7. Конфликт отягощен неприятностями в других сферах жизни (учеба, здоровье, отвергнутая любовь)	– 0,5	+0,5	+1
8. Непредсказуемый исход конфликтной ситуации, ожидание его последствий	– 0,5	+0,5	+1

Фактор риска	Не выявлен	Слабо выражен	Сильно выражен
<i>Г — эмоциональная окраска конфликтной ситуации:</i>			
9. Чувство обиды, жалости к себе	- 0,5	+1	+2
10. Чувство усталости, бессилия, апатия	- 0,5	+1	+2
11. Чувство непреодолимости конфликтной ситуации, безысходности	- 0,5	+0,5	+2
III. Характеристика личности			
<i>А — волевая сфера личности:</i>			
1. Самостоятельность, отсутствие зависимости в принятии решений	- 1	+0,5	+1
2. Решительность	- 0,5	+0,5	+1
3. Настойчивость	- 0,5	+0,5	+1
4. Сильно выраженное желание достичь своей цели	- 1	+0,5	+1
<i>Б — эмоциональная сфера личности:</i>			
5. Болезненное самолюбие, ранимость	- 0,5	+0,5	+2
6. Доверчивость	- 0,5	+0,5	+1
7. Эмоциональная вязкость («застревание» на своих переживаниях, неумение отвлечься)	- 0,5	+1	+2
8. Эмоциональная неустойчивость	- 0,5	+2	+3
9. Импульсивность	- 0,5	+0,5	+2
10. Эмоциональная зависимость, потребность в близких эмоциональных контактах	- 0,5	+0,5	+2
11. Низкая способность к созданию защитных механизмов	- 0,5	+0,5	+1,5
12. Бескомпромиссность	- 0,5	+0,5	+1,5

Примечание. Для определения степени выраженности факторов риска у подростков высчитывается алгебраическая сумма: менее 9 баллов — риск суицида незначителен; 9–15,5 баллов — риск суицида присутствует; более 15,5 балла — риск суицида значителен.

Еще один диагностический инструмент [3]:

Методика «Шкала Цунга для самооценки депрессии»

Данный опросник состоит из 20 утверждений, описывающих основные симптомы депрессии. Каждое из приведенных ниже утверждений необходимо оценить как *очень редкое, редкое, частое* или *постоянное* в вашей жизни и отметить на бланке соответствующий вариант.

№	Утверждение	Очень редко	Редко	Часто	Всегда
1.	Я чувствую угнетенность, подавленность.	1	2	3	4
2.	Я лучше всего чувствую себя утром.	1	2	3	4
3.	Я много плачу.	1	2	3	4
4.	Я плохо сплю ночью.	1	2	3	4
5.	Я ем столько же, сколько и раньше.	1	2	3	4
6.	Я получаю удовольствие от того, что нахожусь среди привлекательных мужчин/женщин или общаюсь с ними.	1	2	3	4
7.	Я заметно теряю в весе.	1	2	3	4
8.	Меня беспокоят запоры.	1	2	3	4
9.	Мое сердце бьется чаще, чем обычно.	1	2	3	4
10.	Я чувствую усталость без видимой причины.	1	2	3	4
11.	Я мыслю так же четко, как и раньше.	1	2	3	4
12.	Мне легко выполнять привычную работу.	1	2	3	4
13.	Я беспокоен и не нахожу себе место.	1	2	3	4
14.	Я полон светлых надежд на будущее.	1	2	3	4
15.	Я более раздражен, чем раньше.	1	2	3	4
16.	Мне легко принимать решения.	1	2	3	4
17.	Я чувствую, что полезен и нужен людям.	1	2	3	4
18.	Я живу полной и интересной жизнью.	1	2	3	4
19.	Я считаю, что другим было бы лучше, если бы я умер.	1	2	3	4
20.	Я по-прежнему получаю удовольствие от того, что мне нравилось и раньше.	1	2	3	4

Обработка результатов: общий балл по методике, определяющий уровень депрессии (УД), рассчитывается по формуле:

$$УД = \sum пр + \sum обр,$$

где $\sum пр$ – сумма отмеченных цифр к «прямым» высказываниям №№ 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;

$\sum обр$ – сумма цифр, «обратных» отмеченным, к высказываниям №№ 5, 6, 11, 12, 16, 17, 18, 20.

Например, у «обратного» высказывания № 5 отмечен ответ «4» – при обработке засчитываем в сумму 1 балл; у высказывания № 6 отмечен ответ «3» – засчитываем 2 балла; у высказывания № 11 отмечен ответ «2» – засчитываем 3 балла и так далее.

В результате мы получаем количественный показатель уровня депрессии (УД), который колеблется в диапазоне от 20 до 80 баллов.

Если показатель УД не более 50 баллов, то диагностируется состояние без депрессии.

Если УД более 50 и менее 59 баллов, то делается вывод о легкой депрессии ситуативного или невротического происхождения.

Показатель УД от 60 до 69 баллов – субдепрессивное («околодепрессивное») состояние или маскированная депрессия.

УД более 70 баллов – истинное депрессивное состояние.

Приведем в качестве заключения основные направления работы по профилактике суицида (рис. 1).

Методика воспитательной работы с детьми и подростками по выработке асертивного (социально уверенного) поведения.¹⁴

Упражнение «Разборка имени». Цель: знакомство, предоставление возможности для самопрезентации. Участникам предлагается записать по буквам свое имя и подобрать начинающиеся на каждую из этих букв слова, характеризующие их. На размышление дается 5 минут. Потом каждый называет свое имя и те характеристики, которые ему удалось придумать. Обсуждение. Кому хотелось бы добавить другие характеристики, которые вам очень подходят, но их названия не начинаются на букву, входящую в имя?



Рисунок 1. Основные направления работы по профилактике суицида

Упражнение «Мои сильные стороны». Каждый участник тренинга рассказывает по кругу о своих сильных сторонах характера. Группа после самопрезентации каждого аплодирует.

Упражнение «Мои успехи». Участники группы по очереди рассказывают о своих реальных жизненных достижениях на данный момент времени. Например, кто-то закончил университет с отличием, кто-то успешно завершил сложный проект, другой, например, бросил курить и др. Группа приветствует каждого аплодисментами.

Упражнение «Я – герой». Проанализируйте свою биографию. Найдите в ней что-либо героическое, ценное, хотя бы пять-шесть событий. И постарайтесь

¹⁴ Ниже приведен практический опыт специалистов ГОУ «Психолого-педагогический центр» г.о. Тольятти, 2010.

выстроить на них свою биографию. Красочно распишите ее в героическом ракурсе.

Упражнение «Комплименты». Ведущий предлагает участникам придумывать комплименты друг для друга. Он бросает мяч одному из участников и говорит ему комплимент. Например, «Дима, ты очень справедливый человек» или «Катя, у тебя замечательная прическа». Получивший мяч, бросает его тому, кому хочет сказать свой комплимент и так далее. Важно проследить, чтобы комплимент был сказан каждому участнику.

Упражнение «Превращения». Цель: самопознание и самовыражение с помощью метафорических средств. Участники сидят в кругу. Ведущий предлагает участникам завершить следующие предложения: «Если бы я был книгой, то я был бы... (словарем, томиком в...)»; «Если бы я был едой, то я был бы... (кашей, картошкой)»; «Если бы я был взрослым, то я был бы... (другие варианты — песней или музыкой, явлением, видом транспорта...)». Все отвечают по кругу.

Упражнение «Дополнение предложений» (Я могу...). Вспомните, что у вас лучше всего получается. Запишите это на листе бумаги. Вы пишете только для себя, поэтому можете быть абсолютно откровенны.

Я могу прекрасно...

Я могу чудесно...

Я умею очень хорошо...

Я делаю великолепно...

Я могу лучше всех...

Я могу хорошо...

Упражнение «Маленькие успехи». Участникам предлагается вспомнить и описать любые, хотя бы незначительные успехи, достигнутые ими за три последних дня. На размышление дается 2-3 минуты. Далее, при небольшом числе участников (до 10-12), каждый рассказывает о своих успехах в общем кругу. Если же группа большая, то целесообразно разделить ее на 2-3 подгруппы (тогда участники более подробно рассказывают о своих достижениях внутри подгрупп, а потом от каждой из них выступает «спикер», озвучивающий наиболее яркие моменты). Потом участникам предлагается подумать, как они наградят себя за отмеченные достижения, и сделать задуманное в качестве домашнего задания. Смысл упражнения. Обучение «самоподкреплению» (отслеживанию собственных успехов и награждению самого себя за них), фиксации на том, что в жизни происходит много позитивного. Кроме того, упражнение позволяет участником ближе познакомиться, узнать о своих товарищах некоторые неожиданные моменты. Обсуждение. При желании свои достижения, пусть даже небольшие, можно найти практически в любом, самом обыденном дне. Для чего важно уметь замечать их и награждать себя за них?

Упражнение «Твои достоинства». Участники, стоя в кругу, перекидывают друг другу мячик. Тот, кто поймал его, называет три своих достоинства, сильные стороны, после чего перекидывает мячик кому-нибудь из тех участников, у кого он еще не побывал. Тот тоже говорит о трех своих достоинствах, перекидывает мяч дальше и т. д., пока мяч не побывает в руках у каждого. Упражнение можно

либо закончить на этом, либо провести вторую часть (целесообразно в группах не более 12 человек). В ней мячик перекидывается в обратном порядке: каждый поочередно бросает его тому, от кого в первой части упражнения получал, и по памяти произносит, какие три своих достоинства называл тот человек. При возникновении затруднений допускаются подсказки, но лучше, чтобы они исходили не от лица того, чьи достоинства называются, а от других участников, которые запомнили, что тот говорил. Смысл упражнения. Укрепление самооценки, создание в группе позитивного настроения, более полное знакомство участников друг с другом.

Обсуждение. Какие эмоции возникали у участников, когда нужно было называть свои сильные стороны, достоинства? Вызывало ли это упражнение у кого-либо затруднения? Если да, то в чем именно они состояли, как их удалось преодолеть? Для чего важно помнить о своих достоинствах, в каких ситуациях может потребоваться уверенно, без ложной скромности говорить о них окружающим? (Пример – ситуация собеседования при приеме на работу).

Упражнение «Волшебная лавка». Цели: дать участникам возможность выяснить, каких качеств им не хватает для того, чтобы считаться подлинно толерантными людьми. Процедура проведения. Попросите участников группы представить, что существует лавка, в которой есть весьма необычные «вещи»: терпение, снисходительность, расположенность к другим, чувство юмора, чуткость, доверие, альтруизм, терпимость к различиям, умение владеть собой, доброжелательность, склонность не осуждать других, гуманизм, умение слушать, любознательность, способность к сопереживанию. Ведущий выступает в роли продавца, который обменивает одни качества на какие-нибудь другие. Вызывается один из участников. Он может приобрести одну или несколько «вещей», которых у него нет. (Это те качества, которые, по мнению группы, важны для толерантной личности, но отмечены «0» в колонке А опросника этого участника, т.е. слабо у него выражены.) Например, покупатель просит у продавца «терпения». Продавец выясняет, сколько ему нужно «терпения», зачем оно ему, в каких случаях он хочет быть «терпеливым». В качестве платы продавец просит у покупателя что-то взамен, например, тот может расплатиться «чувством юмора», которого у него с избытком.

Упражнение «Кто похвалит себя лучше всех, или Памятка на «черный день». Цель: развитие навыков ведения позитивного внутреннего диалога о самом себе; развитие способности к самоанализу. Участники сидят в кругу. Ведущий начинает разговор о том, что у каждого из людей случаются приступы хандры, «кислого» настроения, когда кажется, что ты ничего не стоишь в этой жизни, ничего у тебя не получается. В такие моменты как-то забываются все собственные достижения, одержанные победы, способности, радостные события. Участникам раздаются бланки с таблицами, в которых они должны самостоятельно заполнить следующие графы. «Мои лучшие черты»: в эту колонку участники должны записать черты или особенности своего характера, которые им в себе нравятся и составляют их сильную сторону. «Мои способности и таланты»: сюда записываются способности и таланты в любой сфере, которыми человек может гордиться. «Мои достижения»: в этой графе

записываются достижения участника в любой области. Ведущий на свое усмотрение (в зависимости от уровня доверия в группе) предлагает членам группы зачитать свои памятки. Заполненные памятки остаются у участников.

Упражнение «Случай, за который мне стыдно до сих пор» (выполняется письменно). Требуется описать подробно реальную ситуацию, когда участник группы повел себя непродуктивно. После создания такого мини-сочинения участник большими буквами внизу пишет: «Я принимаю себя вместе с этим!»

Упражнение «Кто похвалит себя лучше всех». Каждый говорит о своих лучших качествах, умениях, способностях. Группа хором заключает: «Молодец!» Получается очень весело:

Я умею печь торт – Молодец!

Я хороший футболист – Молодец!

Я оптимист – Молодец!

Я заботливый сын – Молодец!

Я внимательный кинозритель – Молодец!

Я всегда выношу мусор – Молодец!

Упражнение «Отказ». Цель: дать возможность участникам овладеть навыками уверенного поведения, аргументированного отказа в ситуации выбора. Группа делится на три подгруппы. Каждой группе предлагается одна из ситуаций: одноклассник просит разрешения приготовить наркотик у тебя дома, сосед просит оставить у тебя дома какие-то вещи, одноклассник просит солгать его родителям, что какая-то его вещь лежит у тебя. В течение 7 минут придумать как можно больше аргументов для отказа в этой ситуации. После этого каждая подгруппа «проигрывает» свою ситуацию перед остальными участниками. Один играет роль «уговаривающего», другой - «отказывающегося». Ведущий предлагает использовать в каждой ситуации 3 стиля отказа: агрессивный, неуверенный и уверенный.

Упражнение «Передай эмоцию». Упражнение выполняется в круге. Тренер методами пантомимы, без слов, передает по часовой стрелке какую-либо эмоцию участнику, находящемуся слева. Тот – следующему участнику. И так до конца круга. Последний участник в круге сообщает, что за эмоцию он получил. По окончании упражнения - обмен чувствами. Упражнение можно повторить с разными эмоциями 3-4 раза.

Упражнение «Мои недостатки». По центру круга ставится стул, на который в порядке очередности садится каждый участник тренинга. Каждый участник, сидя на стуле, называет свои 3 недостатка. Участники тренинга начинают упрекать сидящего на стуле за его недостатки, а он активно оправдывается и защищается. Обмен чувствами и мыслями после упражнения обязательен.

Игра «Угадай эмоцию». Группа выстраивается в шеренгу. Первому участнику показывается карточка с изображением эмоции. Он мимикой передает ее следующему в шеренге, тот – следующему и так до конца шеренги. Последний называет эмоцию. Во время обсуждения указывается на то, что часто мы искажаем смысл эмоционального выражения другого человека и от этого портятся отношения с ним или наше собственное настроение.

Упражнение «Волшебный магазин». Ведущий предлагает членам группы представить, что появился небольшой магазин, имеющий в своем ассортименте такие приятные переживания, как радость, удача, нежность, любовь, дружба и т.д. Каждый желающий может приобрести в магазине любые положительные чувства и оставить в нем неприятные переживания. Ведущий играет роль владельца магазина. Он спрашивает покупателя, почему тот хочет избавиться от какого-либо чувства, с чем оно связано, с какой ситуацией, и для чего ему нужно приобретаемое.

Упражнение «Интонация». Работа в группах по 3 человека. Произнесите с разными интонациями одну и ту же фразу. Фразы:

- Принеси мне завтра учебник химии.
- Полей цветы в кабинете.
- Вынеси мусор.
- Не отвлекайся на уроке.

Интонации:

- просьба;
- требование;
- пожелание.

Обсуждение. С какой интонацией легче всего было произнести фразу? Что вы чувствовали, когда к вам обращались в форме приказа? А в форме просьбы или пожелания?

Упражнение «Комплимент». Ребятам предлагается поиграть в игру «Фанты», но не как всегда, а следующим образом: каждый вытягивает какой-либо предмет не глядя, все садятся на свои места в кругу. По одному каждый из участников начинает делать комплимент владельцу вещи, которую он вытащил. После выполнения упражнения проводится анализ: легко ли было сделать комплимент «неожиданному» человеку, как воспринимали комплименты вы сами.

Игра «Контакты». Умение устанавливать контакты позволяет человеку чувствовать себя более уверенно в этом мире. Члены группы образуют два круга (внутренний неподвижный и внешний подвижный). По сигналу тренера внешний круг перемещается так, что каждый из его членов оказывается каждый раз перед новым партнером. Разыгрываем ситуации встреч:

- человек, которого вы хорошо знаете, но давно не видели;
- неизвестный человек, с которым надо познакомиться;
- маленький ребенок, который чего-то испугался и вот-вот заплачет.

Вам надо успокоить его.

Вас сильно толкнули в автобусе. Оглянувшись, вы увидели пожилого человека

Рефлексия. С кем удалось установить хороший контакт? Что чувствовали в каждой новой ситуации, оказавшись перед новым человеком?

Упражнение «Три слова». Два участника произносят по одному любому слову, пришедшему им в голову. Третий участник должен быстро произнести еще одно слово, которое было бы связано по смыслу со сказанными двумя

предыдущими участниками. А четвертый придумывает предложение, которое включало бы все три слова, связанные раньше. (Психологический смысл упражнения: тренировка умения быстро ориентироваться в поступающей информации, объединять ее фрагменты, генерировать идеи. Развитие речевой гибкости).

Упражнение «Зеркало». Разбейтесь на 2 группы. По сигналу каждый человек их группы №1 должен изобразить без слов, с помощью жестов, позы и мимики – уверенного, неуверенного или агрессивного человека, а остальные – из группы №2 должны догадаться, кто кого изображал. После нескольких проб роли меняются. Теперь участники из группы №2 принимают определенные позы, а группа №1 – разгадывает их. Ведущий фиксирует количество правильно угаданных поз. Обсуждение. Какие позы чаще загадывались, почему? Какие легче угадывались, почему?

Таким образом, просоциальное поведение детей и подростков напрямую определяется качеством воспитания и социализации, в том числе, со стороны семьи, как социального ресурса.

Литература:

1. Вдовина М.В. Функциональные изменения межпоколенческого конфликта в семье. Монография. М.: Изд-во МосГУ, 2010.
2. Елисеева Е.В. Детско-юношеский суицид как антисоциальное явление // Социальная защита детей и молодежи в современной России Сборник статей. Редакционная коллегия: Д.Ф. Аяцков, д-р ист. наук, профессор (отв. редактор); Ю.И. Тарский, д-р социол. наук, профессор; Н.Я. Чернышкина, канд. ист. наук, доцент (отв. секретарь); Э.В. Чекмарев, д-р полит. наук, профессор; К.П. Африкантов, преподаватель. 2012. С. 74-77.
3. Практический опыт специалистов ГОУ «Психолого-педагогический центр» г.о. Тольятти, 2010.
4. Российская энциклопедия социальной работы // Ответственный редактор: Холостова Е.И. – М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К". –С. 1017-1018.
5. Теория социальной работы / Холостова Е.И., Кононова Л.И., Вдовина М. В., Акимова Ю.А., Демидова Т.Е., Климантова Г.И., Малофеев И.В., Петросян В.А., Топчий Л.В., Шеляг Т.В.. Учебник / Москва, 2014. Сер. 58 Бакалавр. Академический курс (2-е изд., пер. и доп.)
6. Технология социальной работы / Кононова Л.И., Холостова Е.И., Анисимова С.Г., Вдовина М.В., Климантова Г.И., Малофеев И.В., Петросян В.А., Попов П.В., Савина Л.Ю., Хухлина В.В., Шеляг Т.В. Учебник для бакалавров / Москва, 2012. Сер. 58 Бакалавр. Академический курс (1-е изд.)
7. Ushatikova I.I., Klyuchnikov D.A., Saenko N.R., Levitskaya I.A., Pristupa E.N., Lebedeva N.V. Psychological and economical aspects of the competency approach the paradigm of higher education // International Review of Management and Marketing. - 2016. - Т. 6. № S1. - С. 218-223.

КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ (MUST HAVE) В ОРГАНИЗАЦИЯХ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНЫХ УСЛУГ

Романова Оксана Сергеевна,
преподаватель кафедры социальной и реабилитационной работы
Института дополнительного профессионального образования
работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы

Кононова Людмила Ивановна,
доктор философских наук, профессор кафедры социальной и
реабилитационной работы Института дополнительного
профессионального образования работников социальной сферы
ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: Статья посвящена вопросам необходимости соблюдения принципа клиентоориентированности в сфере социальных услуг. Рассмотрено значение клиентоориентированности как в условиях организации выявления нуждаемости в социальном обслуживании, так и в процессе предоставления услуг поставщиком социальных услуг. Также уделяется внимание проблемам в процессе организации социального обслуживания, основным трудностям, с которыми сталкиваются работники сферы социальных услуг, типичным ошибкам и механизмам соблюдения принципа клиентоориентированности.

Ключевые слова: клиентоориентированность, сфера социальных услуг, социальное обслуживание, получатель социальных услуг, поставщик социальных услуг.

Ориентация на клиента, клиентоцентричность, клиентоориентация, фокус на клиента, клиентомания, клиентинг - все это содержание понятия «клиентоориентированность». Социальная сфера без этого принципа не может существовать.

Значение действий работников социальной сферы в ориентации на клиента, потребителей услуг отмечены в работе Е.И. Холостовой, где необходимость учета и оценки индивидуальной нуждаемости потребителей услуг рассматривается как показатель оценки знаний социальной ситуации, социальных условий и самочувствия каждого человека, а реализация мер социальной поддержки и социальных услуг должна происходить только в

соответствии с точно установленными показателями нуждаемости и потребностей людей¹⁵.

Из этого можно сделать вывод, что клиентоориентированность в социальной сфере заключается в специальных действиях, призванных проявлять умение в выявлении причины и способности сделать счастливым получателя социальных услуг и вызвать доверие к поставщику.

Получатель социальных услуг – главная ценность любого поставщика. Проблема получателя социальных услуг – не только задача для поставщика, но и их общая цель, в решении которой они должны двигаться сообща. Удовлетворенность получателя социальных услуг является приоритетной целью, так как рынок социальных услуг расширяется и появляется конкуренция как у традиционных государственных поставщиков социальных услуг, так и у негосударственного сектора. В работах М.В. Фирсова, Е.Г. Студеновой и И.В. Наместникова появление конкуренции в сфере социальных услуг отмечено еще в 2011 году и связано именно с ростом организаций, ориентированных на конкретные потребности человека. «Возрастает число некоммерческих и коммерческих организаций, занимающихся отдельными направлениями деятельности: проблемами защиты детей, проблемами психических заболеваний, геронтологии, молодежного права, оказывающих различные виды альтернативной помощи.»¹⁶ Повышаются требования к уровню управления, эффективности распоряжения ресурсами, к качеству предоставления услуг, квалификации персонала, что является определяющим в обеспечении доступа к бюджетному финансированию.

С точки зрения бизнес-процессов, принцип клиентоориентированности – это знать интересы получателя социальных услуг и своевременно реагировать на его потребности, предлагая тот перечень услуг, который удовлетворит его в большей степени. Вместе с тем в реализации клиентоориентированного подхода на всех этапах организации процесса социального обслуживания гражданина, от этапа признания его нуждающимся до этапа прекращения предоставления социальных услуг (расторжения договора на оказание социальных услуг) по различным причинам, организации сферы социальных услуг испытывают трудности.

Во-первых, на стадии признания граждан нуждающимися в социальном обслуживании, происходит подмена понятий «нуждаемость в социальном обслуживании» и «потребность в социальных услугах». То есть эти понятия для работников организации сферы социальных услуг являются тождественными, что в определенной степени ограничивает возможность эффективно

¹⁵ Социальная работа: от идеи до практики. Хрестоматия по трудам докт. истор. наук., проф. Е.И. Холостовой / Сост. и науч. ред. Е. Г. Студенова; под общ. ред. Е. И. Холостовой, И. В. Мкртумовой. — 2-е изд., доп. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2019. — 1000 с.

¹⁶ Фирсов М.В., Студенова Е.Г., Наместникова И.В. Введение в профессию «Социальная работа»: учебное пособие / М.В. Фирсов, Е.Г. Студенова, И.В. Наместникова. — М.: КНОРУС, 2011. — 224 с.

способствовать улучшению условий жизнедеятельности нуждающегося человека.

Во-вторых, принцип клиентоориентированности теряется на этапе оказания социальных услуг, так как считается, что признание нуждаемости уполномоченной организацией, является завершающим этапом в выявлении потребностей гражданина, то есть если получатель социальных услуг пришел уже с готовой индивидуальной программой предоставления социальных услуг, значит уполномоченная организация уже все выявила.

В-третьих, работники организации сферы социальных услуг испытывают определенные трудности при оказании социальных услуг, так как у них отсутствует навык выявления потребностей у заявителей.

Клиентоориентированность must have в организациях сферы социальных услуг

Что касается подмены понятий, то сразу необходимо отметить, что понятия «потребность» и «нуждаемость» однопорядковые, но не тождественные, что также прослеживается в Федеральном законе № 442 – ФЗ от 28.12.2013 «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (далее – 442-ФЗ). Понятия используются в выражениях «нуждаемость в социальном обслуживании» и «потребность гражданина в социальных услугах», где в первом случае, при осуществлении определенных действий работниками уполномоченной организации, человеку выбирается одна из форм социального обслуживания, во втором случае - определяется набор услуг, который должен поспособствовать улучшению условий жизнедеятельности гражданина и (или) расширения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

Особое место в законе занимает профилактика обстоятельств, обуславливающих нуждаемость в социальном обслуживании, которая состоит из системы мер, направленных на выявление и устранение причин, послуживших основанием ухудшения условий жизнедеятельности человека, снижения его возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

К числу способов осуществления профилактики обстоятельств, обуславливающих нуждаемость гражданина в социальном обслуживании, отнесены: обследование условий жизнедеятельности гражданина, определение причин, влияющих на ухудшение этих условий и анализ данных государственной статистической отчетности, проведение при необходимости выборочных социологических опросов.

Региональные программы социального обслуживания, утвержденные органами государственной власти субъектов Российской Федерации, также должны включать мероприятия по профилактике таких обстоятельств, а значит осуществлять действия по предупреждению потребности в социальных услугах.

Нельзя оставить незамеченным и тот факт, что в законе четко определены принципы социального обслуживания. К их числу отнесено:

- равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию вне зависимости от их пола, расы, возраста, национальности, языка, происхождения, места жительства, отношения к религии, убеждений и принадлежности к общественным объединениям;

- адресность предоставления социальных услуг;

- приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг, достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании, достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов у поставщиков социальных услуг;

- сохранение пребывания гражданина в привычной благоприятной среде;

- добровольность;

- конфиденциальность.

При клиентоориентированном подходе работниками сферы социальных услуг используются эти же принципы. То есть работники уполномоченной организации в своих действиях при определении форм социального обслуживания должны руководствоваться принципом клиентоориентированности, потому что все их действия направлены на удовлетворение потребностей гражданина, имеющего ограниченную способность и (или) возможность сделать это самостоятельно. Тот же подход должен быть сохранен при пересмотре индивидуальной программы в части формы социального обслуживания и перечня социальных услуг, так как работники осуществляют ту же последовательность действий. Без соблюдения этого принципа невозможно и составление плана мероприятий в рамках реализации программы социального сопровождения гражданина, так как услуги предоставляются непрофильные, во взаимодействии с организациями других ведомств и профиля деятельности, и необходимо определять реальную потребность в таких услугах.

Клиентоориентированность также должна проявляться на этапе взаимодействия с получателем социальных услуг. И как раз тут для поставщика социальных услуг соблюдение принципов клиентоориентированности становится актуальным.

Чаще всего поставщики при заключении договора на оказание социальных услуг ориентируются только на документ, где гражданин признан нуждающимся в социальном обслуживании и на индивидуальную программу, где определена потребность гражданина в социальных услугах и совершенно не учитывается тот факт, что необходимо стремиться не просто удовлетворить указанные потребности, но и угадать потребности и желания наперед, освободить людей от лишних движений, предупредить последствия, оградить от негативных ситуаций и пр.

Клиентоориентированность для поставщика должна начинаться уже с того момента, когда он еще таковым не является, а у собственника только формируется понимание, какой должна быть его организация, какую форму

социального обслуживания и какой перечень социальных услуг следует выбрать. Приобретая статус поставщика социальных услуг, организация должна будет не только предоставить социальные услуги в соответствии с индивидуальной программой, но и постоянно мониторить изменения потребности и нужды человека.

При определении формы социального обслуживания и перечня социальных услуг, в том числе дополнительно предоставляемых за плату, каждая организация должна ориентироваться прежде всего на целевую аудиторию. Например, организация, проанализировав рынок услуг понимает, что при частичной потере способности в самообслуживании, граждане нуждаются в социальных услугах, предоставляемых на дому.

Затем организация должна разбить целевую аудиторию нуждающихся граждан на сегменты и определить их потребности более узко по каждому сегменту. Например, получатели социальных услуг, сохранившие мобильность, нуждаются в сопровождении до поликлиники без использования транспорта учреждения, а с трудом передвигающиеся – с использованием транспорта учреждения.

После этого можно включать в перечень социальных услуг, отвечающих потребностям граждан и пользующихся спросом в целях удовлетворения их нужд, услуги по сопровождению до поликлиники с использованием транспорта учреждения.

Казалось бы, все достаточно просто, но в ходе предоставления социальных услуг у поставщика еще раз возникает вопрос изучения потребностей получателей социальных услуг, а именно - выявление потребностей работниками происходит на местах, в ходе предоставления социальных услуг.

Необходимость соблюдения принципов клиентоориентированности заключается в следующем:

- эти принципы помогают установить доверительные взаимоотношения, своевременно поддержать получателя социальных услуг или уберечь от возможных негативных последствий, действий;

- в ходе оказания услуг работник понимает, что одна и та же услуга может удовлетворить разные потребности получателей социальных услуг. Например, для одного человека при оказании услуги важен факт удовлетворения потребности в безопасности, а для другого - потребности в общении. Так, при оказании услуги по сопровождению в поликлинику, для одного важен факт посещения врача с целью исключения рисков появления заболевания, а для другого посещение поликлиники является способом удовлетворения потребности в общении и заботы о себе;

- зная потребности получателя социальных услуг, можно исключить случаи возникновения повторных проблем у человека, а значит - снизить его потребительские усилия¹⁷;

¹⁷ Делиси Рик, Томан Ник, Диксон Мэттью. Всегда ваш клиент. Как добиться лояльности, решая проблемы клиентов за один шаг. –© The Corporate Executive Board Company. This edition published by arrangement with the Portfolio, a member of Penguin Group (USA) LLC, a Penguin

- соблюдение принципов клиентоориентированности помогает привести аргументы, способные убедить получателя социальных услуг сделать определенные шаги к восстановлению или компенсации способности в самообслуживании, в том числе посредством активизации собственных ресурсов.

Можно рассматривать достаточно много преимуществ применения клиентоориентированного подхода как для организации, так и для получателей при выявлении потребности. Методологической основой клиентоориентированности выступают работы Абрахама Маслоу, который признавал, что люди имеют множество различных потребностей, но основных - пять. Они имеют порядок динамического характера и могут изменяться в зависимости от особенностей личности каждого отдельно взятого человека¹⁸. В. Хендерсон главной, приоритетной задачей видит удовлетворение 14 фундаментальных потребностей пациента с целью восстановления его независимости. Вместе с этим Кононова Л.И. и Кононова А.П. отмечают, что жизненные опоры в виде ресурсов личности способны помочь удовлетворить основные потребности человека, такие как - выживание, физический комфорт, безопасность, вовлеченность в социум, уважение со стороны социума, самореализацию в социуме¹⁹. Согласно Х. Мюррею, потребности делятся прежде всего на потребности первичные и потребности вторичные. Различаются также потребности явные и потребности латентные; эти формы существования потребностей определяются способами их удовлетворения²⁰.

Используя эти методологические основания, можно сказать, что в сфере социальных услуг выделяется два вида потребностей: рациональные и нерациональные. *Рациональные потребности* — это потребности, без удовлетворения которых, дальнейшее существование индивида невозможно. Данное утверждение можно рассматривать как категоричный взгляд на потребности индивидуума, в то же время оно является объективно справедливым. Например, основным принципом в работе группы от уполномоченной организации при выявлении нуждаемости гражданина является выявление потребности гражданина в конкретных социальных услугах, без которых нет возможности самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности. То есть, если гражданин имеет ограничение в передвижении и противопоказания к переносу тяжестей, то объективно он не справится с удовлетворением своих потребностей без социальной услуги покупки и доставки продуктов питания. Клиентоориентированность в этом случае проявляется в стремлении удовлетворить жизненно важные потребности

Random House Company. © Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина Паблицер», 2015. – 330с.

¹⁸ Маслоу А.Г. Мотивация и личность/Перевод. с англ. Татлыбаевой А.М. — СПб.: Евразия, 1999, с.382

¹⁹Кононова Л.И., Кононова А.П. Ресурсы социальной работы с человеком в условиях перемен. Монография / Л.И. Кононова, А.П. Кононова. – М.: ИДПО ДТСЗН, 2018. – 181 с.

при ограниченных возможностях. При этом получателя социальных услуг может не интересовать финансовая сторона вопроса.

Что касается *нерациональных потребностей*, то ее ярким примером может служить потребность в самовыражении или принадлежности к какой-либо группе. Скажем, рациональная потребность по покупке и доставке продуктов питания может быть удовлетворена в рамках клиентоориентированного подхода, с учетом ценностей получателя социальных услуг, его желаний. Так, работник выявил, что получателю социальных услуг нравится определенный магазин, поэтому зная его предпочтения, работник произведет закупку именно в этом магазине, что повлияет на удовлетворенность эмоциональной потребности получателя.

Важным элементом в эффективности клиентоориентированности является удовлетворение явных и скрытых потребностей и особенно это результативно при предоставлении дополнительных социальных услуг на платной основе. Для того, чтобы понять потребности человека, чаще всего приходится искать причины их возникновения. Более того, в работах отмечается, что человек обратившийся за услугой, не может знать истинных своих потребностей²¹.

Желание человека получить общественное признание является явной потребностью. Например, получателю социальных услуг постоянно приобретают билеты в театр. Естественно, выбор театра и репертуара зависит от его предпочтений, и он их прямо заявляет.

А вот скрытая потребность может быть связана с совершенно другими причинами, более глубинными, личными переживаниями и страхами получателя социальных услуг, о которых он прямо не заявит. Например, получатель может постоянно заказывать дополнительную социальную услугу по сопровождению его в театр. Первое, чем может быть оправдано его желание — наличие потребности во внимании другого человека. Причиной этому является страх остаться в одиночестве, именно этот фактор побуждает получателя социальных услуг пользоваться данной социальной услугой.

Таким образом применение принципа клиентоориентированности по выявлению потребностей можно разделить на несколько этапов.

Первый этап - установление контакта и наблюдение;

Второй этап - выявление потребностей и определение причины возникновения;

Третий этап – информирование и консультирование;

Четвертый этап – наблюдение и активное слушание;

И последний этап – согласование совместных действий.

Самый сложный этап - второй, именно тут фокус на проблему и потребность человека более выразителен.

²¹ Делиси Рик, Томан Ник, Диксон Мэттью. Всегда ваш клиент. Как добиться лояльности, решая проблемы клиентов за один шаг. –© The Corporate Executive Board Company. This edition published by arrangement with the Portfolio, a member of Penguin Group (USA) LLC, a Penguin Random House Company. © Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина Паблишер», 2015. – 330с.

Правильно и уместно задать вопросы соответственно ситуации, с определенной последовательностью, это является одним из принципов проявления клиентоориентированности работников поставщика к получателю социальных услуг. Типы вопросов, которые используют при выявлении потребностей и причин их возникновения, следующие:

Открытые вопросы, предполагающие развернутый ответ. Пример: «Кто Вас сопровождал в прошлый раз, когда Вы выходили на улицу?»

Закрытые вопросы, предполагающие один из двух возможных вариантов ответа. Пример: «Вы планируете еще раз выйти на улицу?»

Альтернативные вопросы, содержащие в себе два альтернативных варианта ответа. Пример: «Вы хотите пойти на улицу сегодня в первой половине дня или во второй?»

Риторические вопросы, которые служат для поддержания разговора и создания дружеской атмосферы. Пример: «Прекрасная погода для прогулки, неправда ли?»

Наводящие вопросы, подталкивающие получателя социальных услуг к правильному ответу (для нас). Пример: «Ольга Ивановна, Вы завтра сможете быть дома в 12.00?» Наводящие вопросы всегда необходимо начинать с обращения к получателю социальных услуг по имени и отчеству.

Особое внимание стоит уделить последовательности вопросов. Так, для получателя социальных услуг, с которым только устанавливается контакт, и работник видит его впервые, необходимо начинать разговор с риторических вопросов, с целью устранения границ и расположения к общению.

Если человек несклонен к активным действиям и рассказам о себе и своих интересах, необходимо после риторического вопроса в первую очередь задавать открытый вопрос, чтобы выудить как можно больше информации. Иногда трудно начать рассказывать обо всех своих проблемах, но начав, получателя социальных услуг не остановить.

Если человек открыт к общению и не относится к категории «молчунов», необходимо дать выговориться. Этот этап тоже важен, так как такое поведение сигнализирует нам о потребности в беседе, потребности выговориться. Конечно, навык активного слушания в данной ситуации должен у работника проявиться самым ярким образом.

Выводы

Рассматривая клиентоориентированность как один из принципов, влияющих на эффективность сферы социальных услуг, можно сделать вывод, что отсутствие клиентоориентированного подхода во взаимодействии с получателем социальных услуг, ошибки, которые может допустить работник при выявлении потребностей, могут стать определяющими в отсутствии обеспечения доступа к бюджетному финансированию. К их числу можно отнести:

Монолог работника и (или) перебивание получателя социальных услуг. Только выслушав получателя, можно определить явные и скрытые потребности. В идеальном диалоге работник и получатель должны участвовать в равной степени.

Нарушение последовательности вопросов. Так, для некоторых типов получателей, как уже рассматривали выше, оптимальным вариантом будет преобладание открытых вопросов, а для некоторых – закрытых. При несоблюдении правил можно не только вселить в человека страх в отношении работника, но и потерять его доверие к организации - поставщику социальных услуг в целом. Необходимо учитывать тот факт, что потребность в безопасности у пожилого человека стоит вровень с физиологическими потребностями в еде, воде и т.д.

Выявление одной потребности. Работник остановился, потому что торопился к следующему получателю социальных услуг или просто решил, что достаточно узнал. Но одна потребность влечет за собой возникновение других, сопряженных потребностей, и чаще всего скрытых.

Нарушение последовательности действий работника. Сначала надо информировать человека о всех социальных услугах (это касается и перечня дополнительных социальных услуг, за плату), а уже потом начинать выявление потребностей. Если порядок действий нарушен, то получатель может оказаться в следующей ситуации: с одной стороны, он сделает вывод, что может воспользоваться любой услугой, а с другой - вряд ли он запомнит весь перечень услуг, не отвечающий его потребностям, и не обратит на информацию внимание. Для своевременного предоставления социальных услуг сначала необходимо определить потребность, а уже потом, оперируя знаниями нужд получателя, проинформировать его именно о тех услугах, которые могут закрыть его потребности, устранить причины их возникновения.

Таким образом, клиентоориентированность в социальной сфере – задача, с которой работники как уполномоченной организации, так и поставщика социальных услуг сталкиваются несколько раз. Умение распознавать нуждаемость и потребности как на этапе установления нуждаемости в социальном обслуживании, так и на этапе организации социального обслуживания, и в процессе оказания социальных услуг очень важен для сферы социального обслуживания. В отсутствие этого навыка нельзя будет говорить об адресном подходе организации к предоставлению социальных услуг. Как следствие - клиентоориентированность прослеживается на всех этапах взаимодействия с гражданином.

Литература:

1. Делиси Р., Томан Н., Диксон М. Всегда ваш клиент. Как добиться лояльности, решая проблемы клиентов за один шаг. – © The Corporate Executive Board Company. This edition published by arrangement with the Portfolio, a member of Penguin Group (USA) LLC, a Penguin Random House Company. © Издание на русском языке, перевод, оформление. ООО «Альпина Паблишер», 2015. – 330с.

2. Как выявить потребности клиентов: виды потребностей и примеры вопросов © БФРФ.РУ 2018 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://bfrf.ru/organization/potrebnosti-klientov.html>

3. Кононова Л.И., Кононова А.П. Ресурсы социальной работы с человеком в условиях перемен. Монография – М.: ИДПО ДТСЗН, 2018. – 181 с.

4. Маслоу А.Г., Мотивация и личность/Перевод. с англ. Татлыбаевой А. М. — СПб.: Евразия, 1999, с.382

5. Модель Хендерсон [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://sestrinskoe-delo.ru/modeli-sestrinskogo-uchoda/model-chenderson>

6. Фирсов М.В., Студенова Е.Г., Наместникова И.В. Введение в профессию «Социальная работа»: учебное пособие — М.: КНОРУС, 2011. — 224 с.

7. Холостова Е.И., Социальная работа: от идеи до практики. Хрестоматия по трудам — 2-е изд., доп. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2019. — 1000 с.

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В СОВРЕМЕННОЙ ГОРОДСКОЙ СРЕДЕ

Романычев Илья Сергеевич,

кандидат социологических наук, доцент кафедры социальной и реабилитационной работы Института дополнительного профессионального образования работников социальной сферы ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: В статье рассматриваются наиболее проблемные аспекты процесса социальной адаптации пожилого человека к современной городской среде. Выделяются как позитивные, так и негативные стороны городской среды в контексте жизнедеятельности пожилых граждан. Обосновывается важность повышения доступности городской инфраструктуры и обеспечения возможности самореализации пожилого человека.

Ключевые слова: пожилой человек, город, городская среда, социальная общность, социальная адаптация, социокультурная среда.

Интенсивные социокультурные трансформации в современном мире заставляют задуматься о различиях в адаптивных способностях разных индивидов, и, как следствие, о возможностях развития и укрепления механизмов социальной адаптации индивидов к данным трансформациям как в субъективном, так и в объективном смысле. Проблематика завышенных требований к адаптационным способностям людей существовала во все времена, однако сегодняшняя ситуация требует конструктивного реагирования со стороны государства и гражданского общества, иначе целые социальные слои могут ощутить колоссальный социокультурный отрыв от социума и расширить социальную проблематику современного общества, и без того характеризующегося динамической и структурной неустойчивостью. В особенности эти процессы могут затронуть городскую среду, которая в большей степени, чем сельская, характеризуется качественными изменениями различных аспектов бытовой и культурной жизни. Высокие темпы урбанизации, пронизывающие весь XX век, сегодня уже не столь очевидны, однако на смену росту количества проживающих в городах пришли качественные трансформации в сфере обыденной городской жизни, только подчеркивающие ее особую специфику. В современном мире жизнь городского жителя меняется до неузнаваемости за 10-15 лет, причем речь идет не только о технических,

инфраструктурных переменах, но и о нормах и средствах взаимодействия между людьми в различных ситуациях, появлении и использовании новых понятий, этнокультурном составе городского социума, социально-профессиональной структуре и многих других аспектах.

На этом фоне представляется крайне важным подвергнуть анализу различные социальные группы на предмет их «встроенности» в социальные перемены, значимость их коллективной роли в этих переменах, наконец, способность оперативно адаптироваться к последствиям социальных трансформаций. Социальная структура, как известно, может определяться крайне большим перечнем оснований для дифференциации субъектов на предмет принадлежности к структурным компонентам. И здесь первостепенную роль, как правило, играют социально-демографические характеристики, такие как пол и возраст. Не вдаваясь в излишние рассуждения о различиях в значимости той или иной дифференциальной характеристики-первоосновы, автор предпочитает обратить внимание на важные социально-демографические процессы, связанные с возрастными изменениями в жизни индивидов (что естественно для всех без исключения участников социальных взаимодействий). И в данном случае более всего бросается в глаза такой процесс, как демографическое старение населения, охватывающий сегодня подавляющее большинство стран и кардинально меняющий не только возрастную структуру, но и сферу семейно-бытовых и профессионально-трудовых отношений, детерминанты культурного развития, медико-социальные характеристики социума.

По оценкам ООН, население мира в возрасте 60 лет и старше насчитывало в 2000 году 600 миллионов человек, что почти втрое превышало численность этой возрастной группы в 1950 году (205 миллионов человек). К 2050 году численность этой группы составит более 2 миллиардов человек, еще раз утроившись за период времени в 50 лет. В Российской Федерации также поступательно увеличивается количество лиц пожилого возраста как в абсолютных, так и в относительных цифрах. При этом к пожилым людям, несмотря на пенсионную реформу, в России пока относят женщин в возрасте от 55 лет и старше, мужчин – от 60 лет и старше. Если на 2013 год в населении России пожилые граждане составляли 23,1%, то на 2018 год – 24,9%. Среди причин демографического старения, помимо увеличения средней ожидаемой продолжительности жизни, важнейшее место занимает снижение рождаемости, причем в межпоколенческой ретроспективе. Именно при стратегическом снижении процентной доли детей и молодежи в возрастной структуре общества автоматически возрастает процентная доля старшего поколения. Подобные тенденции в первую очередь касаются развитых стран с высокими показателями качества жизни, образовательного уровня и потребительских устремлений.

Если отбросить излишнюю политизированность суждений и не конкретизировать множество исторических фактов революций и других резких социальных трансформаций, то можно признать, что человечество пережило только одну революцию, имя которой – урбанизация. Причем в общем периоде существования человечества интенсивная урбанизация занимает всего лишь 100-

150 лет из нескольких десятков тысяч лет существования человека разумного. Активное переселение людей из сел в города, а равно и превращение сел в города, стало процессом, который до неузнаваемости поменял уклад жизни человека. Из «общины», где все индивиды друг друга знают и находятся друг у друга на виду, человек переместился в «общество», где его жизнь более закрыта от окружающих, крайне ослаблен общественный контроль, присутствует большая свобода самоопределения и самореализации. Однако человек выпал из системы общинных связей, где присутствовала взаимопомощь в любых сложных ситуациях и люди могли быть уверены в коллективном решении даже чьей-то частной проблемы. К этому добавляется ослабление значимости родственных связей и замена неформальных контактов формальными. Ритм жизни города более интенсивен, в нем присутствует больше конкуренции, что обуславливает требования к работе индивида над собой. При этом закрытость, бесконтрольность и низкая адаптированность могут породить различные девиации в поведении людей, что исторически породило феномен городской преступности. Городская среда, безусловно, может нести гораздо больший бытовой комфорт, нежели среда сельская, однако экологические проблемы современного города заставляют уже сегодня многих людей сознательно менять город на село (или же крупный мегаполис на малый город).

Сегодня можно признать, что современный город – это особая социально-пространственная форма жизнедеятельности общества, инфраструктурно и социально организованная среда жизни, специфическая социальная общность, вбирающая в себя массу сообществ. Это совокупность индивидов, которую характеризуют принадлежность к определенной территории, условия их жизнедеятельности, общие группы взаимодействия, а также связи с теми или иными социальными организациями и институтами. В городе сложная социальная структура, где демографические характеристики переплетены с характеристиками приобретаемыми, зависящими от степени развития индивидуальных способностей человека, скорости его карьерного роста, умения формировать индивидуальные финансовые стратегии, направленности на самообразование и иных аспектов самосозидания. Однако сбрасывать со счетов демографические характеристики и заявлять, что они ровным счетом ничего не предопределяют в специфике жизнедеятельности современного горожанина, было бы не совсем объективно. Такая вышеупомянутая характеристика, как возраст, сегодня, в условиях демографического старения, становится очень важной в осознании степени дифференцированности городских жителей по степени их адаптированности к условиям городской жизни. И это становится особенно важно, когда отечественная социальная политика в качестве одного из приоритетов обозначает повышение социальной защищенности пожилых граждан, рост уровня их самореализации, а также степени их включенности в общественные процессы.

Специфика жизнедеятельности пожилого человека определяется множеством факторов, ряд из которых являются в целом деструктивными. Обобщенный анализ этих факторов позволяет выявить наиболее значимые,

определяющие специфику образа жизни и повседневных практик пожилых граждан. К ним относятся:

1. Ухудшающееся здоровье. Пожилой человек ощущает необходимость крайней мобилизации своего физического потенциала для преодоления городского пространства, а иногда и пространства домашнего. Обострение хронических заболеваний, повышенная метеочувствительность, ослабление опорно-двигательного аппарата, ухудшение работы органов чувств (зрения, слуха) – все это крайне ослабляет адаптивный потенциал пожилого человека.

2. Ослабление психических функций. Нарушения памяти, а в особенности кратковременной памяти, ухудшение концентрации внимания, снижение скорости мыслительных процессов, а иногда явная деменция также вносят свою лепту в процессы приспособления пожилого человека к окружающему миру. Стоит сделать серьезную оговорку о том, что процессы деградации психических функций происходят у разных индивидов с разной скоростью и на различных этапах старения: есть субъекты, сохраняющие здравый ум и на девятом десятке жизни, а есть и обнаруживающие регрессию психики даже в предпенсионном возрасте.

3. Сниженный уровень жизни. В различных странах уровни потребления материальных благ пожилыми людьми могут различаться в десятки раз. Однако российская действительность остается таковой, что лица пожилого возраста в среднем не располагают доходами, дотягивающими хотя бы до половины от средней заработной платы трудоспособного человека. Это приводит к неспособности многих пенсионеров покупать необходимые дорогие лекарства, поддерживать качественное питание. Низкий уровень жизни приводит к ощущению депривации, что может приобретать политический оттенок, активизируя протестные настроения пожилых граждан.

4. Разрыв социальных связей, одиночество. Выход на пенсию знаменует изменение образа жизни, при котором система социальных связей человека серьезно трансформируется. Социальные контакты с бывшими сослуживцами становятся все реже (хотя и приобретают неформальный оттенок). Контакты со старыми друзьями могут активизироваться, но они часто нивелируются высокой смертностью сверстников. Контакты с родственниками в целом остаются на том же уровне интенсивности, но здесь многое зависит от того, насколько они были интенсивны изначально. Часто приходится наблюдать невостребованность пожилого человека даже со стороны родных ему людей, что связано с вышеупомянутым крушением традиционных связей и кризисом семейных ценностей. К этому стоит добавить то, что пожилой человек может быть социально одиноким даже в кругу своей семьи. Сегодняшний социокультурный разрыв между поколениями (по-своему объективный) не добавляет стремления понять пожилого человека, проникнуть в мир его мыслей, чувств, ценностей, побеседовать с ним, принять к сведению его мнение, выслушать его воспоминания. Местами присутствует внутрисемейная эксплуатация пожилого человека в хозяйственно-бытовой сфере, реже – вообще стремление избавиться от пожилого человека путем помещения его в стационарное учреждение социального обслуживания. Все это свидетельствует о тупике нравственного

развития современной цивилизации, выраженном не только в отношении к пожилым, но и к детям, инвалидам, и всем тем, кто слаб и нуждается во внимании, заботе и самореализации.

Проблематика жизнедеятельности пожилого человека в городской среде исходит из ряда важных аспектов жизнедеятельности современного города. К физическим характеристикам городской среды относятся: городское пространство, предметный мир, плотность населения, внутригородские связи. Действие этих составляющих имеет важные социальные, психологические и культурные последствия для освоения городского пространства пожилым человеком, при этом данные последствия могут приводить как к позитивным сдвигам в адаптивном потенциале пожилого человека, так и вызывать в нем негативные трансформации. Позитивные социальные изменения, как правило, ведут к повышению уровня комфортности и благоустроенности жизни. Как правило, люди, проживающие в городе, имеют больше возможностей для самореализации, что к жизнедеятельности пожилого человека имеет прямое отношение. Город богат культурной инфраструктурой, различные учреждения могут предоставлять площадки под клубы для пожилых людей, где они могут заниматься различными видами творческой деятельности (пение, рисование и т. д.) В городах реализуются культурно-образовательные проекты для пожилых людей в виде «Серебряных университетов», компьютерных курсов для пенсионеров, специализированных программ изучения иностранного языка в пожилом возрасте и многого другого. Город располагает потенциалом для организации физкультурно-оздоровительной работы с пожилыми людьми в виде создания спортивных клубов, групп здоровья и иных форм работы. Особая роль в деле самореализации пожилого человека принадлежит территориальным центрам социального обслуживания населения – организациям, находящимся в ведении органов социальной защиты населения, структурно состоящим из различных отделений, из которых наибольшую роль в социокультурной работе с пожилыми играют полустационарные отделения.

В городах более развит общественный сектор по работе с пожилыми людьми. В этом направлении признанное лидерство в России занимают общественные организации ветеранов. Они аккумулируют жизненную энергию тех пожилых граждан, кто не равнодушен к социальным проблемам, обладает активной жизненной позицией и готов потратить целый период жизни на общественную работу по решению социальных проблем своих сверстников, пропаганде и сохранению исторической памяти и в целом – укреплению и развитию роли пожилого человека в современном обществе. Пожилые люди часто состоят в общественных организациях самого различного профиля – от политических партий до обществ краеведов – и стараются найти себе применение в различных проектах и мероприятиях этих объединений.

Городская среда в большей степени, чем сельская, обладает инфраструктурным потенциалом различных организаций, обеспечивающих социальную и правовую защищенность человека. Здесь более доступны учреждения здравоохранения, в том числе и частного сектора. Порой в шаговой доступности располагаются отделы социальной защиты населения, отделения

Пенсионного фонда РФ, территориальные центры социального обслуживания, управления жилищно-коммунального хозяйства, управления внутренних дел. По уровню доступности социальных услуг город выигрывает перед любым селом, что позволяет говорить о более высоком уровне социальной защищенности пожилых горожан. В последнее время во многих городах Российской Федерации реализуется программа «Доступная среда», направленная на ликвидацию барьеров физического передвижения инвалидов и маломобильных групп населения – устанавливаются лестничные пандусы, подъемники, тактильные плитки на мостовых, звуковые светофоры и иные элементы безбарьерной среды.

Однако возможности самореализации и доступность социальных услуг отражают только одну сторону жизнедеятельности пожилого горожанина. Другая сторона, более негативная, в меньшей степени связана с особенностями городской инфраструктуры, но в большей – с социально-бытовым укладом жизни и системой социальных отношений в городе. Из года в год городская среда обнаруживает тенденцию к дальнейшему усложнению, что сказывается на проблемах воспроизводства физического и психического потенциала современного человека. Причем процесс воспроизводства относится не только к подрастающему поколению. Воспроизводство человеческого потенциала – сложный динамический процесс, относящийся ко всем субъектам социальных взаимодействий. В данном случае воспроизводство больше выражается в недопущении деградации человеческого потенциала, выраженного в физическом здоровье, в здоровье психики и нравственности подавляющего большинства людей, проживающих в сообществах. Применительно к пожилым гражданам вызывают тревогу некоторые тенденции развития городской среды, наиболее требующие от пожилых мобилизации всех адаптивных функций организма и психики, что не может не снижать общее качество жизни пожилого горожанина.

Городская среда характеризуется ускоренными процессами изменений системы знаний, ценностей, норм, образцов. Те знания, которые пригождались для адаптации 10 лет назад, сегодня могут быть неактуальны и невостребованны. Пожилой человек, в силу естественного возрастного консерватизма, не может с радостью воспринимать подобные изменения, а тем более, не может быстро и адекватно реагировать на интенсивные трансформации городской среды. Система стереотипов, причем сформированных в межпоколенческой ретроспективе, крайне слабо подвержена коррекции. Неактуальность этих стереотипов вызывает чувство тревоги и неуверенности.

Физическая составляющая городской среды – многоэтажные угловатые дома, однообразие застроек спальных районов, широкие пространства, охваченные городской инфраструктурой, могут провоцировать ощущение себя находящимся в глубине, из которой трудно выбраться. Это провоцирует чувства затерянности, отсутствия выхода и сужение пространственных перспектив (несмотря на реально широкое пространство города). В пожилом возрасте, когда усугубляется чувство одиночества, подобное воздействие среды может оказаться более губительным для психики, чем в более молодых возрастах. Крайне неравномерное распределение типов инфраструктуры – жилые кварталы на

окраинах, а учреждения культуры и искусства ближе к центру, приводят к сложностям в освоении культурных ценностей и духовного наследия, а также в поддержании качества досуга, что также влияет на качество жизни пожилого человека.

Вынужденность пребывания в толпе незнакомых людей, а равно пребывание в социуме с крайне высокой плотностью, заставляют постоянно приспособливаться к целям и настроениям других людей, ибо невозможно адаптировано взаимодействовать в сообществе без постоянного нахождения точек компромисса. В противном случае будет возрастать конфликтотенная составляющая индивидуального процесса взаимодействия с окружающим миром, что бывает хорошо для «энергетических вампиров», но плохо для простого обывателя, изначально не настроенного на негатив во взаимодействии с людьми. Пожилой человек, обладая консерватизмом в плане предпочтения социальных контактов, с гораздо большим трудом приспособливается к процессу общения с незнакомыми людьми и дольше держит в себе обиды, даже случайно нанесенные в водовороте городской жизни. Городской транспорт, являющийся безусловным благом для пожилых обитателей городской среды, является зоной наиболее частого необходимого контактирования с незнакомыми людьми, что, наряду со всеми другими случаями пребывания в «вынужденной близости», вызывает настоятельную потребность в уединении. Наконец, город создает особый звуковой фон, где смешаны звуки не столько природного, сколько антропогенного происхождения – шум автотранспорта, музыки, стройплощадок, что несравнимо с фоном внегородской зоны – пением птиц, шелестом листвы, и выражается в крайне раздражающем и дезадаптирующем воздействии на психику. Все эти факторы обладают способностью вызывать чувство враждебности городской среды, причем подобные ощущения фиксируются не только у пожилых людей.

Экологическая обстановка в современном городе, связанная с использованием транспорта и промышленным производством, обладает деструктивной способностью влиять на ускорение процессов биологического старения жителей города. Загрязнение воздуха и воды является наиболее незаметным, но верным фактором роста хронических заболеваний органов дыхания, сердечно-сосудистой и иммунной систем. В этих условиях, человек, оставаясь биологическим существом, испытывает потребность в общении с природой, что в условиях города крайне затруднено. Это чревато большей интенсивностью стрессовых нагрузок, что в совокупности с гиподинамией приводит к росту физических и психических заболеваний одновременно. С точки зрения экологии, несоответствие между потребностями человека как социально-биологического существа и расширением искусственных компонентов среды его обитания приводит к явной перегрузке адаптационных механизмов. При этом стоит учесть, что многие сегодняшние пожилые горожане являются выходцами из сельской среды. Интенсивная урбанизация, пришедшаяся в нашей стране на 1930-1960-е годы, заставила многих людей изменить образ и уклад жизни, временно отключив заложенные в сельской среде специфические для селянина адаптивные механизмы. Сегодня, при постарении этого специфического

поколения, многие из его представителей ощущают потребность в возвращении к истокам, к смене городского образа жизни на сельский, что находит свое выражение в долговременном проживании на дачах, а порою и окончательном отъезде из города (хотя причина отъезда может крыться не только в этом). Однако потребность в приобщении к сельскому образу жизни может встречаться и у коренных горожан, выросших в условиях экологического неблагополучия, и ощущающих необходимость поддержания функционирования организма в «исконной» для него природной среде. Это, кстати, заставляет задуматься об интересном феномене, выраженном в противоречии между консервативными устремлениями пожилого человека (остаться в родном городе) и потребностями в самосохранении (улучшить экологическую обстановку, переехав в село или пригород). Решению этой дилеммы может послужить строительство социальных городков, имеющее место в развитых странах, и направленное на переселение (исключительно по желанию самого человека) в специально построенные недалеко от города экологически чистые городские образования, оснащенные элементами безбарьерной среды и специальной инфраструктурой, направленной на социальную работу с пожилыми гражданами. В России один из первых проектов в этом направлении реализуется в Псковской области.

Город – явление территориально разнородное. Он разделен на сегменты, характеризующиеся различными уровнями престижности проживания, развитостью культурной инфраструктуры, уровнем преступности, высотой цен на продукты питания и товары первой необходимости, а также массой других аспектов. Престижность проживания в центре крупного мегаполиса может быть актуальна для молодых трудоспособных граждан с доходом выше среднего, но в то же время может означать наличие ряда явлений, нежелательных для пожилых горожан. Так, наблюдаемая в Москве высокая разница в ценах на продукты питания в Центральном округе и на окраинах города заставляет многих пенсионеров, живущих в Центральном округе, совершать поездки на окраины Москвы за более дешевыми продуктами. Порой предвзятое, а иногда презрительное отношение к пенсионерам со стороны некоторых представителей «высшего класса», что также характерно для центральных районов крупных городов, означает наличие важнейшей проблемы высокого социокультурного разрыва в городском сообществе. Этот разрыв имеет не только экономическую первооснову, но и глубокие социально-психологические корни. Образ пожилого человека, медленно передвигающегося в интенсивном городском потоке, имеющего низкий материальный доход, оторванного от процессов сверхпотребления, заставляет некоторых представителей высшего и среднего классов (в основном молодых людей) видеть в пожилых людях «социальные тормоза», наиболее неадаптированный социальный слой, который, как им кажется, ничего не приносит в этот мир и иждивенствует за счет государства. На почве такого хода мыслей развивается геронтофобия – презрительное, а порою ненавистное отношение к старикам, которое, будучи преимущественно городским явлением, означает колоссальную разделенность социокультурной городской среды. Это создает в сознании пожилых людей особую систему ролевых ожиданий и особый вектор социальной самоидентификации, при

которых снижается самооценка, а любой вербальный контакт с более молодыми людьми характеризуется ожиданием отторжения и не способствует взаимопониманию между поколениями.

Современный город также характеризуется интенсивными информационными потоками, с помощью которых транслируются не просто знания, а ценности, нормы поведения, целеполагание. С одной стороны, готовая информация помогает людям в самоопределении, в выработке своих собственных норм и ценностей. С другой — интенсивность этого воздействия лишает человека индивидуально-личностных ориентаций, все больше вытесняемых из его сознания. Одновременно происходит усложнение социокультурных процессов, и как следствие, человек ставится в условия «изобилия культуры», в которой он должен самоопределился, сделать выбор в пользу тех или иных нормативов, жизненных идеалов, целей и средств. Таким образом, наблюдаются две тенденции. С одной стороны, происходит стереотипизация образа жизни людей, стилей, знаний, норм, оценок, поведения, действия и поступков; с другой — осуществляется преодоление стереотипов, стремление к новому, варьирование ситуаций. В этих условиях пожилой горожанин, во-первых, с трудом поддается стереотипизированию, поскольку масса стереотипов в его сознание уже заложена и редко подвержена изменению. Во-вторых, для него же является сложным и варьирование, причем по той же самой причине. В этом кроется наиболее глубокий механизм снижения уровня удовлетворенностью жизнью пожилого человека в городском социуме, даже при явных успехах социальной политики.

Конечно, нельзя утверждать, что вышеуказанные особенности восприятия городской социокультурной среды характерны для всех без исключения пожилых людей. В любом социальном сегменте всегда есть определенная доля новаторов, готовых преодолеть консерватизм, порвать со стереотипами и с жадностью познавать что-то новое, экспериментировать, менять повседневные практики. Быть может, изначально урбанизированная часть поколения нынешних пожилых людей имеет в своем составе гораздо большую долю личностей такого типа. В конце концов, город сквозь несколько поколений создает особый социально-психологический тип личности, который отличается рациональностью, подвижностью, готовностью к изменениям, к сочетанию своих интересов с интересами других, способностью справляться с трудностями окружающей действительности. А это означает, что сегодняшние исследования дезадаптированности пожилого человека в городской среде через несколько десятилетий могут смениться исследованиями дезадаптированности применительно к конкретным сообществам и средам, а не к городу в целом.

Вместе с тем, изучение жизнедеятельности пожилого человека в городской среде имеет все основания актуализироваться в дальнейшем хотя бы в силу демографического старения населения. Но самое главное, чтобы эти исследования имели бы в виде практической отдачи работу по трансформации городской среды в сторону повышения ее доступности для пожилых и иных маломобильных категорий граждан. В каждом городе необходима политика по повышению вовлеченности пожилых людей в общественные процессы,

развитию культурно-досуговой работы с пожилыми, улучшению инфраструктуры и методик социального обслуживания. Должна приветствоваться любая конструктивная инициатива пожилых по развитию их занятости, в том числе на общественной работе, по активизации межпоколенческого диалога, по сохранению исторической памяти, по активизации самопомощи и взаимопомощи в среде пожилых людей. Ибо страшно не само демографическое старение, а низкое качество старости в современном мире. Повышение социальной активности пожилых граждан, использование их культурного и социального потенциала – залог поступательного развития городского социума в сторону высокого качества жизни и социальной солидарности.

Литература:

1. Настольная книга социального работника: учебно-методическое пособие / Под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой.– М.: ИДПО ДСЗН, 2016.- 243 с.
2. Приступа Е.Н., Степичев П.А. Социальная работа. Словарь терминов / Под редакцией автора-составителя Е.Н. Приступы; перевод Е.Н. Приступы, П.А. Степичева, М.С. Фироновой. Москва, 2015.
3. Российская энциклопедия социальной работы / Под ред. Е.И. Холостовой. – М.: Дашков и К, 2016.
4. Солодянкина О.В. Прогнозирование, проектирование и моделирование в социальной работе. — 4-е изд., испр. и доп. — М.: Юрайт, 2016.
5. Социальная работа: от идеи до практики. Хрестоматия по трудам д.и.н., профессора Е.И. Холостовой / Сост. и науч. ред. Е.Г. Студенова; под. общ. ред. Е.И. Холостовой, И.В. Мкртумовой.- М.: «Дашков и К», 2016.
6. Теория и методика социальной работы / Под ред. Е.И. Холостовой, Л.И. Кононовой, М.В. Вдовиной. — М.: Юрайт, 2016.
7. Фирсов М.А., Студенова Е.Г. Теория и методика социальной работы. Учебник. – М.: Юрайт, «Профессиональное образование», 2016. – 448 с.
8. Энциклопедия инновационных практик социально ориентированных некоммерческих организаций / Под ред. проф. Е. И. Холостовой и проф. Г.И. Климантовой. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2017. — 848 с.

РАБОТА ЛОГОПЕДА ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СЕНСОРНО-ИНТЕГРАТИВНОГО ПОДХОДА

Снегарева Наталия Николаевна,
учитель-логопед ГБУ Центр содействия семейному воспитанию
«Синяя птица» ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: Важной составляющей полноценного развития ребенка является хорошая сенсорная интеграция. Успешность интеллектуального, физического развития, овладение речью в большей степени зависит от уровня сенсорного развития ребенка. От того, насколько совершенно он слышит, видит, осязает окружающее, насколько качественно оперирует этой информацией и выражает эти знания в речи. Использование в работе специалистов сенсорного оборудования позволяет раскрыть возможности каждого ребенка, способствует удовлетворению потребности ребенка в осознании себя, а так же окружающего предметного мира, обеспечивает развитие моторных, речевых, коммуникативных, познавательных, сенсорных умений и благотворно влияет на развитие ребенка в целом, является действенным средством профилактики вторичных нарушений.

Ключевые слова: сенсорная интеграция, развитие речи, двигательная координация, сенсорно-интегративная логопедическая работа, балансировочная доска, упражнения с использованием балансировочной доски и мяча.

В нашем учреждении мы работаем с детьми, которые испытывали на себе серьезную сенсорную депривацию. При этом ребенок не получал достаточной сенсорной стимуляции, что дезорганизует мозг даже у здоровых взрослых людей и влечет поведенческие и личностные проблемы. Однако эксперименты ученых показывают, что большинство детей, имеющих сенсорную депривацию, способны набрать необходимый сенсорный опыт в результате правильного взаимодействия с миром и при создании специальных условий для коррекции данного нарушения.

Знаменитый американский эрготерапевт и психолог Э. Джин Айрес разработала и создала теорию нарушения работы сенсорных систем — теорию дисфункции сенсорной интеграции. В своих исследованиях она говорит о том, что больший процент детей, имеющих какие-либо нарушения в развитии речи, двигательной и эмоциональной сферы, проблемы с обучением, поведением, общением, имеют нарушение работы сенсорных систем.

Сенсорная интеграция представляет собой организацию, упорядочивание ощущений (зрительных, слуховых, тактильных, вкусовых, обонятельных, а также ощущений тела от движения, воздействия силы тяжести и положения в пространстве), идущих в головной мозг от различных сенсорных систем. Сенсорная интеграция, являясь процессом бессознательным, наделяет значением испытываемые ощущения, фильтруя информацию и отбирая то, на чем следует сконцентрироваться. Позволяет нам осмысленно действовать и реагировать на ситуацию, в которой мы находимся. Формирует базу для обучения и социального поведения. Сенсорная интеграция для движения, говорения и игры – это фундамент более сложной интеграции, сопровождающей чтение, письмо и адекватное поведение.

Проявления нарушения сенсорной интеграции многообразны. Гиперактивность и повышенная отвлекаемость возникает от того, что мозг не может организовать сенсорные сигналы и двигательную активность. Проблемы с поведением и несформированность «я» концепции. Реакции мозга такого ребенка специфичны, поэтому на обстоятельства он реагирует иначе. Нарушения речи и языковой системы. Речь и язык зависят от всех процессов сенсорной интеграции, поэтому в случае недоразвития сенсорных систем или сбоя сигналов, поступающих от них, запаздывает и формирование речи. Нарушения мышечного тонуса и координации. При нарушении сигналов, идущих от вестибулярной и проприоцептивной системы, которые обеспечивают мышечный тонус, телу становится трудно сохранять вертикальное положение и давать достаточную энергию для какой-либо активности. У такого ребенка страдает двигательная координация, он может терять равновесие, спотыкаться при ходьбе, наткнуться на предметы, ронять предметы, совершать неловкие движения, падать. Подобные нарушения могут быть следствием плохой обработки сигналов, полученных от тела и действия силы тяжести.

Проблемы с обучением. Чтение, письмо, математика требуют хорошей сенсорной интеграции. При ее нарушении либо прямо страдает процесс обучения, протекающий в головном мозге ребенка, либо меняется поведение, связанное с учебой в школе, даже если способности к обучению относительно сохранены. Таким образом, можно сделать вывод, что хорошая сенсорная интеграция является гарантом гармоничного развития, а ее дисфункция влечет негативные последствия в развитии и обучении ребенка.

Как можно помочь ребенку с нарушением сенсорной интеграции в условиях ЦССВ? В нашем учреждении созданы неплохие условия для сенсорного насыщения ребенка: бассейн со всевозможными вариантами гидромассажа, бассейн с шариками, гимнастические комплексы и фитболы. Специалисты Центра систематически проводят мероприятия на свежем воздухе, у детей есть возможность освоить лыжи, коньки, езду на велосипеде. Все эти меры помогают ребенку насытить сенсорные ощущения и осознать свое тело.

Работа логопеда через призму сенсорно-интегративного подхода

Существуют направления сенсорно-интегративной логопедической работы, которые я успешно применяю в своей ежедневной практике.

1. Сенсорно-интегративная артикуляционная гимнастика.

Упражнения направлены на развитие произвольных движений артикуляционного аппарата в игровой форме. Провожу с опорой на базовые виды чувствительности. Например: удерживать губами веточку укропа, палочку корицы, сплевывание с языка различных специй (гвоздики, горошин душистого перца).

2. Дыхательная гимнастика. Отработку правильного речевого выдоха, а также дифференциацию ротового и носового дыхания произвожу с использованием цитрусовых фруктов (грейпфрута, апельсина, мандарина, лимона), базилика или розмарина.

3. Сенсорно-интегративная логоритмика. Интеграция речи и движения.

4. Работа по совершенствованию фонематического восприятия. На начальном этапе работы пополняем слуховой опыт ребенка, извлекая звуки из разных предметов (металлические, стеклянные, деревянные, пластмассовые банки), постепенно дополняя их количество и доводя их дифференциацию до автоматизма. Далее проводим подобную работу по распознаванию звучания различных музыкальных игрушек (колокольчиков различной тональности, металлофона, трещоток, погремушек, колотушек, пищалок, кастаньет).

5. Коррекция слоговой структуры, совершенствование лексико-грамматического строя речи, работа по совершенствованию чтения и письма с использованием мячей и балансировочной доски.



Рис. Балансировочная доска

Балансировочная доска предназначена для стимуляции деятельности вестибулярного аппарата, развития навыков проприоцепции. Удержать равновесие, стоя на балансировочной доске, ребенку довольно непросто. Раскачиваясь в разные стороны, он, таким образом, тренирует равновесие и ловкость. Умение удерживать баланс является очень важным для овладения другими двигательными навыками. Биологический механизм равновесия совместно с другими – зрением, осязанием и обратной

связью восприятия помогают ребенку осознать себя в пространстве. А дополняя это действие речевыми упражнениями, мы создаем ситуацию решения мультитзадч для ребенка.

Игры и упражнения на знакомство с балансировочной доской:

Раскачивание на балансировочной доске.

Ребенок располагается на доске, стоя на коленях и положив голову на руки. Взрослый покачивает ребенка в таком положении, а после привыкания предлагает раскачиваться самостоятельно (взрослый следит, чтобы ладони ребенка при раскачивании не попадали под нижний край доски). Далее можно предложить ребенку сесть на доску и обхватить руками колени. Взрослый покачивает ребенка в таком положении, а затем предлагает ему изменить положение рук (развести руки в стороны, будто крылья или поднять вверх и соединить ладони). После того, как ребенок освоится на доске, можно предложить ему раскачиваться самостоятельно. Затем взрослый предлагает ребенку встать на доску, поставив ноги на ширине плеч. Далее раскачивание можно усложнить. Предлагаем ребенку встать на доску, расположив ноги как можно ближе к ее концам. Затем просим ребенка перенести вес на одну ногу и сделать остановку так, чтобы конец доски оказался на полу. А затем предлагаем ребенку сделать такую остановку на другом конце доски. По необходимости придерживаем ребенка. Предлагаем ребенку расположиться на доске спиной и покачаться.

Передвижение по балансировочной доске.

Взрослый предлагает ребенку встать на левый край доски ногами. Затем медленно совершить приставные шаги вправо до ее середины (самое устойчивое место), пройти до конца и обратно. Сходить с доски также рекомендуется с середины.

Упражнения с элементами дыхательной гимнастики:

Наклоны и прогибы на балансировочной доске. Ребенок встает на середину доски, совершает вдох и одновременно поднимает руки вверх. На выдохе наклоняется вперед, опуская руки вниз. На следующем вдохе надо выпрямиться, возвращаясь в исходное положение. Необходимо стремиться к тому, чтобы в наклоне вперед ребенок дотянулся руками до стоп. В этом положении взрослый слегка покачивает ребенка. Предлагаем ребенку сделать наклон вправо (правая рука на поясе, левая выпрямлена над головой), сделать вдох. Выпрямиться, сделать выдох. То же повторить влево. Усложняем предыдущие упражнения, увеличивая расстояние между стопами.

Упражнения на совершенствование лексико-грамматического строя речи с использованием балансировочной доски и мяча:

Все игры сопровождаются перекидыванием мяча: взрослый говорит и кидает мяч ребенку, а тот, стоя на балансировочной доске, отвечает и кидает мяч обратно.

- «Я знаю 3 (5) названий животных»;
- «Животные и их детеныши»;
- «Назови ласково»;
- «Холодный – горячий» (антонимы);

- «Из чего сделано»;
- «Ты лови, да бросай и цвета называй»;
- «Третий лишний»;
- «Один – много» (множественное число) и др.

Упражнения на совершенствование навыков чтения и письма с использованием балансировочной доски и мяча:

Развиваем языковой анализ и синтез, а также запоминание написания словарных слов. Взрослый называет словарное слово так, как оно пишется и бросает мяч ребенку. Ребенок повторяет, точно проговаривая слово, затем возвращает мяч. Далее взрослый просит назвать по порядку все гласные из этого слова, затем согласные. Затем взрослый называет это же слово и номер 3, 5, 7. Ребенок должен назвать букву, которую напишет на этом месте. Далее можно делить слово на слоги, просклонять по падежам, подобрать как можно больше родственных слов и составить с ним предложение.

Я перечислила далеко не все упражнения по совершенствованию различных компонентов речи с использованием балансировочной доски и мяча. Их существует множество, и порой ребенок сам предлагает новые интересные варианты.

В итоге систематической работы с использованием этих упражнений отмечается:

- улучшение концентрации и внимания;
- повышение работоспособности на занятиях;
- совершенствование зрительно-моторной координации;
- развитие пространственного восприятия;
- развитие двигательных способностей: точности, скорости реакции, ловкости;
- развитие памяти: зрительной, зрительно-пространственной, звуковой, образной, двигательной;
- улучшение восприятия устной и письменной речи;
- гармонизация поведения.

Литература:

1. Айрес Э. Джин «Ребенок и сенсорная интеграция» понимание скрытых проблем ребенка с практическими рекомендациями для специалистов и родителей. М.: «Теревинф», 2019 – 272с.

2. Кислинг, Улла. Сенсорная интеграция в диалоге: понять ребенка, распознать проблему, помочь обрести равновесие / Улла Кислинг; под ред. Е.В. Ключковой; [пер. с нем. К.А. Шарп]. - М.: Теревинф, 2010. - 240 с.

3. Лынская М.И. Сенсорно-интегративная артикуляционная гимнастика. Методическое пособие. — М.: Парадигма, 2016. — 28 с.

4. Свободина Н.Г. Коррекция нарушений письма: Просто о сложном вопросе дисграфии у детей. – М.: ТЦ Сфера, 2018. – 160 с.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ТЕХНОЛОГИЙ НА ЗАНЯТИЯХ С ДЕТЬМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Сорокина Наталья Евгеньевна,
воспитатель ГКУ Центр содействия семейному воспитанию
«Маяк» ДТСЗН г. Москвы

Иванова Светлана Владимировна,
кандидат педагогических наук, методист ГКУ Центр содействия
семейному воспитанию «Маяк» ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: Статья посвящается использованию интерактивных технологий, в частности планшета, в коррекционно-развивающей работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья с целью повышения мотивации к обучению.

Ключевые слова: ребенок с ограниченными возможностями здоровья, тяжелые и множественные нарушения развития, интерактивные технологии, планшет, коррекционно-развивающая работа, центр содействия семейному воспитанию, опыт работы, отработка навыка, информационно-коммуникационные технологии.

Keywords: a child with disabilities, severe and multiple developmental disorders, interactive technology, tablet, correctional-educational work, centerforfamilyeducation, experience, practicing the skill, information and communication technologies.

В настоящее время каждый десятый житель Земли, т.е. более 500 млн человек, имеют те или иные ограничения в повседневной жизнедеятельности, связанные с физическими, психическими или сенсорными дефектами, среди них – не менее 150 млн детей. Несмотря на предпринимаемые усилия и значительный прогресс медицины как за рубежом, так и в России, количество детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), с тяжелыми и множественными нарушениями развития (ТМНР), медленно, но стабильно растет.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в федеральном законе «Об образовании» определяется как «физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования

без создания специальных условий. Данное понятие в российской законодательной практике закреплено впервые [8, ч. 16 ст. 2].

Единого определения «тяжелые и множественные нарушения развития» в нашей стране нет. Зарубежные ученые относят к множественным нарушениям такие, которые не позволяют детям успешно интегрироваться в массовое дошкольное и школьное образование.

А.Л. Битова, О.С. Бояршинова рассматривают тяжелые и множественные нарушения развития как «врожденные или приобретенные в раннем возрасте сочетания нарушений различных функций организма» [6, с. 4].

Чаще всего у детей с ТМНР встречаются следующие проблемы:

- Интеллектуальные нарушения характерны для большинства детей с ТМНР. Степень умственной отсталости может быть различной: от легкой до тяжелой и глубокой. Как правило, даже при сохранном интеллекте наблюдается выраженная задержка развития.

- Двигательные нарушения также часто встречаются у детей с ТМНР. Выраженность двигательных проблем варьирует от моторной неловкости и сложностей с формированием предметных действий до тяжелых опорно-двигательных нарушений, характеризующихся неспособностью самостоятельно удерживать свое тело в сидячем положении и выполнять произвольные движения.

- Нередко наблюдаются нарушения зрения или слуха (а иногда и их сочетание), от незначительных проблем до полной потери.

- Эпилепсия диагностируется у многих детей с ТМНР. Части детей удается подобрать противосудорожную терапию, однако встречаются и некупируемые формы эпилепсии.

- Могут также присутствовать расстройства аутистического спектра и эмоционально-волевой сферы.

- Особенности сенсорной интеграции, которые могут проявляться в виде гиперчувствительности и защитных реакций по отношению к определенным стимулам или в виде активного поиска специфических ощущений. Это может выглядеть как необычное и непонятное поведение.

- Различные соматические заболевания также могут влиять на развитие ребенка [6, с. 4].

Причинами подобных тяжелых нарушений являются наследственные синдромы, предполагающие выраженную интеллектуальную недостаточность, осложненную сенсорными и двигательными нарушениями; последствия внутриутробных заболеваний, приводящих к комплексу тяжелых расстройств у ребенка; результат преждевременных родов с низкой массой тела по неясным причинам; последствия заболеваний или травм после рождения.

В нашей стране детей с ТМНР, нуждающихся в специальной помощи, ежегодно становится больше на 3-5%. Печально осознавать тот факт, что множественные врожденные пороки развития у ребенка достаточно часто являются причиной отказа родителей от их воспитания в семье. Почти сразу после рождения такие дети оказываются в государственных учреждениях здравоохранения или социальной защиты, где им обеспечивается медицинский

уход, но недостаточно внимания уделяется развитию и психолого-педагогическому сопровождению. В таких условиях состояние ребенка с комплексным нарушением еще более отягощается сенсорной и психической депривацией и расстройством привязанности.

Одной из важнейших задач государственной образовательной политики нашей страны является обеспечение реализации прав детей-сирот с ТМНР на обучение, воспитание, образование, социализацию; на возможность в полном объеме пользоваться всеми правами человека и основными свободами наравне с другими детьми.

Усилия педагогического персонала государственного казенного учреждения Центр содействия семейному воспитанию «Маяк» (ЦССВ «Маяк») направлены на реализацию вышеперечисленных прав и свобод детей с ТМНР.

Для успешной социализации детей с ТМНР, в соответствии с их возрастными и индивидуальными особенностями, педагоги Центра большое значение придают коррекционно-развивающей работе, направленной на развитие слухового и зрительного восприятия, памяти, развития речи, расширения словарного запаса и кругозора.

Обучение и воспитание детей с ТМНР в ЦССВ «Маяк» направлено на «формирование и развитие творческих способностей, удовлетворение их индивидуальных потребностей в интеллектуальном, нравственном и физическом совершенствовании, формирование культуры здорового и безопасного образа жизни, укрепление здоровья, организацию их свободного времени» (8, п. 1 ст. 75).

При организации коррекционно-развивающего процесса детей с ТМНР воспитатели определяют перспективы развития каждого ребенка и всей группы детей с учетом их индивидуальных, возрастных и типологических особенностей, при этом отбор содержания воспитательных мероприятий, средства и методы их реализации способствуют преодолению специфики интеллектуального дефекта, сглаживанию нарушений эмоционально-волевой сферы, выработке адаптивных форм поведения.

Поскольку дети с ТМНР испытывают трудности в формировании представлений о мире, обусловленные структурой нарушений, Э.И. Леонгард, Э.В. Миронова, Н.Д. Шматко и др. признают необходимым предупреждать возможные и корригировать имеющиеся отклонения в этой области, связанные с фрагментарностью и упрощенностью формирующейся картины мира [3].

Автор данной статьи уверен: чтобы заинтересовать детей с ТМНР, сделать их обучение осознанным, нужны нестандартные подходы, индивидуальные коррекционные программы, новые методы и технологии. Соответственно, возникает необходимость поиска наиболее эффективного пути обучения данной категории детей.

На современном этапе обучения все большей популярностью пользуются интерактивные средства, которые имеют существенные преимущества перед традиционными занятиями. Использование интерактивных и мультимедийных средств на коррекционно-развивающих занятиях является одним из эффективных способов повышения мотивации к обучению у детей с ТМНР.

Интерактивные и мультимедийные средства значительно расширяют возможности предъявляемого познавательного материала, позволяют повысить мотивацию ребенка к овладению новыми знаниями. Использование интерактивных технологий позволяет перейти от объяснительно-иллюстрированного способа обучения к деятельностному, при котором ребенок принимает активное участие в данной деятельности. Внедрение компьютерных технологий в новой и занимательной для детей форме помогает развивать память, воображение, творческие способности, навыки ориентации в пространстве, логическое и абстрактное мышление.

С помощью интерактивных технологий «целесообразно «достраивать» те условия обучения, которые необходимы для развития ребенка, но не могут быть созданы традиционными средствами», – утверждает О.И. Кукушкина [3].

Исследования Н.П. Анисеевой, О.Г. Воровщикова, С.Е. Емельянова подтверждают, что для предотвращения быстрой утомляемости детей с особенностями развития, стимулирования познавательной активности, повышения эффективности работы в целом, в коррекционно-развивающей работе необходимо использовать интерактивные технологии, в частности интерактивный планшет [3].

Применение интерактивного планшета в коррекционно-развивающем процессе в условиях воспитательной группы ЦССВ позволяет:

1. Сделать занятие наглядным, красочным, информативным.
2. Приблизить занятие к мировосприятию ребенка за счет использования программ, облегчающих/обеспечивающих коммуникативный уровень.
3. Использовать дифференцированный и личностно-ориентированный подход к обучению.
4. Установить отношения взаимопонимания, взаимопомощи между ребенком и воспитателем.
5. Активизировать познавательную деятельность воспитанника.
6. Повысить мотивацию ребенка с ТМНР к изучению темы.
7. Развивать мышление и творческие способности воспитанников [4, с. 38].

Е.В. Бойко к плюсам использования интерактивного оборудования на занятиях относит следующее:

- коррекционно-воспитательный процесс может быть более успешным, эффективным, если будут использованы компьютер и интерактивные технологии в качестве дидактического средства;

- возможности манипулировать объектами на экране способны надолго привлечь внимание ребенка;

- использование интерактивного планшета, как правило, предполагает поощрение ребенка при верном выполнении задания самим компьютером, что является стимулом для познавательной активности, возрастает индивидуализация обучения – ребенок может выполнять задания в удобном для него темпе, компьютер терпелив и ждет, пока ребенок сам придет к правильному решению;

- использование информационных технологий помогает моделировать ситуации, которые сложно пронаблюдать и обыграть с помощью традиционных форм обучения [2].

При проведении занятий с использованием интерактивного планшета, организация и режим занятий должны соответствовать требованиям к персональным электронно-вычислительным машинам (ПЭВМ) и организации работы. Не допускается проводить занятия за счет времени, отведенного для сна и прогулок. После занятия проводится гимнастика для глаз.

В выборе презентаций и интерактивных игр Ю.В. Ачкасова, М.Ф. Барба, Т.Т. Сатдарова рекомендуют руководствоваться рядом требований:

- Презентации и игры не должны быть перегружены второстепенными элементами, лишними словестными инструкциями, так как это отвлекает внимание детей, приводит к быстрому утомлению.

- Задания должны быть понятны ребенку. Инструкция дается перед выполнением.

- Сюжет игры не должен быть агрессивным, чтобы не повышать тревожность и психическое беспокойство детей.

- Время выполнения задания не ограничивается, чтобы дать возможность детям без спешки обдумать пути и способы решения.

- Музыкальное сопровождение не должно мешать выполнению задания [1].

Опираясь на исследования ученых, автор данной статьи, который работает воспитателем в группе семейного типа в ЦССВ «Маяк», активно стал применять в своей работе интерактивный планшет.

В группе проживают и воспитываются дети 10-17 лет с различными нарушениями развития: синдромом Дауна, дети с легкой, средней и тяжелой умственной отсталостью, расстройством аутистического спектра, нарушениями опорно-двигательного аппарата, глубокими нарушениями речевого развития.

Большинству детей очень сложно воспринимать информацию на слух, им трудно понимать инструкции.

Моя задача, как педагога, помочь ребенку приспособиться к жизни, научиться социально-приемлемому поведению, овладеть навыками самостоятельности на основе тех задатков, которые дала ребенку природа.

Ознакомившись с исследованиями ученых, занимающихся данной проблемой, с педагогическим опытом применения обучающих игр для детей, я решила предложить детям интерактивный планшет в процессе проведения коррекционно-развивающего занятия. Первым было приложение с игрой по сортировке предметов по цвету, форме и величине «Сортер». Попробовала заниматься индивидуально с каждым ребенком в нашей группе. Конечно, важным условием являлось то, чтобы ребенок адекватно обращался с планшетом. В ходе проверки оказалось, что только один ребенок в нашей группе способен воспринимать информацию и заниматься.

Мой опыт работы показал, что использование планшета дало хорошие результаты в процессе обучения.

Вначале показала методом «рука в руке», как пальцем нажать на фигурку и передвигать ее по планшету. Начинала обучать работать с планшетом с

последней операции, т.е. просто нажать на стрелку, чтобы игра включилась. Постепенно показала, как найти значок и выбрать игру на экране планшета, как включать планшет. В процессе обучения ребенок запоминает последовательность действий.

Повышается интерес к занятию за счет привлекательности мультимедийных эффектов. Полученные знания остаются на более долгий срок. У ребенка пробуждается интерес к занятию. Развивается моторика рук, поскольку надо удержать фигурку пальцем и провести по экрану до нужного места. Во время занятия подходят другие дети, наблюдают за действиями, проявляют заинтересованность, что является хорошим показателем для детей с нарушением развития.

После того, как ребенок стал работать с планшетом самостоятельно, я начала предлагать новые игры. Заметила, что в процессе обучения игре на планшете ребенок приобрел усидчивость, что способствовало развитию внимания, запоминания, умению доводить до конца начатое. Довольно часто ребенок и сам догадывается, что нужно делать в определенный момент игры, то есть ищет пути решения задачи. Одновременно улучшаются навыки коммуникации, нормализуется поведение, улучшается способность к обучению.

Затем были предложены обучающие игры на знание и запоминание частей тела, животных, овощей и фруктов. Постепенно добавлялись игры с более сложными заданиями, например, найти тень предмета. В своей работе я использую игры с озвучиванием (например, те, в которых звучат голоса животных или произносятся названия овощей, частей тела). Мною было отмечено, что использование интерактивных средств обучения вызывает большой интерес за счет реалистичности изображения, использования анимации, веселой музыки, поощрений и аплодисментов за каждое прохождение этапа.

Во время занятия у ребенка отмечаются положительные эмоции. Очень приятно наблюдать, как он радуется своему успеху. После того, как ребенок хорошо научится воспринимать изученный материал, я переношу эти умения на предметный и картинный материал. В процессе обучения у ребенка наблюдается устойчивый интерес к определенным видам игр.

Наблюдая за ребенком, я заметила, что он увлекся играми на счет и количество, и запланировала попробовать игры-занятия на запоминание цифр, соотнесение количества с цифрой. Начала работать в этом направлении. Вначале предлагала ребенку наложить определенную цифру на изображение, с одновременным показыванием на пальцах количества. Например, при изучении цифры «2», после того, как ребенок соотносил цифру с плоскостным изображением, он показывал два пальца. Затем я добавила карточки с точками. Нужно было к цифре «2» подобрать карточку, где были нарисованы две точки. А чтобы было легче, на каждую точку ребенок ставил пальчик, и придвигал к нужной карточке. Затем я добавила карточки с изображением предметов по количеству. Например, к цифре «2» надо было подобрать карточку с двумя предметами, например, двумя грибочками. При этом ребенок также на каждый гриб ставил пальчик. Отрабатывая таким образом навыки, полученные знания

остаются у ребенка на более длительный срок и легче восстанавливаются после краткого повторения. Изученный материал лучше воспринимается за счет привлекательности планшета и переноса знаний на предметный материал. Во время обучения на планшете я вижу у ребенка «пробуждающийся» интерес в глазах, что для меня как педагога проводящего занятия с ребенком с ТМНР, очень значимо. Пока мы научились соотносить и показывать до «4» и продолжаем работать в этом направлении.

В своей работе я использую следующие развивающие игры:

- «Умная сортировка: цвет, форма, величина, что летит, что едет, что плывет»;

- «Биммибоо», серию детских игр по разным направлениям, в том числе «Кто где живет» и «Кто что ест»;

- «Забавные овощи»;

- «Найди тень»;

- «Кто сказал «Гав»?» (ферма и животные леса с озвучиванием);

- «Веселый лес» (собери картинку из частей);

- «Учим цифры».

Рассмотрим примеры интерактивных игр на развитие речи и слухового восприятия при проведении занятий по ознакомлению с окружающим миром «Домашние животные», «Дикие животные».

1. Интерактивная игра на запоминание домашних животных «Кто сказал «Гав». Рубрика «Ферма».

Упражнения направлены на развитие слухового и зрительного восприятия, слуховой памяти, развитие речи, расширение словарного запаса и кругозора. Яркие привлекательные картинки животных, крупные, хорошо узнаваемые изображения, сравнение естественных звуков и звукоподражаний помогают создать атмосферу игры и вовлечь ребенка в речевую деятельность.

Упражнения скомпонованы по 2 уровням:

- На первом уровне ребенок открывает дверцы сарая, нажимая на них пальцем, и рассматривает изображение животного на экране, прослушивает звуки, характерные для изображенного животного, слушает короткие стихотворения, повторяет слова и звуки. Животные меняются по мере того как ребенок самостоятельно продолжает открывать дверцы у сарая. Звукоподражание позволяет тренировать дыхание, произношение звуков, фонематический слух, чувство ритма, артикуляцию, способствует развитию органов речи.

- На втором уровне ребенку дается задание более сложное – нужно угадать, кто прячется в сарае. За закрытыми дверями раздается определенное звукоподражание и ребенку предлагается выбрать одну из трех предложенных картинок с нарисованными животными. Если выбор сделан правильно, дверцы распахиваются.

Дополнительные возможности программы:

Запись голоса ребенка. Для улучшения артикуляции можно использовать функцию записи и воспроизведения голоса.

2. *Интерактивная игра на запоминание диких животных «Веселый лес».*

Ребенку предлагается выбрать животное, а затем собрать его из частей, следуя подсказкам и соотнося с контуром. Ребенок тренирует образное мышление, память, учится собирать целое из частей.

Данный педагогический опыт обобщается и транслируется на открытых занятиях, на методических объединениях воспитателей, педагогических советах нашего центра.

Таким образом, систематическое и последовательное использование интерактивного планшета на коррекционно-развивающих занятиях с детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития в условиях Центра содействия семейному воспитанию является актуальным и педагогически целесообразным. В процессе использования презентаций и интерактивных игр у воспитанников повышается мотивация познания, наблюдается положительная динамика развития внимания, памяти, мышления, воображения, речи. Интерактивные игры способствуют расширению кругозора, ориентировки в пространстве, координации движений руки и глаза.

Использование интерактивных технологий дает возможность качественно обогатить коррекционно-развивающий процесс с детьми с ТМНР и повысить его эффективность.

Литература:

1. Барба М.Ф. Ачкасова Ю.В. Сатдарова Т.Т. Инновационные формы и приемы работы с дошкольниками, имеющими расстройство аутистического спектра // Вопросы дошкольной педагогики. – 2017. – № 4. – С. 32–36.
2. Бойко Е.В. Использование интерактивного оборудования с детьми дошкольного возраста // Образование и воспитание. – 2017. – № 1. – С. 3–5.
3. Калининская Э.В. Развитие речи детей мультимедийными социально-культурными программами в образовательных учреждениях социально-педагогической помощи: автореф. дис. канд. пед. наук. – М., 2013. – 25 с.
4. Методические рекомендации по реализации адаптированных дополнительных общеобразовательных программ, способствующих социально-психологической реабилитации, профессиональному самоопределению детей с ограниченными возможностями здоровья, включая детей-инвалидов, с учетом их особых образовательных потребностей. Режим доступа: <https://sudact.ru/law/pismo-minobrnauki-rossii-ot-29032016-n-vk-64109/metodicheskie-rekomendatsii-po-realizatsii-adaptirovannykh/>
5. Мурзина М.В. Использование планшета на занятиях по развитию восприятия и воспроизведению устной речи с детьми, имеющими нарушения слуха. Режим доступа: <http://io.nios.ru/articles2/87/3/ispolzovanie-plansheta-na-zanyatiyah-po-razvitiyu-vozpriyatiya-i-voisproizvedeniyu>

6. Развивающий уход за детьми с тяжелыми и множественными нарушениями развития: информационно-методический сборник для специалистов / Под ред. А.Л. Битовой, О.С. Бояршиновой. – М., 2017. – 118 с.

7. Терещенкова А. Использование интерактивных игр в логопедической работе с детьми дошкольного возраста с нарушением речи и детьми с ОВЗ. Режим доступа: <https://www.maam.ru/detskijsad/ispolzovanie-interaktivnyh-igr-v-logopedicheskoi-rabote-s-detmi-doshkolnogo-vozrasta-s-narusheniem-rechi-i-detmi-s-ovz.html>

8. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 01.05.2019) «Об образовании в Российской Федерации». Режим доступа: <https://fzakon.ru/laws/federalnyy-zakon-ot-29.12.2012-n-273-fz/>

КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОСТЬ И ЖИЗНЕННЫЙ МИР ЧЕЛОВЕКА: ЯЗЫК И ФОРМИРОВАНИЕ СТЕРЕОТИПОВ

Студенова Елена Геннадьевна,
кандидат философских наук, доцент кафедры социальной
и реабилитационной работы Института дополнительного
профессионального образования работников социальной сферы
ДТСЗН г. Москвы

Образ жизни является важнейшей характеристикой жизненного мира человека как адресата социальной работы, учет этих особенностей предполагает формирование особого клиентоориентированного подхода в процессе помощи и поддержки.

Задача теории социальной работы состоит и в том, чтобы рассматривать проблемы жизненного опыта и жизненного мира адресатов как вопросы, связанные с нормальностью их повседневной жизни, с заключенными в ней специфическими стратегиями действия, шансами на обучение и самовыражение, с существующими отклонениями, т.е. трудностями, которые не всегда могут быть преодолены только посредством самопомощи, без привлечения официальных, профессионально компетентных специалистов.

Поскольку социальная работа все больше обращает внимание на поиски оптимальных взаимоотношений между индивидом и средой, решающую роль приобретает роль поддержки в окружении человека. Социальную среду составляет система общественных связей индивида. В обоих случаях окружающая среда одновременно и воздействует на культурные нормы, познания и убеждения человека, и вместе с тем подвергается их воздействию.

В настоящее время все более необходимым в теории и практике социальной работы становится анализ и выявление форм воздействия общественной среды на людей, будь то индивиды, группы или сообщества. На основе этой точки зрения возникают концепции, тесно связанные с проблемами эволюции, стрессов, исходящих от среды, и поддержки, получаемой со стороны среды.

В связи с этим достаточно часто употребляется понятие «жизненный мир», которое обозначает сферу жизни человека и его совместного существования с другими людьми в общем для них культурном и символическом пространстве и, как правило, в настоящем времени.

Понятие «жизненный мир» пришло из феноменологической традиции в философии и науке.

Как известно, у Гуссерля жизненный мир представляет собой совокупность всех возможных и действительных мысленных горизонтов человеческого опыта. Он включает в себя базисное знание, в котором зафиксирована информация о собственном теле и стандартных ситуациях жизни, структуру релевантностей или сферу знания, которую формирует субъект в связи с конкретными жизненными ситуациями, и структуру типов, охватывающую знание типических жизненных ситуаций.

Ю.Хабермас, унаследовавший в своей теории коммуникативного действия многие положения феноменологической социологии, рассматривает жизненный мир как общий нам с другими людьми, мир, осваиваемый «интерсубъективно», т.е. во взаимодействии людей. В представлении Ю.Хабермаса данное понятие употребляется также в контексте его соотношения с другим понятием - «системный мир». Такое разделение социума на две взаимосвязанные сферы бытия он предложил и обосновал, заимствуя и синтезируя понятия и идеи, относящиеся к двум различным научным традициям (структурно-функциональному подходу и социальной феноменологии).

«Системный мир» образуется совокупностью безличных (анонимных) отношений людей в сфере экономической и государственной деятельности. Он вычленяется из общественного компонента жизненного мира, который становится «окружающей средой» для «системного мира». Этот мир подчинен инструментальной рациональности, т.е. рациональности, ориентированной на целедостижение. Поэтому более целесообразно рассматривать его как часть жизненного мира, обособленную в процессе социокультурной эволюции и противопоставленную в дальнейшем всем другим его частям.

Социоструктурный аспект «жизненного мира» представлен такими феноменами, как:

1) территориальные и репродуктивные общности, семья, дружеские компании, которые имеют преимущественно «естественную», биосоциальную природу;

2) системы коммуникаций, общественные объединения и движения, имеющие «искусственное», социокультурное происхождение.

«Системный мир» связан только с «искусственными» явлениями — политическими, экономическими, правовыми, религиозными и иными институтами и системами.

Комплексное познание жизненного мира, воздействие на него со стороны окружающей социальной среды (и биосоциальной, и социокультурной) невозможно без учета роли языка. Например, для Хайдеггера язык выступает в качестве источника преодоления одностороннего, неподлинного, отчужденного бытия современной цивилизации.

То, как мы говорим, тесно связано с тем, что мы думаем и как ведем себя по отношению к другим людям.

Цель социальной работы - создать в своей стране общество, где все люди имели бы равные возможности и находились бы в равных условиях, где люди, чем-то отличающиеся от большинства, не подвергались бы дискриминации, основанной на стереотипах, проявляющейся и действиях, и в словах.

Российское общество инвалидов «Перспектива» еще в 2002 году осуществило интересное исследование, посвященное особенностям общения с инвалидами, результаты которого были опубликованы в брошюре «Инвалиды: язык и этикет». Главным итогом этого исследования, на наш взгляд, явился вывод о том, что определение понятия «инвалидность» исключительно с точки зрения медицинской модели является зауженным. На самом деле это понятие необходимо понимать с учетом его социальных аспектов, как одну из форм социального неравенства. Чтобы изменить отношение общества, окружающих к своему положению, инвалиды в странах, где движение инвалидов стало активным, пропагандируют собственные определения и понятия, которые не вызывают жалости и других негативных ассоциаций.

В контексте социальной модели инвалидности логично и вполне уместно использовать и соответствующую терминологию.

Так, например, в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (1995 г.) понятие «инвалид» определяется следующим образом: инвалидом является лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Международное движение за права инвалидов считает наиболее правильным следующее понятие инвалидности: «Инвалидность - препятствия или ограничения деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными и психическими отклонениями, вызванные существующими в обществе условиями, при которых люди исключаются из активной жизни».

В 2012 г. Российская Федерация ратифицировала Конвенцию ООН о правах инвалидов (2006 г.), тем самым приняв к действию правозащитную модель социальной работы с инвалидами. Однако в международном сообществе приняты определения, не предполагающие непосредственного употребления термина «инвалид». И в 2018 г. Комитет по правам инвалидов ООН опубликовал заключительные замечания по первоначальному докладу Российской Федерации, в котором Комитет отмечает, что официальный перевод термина «persons with disabilities» на русский язык словом «инвалиды» не отражает правозащитную модель. Комитет порекомендовал государству-участнику внести изменения в официальный перевод Конвенции и использовать термины, в полной мере отражающие правозащитную модель.

Еще один аспект исследования посвящен проблеме создания и разрушения стереотипов. Если обратиться к теории «понимающей» социологии, то понятие «жизненный мир» соотносится с интересубъективно разделяемым (взаимосогласованным) опытом, охватывающим все возможные и действительные горизонты человеческой жизни. Этот мир представляет в данном случае, прежде всего, «внутренние» представления и переживания или,

точнее, совокупность взаимосогласованных и типических значений, при помощи которых люди конструируют свою повседневную жизнь. Такие значения находят свое выражение в словах, терминах, и тем самым способствуют развитию тех или иных стереотипов.

Так, в ходе семинаров, в которых участвовали люди с различными формами инвалидности, было выяснено, какие чувства и ассоциации вызывает у них то или иное слово и выражение:

- «прикован к коляске» - ассоциации с «обреченность», «цепи»;
- «глухой», «немой» - невозможность общения, контакта;
- «больной» - значит, надо лечить;
- «глухой», «паралитик», «неполноценный», «безрукий» - вызывают сочувствие и жалость;
- «калека», «слабоумный», «даун» - вызывают брезгливость;
- «псих», «слабоумный», «ненормальный», «шизик» связаны с непредсказуемостью, опасностью и, как следствие, вызывают страх.

Выражения «человек с ограниченными возможностями», «человек на коляске», «человек с травмой позвоночника», «человек с инвалидностью», «незрячий» - вызывают вполне нейтральные ассоциации.

Слово «инвалид», являясь общепринятым термином, вызывает различные чувства, но в целом большинство людей считает его приемлемым, хотя в зарубежной практике широко используются термины, соответствующие понятию «человек с ограниченными возможностями» (например, в нем. яз. *der Behinderte*). Однако в русском языке в повседневной речи такое определение не получит широкого применения в силу своей тяжеловесности и неточности, т.к., действительно, возможности любого человека в той или иной степени ограничены. Точно так же люди вряд ли будут употреблять в устной речи «человек, имеющий душевные расстройства» или «человек, испытывающий трудности при передвижении».

В период проведения в России Паралимпийских игр в 2014 г. родилось новое понимание ориентиров развития жизненного мира людей с ограниченными возможностями: «все, кажущееся невозможным, можно преодолеть и сделать возможным». Понятия «инвалид» или «человек с ограниченными возможностями» вообще теряют смысл в том случае, если все общество настроено не просто на формирование доступной среды, но на создание реальных возможностей для максимальной реализации неисчерпаемого потенциала каждого человека.

Таким образом, вопрос о жизненных отношениях и дефицитах адресатов социальной работы, о формировании стереотипов их жизненного мира, о формировании достойного образа жизни непосредственно связан с особенностями взаимодействия социальной среды и индивида, их вербальной коммуникации. Учет этих особенностей становится содержательной характеристикой клиентоориентированного подхода. Общественно продуцируемый исторический характер жизненных трудностей, содержательное определение бедности, болезни, социального неблагополучия, инвалидности

постоянно изменяются. Клиентоориентированность, таким образом, представляется процессом и результатом деятельности, связанным с комплексностью предполагаемых решений и учетом изменчивости потребностей индивида.

Литература

1. Thiersch H. Rauschenbach Th. Sozialpädagogik/Sozialarbeit: Theorie und Entwicklung / Handbuch zur Sozialarbeit, Sozialpädagogik / Neuwied; Darmstadt: Luchterhand, 1987. S. 1001-1002.
2. Закрытие Паралимпийских игр в Сочи: как проходила церемония <http://tass.ru/sport/1051012> (14.04.2015)
3. Инвалиды: язык и этикет. М.: РООИ «Перспектива», 2002.
4. Приступа Е.Н. Воспитание социально здоровой личности как социально политическая и социально педагогическая задача // Социальная политика и социология. 2006. № 1. С. 107-119.
5. Приступа Е.Н. Социально-правовая безопасность детства: монография / Департамент образования г. Москвы, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московский гуманитарный педагогический институт (МГПИ). Москва, 2010.
6. Приступа Е.Н., Степичев П.А. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА: Словарь терминов / Под редакцией автора-составителя Е.Н. Приступы; перевод Е.Н. Приступы, П.А. Степичева, М.С. Фироновой. М.: Инфра-М, 2015.
7. Резник М.Ю., Смирнов Е.А. Жизненные стратегии личности (опыт комплексного анализа) М., 2002.
8. Рекомендации Комитета по правам инвалидов (КПИ) ООН <https://perspektiva-inva.ru/en/protec-rights/oon/2018-05-04-09-09-09> (18.06.2019)
9. Теория социальной работы : учебник / Е.Г. Студенова, М.В. Фирсов. — М.: КноРус, 2018. — 322 с.
10. Технология социальной работы 3-е изд., пер. и доп. Учебник и практикум для прикладного бакалавриата - М.: Издательство Юрайт. 2019 - 557с.

ЛИЧНЫЕ КАЧЕСТВА И ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА ПО СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Усачева Наталья Михайловна,
отделение социальной реабилитации детей-инвалидов ТЦСО
«Жулебино», филиал «Выхино» (Москва)

Аннотация: В статье описаны основные понятия – «инвалидность», «инвалид», «ребенок-инвалид», виды расстройств, ведущих к инвалидности, даны критерии установления статуса «инвалид» и определения группы инвалидности. Дано понятие реабилитации и социальной реабилитации, описана важность полноценного и непрерывного реабилитационного процесса, личные качества и профессиональные компетенции, необходимые специалисту по социальной реабилитации для успешной реализации реабилитационного процесса. Показаны условия формирования социально-реабилитационной компетенции специалистов.

Ключевые слова: инвалид, инвалидность, группа инвалидности, ребенок-инвалид, реабилитация, социальная реабилитация, профессиональная компетентность, специалист по реабилитационной работе.

Keywords: disabled, disability, disability group, disabled child, rehabilitation, social rehabilitation, professional competence, rehabilitation specialist.

Инвалид – это лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты. Инвалидность – это состояние, при котором человек, вследствие своего физического или психического состояния, утрачивает способность к труду, самообслуживанию, нормальному обучению и социализации. Термин «инвалидность» включает в себя множество функциональных нарушений, инвалидность может стать следствием физических и интеллектуальных дефектов, травм, соматических заболеваний.

К основным видам стойких расстройств функций организма человека относятся:

- Нарушения психических функций – интеллекта, эмоционально-волевой сферы, внимания, памяти, восприятия, познавательных функций, речи и т.д.

- Нарушения речи – дизартрия, алалия, афазия, дисграфия, дислексия и т.д.

- Сенсорные нарушения – зрение, слух, обоняние, осязание, тактильная, вибрационная, вестибулярная функция.

- Нарушения функций движения – конечностей, суставов, статики, координации движений, ДЦП.

- Соматические заболевания – нарушения функций сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, эндокринной систем и метаболизма, системы крови и иммунной системы и т.д.

- Нарушения, обусловленные физическим внешним уродством, – деформации конечностей, головы, туловища.

Степень выраженности стойких нарушений функций организма человека оценивается в процентах и устанавливается в диапазоне от 10 до 100 с шагом в 10%.

Критерием для установления первой группы инвалидности является нарушение здоровья человека в диапазоне от 90 до 100%. Критерием для установления второй группы инвалидности является нарушение здоровья человека в диапазоне от 70 до 80%. Критерием для установления третьей группы инвалидности является нарушение здоровья человека в диапазоне от 40 до 60%. Категория «ребенок-инвалид» устанавливается при наличии у ребенка стойких нарушений функций организма в диапазоне от 40 до 100%.

В качестве основных причин инвалидности можно указать:

- общее соматическое или психическое заболевание;
- профессиональное заболевание или производственная травма;
- инвалидность с детства;
- инвалидность вследствие травмы или ранения;
- военная травма или заболевание, полученное во время военной службы;
- инвалидность, наступившая вследствие радиационных заражений;
- иные причины, установленные законодательством РФ.

Наиболее полная реабилитация – основная задача в отношении лиц с инвалидностью.

Реабилитация – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Одним из важнейших компонентов полноценного реабилитационного процесса является социальная реабилитация инвалидов, так как для

полноценной, активной жизни человеку необходимо быть вовлеченным в общественную жизнь, поддерживать социальные связи с окружающими.

Социальная реабилитация – это форма социальной работы, направленная на улучшение отношений между людьми с ограниченными возможностями здоровья и их окружением, полноценное включение человека с ОВЗ в социум. В процессе реабилитации специалисты по социальной и реабилитационной работе проводят мероприятия по обучению инвалидов навыкам самообслуживания, общения, самостоятельного передвижения и ориентации, трудовым и учебным навыкам в соответствии с их возможностями и реабилитационным потенциалом. Важными факторами успешной социальной реабилитации и адаптации являются возможность поступления в учебные заведения и трудоустройство. Оказание содействия в обучении и трудоустройстве – важная функция специалистов по социальной и реабилитационной работе.

Для успешной реализации целей социальной реабилитации лиц с ОВЗ специалисты должны обладать обширными разносторонними знаниями:

- особенностей развития личности;
- основных тенденций развития общества;
- особенностей возрастного физического и психического развития в норме и в патологии;
- социально-реабилитационных технологий.

Личность специалиста по социальной реабилитации.

В работе специалиста по социальной реабилитации важно сочетание профессиональных знаний и личных качеств. Специалист должен уметь создавать для каждого ребенка специфический микроклимат, выстраивать комфортные взаимоотношения, радоваться вместе с ребенком даже минимальным успехам.

Специалист по социальной реабилитации должен иметь психологическую подготовку, знать особенности психологии ребенка с учетом возрастных особенностей, первичных и вторичных нарушений. Также специалист по социальной реабилитации должен уметь применять все формы и методы воспитательного воздействия, знать цели, формы и функции учебно-воспитательного процесса.

К субъективным характеристикам личности специалиста относятся: характер, способности, мотивация, психологические особенности, самооценка, индивидуальный стиль общения, уровень развития основных психических функций (интеллекта, внимания, воли и т. д.), нельзя не учитывать эти личные качества специалиста, так как они оказывают непосредственное влияние на стиль общения специалиста с детьми.

Важнейшим качеством в работе специалиста по социальной реабилитации является мотивация к работе, желание стать и оставаться специалистом в своей области. Это качество помогает преодолевать трудности в работе и постоянно повышать профессиональный уровень.

Не меньшее значение имеет наличие у специалиста по социальной реабилитации соответствующих способностей.

Способности — это индивидуальные свойства личности, влияющие на успешное выполнение той или иной деятельности. Способности делят на общие и специальные. Мы рассмотрим только специальные: для работы с детьми необходимо наличие двух групп специальных способностей. К первой группе относятся перцептивно-рефлексивные способности, они позволяют ориентироваться в работе на личность ребенка, включают способности к изучению личности другого человека, к сопереживанию, оценке ситуации с точки зрения другого.

Ко второй группе относятся проективные, конструктивные и управленческие способности, которые позволяют воздействовать на другого человека.

Большое влияние на взаимоотношения с детьми оказывают особенности характера специалиста. От них зависят способы реагирования на поведение ребенка. Способы реагирования бывают:

- оценочные — оценка поведения, объективная или несправедливая;
- защитные — оправдание поведения ребенка, понимание мотивов его поступков;
- регулирующие — запрет, указание, побуждение;
- конструктивные — способствуют достижению цели;
- псевдоконструктивные — создание видимости участия и помощи в решении проблемы;
- деструктивные — мешающие решению проблемы;
- наступательные — оценка личности и позиции ребенка и собственной;
- рационализирующие — выявление у ребенка качеств, помогающих разрешить проблемную ситуацию;
- мобилизующие — рекомендации по разрешению ситуации, побуждение к решению;
- успокаивающие — примирение, участие, сочувствие;
- провоцирующие — упрямство, споры, разоблачения.

Также специалист по социальной реабилитации должен обладать альтруистическими чертами и эмпатией. Альтруизм — это система ориентации личности, при которой центральное место занимают интересы другого человека или общества. Деятельность альтруистически ориентированной личности осуществляется в интересах других людей. В деятельности специалиста по реабилитации альтруизм может проявляться как гуманность, ориентация на интересы детей.

Эмпатия — это способность сочувствовать, понимать чувства другого и разделять их, эмпатия может иметь альтруистическую или эгоистическую направленность. Для успешной реализации реабилитационного потенциала ребенка необходимо развивать у него эмпатию и альтруистические черты.

Важнейшей характеристикой личности является интеллект, который представляет собой устойчивый набор способностей, позволяющий перерабатывать, оценивать и усваивать информацию. Основными критериями развития интеллекта являются способность выделить существенные свойства

ситуации, умение использовать операции сравнения, обобщения, классификации. Важное место в структуре развития интеллекта занимает речевая деятельность, уровень развития наблюдательности, внимания, памяти.

Большое значение в работе специалиста по социальной реабилитации имеет самооценка. Степень адекватности самооценки определяет направление и интенсивность развития профессионального мастерства специалиста. Так, заниженная самооценка приводит к неуверенности в себе, а завышенная является препятствием к развитию и самосовершенствованию.

Следующая важная характеристика личности специалиста по социальной реабилитации — личный стиль деятельности и общения. Выделяются две разновидности личного стиля деятельности и общения: рассуждающе-методичный, для которого характерна четкая организация и структурирование своей деятельности, и эмоционально-импровизационный, для которого характерно стремление к импровизации, постоянный поиск нового. Индивидуальный стиль непостоянен, оптимальный его выбор обеспечивает достижение эффективного результата в работе с наименьшими затратами энергии и времени, специфическое влияние на детей, авторитет в глазах коллег и родителей.

Профессиональная компетентность специалиста по социальной реабилитации.

Компетентность — опыт социально-профессиональной деятельности человека, основанный на знаниях, способности и умении использовать приобретенные компетенции для конструктивного решения профессиональных задач. Профессионально компетентным считается такой труд, в котором на высоком уровне выполняются функциональные обязанности, наиболее полно раскрываются профессиональные способности и личностные качества, достигается высокий конечный результат.

Выделяются следующие компоненты профессиональной компетентности специалиста по социальной реабилитации:

– Мотивационно-волевой — включает в себя мотивы, цели, потребности, предполагает наличие интереса к работе, который выражается в потребности в знаниях, в овладении эффективными методиками обучения и реабилитации. Этот компонент также предполагает приложение дополнительных усилий для достижения наилучшего результата, проявление упорства и настойчивости при выполнении сложных задач, целеустремленность.

– Функциональный — синтез знаний и навыков, трансформирующийся в реальную деятельность, проявляется в виде способов деятельности, необходимых для организации профессиональной деятельности, приемов самостоятельного решения профессиональных задач. Способствует повышению профессионализма.

– Коммуникативный — включает умение ясно и четко излагать свои мысли, убеждать, аргументировать, анализировать, устанавливать межличностные связи, согласовывать свои действия с действиями коллег, выбирать оптимальный стиль общения в разных ситуациях.

– Рефлексивный — проявляется в умении контролировать результаты своей деятельности, уровень собственного развития и личностные достижения, склонности к самоанализу, способности к прогнозированию результатов работы. Этот компонент также определяет уровень самооценки, понимание ответственности за результат своей деятельности.

Профессиональную компетентность специалиста по социальной реабилитации можно представить как систему научно-теоретических, в том числе специальных знаний, профессиональных умений и навыков, профессионального опыта и интереса к профессиональной деятельности.

Для профессиональной компетентности в социально-реабилитационной деятельности характерно:

– наличие опыта эффективной практической деятельности в области социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья;

– профессиональные специальные и психологические знания, навыки и умения в области социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями;

– профессиональные психологические позиции, установки, психологическая компетентность;

– личностные особенности, обеспечивающие овладение профессиональными знаниями и умениями;

– результаты труда, то есть те изменения в психическом и личностном развитии детей, которые возникают под влиянием деятельности специалиста по реабилитации.

Когнитивной основой профессиональной компетентности специалиста по социальной реабилитации являются научные знания, специалист должен обладать знаниями и умениями в следующих областях:

– Нормативно-правовой — знать нормы законодательства, обеспечивающие социальную защиту инвалидов, основы законодательства по социальному обслуживанию населения, нормативно-правовые документы, регламентирующие профессиональную деятельность, права и обязанности работников в сфере реабилитационной деятельности.

– Психолого-педагогической — знать психологию человека с учетом возраста, особенности процесса социализации личности, основы психологической диагностики, основные методики и методы обучения и воспитания, основы коррекционной и реабилитационной педагогики.

– Медико-биологической — знать анатомию и физиологию человека, физиологические и патологические процессы, протекающие в организме, структуру системы здравоохранения в РФ, формы медико-социальной работы, основные симптомы и клиническое течение различных заболеваний у детей, оказывать первую медицинскую помощь.

– Социально-реабилитационной — знать теоретические и методические основы реабилитации, ее виды, методы и этапы, основы прогнозирования реабилитационного потенциала, принципы организации реабилитационного процесса, методы и критерии оценки эффективности

реабилитационной работы, деятельность бюро медико-социальной экспертизы, уметь разработать индивидуальную программу реабилитации и абилитации инвалида, подобрать методы реабилитации и абилитации, сроки реабилитации, последовательность проведения реабилитационных мероприятий.

Профессиональные знания – совокупность сведений о специфике работы специалиста по социальной реабилитации, его взаимодействии с ребенком, особенностях психического и личностного развития ребенка в норме и в патологии, его возрастных особенностях и другие.

Профессиональные умения — это способы, технологии воздействия специалиста по социальной реабилитации на ребенка с учетом его первичных и вторичных нарушений.

Психологическая компетентность — это комплекс знаний и умений по психологии, необходимый для решения профессиональных задач в социально-реабилитационной деятельности. Психологическая компетентность специалиста по социальной реабилитации предполагает:

- знание закономерностей психического и личностного развития ребенка с учетом возрастных, индивидуальных различий и патологических изменений, умение адекватно оценивать состояние детей, их настроение, поведение;
- знание психологии взаимоотношений и взаимодействий ребенка в группе;
- умение адекватно эмоционально откликаться на психическое состояние ребенка и его поведение;
- умение выбирать по отношению к каждому ребенку такую форму социально-психологического и педагогического воздействия, которая бы отвечала его индивидуальным особенностям и потенциальным возможностям.

Специалист по социальной реабилитации должен обладать также знаниями, умениями и навыками, которые позволят ему выполнять следующие действия:

- Оценивать социальную ситуацию развития, в которой оказался ребенок с ограниченными возможностями, определять ее положительные и негативные воздействия на его развитие и при необходимости оказывать помощь в выборе средств, форм или детских специализированных учреждений, необходимых для нормального развития такого ребенка.
- Разрабатывать на основе исходной медицинской и психологической информации индивидуальные планы социальной реабилитации ребенка-инвалида с учетом специфических особенностей развития и последствий инвалидности и обеспечивать их выполнение.
- Реализовывать на практике основные направления, подходы и технологии социальной реабилитации и прогнозировать последствия их применения, создавать оптимальные ситуации и условия для наиболее эффективного течения социальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями в зависимости от характера инвалидности и ее последствий.
- Выполнять профилактические функции.

Названные компоненты профессиональной компетентности специалиста по социальной реабилитации нарабатываются и совершенствуются в ходе профессиональной деятельности.

Литература:

1. Алмазов Б.Н. Особенности деятельности специалиста по социальной работе в сфере социальной реабилитации // Социальная работа. 1992. Вып. 1.-С. 14-17.
2. Аминов Н.А. Социальный интеллект и социальная компетенция // Социальная работа. 1993. - Вып. 5. - С. 9 - 11.
3. Аминов Н.А. Отбор социальных работников, оценка требований профессии к личным качествам социального работника от психолога консультанта // Социальная работа Вып. 8. - С. 178 - 190.
4. Варга А. Профессиональный отбор социальных работников // Профессионально-этические нормы социальной работы. М., 1993. -С. 67-81.51
.Васильев Ю. Н. Психологический портрет социального работника // Социальная работа., 1992. № 5. - С. 8—13.
5. Кузнецова Г.Д. Формирование профессиональной деятельности и личности социального работника: Автореф. дис. . канд. пед. наук. — М., 1996, — 17 с.
6. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов: Пособие для социальных работников. М., 1997. - 181 с.

ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ИСПОЛЬЗОВАНИИ АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СРЕДСТВ КОММУНИКАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Ягумова Мариет Хангериевна,
директор ГБУ РА «АПДИ» (Республика Адыгея)

Баранова Тамара Федоровна,
директор ГКУ ЦССВ «Юнона» (Москва)

Танцюра Снежана Юрьевна,
кандидат педагогических наук, учитель-логопед, доцент кафедры социальной и реабилитационной работы Института дополнительного профессионального образования работников социальной сферы
ДТСЗН г.Москвы

Аннотация: В статье представлены альтернативные средства коммуникации социальной и обучающей практики с детьми с ОВЗ. Раскрыты разные системы коммуникации, приведены примеры работы и рекомендации по использованию альтернативной коммуникации. На сегодняшний день повышенное внимание уделяется интеграции и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья, созданию условий не только для лечения, но и для успешной социальной адаптации, полноценного развития, обучения, получения образования.

Ключевые слова: коммуникация, дети с ОВЗ, социализация, адаптация, обучение, альтернативные средства, дифференцированный подход.

Keywords: communication, children with special needs, socialization, adaptation, education.

Обеспечение прав детей с ОВЗ, детей-инвалидов регулируют важнейшие государственные законодательные и нормативно-правовые акты: Указ Президента Российской Федерации от 29 мая 2017 г. № 240 «Об объявлении в Российской Федерации Десятилетия детства»; Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»; Федеральный закон от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»; Концепция развития ранней помощи в

Российской Федерации на период до 2020 года, утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р, Федерального закона «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ. В этих документах устанавливается право детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов на получение качественных социальных, образовательных, медицинских услуг, право на абилитацию и реабилитацию.

Есть дети, которые неспособны использовать речь для полноценного общения. Одни совсем не могут говорить, речь других недостаточно развита, чтобы выполнять все коммуникативные функции.

В России и в других странах огромное количество семей и специалистов вовлечено в оказание помощи детям с тяжелыми языковыми нарушениями, которые нуждаются в использовании систем альтернативной коммуникации, чтобы компенсировать задержку речи или ограничения. На сегодняшний день существует достаточно много систем альтернативной коммуникации.

В ратифицированной в России в 2012 году Конвенции о правах инвалидов отдельно отмечается «необходимость использования технологий, принятие и содействие использованию жестовых языков, альтернативных способов общения и других доступных способов, методов общения по выбору человека с ОВЗ». Поскольку процесс развития человека базируется на взаимодействии и взаимовлиянии и опирается на обмен сообщениями, то необходимо, чтобы ребенок максимально рано научился использовать средства для общения, которые помогут заменить или дополнить недостаточность устной речи.

Вопросы, на которые необходимо ответить, прежде чем выбрать одно из альтернативных средств коммуникации:

1. Как ребенок реагирует на прикосновения? Хотя некоторых детей можно постепенно приучить к подсказкам «рука в руке», которые необходимы для обучения как жестам, так и PECS, это обучение потребует дополнительного времени. При этом очень важно, чтобы инструктор продолжал ассоциироваться с поощрением, и приучение к прикосновениям должно проводиться очень медленно и осторожно.

2. Может ли ребенок с относительной легкостью имитировать чужие движения?

3. Можно ли обеспечить поддержку в окружающей среде для данной формы коммуникации?

4. На настоящий момент просьбы ребенка— это еда и напитки, осязаемые предметы или это в основном занятия, которые сложно передать с помощью изображений?

5. Можно ли сделать выбранную форму коммуникации доступной для ребенка во всех местах, которые он посещает в течение дня?

6. Обучение взаимодействию с типично развивающимися детьми является одной из целей нынешней программы ребенка, и если да, можно ли научить других детей отвечать на выбранную систему коммуникации?

7. Все возможные «партнеры по коммуникации» ребенка согласны учиться и использовать данную форму коммуникации?

8. Будет ли ребенку легко переносить систему коммуникации из одного места в другое?

Исходя из индивидуальных особенностей ребенка, существуют *разные системы коммуникации*:

1. *Устная речь*. Если у ребенка есть эхолалия, то есть он повторяет слова и фразы за другими людьми, то ему подходит именно обучение устной речи, даже если сейчас у него нет речи функциональной. Причина в том, что ребенок уже демонстрирует нужное поведение (произносит слова), и мы можем использовать это поведение для обучения функциональной коммуникации.

Выбор первых слов для обучения ребенка коммуникации:

– Первые слова выбираются в соответствии с интересами ребенка и его мотивацией.

– Выбирайте только те слова, для употребления которых у ребенка будет много поводов в течение дня.

– Если ребенок только начинает говорить устно, то выберите те слова, которые легко артикулировать, и которые ребенок сможет произнести разборчиво, либо заранее продумайте, какую часть слова можно будет произнести вместо слова целиком.

– Если ребенок будет обучаться жестам, выберите слова, которые обозначаются иконическими жестами (сам жест похож на то, что он обозначает).

– Избегайте абстрактных понятий или слов, которые имеют мало коммуникативной ценности (например, «еще, да, нет, пожалуйста»).

– Если ребенок использует жесты, избегайте слов, которые выглядят слишком похоже друг на друга (например, «есть и пить»).

2. *Система коммуникации обмена изображениями (PECS)*.

Коммуникационная система обмена изображениями или PECS — это модифицированная программа прикладного поведенческого анализа (АВА) по раннему обучению невербальной символической коммуникации. Данная программа не учит устной речи напрямую, однако такое обучение способствует развитию речи у ребенка с аутизмом — некоторые дети после начала программы PECS начинают использовать спонтанную речь. Программа PECS была разработана Программой Делавера по аутизму. Обучение системе PECS происходит в естественной для ребенка среде, в классе или дома, во время его типичных занятий в течение дня. Обучение ребенка такой коммуникации происходит с использованием положительной поведенческой поддержки, которую называют «подход пирамиды». Техники обучения включают различные стратегии АВА, такие как объединение в цепь, подсказки, моделирование и модификации окружающей среды.

Подходят детям, которые хорошо различают фотографии и рисунки. PECS также успешно применяется для обучения просьбам детей, которые произносят отдельные слова, но которые не умеют имитировать чужую речь. В рамках этой системы можно использовать фотографии, рисунки или небольшие предметы.

3. *Доски для коммуникации изображениями.* Подходят для детей, которые хорошо реагируют на изображения/картинки. Обычно каждая такая доска разрабатывается для конкретного занятия или ситуации, что позволяет применять больше разнообразия в коммуникации, чем можно добиться с помощью обучения жестам.

4. *Жесты.* Если принято решение, что ребенок будет использовать язык жестов в качестве коммуникации, то очень важно, чтобы все, кто работают с этим ребенком, следовали одним и тем же алгоритмам обучения его жестам. Соответствующие подсказки и их исчезновение помогут ему научиться успешно использовать новые жесты и позволят использовать эти жесты в связке с поощрением.

Коммуникации жестами можно обучать как отдельно, так и одновременно с обучением PECS, чтобы обеспечить доступ ребенка к коммуникации в любой обстановке. Жесты являются хорошим вариантом для тех детей, которые плохо реагируют на зрительные стимулы.

Какую же систему коммуникации можно предложить ребенку с ОВЗ?

Независимо от того, какую систему коммуникации выбираем, всегда нужно сочетать устную речь, отдельные слова и даже звуки ребенка с сильным подкреплением! Учить ребенка нужно навыкам, которые увеличат его способность к артикуляции звуков и слов, а также гарантируют, что он хочет вступать в коммуникацию с окружающими его людьми.

Систему «Визуальное расписание» используют специалисты в ГКУ ЦССВ «Юнона». Такое расписание содержит визуальные инструкции и подсказки. (рис.1.)



Рис. 1. Визуальная поддержка

Принципы использования визуального расписания заключаются в следующем:

- 1) Все пункты должны быть выполнены.
- 2) Пункты должны быть выполнены в той последовательности, в которой они занесены в расписание.
- 3) Визуальные подсказки (схемы, таблицы, например, карточки, обозначающие правильное поведение в классе).
- 4) Использование поощрений (любимая еда, сенсорные игры, физические упражнения).
- 5) Вербальные подсказки.

В Республике Адыгея («Адамийский психоневрологический дом-интернат») специалисты при внедрении и использовании альтернативной коммуникации во время режимных моментов большое внимание уделяют разным расписаниям, которые подбираются под каждого ребенка, учитывая его особенности. При планировании режима дня необходимо учитывать, что у детей с ОВЗ понимание речи сильно ограничено. Привычные для обычных людей вербальные способы объяснений некоторых событий для них недостаточны. Поэтому ребенку нужно продемонстрировать последовательность событий наглядно – при помощи фотографий или карточек с изображением предлагаемых режимных моментов (последовательности событий), по которым ребенок сможет понять, что произойдет позже. Пункты расписания должны быть выполнены в той последовательности, в которой они внесены в список. Должны использоваться визуальные подсказки (схемы, таблицы, например, карточки, обозначающие правильное поведение). Также следует использовать поощрения (любимая еда, сенсорные игры, физические упражнения).

Для составления режима дня кроме карточек (например, 1-ая карточка - подъем, 2-ая карточка - завтрак) можно использовать фотографии. Режим дня составляется на целый день. Визуальные подсказки в дальнейшем помогают ребенку. Например, ребенок подходит к столу, мама спрашивает: «Что ты хочешь?» и показывает ему 2 картинки с игрушками. Ребенок выбирает. Визуальные инструкции помогают ребенку понять, что надо сделать или выполнить.

Существуют разные виды расписаний. В домашних условиях можно предложить разные варианты.

1) Расписание с использованием фотографий.

Удобнее всего составлять расписание, последовательно раскладывая фотографии на рабочем столе или закрепляя их на планшете, прикрепленном к стене напротив рабочего места ребенка. Вывешивать нужно фотографии друг за другом.

Начиная использовать расписание, необходимо соблюдать следующие правила:

- задания должны быть доступными для ребенка;
- при выполнении заданий необходимо соблюдать последовательность;
- ребенка нужно хвалить и поощрять.

Подбирая фотографии, нужно соблюдать следующие требования:

- каждая фотография должна символизировать один вид деятельности (например, пирамидка - игра, тетрадь – занятие);
- предметы, изображенные на фотографиях, должны быть тесно связаны с деятельностью ребенка.

2) Расписание с использованием карточек.

Расписание можно составлять с использованием карточек. Например, при одевании ребенка.

Представлены картинки в правильной последовательности.

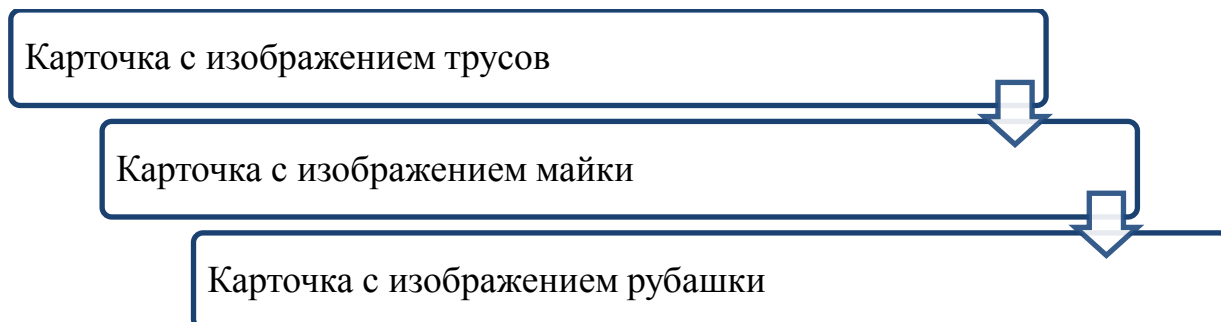


Рис. 2. Расписание с использованием цифр.

Можно использовать цифры: например, цифра 1 означает «Выполнить первое задание» (напротив данной цифры можно вначале положить картинку с предметом), 2 – означает «Выполнить второе задание» и т.д. Постепенно картинки с предметами можно убирать и оставить одни цифры. Если ребенок понял последовательность заданий согласно расписания дня, можно составлять расписание на неделю. Для этого можно использовать лист ватмана и при помощи липучек наклеивать картинки (фотографии) по дням неделям и предложить такую форму расписания на неделю. (таблица).

Таблица

Форма расписания на неделю

понедельник	вторник	среда	четверг	пятница	суббота	воскресенье
Картинки на понедельник	Картинки	фото	фото	картинка	фото	фото

Конечно, все это требует сил и времени не только для родителей, но и для специалистов, но только доверительное и живое, заинтересованное общение поможет ребенку с нарушением в развитии. Необходимость раннего начала коррекционной работы с детьми признается большинством специалистов: «Чем раньше, тем лучше». В дальнейшем это хорошая перспектива для обучения ребенка и его социализации. Поэтому те проблемы, которые имеет ребенок с аутизмом сейчас, нельзя замалчивать и скрывать. Проблемы нужно не только видеть, но и уметь их решать.

В целях реализации междисциплинарного подхода в системе социальной защиты должны быть созданы условия для взаимодействия общеобразовательных, медицинских организаций, а также центров психолого-педагогической медицинской и социальной помощи, ведения постоянной методической поддержки, консультаций по вопросам аутизма, по сопровождению семей, имеющих детей с ранним детским аутизмом.

Необходимо и информационно-методическое обеспечение, которое в себя включает получение доступа к информационным ресурсам, возможность размещения материалов и работ в информационной среде в организациях социальной защиты (статей, дискуссий, результатов экспериментальных исследований).

Литература:

1. Программы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего вида для детей с нарушениями речи. – М.: Просвещение, 2010.
2. Резниченко Т.С. Занимательный букварь. – М.: Гном и Д, 2008.
3. Трауготт Н.Н. К вопросу об организации и методике речевой работы с моторными алаликами // Расстройства речи в детском возрасте / Сб. тр. Ленингр. научно-практ. ин-та слуха и речи. – Л., 1940.
4. Приступа Е.Н., Степичев П.А. Социальная работа: Словарь терминов / Под редакцией автора-составителя Е.Н. Приступы; перевод Е.Н. Приступы, П.А. Степичева, М.С. Фионовой. Москва, 2015.
5. Приступа Е.Н. Воспитание социально здоровой личности как социально политическая и социально педагогическая задача // Социальная политика и социология. - 2006. - № 1. - С. 107-119.
6. Приступа Е.Н. Социально-правовая безопасность детства: монография / Департамент образования г. Москвы, Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Московский гуманитарный педагогический институт (МГПИ). Москва, 2010.
7. Psychological and economical aspects of the competency approach the paradigm of higher education // Ushatikova I.I., Klyuchnikov D.A., Saenko N.R., Levitskaya I.A., Pristupa E.N., Lebedeva N.V. International Review of Management and Marketing. 2016. Т. 6. № S1. С. 218-223.

ЗНАЧИМОСТЬ ЭКЗОРЕАБИЛИТАЦИИ В КЛИЕНТООРИЕНТИРОВАННОМ ПОДХОДЕ

Пчелова Анастасия Романовна,
ассистент отдела маркетинга компании «ЭкзоАтлет»,
студент ГБПОУ Колледж по подготовке социальных работников
ДТСЗН г. Москвы

Аннотация: В статье проанализирована сменяемость моделей реабилитации с традиционной на инновационную. Переходный период создал новое явление, связанное с брендированием общественно полезных инноваций и парадигмой здоровой конкуренции. Современный подход к восстановлению индивида, робототехника и VR–технологии позволяют вывести медико-социальную работу на новый уровень, которому сопутствует смена модели социальной работы.

Ключевые слова: реабилитация, экзореабилитация, инновации, экзоскелет.

Keywords: rehabilitation, exorehabilitation, innovation, exoskeleton.

На данный момент сфера реабилитации и абилитации пребывает в переходном состоянии. Ранее актуальные и новые восстановительные методы постепенно становятся традиционными, а им на смену приходит новое поколение методик и технологий. Описанный социально-динамический процесс обусловлен научно-техническим развитием, внедрением в реабилитацию роботизированных технологий и переходом всего мира на рыночную модель социальной работы. Исходя из этих факторов, появилось новое реабилитационное направление:

Экзореабилитация – это меры по восстановлению способностей человека к самообслуживанию и социальной жизни с интеграцией роботизированных технологий и VR-пространства в процесс. Главные достоинства экзореабилитации – начать восстановление пациента получается быстрее, равно как и ускорить само течение реабилитации, что благополучно сказывается на психофизическом климате и принципе непрерывности. Это и обуславливает актуальность зародившегося направления, которое уже успело превратиться в общемировой бренд.

Из-за перехода на рыночную модель многие социальные инновации становятся брендом, что положительно сказывается на их развитии: стимулируется здоровая конкуренция и появляются новые источники

финансирования, которые открывают доступ к большому ряду ресурсов, позволяющих улучшить качество разрабатываемого продукта. Рассматривая экзореабилитацию как бренд, следует отметить, что на международном рынке преобладают именно российские компании, которые дешевле и эффективнее своих аналогов. Например, экзоскелет «ЭкзоАтлет» стоит в 2 раза меньше зарубежных разработок.

Российский производитель стремится к разработке и продаже качественного продукта и к его доступности для пациентов и медицинских учреждений. На международном рынке Россию представляют следующие компании: «НейроНет», «Моторика», «ЭкзоАтлет». «НейроНет» – это компания, занимающаяся разработкой ассистивных цифровых технологий, направленных на повышение интеллектуального и когнитивного потенциала человека. Цель ДК НТИ «НейроНет» — сформировать глобальный конкурентоспособный российский сегмент рынка НейроНет к 2035 г.

Также на российском рынке существует компания «Моторика», которая занимается созданием функциональных экзопротезов рук для решения бытовых и рабочих задач. Цели деятельности «Моторики» — сделать современные технологии более доступными для людей с инвалидностью и улучшить характеристики средств реабилитации. Для граждан Российской Федерации есть возможность получить экзопротез бесплатно. Создание и получение осуществляется по следующим этапам: первичный осмотр, медико-техническое заключение, получение индивидуальной программы реабилитации и абилитации, поиск источника финансирования, протезирование, компенсация средств.

Третья компания – «ЭкзоАтлет» занимается созданием экзоскелетов для медицинской и социальной реабилитации, которые позволяют ускорить процесс реабилитации и повысить качество жизни пациентов с последствиями перенесенного инсульта, травмой спинного мозга, ДЦП, рассеянным склерозом и другими нозологиями. Цели компании – создание доступной среды для инвалидов с нарушениями локомоторной функции и модернизация универсального дизайна, адаптация, повсеместное внедрение инновационных технологий.

Принцип работы экзоскелета основывается на создании максимально естественного паттерна ходьбы, что активизирует механическую память пациента и позволяет ускорить восстановительный процесс двигательной и нервной функций. Курс тренировок в экзоскелете «ЭкзоАтлет» доступен по системе ОМС и на сегодняшний день представлен в 36 российских клиниках. На примере экзоскелета «ЭкзоАтлет» можно доказать практическую значимость экзореабилитации, которая отмечается в ряде клинических исследований. Для этого стоит взглянуть на общую статистику по России. 1,5 млн человек, количество которых постепенно растет в связи с омоложением болезней и старением населения, нуждаются в реабилитации по следующим нозологиям: инсульт, травма позвоночника, ДЦП, рассеянный склероз. По статистике компании-производителя 360 тыс. человек из этого числа могут улучшить качество жизни или вернуть локомоторную функцию, используя разработку

компании «ЭкзоАтлет». Из этого следует, что из 1,5 млн человек 35% потенциальных пользователей «ЭкзоАтлета» – это люди с возможностью восстановления локомоторной функции, чему пока что препятствует отсутствие государственных реабилитационных стандартов.

В клинических исследованиях указывается, что независимо от программы реабилитации, у пациентов отмечено улучшение в неврологическом статусе – уменьшение степени парапареза, снижения мышечного тонуса. Отмечается улучшение психоэмоционального состояния, которое объясняется появлением у пациентов чувства самостоятельности и свободы.

В учреждениях, где экзоскелет широко применяется на практике, отмечены следующие результаты:

1. НМХЦ им. Н.И. Пирогова: пациенты приобретают возможность стоять более продолжительное время, обучаются воспроизводить элементы шага, значительно возрастает устойчивость, профилактика пролежней, улучшается деятельность тазовых органов, контроль мочеиспускания, нормализуется функция кишечного тракта, уменьшается риск переломов.

2. СГМУ и клиники Архангельской области: улучшаются вентиляция легких, функция желудочно-кишечного тракта и мочевыделительной системы, увеличивается амплитуда угловых перемещений в суставах нижних конечностей, нормализуется артериальное давление, формируется более правильный ЭМГ-профиль мышц при применении миостимуляции.

3. НИИТО им. Я. Л. Цивьяна: безопасно для пациентов и для медперсонала, реализует концепцию СРМ-терапии для пациентов с нижней параплегией, нет ограничений по сочетанию тренировок в экзоскелете и других методов лечебного воздействия.

Из приведенных в пользу экзоскелета аргументов следует, что интеграция инновационных методов в процесс реабилитации более чем эффективна и показана к включению в индивидуальную программу реабилитации и абилитации в связи с успешными результатами психофизической коррекции пациента, которая комплексно осуществляется с применением современных технологий. Таким образом, экзорехабилитация полностью соответствует принципам клиентоориентированного подхода.

Литература:

1. Ткаченко П.В. Использование экзоскелета в комплексной реабилитации пациентов с позвоночно-спинномозговой травмой [Текст] /Ткаченко П.В., Даминов В.Д., Карпов О.Э. // Вестник 6. Куликова Н.Г. Медико-социальные особенности больных трудоспособного возраста с первичной инвалидностью [Текст] / Куликова Н.Г.

2. «Методические рекомендации по нейрореабилитации больных рассеянным склерозом, имеющих нарушения ходьбы, с использованием экзоскелета ExoAtlet» [Текст]: учебное пособие / Котов С.В., Исакова Е.В.,

Лиждвой В.Ю., Секирин А.Б., Письменная Е.В., Петрушанская К.А., Геворкян А.А. // МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, 2018. – С. 4-25.

3. Моторика [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://motorica.org>, свободный (Дата обращения: 20.04.2019 г.).

4. НейроНет [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://rusneuro.net>, свободный. (Дата обращения: 20.04.2019 г.)

5. ЭкзоАтлет [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.exoatlet.com/ru>, свободный (Дата обращения: 20.04.2019 г.).

РЕФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ КАК СОЦИАЛЬНОГО ИНСТИТУТА

Скоробогатова Анна Геннадьевна,
начальник управления социальной защиты населения Восточного
административного округа г. Москвы

Аннотация: Институциональная сущность системы социального обслуживания в современной социологии является одной из ведущих тем исследований. Понимание социального обслуживания как социального института начало формироваться в нашей стране в конце прошлого столетия. Основная цель социального обслуживания – обеспечить население доступными социальными услугами надлежащего качества, создающими благоприятные условия для развития «человеческого капитала», сохраняющими и изменяющими социальное положение личности, населения составляющих его слоев, социальных, социально-демографических, социально-профессиональных групп, социальных общностей, коллективов. Цели социального обслуживания определяются потребностями населения и потребностями общества в целом. Реализация целей социального обслуживания зависит от ряда факторов: социально-экономических, морально-этических, социально-психологических, политических, религиозных, демографических, экологических и др. В настоящее время происходит переход от традиционного института социального обслуживания к современной его модификации. Традиционный институт социального обслуживания – это преимущественно институт вспоможения, реализующий в основном адаптационную и социозащитную функции. Современный институт социального обслуживания – это стратификационный институт, способствующий воспроизводству социума методами сервисной социализации, разделению социальных групп в соответствии с потребностью в социальном обслуживании и уровнем социальной субъектности.

Дальнейшее развитие системы социального обслуживания должно базироваться на определенных принципах: аксиологическом принципе иерархии личных, групповых и общественных ценностей; праксиологическом принципе повышения эффективности оказываемых социальных услуг (принцип профессионализма субъектов социальной деятельности); культурологическом принципе, учитывающем развитие цивилизации и культуры, проявляющемся в культурном уровне клиентов и специалистов социального обслуживания; принципе интегральности, т.е. увеличении числа людей, полагающихся в большей степени на себя, которые могут при необходимости воспользоваться услугами сервисной ресоциализации. Таким образом, чем выше уровень

развития общества, социальной сферы, тем более полифункциональной является система социального обслуживания, а значит, и эффективность социальных услуг.

Ключевые слова: социальный институт, социальное обслуживание, повышение качества жизни, пожилые люди, развитие человеческого капитала, ресоциализация, мониторинг социального самочувствия.

Keywords: social institution, social service, improving the quality of life, the elderly, the development of human capital, re-socialization, monitoring of social well-being.

Институциональная сущность системы социального обслуживания в современной социологии является одной из ведущих тем исследований. Само формирование социологии как науки связано с конструированием понятия «институт». Так французский социолог Эмиль Дюркгейм (1858-1917) — рассматривал социологию в целом как науку «об институтах, их генезисе и функционировании»²².

Герберт Спенсер (1820-1903) — английский философ и социолог, предложил более проработанную концепцию социального института.²³ Его теория социального института базируется на общеэволюционном подходе и является продолжением его теории социальной эволюции. Данная теория основывается на общем механизме дифференциации социального организма, его структуры и функций. Процесс дифференциации определяет прогрессивную эволюцию общества «в направлении к достижению большего объема, большей связности, большего многообразия и большей определенности».²⁴ Именно дифференцированность общества вызывает необходимость формирования организующих его «скреп» и изучения «синтеза социальных явлений». Роль этих скреп призваны выполнять социальные институты. Г. Спенсер обращает особое внимание на тот факт, что общество в социологическом смысле слова образуется при наличии не только совместного существования многообразных социальных групп, но и их сотрудничества. Сотрудничество становится возможным именно в обществе, и оно же и образует общество. Сотрудничество предполагает наличие прочных социальных связей между людьми, а люди вступают в устойчивые социальные взаимодействия потому, что их удерживают выгоды кооперации. Однако согласованные действия не могут совершаться без участия некоторых деятелей, которые «приспособляли бы их друг к другу относительно времени, количества и рода; затем деятельности не могут быть разнообразными, если сотрудники не выполняют несходных обязанностей. Другими словами, сотрудничество должно получить организацию, добровольную или

²² Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. М., 1991., с.405

²³ Философия Герберта Спенсера в сокращенном изложении Г. Коллинза. СПб., 1892. С. 325.

²⁴ Там же. С. 361.

недобровольную».²⁵ Эта организация и есть социальный институт. По мнению Г. Спенсера, социальные институты как организации, необходимые для сотрудничества (и в этом их главная общая функция), бывают двух родов, различных по своему происхождению и природе. Одни возникают из преследования индивидуальных целей и только косвенно приводят к общественному благосостоянию, они непринудительны и развиваются бессознательно. Таковыми чаще всего являются семейные институты.²⁶ Другие, наоборот, прямо возникают из преследования общественных целей и косвенно приводят к индивидуальному благосостоянию, они принудительны и развиваются сознательно. Г. Спенсера анализирует концепт социального института на примере политических институтов.

Выдающийся немецкий социолог Макс Вебер (1864-1920) при разработке концепции социального института наибольшее внимание уделил организационным аспектам институционализации. Макс Вебер указывает, что институты возникают «в сфере союзной деятельности», т.е. являются результатом обобществляющих действий индивидов.²⁷ Однако институтам как определенным формам общественного поведения присуща специфика, отличающая их от таких форм общественных объединений, как целевой союз, союз или аморфные объединения. Вебер указывает, что институт — это такое социальное объединение, в котором общественное поведение, «рационально упорядочено в своих средствах и целях принятыми установлениями, следовательно, «обобществлено». Именно наличием рационально сформулированных установлений — норм, правил, законов — институты отличаются от других сообществ союзного типа, которые опираются на согласие, такой тип порядка, подчинение которому осуществляется как «подчинение» привычному, потому что оно привычно».²⁸ М. Вебер следующим образом описывает институт: «Обычно вступление индивида в сообщество такого рода предопределено его рождением и воспитанием. Такого рода сообщества характеризуются, во-первых, тем, что, в отличие от «целевого союза», добровольное вступление заменено в них зачислением на основании чисто объективных данных независимо от желания зачисляемых лиц; во-вторых, тем, что, в отличие от сообществ, основанных на согласии, преднамеренно отказывающихся от рационального порядка, следовательно, в этом отношении аморфных образований, здесь одним из определяющих поведение факторов служит наличие рациональных установлений и аппарата принуждения. Такие сообщества мы будем называть «институтами»²⁹. Институтом, по М. Веберу, например, является «та структура политического сообщества, которую мы называем «государством», или та структура религиозного сообщества,

²⁵ Там же. С 362.

²⁶ Михалева К.Ю., Полякова Н.Л., Концепция социального института в социологической теории // Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2012. № 2. - С. 119.

²⁷ Вебер М. Избр. произв. М., 1990. С. 542

²⁸ Там же. С 537

²⁹ Там же. С. 538

которую... принято определять как «церковь».³⁰ Как подчеркивает М. Вебер, преобладающая часть всех установлений, как институтов, так и союзов, возникла не на основе договоренности, а в результате насильственных действий. Люди и группы людей, способные влиять на действия членов института, направляют его в нужную им сторону. Реальная власть, принадлежащая каким-либо индивидам, доверена вследствие каких-либо их качеств, определенных признаков или в результате того, что они избраны в соответствии с правилами.³¹ В таком случае, считает М. Вебер, претензии и представления «значимой» власти, насильственно внедряющей новый порядок, можно называть «устройством» данного института. Оно находит свое выражение... в рационально сформулированных установлениях».³² Введенное М. Вебером понятие «устройство института» чрезвычайно важно для оформления современного понятия социального института и для практического использования этого понятия применительно к системе социальной защиты населения.

С точки зрения науки институт действительно является устойчивой формой организации совместной деятельности людей, реализующих определенные функции в обществе.

Социальное обслуживание по всей совокупности его определяющих структурных и функциональных особенностей относится к той категории институтов, которые формируются в процессе социально-экономического развития общества и регулируются определенными правилами. Масштабность складывающегося социального института, распространенность и влияние будет зависеть от степени значимости и распространенности той проблемы, в качестве реакции на которую они создаются, а также от существующей ресурсной обеспеченности соответствующего общества.

В основу легитимизации создания данного института должна быть положена правовая база. Кроме того, формирование данного института должно сопровождаться определенными нормами и правилами, созданием организаций и учреждений, мотивированными кадрами и т.д.

Понимание социального обслуживания как социального института начало формироваться в нашей стране в конце прошлого столетия.

В «Словаре социальной работы» Р. Баркера социальное обслуживание определяется как «предоставление конкретных социальных услуг для удовлетворения потребностей, необходимых для их нормального развития, людям, зависящим от других и которые не могут сами о себе позаботиться»³³.

Основная цель социального обслуживания – обеспечить население доступными социальными услугами надлежащего качества, создающими благоприятные условия для развития «человеческого капитала», сохраняющими и изменяющими социальное положение личности, населения составляющих его слоев, социальных, социально-демографических, социально-профессиональных групп, социальных общностей, коллективов. Цели социального обслуживания

³⁰ Там же. С. 538

³¹ Там же. С. 121

³² Там же.

³³ Баркер Р. Словарь социальной работы. М., 194., с 113

определяются потребностями населения и потребностями общества в целом. Реализация целей социального обслуживания зависит от ряда факторов: социально-экономических, морально-этических, социально-психологических, политических, религиозных, демографических, экологических и др.

Автор статьи присоединяется к мнению ученых, считающих, что в научной литературе недостаточно актуализированы аспекты системного подхода, которые бы раскрывали обусловленность процессов институционализации социального обслуживания, объективные и субъективные факторы его становления, а также методологические неточности в схеме «социальная защита – социальное обслуживание – социальные услуги»³⁴.

В настоящее время происходит переход от традиционного института социального обслуживания к современной его модификации. Традиционный институт социального обслуживания – это преимущественно институт вспоможения, реализующий в основном адаптационную и социозащитную функции. Современный институт социального обслуживания – это стратификационный институт, способствующий воспроизводству социума методами сервисной социализации, разделению социальных групп в соответствии с потребностью в социальном обслуживании и уровнем социальной субъектности.

При дальнейшем развитии системы социального обслуживания важен учет следующих принципов: аксиологический принцип иерархии личных, групповых и общественных ценностей; праксиологический принцип повышения эффективности оказываемых социальных услуг (принцип профессионализма субъектов социальной деятельности); культурологический принцип, проявляющемся в учете культурного уровня клиентов и специалистов социального обслуживания; принцип интегральности, т.е. увеличения количества людей, в том числе пожилого возраста, полагающихся в большей степени на собственные силы и возможности, причем эти люди могут при необходимости воспользоваться услугами сервисной ресоциализации.

Таким образом, чем выше уровень развития общества, социальной сферы, тем более полифункциональной является система социального обслуживания, а значит, повышаются адресность и клиент ориентированность предоставления социальных услуг и их эффективность.

Одним из ведущих направлений в системе социального обслуживания остается обслуживание пожилых людей.

Наиболее полное выражение взгляды на место и роль пожилых людей в обществе получили в Принципах ООН «Сделать полнокровной жизнь лиц преклонного возраста», принятых 46-й Генеральной Ассамблеей ООН 16 декабря 1991 г. С учетом более поздних дополнений 18 принципов

³⁴ Система социального обслуживания населения: исторический экскурс и современный взгляд: Монография /Е.И. Холостова, И.В. Малофеев. – М.: ИТК «Дашков и К», 2016., с.6

сгруппированы в пять групп: независимость, участие, уход, реализация внутреннего потенциала, достоинство³⁵.

Принципы группы «независимость» подразумевают, что пожилые люди должны иметь доступ к основным благам и обслуживанию, возможность работать или заниматься другими видами приносящей доход деятельности, участвовать в определении сроков прекращения трудовой деятельности, сохранять возможность участия в программах образования и профессиональной подготовки, жить в безопасных условиях с учетом личных склонностей и изменяющегося состояния, получать содействие в проживании в домашних условиях до тех пор, пока это возможно.

Принципы группы «участие» отражают вопросы вовлеченности пожилых людей в жизнь общества и активного участия в разработке и осуществлении затрагивающей их благосостояние политики, возможность создавать движения или ассоциации лиц пожилого возраста.³⁶

Принципы группы «уход» затрагивают проблемы обеспеченности уходом и защитой со стороны семьи и общины, доступа к медицинскому обслуживанию в целях поддержания или восстановления оптимального уровня физического, психического и эмоционального благосостояния и предупреждения заболеваний, доступа к социальным и правовым услугам, пользования услугами попечительских учреждений и обязательного соблюдения в социальных учреждениях прав человека и основных свобод, включая полное уважение достоинства, убеждений, нужд и личной жизни, а также права принимать решения в отношении ухода и качества жизни.³⁷

Принципы группы «реализация внутреннего потенциала» призывают к тому, чтобы пожилые люди имели возможности для всесторонней реализации своего потенциала, чтобы им всегда был открыт доступ к общественным ценностям в области образования, культуры, духовной жизни и отдыха.³⁸

Принципы группы «достоинство» затрагивают вопросы недопущения эксплуатации, физического или психологического насилия в отношении пожилых людей, обеспечения им права на справедливое обращение независимо от возраста, пола, расовой или этнической принадлежности, инвалидности или иного статуса, а также независимо от предыдущего экономического вклада.³⁹

Закрепляя особый статус пожилых людей, принципы ООН, по существу, представляют собой свод этических норм и рекомендаций по установлению приоритетов в том, что касается пожилого населения. Для государственных и общественных структур они являются важным ориентиром

³⁵ См.: Международный год пожилых людей 1999. Принципы ООН в отношении пожилых людей. Веб-сайт Программы ООН по старению, Доклад Генерального секретаря ООН на 53-й сессии Генеральной Ассамблеи. Подготовка к проведению Международного года пожилых людей. 26 августа 1998г. А/53/294.

³⁶ Там же

³⁷ Там же

³⁸ Там же

³⁹ Там же

на перспективу в трактовке социальных запросов пожилых людей и в организации деятельности по их удовлетворению.

В мировом сообществе в настоящее время формируются два подхода социального обслуживания пожилых людей. Первый – это развитие программ и проектов активного долголетия. Второй – выявление и сопровождение пожилых людей 80+ (группы риска).

Если говорить об активном долголетии, то только в г. Москве участниками масштабного проекта Мэра Москвы «Московское долголетие», начатого в 2018 году, являются более 200 тыс. человек. Для активизации потенциала пожилых людей задействованы многие ресурсы различных ведомств: социальной защиты, образования, культуры, здравоохранения, бизнес структур и т.д. Успешно работают университеты «серебряного возраста», волонтерские движения, формируются группы самоорганизации пожилых людей по интересам и т.д.

Второе направление связано с программой долговременного ухода на основе межведомственного взаимодействия и развития школ помощников по уходу (сиделок), а также создания служб информационного сопровождения и поддержки людей, имеющих ограничения в самообслуживании.

Данное направление приобретает новое политическое звучание и становится важным звеном в организации стационарозамещающих технологий.

Литература:

Баркер Р. Словарь социальной работы. М., 1994., С. 113.

Вебер М. Избранные произведения. М., 1990. Дюркгейм Э. О разделении общественного труда. Метод социологии. М., 1991., с.405

Жуков В.И. Социология социальной сферы. М.: ИСПИ РАН, 2006. – 488 с.

Михалева К.Ю., Полякова Н.Л., Концепция социального института в социологической теории // Вестник московского университета. Серия 18. Социология и политология. 2012. № 2. - С. 119.

Пожилые в современном мире: институты и дискурсы. Монография / Под ред. Е.И. Холостовой, И.В. Мкртумовой. – М.: ГАУ ИДПО ДТСЗН, 2015. – С. 56.

Российская энциклопедия социальной работы /Под общ. ред. д.и.н., проф. Е.И. Холостовой. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2016. – 1032 с.

Социальные услуги в системе социального обслуживания населения, 2-е изд. Малофеев И.В. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и Ко», 2014. – 176 с.

Система социального обслуживания населения: исторический экскурс и современный взгляд: Монография /Е.И. Холостова, И.В. Малофеев. – М.: ИТК «Дашков и К», 2016., с.6

Философия Герберта Спенсера в сокращенном изложении Г. Коллинза. СПб., 1892. С. 325.

Социальная и реабилитационная работа:
клиентоориентированный подход: сборник статей / Под
общей ред. Е.И. Холостовой; науч. ред. Е.Н. Приступа. – М.:
ИДПО ДТСЗН, 2019. - 187 с.

Государственное автономное учреждение города Москвы
«Институт дополнительного профессионального образования
работников социальной сферы»
КОНТАКТЫ:

Адрес Института:
Москва, 1-й Басманный переулок, дом 10.
Телефоны и факсы:
Отдел по работе с регионами:
(495) 607-75-21; 607-01-72
Учебно-методический отдел:
(495) 607-27-51
Кафедра психологии и педагогики:
(495) 607-49-97; 607-49-97
Кафедра социального управления и экономики:
8(495)607-99-49; 607-25-00
Кафедра социальной и реабилитационной работы
8(495)607-91-90, 8(495)607-91-90
Проектный офис:
8 (495) 607-75-20
Web-сайт: **www.soc-education.ru**
Электронные адреса:
ipk@mos.ru, ipk-dsxn@yandex.ru
Заявки на обучение принимаются:
На сайте **<http://soc-education.ru/>**
кабинет 408 в рабочие дни с 10 до 17 час.
Контактный тел./факс: 8 (495) 607-50-65.