

Министерство образования и науки Российской Федерации

ФГБОУ ВПО «Тульский государственный педагогический
университет им. Л. Н. Толстого»

С. К. Хаидов

СОЦИОКУЛЬТУРНЫЕ ОСНОВЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

Учебное пособие

Тула
Издательство ТГПУ им. Л. Н. Толстого
2014

ББК 60.9я73
X12

Рецензенты:

доктор психологических наук *С. В. Пазухина*
(Тульский государственный педагогический университет
им. Л. Н. Толстого);

кандидат психологических наук *М. А. Басин*
(Тульский государственный педагогический университет
им. Л. Н. Толстого)

Хаидов, С. К.
X12 Социокультурные основы реабилитации инвалидов:
Учеб. пособие / С. К. Хаидов. – Тула: Изд-во Тул. гос. пед.
ун-та им. Л. Н. Толстого, 2014. – 132 с.

ISBN 978-5-87954-861-7

В учебном пособии раскрываются основные понятия социальной реабилитации и ее составляющей – социокультурной реабилитации в системе научного знания. Изложены концептуальные и методологические принципы социокультурной реабилитации инвалидов. Описаны основные методы и методики реализации социокультурной реабилитации инвалидов. Рассмотрены технологии социальной реабилитации отдельных категорий инвалидов.

Пособие включает в себя 3 раздела. Первый раздел раскрывает систему социальной реабилитации инвалидов. Второй раздел посвящен основам социокультурной реабилитации инвалидов. Третий раздел содержит описание социально-бытовой и социально-средовой реабилитации отдельных категорий инвалидов.

Издание предназначено для специальных психологов, дефектологов, социальных педагогов, социальных работников, учителей и родителей, а также студентов, обучающихся по специальностям психологического и социально-педагогического циклов.

ББК 60.9я73

ISBN 978-5-87954-861-7

© С. К. Хаидов, 2014

© ТГПУ им. Л. Н. Толстого, 2014

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. Комплексная и социальная реабилитация индивидов с ограниченными возможностями	4
Тема 1. Социальная реабилитация инвалидов	4
Тема 2. Комплексная система реабилитации детей-инвалидов	26
Тема 3. Понятие реабилитации в специальной психологии	36
Тема 4. Особенности реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья	41
Раздел 2. Основы социокультурной реабилитации инвалидов	59
Тема 1. Понятие «социокультурная реабилитация инвалидов»	59
Тема 2. Индивидуальная социокультурная реабилитация инвалидов	67
Тема 3. Индивидуальная программа социокультурной реабилитации инвалидов	70
Тема 4. Содержание и структура социокультурных технологий	80
Тема 5. Методики социокультурной реабилитации инвалидов	88
Раздел 3. Технологии социальной реабилитации отдельных категорий инвалидов	113
Тема 1. Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата	113
Тема 2. Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями слуха	122
Тема 3. Особенности социальной реабилитации инвалидов с нарушениями зрения	126
Литература	132

А

Раздел 1. КОМПЛЕКСНАЯ И СОЦИАЛЬНАЯ СИСТЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНДИВИДОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Тема 1. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

- 1.1. Социальные ограничения инвалидов.
- 1.2. Модели инвалидности.
- 1.3. Понятие социальной реабилитации.
- 1.4. Принципы социальной реабилитации.
- 1.5. Структура социальной реабилитации.

1.1. Социальные ограничения инвалидов

Содержание процесса реабилитации, зависит от сущности социальных ограничений, от тех барьеров, которые воздвигает перед человеком инвалидность. Социальные ограничения, обусловленные дефектами здоровья, носят комплексный характер и поэтому особенно трудно поддаются компенсации.

Во-первых, это *физическое ограничение*, или изоляция инвалида, с одной стороны, обусловлено либо физическими, либо сенсорными, либо интеллектуально-психическими недостатками, которые мешают ему самостоятельно передвигаться и/или ориентироваться в пространстве. С другой стороны, факторы внешней среды которые могут либо усугубить или, наоборот, компенсировать влияние этих индивидуальных недостатков. В этом аспекте принято говорить не только о без барьерной среде для инвалида, но также о дружественной или недружественной среде (современная городская или промышленная среда может быть недружественной не только к инвалиду, но также к ребенку, пожилому человеку, вообще любому индивиду). Это ограничение влечет за собой многие последствия, осложняющие положение инвалида, и требует принятия специальных мер, устраняющих пространственную, транспортную, бытовую изоляцию инвалида, эмоциональную депривацию и обеспечивающих возможность трудовой адаптации.

Во-вторых – это *трудовая сегрегация*, или *изоляция*, инвалида: патология индивида с ограниченными возможностями приводит к крайне узкому доступу к рабочим местам или вообще исключает эту возможность. В ряде случаев инвалид абсолютно не способен к трудовой деятельности, даже самой простой. Однако в других ситуациях инвалидам представляются (или оказываются доступны) рабочие места, требующие низкой

квалификации, предусматривающие монотонный, стереотипный труд и невысокую заработную плату. Такое положение обусловлено не только (или не столько) ограниченностью их индивидуальных физических или интеллектуальных ресурсов, сколько неразвитым характером рынка труда для лиц с особыми нуждами. В условиях «дикой» рыночной экономики адаптация рабочих мест для таких индивидов рассматривается работодателями как невыгодная и нежелательная.

В тоже время необходимо отметить, что в условиях нашей страны барьер между личностью инвалида и продуктивным трудом может обуславливаться и отсутствием трудовой мотивации с его стороны. По данным отечественных и зарубежных экспертов, трудовая деятельность доступна приблизительно 2/3 всех инвалидов, работает же не более 11 % из них. Это вызвано не столько отсутствием специальных рабочих мест, сколько доминирующей ориентации ей на получение льгот и пособий вместо труда.

В соответствии с этим, третьим барьером в жизни инвалидов выступает *малообеспеченность*, которая является следствием социально-трудовых ограничений: эти люди вынуждены существовать либо на невысокую заработную плату, либо на пособие (которое тоже не может быть достаточным для обеспечения достойного уровня жизни индивида).

В-четвертых, это *пространственно-средовой барьер*. Несмотря на то, что лицо с физическими ограничениями имеет средства передвижения (протез, кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль), сама организация жилой среды и транспорта не является пока дружественной к инвалиду. Недостает оборудования и приспособлений для бытовых процессов, самообслуживания, свободного передвижения. Люди с сенсорными нарушениями испытывают дефицит специальных информационных средств, извещающих о параметрах окружающей среды. Для лиц с интеллектуально-психическими ограничениями отсутствуют возможности ориентироваться в среде, безопасно передвигаться и действовать в ней.

Пятый – это *информационный барьер*, имеющий двусторонний характер. Инвалиды затруднены в получении информации как общего плана, так и имеющей непосредственное значение для них (исчерпывающие сведения о своих функциональных нарушениях, о мерах государственной поддержки инвалидов, о социальных ресурсах их поддержки). Это вызвано и экономическими причинами (например, невозможность купить или отремонтировать телевизионный или радиоприемник, выписать газету), и дефицитом специальных носителей информации (телепередачи с сурдопереводом, книги брайлевского шрифта, кассеты и диски для слепых и т. д.), и неразвитостью современных глобальных информационных систем (типа Интернет) в нашей стране. Задача создания и ведения банка

данных по проблемам инвалидов не решена в полной мере, хотя первые шаги в этой сфере предпринимаются.

Конечно, в структурированной информации могут нуждаться только те инвалиды, которые имеют сохранный или относительно сохранный интеллект, какой-то минимальный уровень способностей к познанию, критической оценке окружающей действительности и к самооценке. Дефицит информации или ее недостаточная насыщенность могут привести к необратимому угасанию интеллектуальных способностей таких лиц.

С другой стороны, существует информационный барьер, который отгораживает общество от инвалида: лицам с ограниченными возможностями гораздо труднее презентовать свои взгляды и позиции, донести до общества свои нужды и интересы. Поэтому могут возникать искаженные представления о потребностях инвалидов, особенностях их личности. На основе таких искаженных представлений возникают предрассудки и фобии, что затрудняет коммуникации между инвалидом и социумом.

Шестой барьер – *эмоциональный*, который тоже является двусторонним, складывающийся из непродуктивных эмоциональных реакций окружающих по поводу инвалида – любопытства, насмешки, неловкости, чувства вины, гиперопеки, страха и т. д. – и фрустрирующих эмоций инвалида: жалость к себе, недоброжелательство по отношению к окружающим, ожидание гиперопеки, стремление обвинить кого-то в своем дефекте, стремление к изоляции и т. д. Это ретардирующий комплекс – затрудняющий социальные контакты в процессе взаимоотношений инвалида и его социальной среды. И сам индивид с ограниченными возможностями, и его ближайшее окружение остро нуждаются в том, чтобы эмоциональный фон их взаимоотношений был нормализован.

Седьмой барьер – *коммуникативный*, который носит комплексный характер, обусловленный кумуляцией действия всех вышеперечисленных ограничений, деформирующих личность человека. Нарушение общения, одна из наиболее трудных социальных проблем инвалидов, является следствием и физических ограничений, и эмоциональной защитной самоизоляции, и выпадения из трудового коллектива, и дефицита привычной информации. Отсюда закономерность – восстановление нормальных для возраста и социального статуса коммуникаций является одной из наиболее нагруженных целей социальной реабилитации инвалида.

1.2. Модели инвалидности

Сущность и содержание социальной реабилитации в значительной мере зависит от того, как понимают инвалидность ведущие субъекты это-

го процесса, из каких идейно-методических оснований исходят. Господствовавшая прежде *медицинская модель* инвалидности исходила из ведущей роли медицины в лечении дефекта, рассматривая инвалида как пациента. Реабилитация, таким образом, рассматривается исключительно с одной стороны – со стороны восстановления трудовых возможностей. В этой связи в общественном сознании понятия «инвалидность» и «нетрудоспособность» воспринимаются как равнозначные и взаимозаменяющие термины. Необходимость опровержения такого подхода привела к появлению в научном обороте и распространению в литературе наряду с медицинской моделью инвалидности такого понятия, как «*социальная модель инвалидности*».

Такой аспект рассмотрения проблемы исходит не из неизбежно ограниченного перечня болезней, нарушений и патологий, перечисляемых нормативными документами, а из факта наличия и степени утраты способности к социальному функционированию привычного, «нормального» для данного общества характера и уровня. Соответственно решение проблем, связанных с инвалидностью, предполагается осуществлять в первую очередь через оказание помощи лицам с функциональными нарушениями, создание системы учреждений социального обслуживания, как комплексных, так и специализированных. Подобные учреждения должны быть доступны для населения территориально, по набору предлагаемых услуг, по условиям своей деятельности – бесплатность оказания услуг нередко является для их клиентов жизненно важным фактором.

Специализированные учебные заведения для детей-инвалидов также являются отражением социальной модели – образовательная служба «подтягивает» детей к себе, не имея возможности предоставить образовательные услуги на дому каждому нуждающемуся. В последнее время получает также распространение понятие «*политико-правовая модель инвалидности*». В соответствии с ней люди, имеющие инвалидность, рассматриваются как социальное меньшинство (minority), права и свободы которого ущемляются посредством внешних ограничений: недоступностью архитектурной среды, замкнутым кругом общения, ограниченным доступом к участию во всех аспектах жизни общества, к информации и средствам коммуникации, культуре и спорту.

Содержание данной модели определяет следующий подход к решению проблем инвалидности: равные права человека, имеющего инвалидность, на участие во всех аспектах жизни общества должны быть закреплены законодательством, реализованы через стандартизацию положений и правил во всех сферах жизнедеятельности человека и обеспечены равными возможностями, создаваемыми социальной структурой. Данная модель инвалидности ориентирует общество на защиту особых прав ин-

валидов точно так же, как подобное отношение должно быть гарантировано каждой отдельной социальной группе с особыми нуждами.

В программные документы общественных инвалидных движений, основанных на принципах философии независимой жизни, включается также *модель культурного плюрализма*. Основной акцент здесь делается на понятии равенства: все аспекты жизни общества должны быть одинаково доступны для всех членов общества вне зависимости от их отличий от других.

Утверждение понятия «лицо с ограниченными возможностями» находится также в русле этих изменений объема и сущности представлений общества об инвалидности, правах и особенностях инвалидов. Подобный термин свидетельствует о том, что нет жесткой связи между юридической фиксацией инвалидности, всегда неизбежно ограниченной в силу финансово-экономических лимитов, и действительными дефицитами сил, здоровья, социальных и личных ресурсов, которые препятствуют индивиду (иногда и его ближайшему социальному окружению) нормально жить и развиваться в обществе. Если проанализировать список заболеваний, дающих право на установление инвалидности, и сопутствующие этому льготы, становится ясно, что целый ряд состояний, объективно препятствующих социальному функционированию индивида, находится за рамками этого перечня. Недаром, например, в практике социально-реабилитационных учреждений для детей-инвалидов, как правило, не проводится жесткая селекция несовершеннолетних клиентов по типу патологии, а принимаются на обслуживание также ослабленные и часто болеющие дети, дети группы социального риска или же социально и педагогически запущенные.

Ограничение возможностей иногда трактуется как неудовлетворенность «особых нужд» инвалидов, что приводит к их социальному исключению (*social exclusion*). Этой проблеме было уделено большое внимание в ходе проходившего в 1998 г. Объединенного всемирного конгресса Международной федерации социальных работников и Международной ассоциации школ социальной работы. Однако в теоретико-методологическом смысле *каждое лицо* имеет те или иные отклонения от среднестатистической нормы и за счет этого именно и является самостоятельной, отличной от других личностью. Поэтому, в сущности, каждое такое отличие может явиться причиной для социального исключения, и истории известны такие примеры, когда люди подвергались дискриминации за цвет кожи, длину волос, особенности одежды или характер мировоззрения. Таким образом, практически каждый индивид имеет те или иные *особые* нужды, к которым общество должно приспосабливать свои внешние условия.

Однако осуществить это невозможно, так как особые нужды одних индивидов могут противоречить столь же особым нуждам других. С точ-

ки зрения экономических, организационных и прочих ресурсов крайне затруднительно адаптировать социальные условия к требованиям каждой непохожей личности. Вся социальная жизнь организуется как непрерывный процесс компромиссов в организации функционирования между личностью и социумом, индивидом, группой и обществом. При этом уважение прав личности предусматривает в то же время признание определенных прав общности.

Особые нужды инвалидов являются в полной мере «особыми», специфическими отклонениями от количественной нормы. Их особенность состоит в том, что в большинстве случаев сами инвалиды не могут в должной мере адаптироваться к условиям жизнедеятельности по причинам своих физических, интеллектуальных или психических дефектов. Необеспеченность инвалидов необходимым и качественным специальным оборудованием, медикаментами, материальной, социальной, психологической и юридической помощью резко сужает возможности их нормальной жизнедеятельности и полноценной интеграции в общественную среду.

В данном случае общество обязано прибегнуть к определенному неравенству, чтобы компенсировать таким образом инвалидам их дефекты здоровья и обеспечить максимально возможное равенство для них.

1.3. Понятие социальной реабилитации

Сущность реабилитации – не только (или не столько) восстановление здоровья, сколько восстановление (или создание) возможностей для социального функционирования при том состоянии здоровья, которым после излечения располагает инвалид. Таким образом, инвалидность трактуется как проблема не столько медицинская, сколько социальная. Лечение болезни, коррекция нарушения, медицинская компенсация дефекта имеют свои границы. В то же время люди, не являющиеся инвалидами, также отличаются по своим физическим возможностям, уровню физической силы, быстроте реакции, интеллектуальным способностям и т. д. Цель общества – максимально полно обеспечить возможность для всех людей, с их специфическими, в том числе ограниченными, возможностями социальное функционирование и развитие. Люди сильного личностного потенциала добиваются этого самостоятельно. Более слабые индивиды в процессе развития компенсируют уязвимые стороны своей личности, нуждаясь иногда в помощи.

Лица, утратившие здоровье или не имевшие его, нуждаются в социальной реабилитации, осуществляемой с профессиональной помощью специалистов по реабилитологии или социальной работе, так как степень их дефекта требует особенно обширных ресурсов компенсации. При по-

мощи последовательной системы мер может быть достигнуто не только уменьшение воздействия инвалидирующих факторов и условий, но и создание возможностей для инвалидов достичь социальной интеграции, адаптироваться к жизни в обществе. Выражаясь обобщенно, необходимо создавать возможность для инвалидов жить счастливыми и находить удовлетворение в своей жизнедеятельности.

Для осуществления этой специальной деятельности общества в отношении лиц с ограниченными возможностями создаются структуры, реализующие их социальную защиту. Под социальной защитой инвалидов понимается система гарантированных государством экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Содержание реабилитации рассматривается как «процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма». Цель реабилитации – «восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация». К сожалению, в современных условиях именно эта социальная цель встречает наибольшие трудности, так как кризис трудовой сферы, отсутствие трудовой мотивации и возможностей трудовой самообеспеченности ведут к предпочтению в ряде случаев статуса иждивенца, получателя пособий. В ситуации, когда вполне здоровые и работоспособные люди не всегда могут обеспечить за счет собственного труда себя и свою семью, пенсии и пособия инвалидов могут быть единственным вариантом приобретения средств к жизни.

Однако социальная реабилитация не должна быть направлена на то, чтобы сформировать иждивенца, довольствующегося (и довольного) социальным статусом получателя пособия. Весь комплекс мероприятий социальной реабилитации направлен на восстановление и развитие активного социального субъекта, личности, способной к волевым усилиям, трудовой мотивации, саморазвитию.

В этом аспекте нужно констатировать, что больные, получившие травму, люди с нарушенными функциями являются не только объектом реабилитационного процесса. Они должны являться и признаваться полноправными участниками этой деятельности, субъектом социальной реабилитации, успех которой в значительной мере зависит от степени глубины их установки на восстановление действенной социальной роли, а