

КИРИЛЮК ОЛЬГА МИХАЙЛОВНА

кандидат социологических наук, старший преподаватель кафедры теории и практики социальной работы Санкт-Петербургского государственного университета сервиса и экономики

CYRILYUC O.

Ph. D, lecturer St. Petersburg state university of service and economics

**СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КАК СПОСОБ СОЦИАЛЬНОЙ ИНТЕГРАЦИИ
ИНВАЛИДОВ В ОБЩЕСТВО**

**SOCIAL REHABILITATION AS A MEAN OF INVALIDS SOCIAL INTEGRATION IN
SOCIETY**

АННОТАЦИЯ: В статье изложены ключевые вопросы социальной реабилитации инвалидов. Внимание к этим вопросам способствует развитию профессиональной сферы социальной работы.

ABSTRACT: There are key questions of invalids social rehabilitation in article. Attention to these questions promotes to development of professional sphere of social work.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: инвалидность, ограничение возможностей, модели инвалидности, инвалид, реабилитация, уровни процесса социальной реабилитации, реабилитационные модели, формы организации реабилитационного процесса и взаимодействия профессионалов и родителей, индивидуальная программа реабилитации, фазы программы.

KEY WORDS: physical inability, restriction of opportunities, models of physical inability, the invalid, rehabilitation, levels process of social rehabilitation, rehabilitation models, forms of the organization rehabilitation process and interaction professionals and parents, the individual program of rehabilitation, a phase of the program.

Определение понятий, связанных с инвалидностью, представляет важнейшую проблему как в аспекте социальной политики, так и с методологической точки зрения. В настоящее время идут дискуссии по поводу того, какой термин наиболее приемлем по отношению к людям, имеющим инвалидность. В течение последних десятилетий международными организациями (Организация Объединенных Наций, Всемирная организация здравоохранения, Международное общество по восстановлению трудоспособности), при участии ассоциаций инвалидов, была проделана большая работа по упорядочению международной терминологии и исключению из повседневного употребления дискриминирующих терминов, таких как «калеки», «неполноценные», «дефективные» и т.п. Однако до сих пор нет единого мнения в вопросе унификации определения понятий «инвалидность» и «ограничение возможностей». Так, под ограниченностью функций организма, мы понимаем любую утрату психической, физиологической или анатомической структуры, функции или отклонение от нее. Под инвалидностью - уменьшение или отсутствие способности осуществлять деятельность, которая считается нормальной в обществе (например, думать, слушать, видеть, говорить, ходить). Ограничение

возможностей означает для личности социальный ущерб, полученный в результате ограниченности функций организма или инвалидности, который препятствует возможности выполнять роль, считающуюся нормальной (в зависимости от возрастных, половых, социальных и культурных факторов).

Необходимо подчеркнуть, что для социологического анализа важным является выделение социальных факторов в качестве причин ограничения возможностей. Так, Союз инвалидов против изоляции рассматривает инвалидность как социальное явление и определяет его как снижение или ограничение социальной активности, вызванное организацией общества. В основе ограничений лежит господствующая в обществе ценность нормальности, предполагающая обязательность «нормальности» функционирования организма и психических функций в медицинском, функциональном или экономическом аспектах.

Инвалидность является следствием ограниченности функций организма, однако возможности инвалидов не всегда ограничены. На наш взгляд, ограничение возможностей индивида носит процессуальный характер и зависит в основном от средовых факторов, поэтому наиболее адекватным и правильным, по нашему мнению, является следую-

щее определение: ограничение возможностей - это процесс, когда в результате нарушения телосложения, функций организма или условий окружающей среды, деятельность человека или функционирование его органов становится затруднительным или невозможным; в качестве причины ограничения возможностей может выступать неприспособленность окружающей среды для социализации личности, например, недостаток или несовершенство образовательных программ, медицинских, социальных услуг и т.п.

Следует отметить, что ограниченность возможностей выступает как характеристика инвалидности, носящая в первую очередь социальный характер, и задача по преодолению средовых ограничений является общей задачей общества. Ограничение возможностей неминуемо приводит к недостатку экономических и эмоциональных опор, являющихся базисными основами человеческого опыта.

При несоответствии нормам, принятым в данном обществе, люди, с точки зрения общепринятых взглядов, приобретают ярлык, стигму. Человеческое общество в любой период своего развития не могло безразлично относиться к людям, отклоняющимся от принятых социальных норм во взаимодействии с окружающими. Люди с отклонениями в развитии существуют в любой культуре и при любом социальном порядке, поэтому их нетипичность можно считать универсальным явлением. На современном этапе развития общества отношение к этому явлению означает не телесное, а скорее социальное приравнивание человеку атрибутов позора и бесчестия.

Будем считать типичным человека, который имеет внешний вид, поведение, состояние здоровья, соответствующие системе норм, принятых в той культуре, к которой он относится. Нетипичным считается человек, чье психическое или физическое развитие отличается от принятой нормы. Несомненно, под это определение попадают дети с отклонениями в развитии - дети-инвалиды. Проблемы с их развитием и жизнедеятельностью в обществе на сегодняшний день являются актуальными.

В течение последних десятков лет в результате кардинальных преобразований в российском обществе произошли значительные изменения как в практике реабилитации, так и в социальной политике в отношении инвалидов. В стране приняты законодательные акты, направленные на социальную поддержку этой категории населения. Однако, как правило, подобные документы недостаточно учитывают роль социального окружения в формировании ограничения возможностей инвалидов. В настоящее время существуют пять моделей инвалидности, от которых зависит использование этого понятия. В рамках *медицинской модели* инвалидность определяется как долговременное нарушение или хроническое состояние, которое затрудняет ежедневную активность. Данная модель рассматривает всех людей с инвалидностью как «больных».

Модель функциональной ограниченности описывает инвалидность как неспособность лица выполнять те или иные функции наряду со здоровыми людьми. Именно медицинская и функциональная

концепции определения инвалидности являются сегодня в России чаще используемыми для проведения медико-социальной экспертизы и определения потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты. При этом обе модели игнорируют роль социальных барьеров и ограничений возможностей, то есть доступ к системе социальной помощи остается зависим от наличия ярлыка «инвалид», акцентируя отличие человека, имеющего инвалидность, от других «нормальных» людей.

С точки зрения *экономической модели* инвалидами считаются лица, неспособные работать с такой нагрузкой, как здоровые, или неспособные работать вообще. Здесь инвалидность выступает как неспособность поддерживать экономическую независимость, ведет к зависимости от окружающих и от государства.

Административная (абилитационная, реабилитационная) модель инвалидности ориентирована, прежде всего, на создание и развитие систем поддержки — специализированных учреждений, организаций социального обучения, трудоустройства, социального обслуживания инвалидов, однако решения здесь принимаются работниками социальных служб, педагогами, врачами, но не самими инвалидами.

Согласно *социальной (психосоциальной) модели* инвалидность рассматривается как производная от ограниченности функций организма, но предполагается, что инвалидность превращается в ограниченность возможностей в результате неадекватности физического и социального окружения потребностям инвалидов. В этой модели исследуются проблемы инвалида, группы, семьи в контексте формирования их отношений с социальным окружением, в котором одной из важнейших структурных характеристик выступает фактор культуры. Социальная модель основана на понимании ограниченности возможностей инвалидов как проблемы, за которую несет ответственность все общество, в связи с этим большое значение приобретает работа по изменению социального отношения к инвалидности.

Никакой процесс социальной реабилитации, никакая система социальной помощи не актуальны и заранее обречены остаться только благими намерениями без формирования справедливого социального отношения общества к инвалидам. Формирование адекватной государственной социальной политики - это цель процесса социальной реабилитации, политики признания человеческого достоинства и прав инвалидов.

В контексте гуманистической концепции инвалиды рассматриваются как равноправные субъекты социального взаимодействия, при этом общество должно предоставить для них возможность наиболее полноценного участия во всех сферах жизни и видах социальной активности. Для всех людей, имеющих инвалидность, процесс выравнивания возможностей означает свободу выбора, включенность и участие в жизни общества, что в конечном итоге означает признание их права на уважение человеческого достоинства. Концепция независимой жизни рассматривает проблемы инвалида в свете его гражданских прав, а не с точки зрения его пато-

логии и ориентируется на устранение физических и психологических барьеров в окружающей среде.

В процессе реабилитации на разных уровнях затрагиваются социальные структуры, которые в той или иной мере действуют на инвалида. На микроуровне социальной реабилитации инвалид рассматривается во взаимодействии с социальным окружением, прежде всего с семьей. Основной функцией этого уровня является развитие коммуникативных навыков и помощь в осознании своей субъективности. На мезоуровне целью реабилитации является специальное обучение и профессиональное физическое оздоровление инвалида. Ее осуществляют институты образования, социальной работы и медицинские учреждения. На макроуровне целью осуществления социальной политики государством выступает социальная адаптация и эффективная интеграция инвалидов в общество. Все эти три уровня процесса социальной реабилитации непосредственно взаимосвязаны, но мезоуровень становится приоритетным в реализации социально-реабилитационной работы, поскольку оказывает наибольшее воздействие как на макро-, так и на микро уровнях.

Координация деятельности всех ресурсных систем и реабилитационных услуг является основной задачей института социальной работы в процессе социальной реабилитации инвалидов. Концептуальная модель социальной работы с инвалидами предполагает создание целостной ресурсной системы, элементами которой могут быть как уже имеющиеся системы социальной поддержки, так и вновь созданные.

Следует отдельно акцентировать внимание на то, что в теории реабилитации инвалидов выделяются несколько реабилитационных моделей, которые предполагают соответствующие формы организации реабилитационного процесса и взаимодействия профессионалов:

1. Экспертная реабилитация — здесь профессионал работает с конкретной проблемой и его взаимодействие предполагается в форме мультидисциплинарного подхода, когда разные специалисты проводят диагностику и представляют рекомендации с точки зрения своей дисциплины.

Хотя мультидисциплинарный подход обеспечивает получение более полной картины ситуации развития, потребностей и ресурсов инвалида, чем действия одного профессионала, однако в рамках данного подхода не делается акцент на интеграцию различных направлений процесса реабилитации (медицинской, психологической, социальной и других). Поэтому конечным результатом такого подхода, как правило, является ситуация, когда семья вынуждена сама рассортировывать, осознавать и собирать вместе разрозненную информацию и рекомендации.

2. Клиент-центрированная реабилитация — профессионал работает с личностью клиента, которая рассматривается в рамках этой модели на различных уровнях. В связи с этим возникает необходимость учета мнений различных профессионалов. Интердисциплинарный подход в организации взаимодействия профессионалов предполагает ко-

операцию и перекрытие различных направлений процесса реабилитации. С этой целью члены интердисциплинарной «команды» собираются для обмена информацией и результатами наблюдений, но каждый из них находится в пределах своего направления во время самого процесса диагностики. Для подобной модели характерно отсутствие дуближа и фрагментарности в диагностике, что, несомненно, является положительной стороной интердисциплинарного подхода.

3. Центрированная на окружении реабилитация — в процесс реабилитации включаются члены семьи и другие люди из непосредственного окружения инвалида. Взаимодействие профессионалов осуществляется в рамках трансдисциплинарного подхода. Его специфика заключается в объединении различных направлений процесса реабилитации в единое целое, на основе тренинга профессионалов в смежных направлениях. Это не предполагает, что одно направление будет подменять другое, «команда» собирается с целью совмещения точек зрения различных направлений.

Целеориентированная реабилитация предполагает разработку индивидуальной программы реабилитации на основе анализа потребностей и ресурсов инвалида и его семьи, выделения основных целей реабилитационного воздействия, определения ожидаемых результатов реабилитации, стратегий и методов, длительности процесса. Такая форма реабилитационного воздействия является оптимальной для координации и достижения целей реабилитационного процесса на основе индивидуального подхода к инвалиду.

Координация услуг исходит из практики ориентации на семью, члены семьи должны включаться во все аспекты планирования и организации реабилитационного процесса. При этом координатором услуг может быть любой специалист, работающий в команде профессионалов. Это также может быть родитель, прошедший специальную подготовку. Координация услуг предполагает сотрудничество между членами семьи и профессионалами, объединение различных специалистов для оказания помощи инвалиду.

Согласно Закону «О социальной защите инвалидов» разработка индивидуальной программы реабилитации является обязательным элементом в процессе социальной реабилитации, данная программа представляет собой комплекс мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации реабилитационных мер. При описании этого процесса, необходимо выделить следующие фазы:

1. Фаза ориентации. На этом этапе важная роль принадлежит координатору услуг. После установления контакта семьи с реабилитационной службой координатор услуг знакомит инвалида и членов его семьи с информацией о предоставляемых услугах, устанавливает потребности инвалида и его семьи. Затем команда специалистов решает, какие реабилитационные услуги необходимы инвалиду.

2. Диагностика — процесс сбора специалистами данных о способностях и возможностях инвалида, который осуществляется с помощью интервью с

родителями или людьми, близко знающими инвалида. Кроме того, инвалид может подвергаться обследованию с помощью различных тестов, наблюдения и других диагностических методик.

3. Фаза планирования. Определение потребностей семьи, приоритетов, ресурсов. Вместе с родителями координатор услуг определяет финансовые, физические ресурсы, наличие поддержки со стороны членов семьи, друзей.

4. Фаза реализации программы. На этом этапе происходит выполнение намеченных мероприятий. Контроль, как правило, осуществляется координатором услуг, при этом проводится оценка и сравнение фактических и ожидаемых результатов реабилитации. Заключительное обсуждение проводится

с целью подведения итогов, окончательной оценки степени эффективности программы, на этом же этапе осуществляется перспективное планирование, корректировка программы с уточненными целями процесса социальной реабилитации.

При реализации реабилитационных мероприятий в отношении инвалида координатор услуг должен осуществлять мониторинг выполнения реабилитационных услуг. Предполагается, что на любом этапе реабилитации индивидуальный план может быть изменен и скорректирован. Тем самым обеспечивается равенство возможностей, являющееся центральным элементом социально-реабилитационного воздействия на инвалида.

-
1. *Аникеева Н.С.* Социальное обслуживание населения: словарь-справочник. – Хабаровск: Изд-во ДВГУПС, 2005. – 79 с.
 2. *Блинков Ю.А., Ткаченко В.С., Клушина Н.П.* Медико-социальная экспертиза лиц с ограниченными возможностями. – Ростов-на-Дону: «Феникс», 2002. – 320 с.
 3. Словарь-справочник по социальной работе. – М.: Юрист, 2000. – 424 с.
 4. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ
 5. *Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К.* Социальная работа с инвалидами. – СПб.: Питер, 2004. – 316 с.