

**Министерство социальной политики Свердловской области
Государственное автономное учреждение Свердловской области
«Областной центр реабилитации инвалидов»**



**Региональная система комплексной
реабилитации и абилитации инвалидов:
опыт межведомственного взаимодействия,
инновации, технологии**

Материалы I научно-практической конференции
с международным участием
28 – 30 сентября 2017 г.

Екатеринбург
2017

УДК 364.02; 364.04; 364.07

159.93; 159.94; 159.99

376.3; 376.3

ББК 65.9.27

Региональная система комплексной реабилитации и абилитации инвалидов: опыт межведомственного взаимодействия, инновации, технологии: материалы I научно-практической конференции с международным участием (28 – 30 сентября 2017 г.) / Ответственные редакторы: д. мед.н. О.А.Львова, д.психол.н. Е.Р.Исаева. – Екатеринбург, 2017. – 176 с.

В сборнике представлены материалы докладов, в которых отражены основные направления реабилитации и предложены технологии, методики и методы реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов. Участники конференции, авторы статей, являются практическими специалистами организаций и учреждений разной ведомственной подчиненности, оказывающие реабилитационные услуги, а также ведущими преподавателями различных высших учебных заведений России, а также ближнего (республика Беларусь) и дальнего зарубежья (Никарагуа), разрабатывающие инновационные технологии реабилитации и абилитации инвалидов. В сборнике раскрываются механизмы формирования и осуществления межведомственного взаимодействия государственных реабилитационных учреждений и организаций различной ведомственной принадлежности.

Печатается в авторской редакции.

© Авторы

**ВОСПРИЯТИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА С ПОЗИЦИИ
СПЕЦИАЛИСТОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ
УСЛУГИ**

С 1 сентября 2015 г. в 13 субъектах Российской Федерации началась реализация Пилотного проекта «Развитие системы медицинской реабилитации в Российской Федерации» в соответствии с Государственной программой развития здравоохранения до 2020 г. А в 2017 году Минтрудом России в рамках государственной программы «Доступная среда» на 2011-2027 годы запущен Пилотный проект по формированию в России комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов. В основе обоих проектов лежит внедрение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) в России.

МКФ рассматривает состояние здоровья индивида с точки зрения универсальной шкалы здоровья, включающей в себя составляющие функционирования и ограничения жизнедеятельности и составляющие контекстовых факторов. Такой подход позволяет комплексно оценить состояние каждого получателя социальных услуг. Опираясь на этот подход, сотрудники ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» считают необходимым разрабатывать для каждого получателя социальных услуг индивидуальный реабилитационный маршрут с учетом имеющихся у него ограничений жизнедеятельности, контекстовых факторов среды и личностных факторов. При этом также необходимо учитывать цели, которые ставит для себя сам получатель социальных услуг.

При поступлении в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» на курс реабилитации каждый получатель социальных услуг общается со специалистами мультидисциплинарной бригады, среди которых есть и

медицинский психолог, проводящий психодиагностическое обследование. Это обследование состоит из определения реабилитационного потенциала (методика «Реабилитационный потенциал личности» И.Ю.Кулагиной, Л.В.Сенкевич) и ситуативного теста, отражающего эмоциональное состояние получателя социальных услуг. Сначала в качестве ситуативного теста использовался опросник «Самочувствие, активность, настроение» (САН). Однако, в связи с тем, что примерно треть всех получателей социальных услуг испытывали затруднения с пониманием прилагательных, обозначающих полярные состояния, а также ввиду продолжительности данной методики, было решено заменить ее на методику «Цветовой тест отношений (ЦТО)» А. М. Эткинда, где в качестве ключевых понятий были выбраны: «Я», «Болезнь», «Реабилитация», «Эмоциональное состояние».

Ведущее ограничение жизнедеятельности может быть определено по разным критериям, в т.ч. по критерию нарушения функций организма (заболеваний получателя социальных услуг), из тех ограничений жизнедеятельности, которые указаны у получателя социальных услуг в индивидуальной программе реабилитации и абилитации (ИПРА) (при ее наличии), из тех целей, которые ставил для себя получатель социальных услуг, и которые поставил специалист по результатам беседы и психодиагностического исследования.

Основные ограничения жизнедеятельности, с которыми обращались в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» получатели социальных услуг, это ограничение способности к передвижению и ограничение способности к самообслуживанию (46,4% и 38,7% соответственно). Среди лиц, поступивших на реабилитацию, также есть люди, которые не имеют ограничений жизнедеятельности (пенсионеры, не имеющие группы инвалидности, лица, сопровождающие инвалидов 1 группы) – 30,1%.

Чаще всего (78,4%) получатели социальных услуг обозначают в качестве своих целей: «снять боль», «вылечиться», «поправить здоровье». Данная цель не может рассматриваться как корректная, так как ГАУ

«Областной центр реабилитации инвалидов» не является лечебным учреждением. Но эта цель может быть учтена при выстраивании индивидуального реабилитационного маршрута в качестве одной из задач для отделения социально-медицинских услуг.

В 19,1% случаев получатели социальных услуг обозначают в качестве своей цели «отдохнуть», «отвлечься от проблем», «посетить культурно-массовые мероприятия». Данные цели очень легко учесть при разработке индивидуального реабилитационного маршрута в случае отсутствия у получателя социальных услуг ограничений жизнедеятельности. Но если имеются ограничение способности к передвижению, ограничение способности к самообслуживанию, ограничение способности к ориентации, то такая цель может быть рассмотрена только как компонент контекста, для решения вопроса о социокультурной реабилитации.

Иногда (28,6%), в основном молодые получатели социальных услуг, указывают в качестве своей цели работу со своим телом («улучшить работу мышц», «улучшить функционирование суставов», «встать на ноги», «освободиться от технических средств реабилитации»). Как правило, такую цель озвучивают получатели социальных услуг, имеющие ограничение способности к передвижению и использующие либо костыли, либо кресло-коляску. Эта цель хорошо трансформируется в общую реабилитационную цель «улучшить передвижение», однако, она не всегда бывает адекватна нарушению функции организма. Иными словами, получатель социальных услуг в ряде случаев не может смириться со своим диагнозом, бросает все ресурсы своего организма на попытки вернуться к стереотипному положению «до болезни», игнорируя другие реабилитационные мероприятия, призванные адаптировать его к новым условиям жизни «с болезнью».

Психодиагностическое обследование получателей социальных услуг для определения реабилитационного потенциала выявило у 13% клиентов низкий показатель мотивационного компонента. Чаще всего это наблюдается

у клиентов, являющихся инвалидами с детства, у клиентов с когнитивными нарушениями и у клиентов с депрессивными состояниями. В рамках работы с такими получателями социальных услуг ставится задача отделению социально-психологической реабилитации «повысить мотивацию на реабилитационный процесс». Однако работа по повышению мотивации требует времени, а реабилитационный курс в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» составляет всего 14 календарных дней. Поэтому не удастся достигнуть сколько-нибудь весомых результатов реабилитации, способных поддержать мотивацию на реабилитационный процесс у клиентов, а когда они возвращаются в привычную для себя среду, мотивация вновь снижается.

Используемый в работе с получателями социальных услуг опросник «САН» показал, что для части клиентов (35,3%) ряд прилагательных, используемых для определения полярных состояний, сложен для понимания. К таким определениям можно отнести: «Изнуренный», «Восторженный», «Унылый», «Разбитый», «Бездеятельный», «Оптимистичный», «Пессимистичный» и «Обессиленный». Данные прилагательные приходилось пояснять с использованием синонимов или примеров из литературы. Также вызывали сложности такие полярные утверждения «Чувствую себя сильным» – «Чувствую себя слабым» (клиенты уточняли, имеется ли в виду физическая сила или духовная), «Желание отдохнуть» – «Желание работать» (частая реакция клиентов: «Я же не работаю!»), «Соображать трудно» – «Соображать легко» (данная полярность рассматривалась не в контексте текущего состояния, а как маркер болезни). При проведении данной психодиагностической методики, по нашему опыту, постоянно приходилось напоминать, что необходимо оценивать себя «здесь и сейчас», а не «бывает так, а бывает иначе». Продолжительность методики иногда вызывала раздражение у получателей социальных услуг, что сказывалось на ее результатах. Поэтому опросник «САН» был заменен методику «Цветовой тест отношений (ЦТО)» А. М. Эткинда.

Методика «ЦТО» является проективной методикой, что снизило негативные проявления со стороны получателей социальных услуг (многие из них воспринимают эту методику как игру, спрашивая после ее проведения о значении своего выбора). Тот факт, что клиенту не приходится разбираться со сложными для него понятиями, уменьшил время на прохождение психодиагностических процедур. Единственная сложность при проведении данной методики возникает у клиентов, которым не знакомо значение слова «ассоциировать». Для пояснения данного понятия используется формулировка: «Карандаш какого цвета (из предложенных) Вы бы взяли, чтобы нарисовать себя (болезнь, реабилитацию, свое настроение сейчас)».

Из наиболее частых ответов получателей социальных услуг можно отметить определение болезни как черной, а реабилитации как желтой, что косвенно свидетельствует о сложностях принятия собственной болезни и связанных с ней ограничений, а также о нежелании принимать на себя ответственность за собственный реабилитационный процесс.

Подводя итоги, хотелось бы отметить, что процесс формирования индивидуального реабилитационного маршрута для получателя социальных услуг – процесс творческий, требующий учета большого количества различных, не всегда сочетающихся между собой, факторов.

Бакшутова Е.В., Рогачева Т.В., Прожога Н.С.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

РОЛЬ МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ В ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ДИАГНОСТИКИ

В настоящее время в Российской Федерации идет активная работа по формированию модели межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе, детей-инвалидов. Если рассматривать реабилитацию как длительный процесс, то основная нагрузка ложится на специалистов, разрабатывающих реабилитационный маршрут

каждому клиенту/пациенту. В каждом ведомстве – это специалисты с разным профессиональным образованием.

Существует несколько моделей оценки результатов реабилитации как восстановления и/или компенсации тех ограничений жизнедеятельности инвалида, по которым определен его статус. В данной статье предлагается к обсуждению модель, разработанная и апробированная в ГАУ СО «Областной центр реабилитации инвалидов».

Для апробации модели было создано отделение реабилитационной диагностики и мониторинга, главными задачами которого выступают, во-первых, обеспечение выявления клинико-психологических характеристик (ведущих и сопутствующих ограничений жизнедеятельности, потребностей клиентов, реабилитационного потенциала, уровня мотивированности на социальную реабилитацию) инвалида, во-вторых, формулировка цели курса социальной реабилитации и, в соответствии с целью - определение реабилитационного маршрута инвалида, в-третьих, оценка результативности реабилитационного процесса.

В состав отделения входят как врачи разных специальностей (терапевты, врачи ЛФК, физиотерапевты), так и медицинские психологи. Другими словами, реабилитационный маршрут выстраивается силами мультидисциплинарной бригады, оказывающей реабилитационные и абилитационные услуги с учетом единого подхода к осуществлению реабилитационных мероприятий. Такие мультидисциплинарные бригады успешно работают как в российском здравоохранении, так и в других странах, например, в Великобритании.

Деятельность таких бригад в сфере социальной политики обеспечена нормативными правовыми документами, в частности Конвенцией о правах инвалидов [1], Федеральными законами [2; 3], а также Государственной программой Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы [4].

Основной функцией мультидисциплинарной бригады выступает разработка реабилитационного маршрута инвалида в соответствии с ведущим ограничением его жизнедеятельности. В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации" такая бригада «объединяет специалистов, оказывающих помощь в реабилитации и работающих как единая команда (бригада) с четкой согласованностью и координированностью действий, что обеспечивает целенаправленный подход в реализации задач реабилитации» [6].

Следовательно, реабилитационный маршрут и сам реабилитационный процесс могут быть определены только исходя из психодиагностического обследования, проводимого медицинским (клиническим) психологом. Специальность «медицинская психология» выступает самостоятельной и междисциплинарной научной дисциплиной, и, как отмечали Л.И.Вассерман, Е.А.Трофимова и О.Ю.Щелкова, «является одновременно весьма важной областью медицинской теории и практики, решающей задачи формирования личностного подхода в диагностике, лечении, профилактике и реабилитации» [8, с.8-9]. Психологическая диагностика, выступая первичной задачей при выстраивании реабилитационного маршрута клиента, понимается как «системная деятельность клинического психолога, имеющая этапы, методологию, методы и инструментарий» [18, с. 347]. Этапы реабилитационной диагностики определяет как раз клинический психолог, т.к. именно он определяет реабилитационный потенциал клиента и наличие-отсутствие мотивированности на реабилитацию.

Понятие «реабилитационный потенциал» впервые в нормативно-законодательных документах появляется в Постановлении Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 [5], где в пункте 3 указано, что «Медико-социальная экспертиза проводится для установления структуры и степени ограничения жизнедеятельности гражданина и его реабилитационного потенциала». При этом сам реабилитационный потенциал, как и собственно процесс

реабилитации, рассматривается как системное, комплексное, целостное образование.

Впервые понятие «реабилитационный потенциал» ввели в научный дискурс в 1973 году В.П.Белов, И.Н.Ефимов и В. А. Вечканов. Данные авторы понимали под реабилитационным потенциалом «комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, которые составляют основу ресоциализации больного» [7,с.22]. М.В.Коробов рассматривал реабилитационный потенциал как «возможности больного человека в определенных условиях при содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие биологические и социально-психологические резервы мобилизации реституционных, компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов, лежащих в основе восстановления его нарушенного здоровья, трудоспособности, личного статуса и положения в обществе» [11, с. 36].

Содержательную сторону понятия "реабилитационный потенциал" уточняет в своих работах Р. М. Войтенко [9], который в определенной степени конкретизирует структуру биологических (на уровне организма) и личностных факторов, выделяя три уровня: организма, личности и индивида (человека).

Следовательно, реабилитационный потенциал инвалида - показатель, оценивающий на основе комплекса медицинских, психологических и социальных факторов реальные возможности восстановления нарушенных функций и способностей организма, в том числе участия личности в профессиональной деятельности. Оценка реабилитационного потенциала должна учитывать возможности обратимости и (или) компенсируемости функциональных нарушений, психологическую готовность инвалида к реабилитации, наличие и степень выраженности сопутствующих заболеваний, возможности компенсации патологии при помощи технических средств, а также возможность сохранения имеющегося уровня патологии при прогрессирующем течении процесса. Данное определение базируется на

комплексной оценке 3-х групп факторов: медицинских, психологических и социальных.

Т.Г.Ветрила [10] предлагает включать в реабилитационный потенциал следующие компоненты:

1. Базовая, анатомо-физиологическая составляющая, основанная на соматоличностных особенностях данного индивида, сохранившихся вопреки заболеванию или дефекту и служащих предпосылкой для восстановления определенного социального статуса. Она включает определение уровня физического развития и физической выносливости, уровня психофизиологической выносливости, уровня психоэмоционального развития и устойчивости. В основе этих факторов лежат анатомические и психофизические данные (когнитивная, мотивационная, эмоциональная сферы и личностные особенности).

Психологический компонент реабилитационного потенциала является также его существенной составляющей. При его оценке определяют уровни нарушений психологического статуса больного: операциональный (свойства нервной системы, темперамент, высшие психические функции, исполнительная сторона деятельности и учет сенсорных и перцептивных особенностей индивида), эмоционально-волевой (эмоции, аффекты, чувства и настроения, степень деструктивного влияния эмоций на протекание деятельности индивида, а в целом — эмоциональная устойчивость) и личностный (общая направленность личности на себя, на общение, на дело; уровень активности, мотивации, сфера интересов, особенности социально-психологической адаптации, связей с микро- и макросоциумом).

2. Психофизиологическая (клинико-функциональная) составляющая — совокупность сохранных функций и личностных особенностей, выявляемых при специальном тестировании с применением нагрузок, фармакологических проб, при применении различных методов функциональной диагностики.

3. Профессионально-трудовая составляющая — возможность достижения определенных трудовых целей, профессионального и социально-трудового

статуса, в том числе обеспечения занятости, возможности обучения, адаптации к трудовому процессу.

4. Образовательная составляющая — возможность овладения знаниями, навыками и умениями (общеобразовательными, профессиональными, социальными, культурными и бытовыми) в области рекомендуемой профессиональной деятельности.

5. Социально-бытовая составляющая — возможность достижения самообслуживания и самостоятельного проживания.

6. Социально-средовая составляющая — возможность достижения самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

В проекте Методических рекомендаций по порядку формирования и оформления новой формы индивидуальной программы реабилитации с учетом разработанных классификаций и кодификатора категорий инвалидности, выставленном на сайте МСЭ вышеперечисленные составляющие описаны подробнее [17].

Опыт определения и анализа реабилитационного потенциала показывает, что, как правило, реабилитационный потенциал представляют в виде специфического образования со сложной структурой, состоящей из качественно разных элементов. Целесообразность такого выделения обусловлена рядом обстоятельств. Во-первых, психические, психологические феномены всегда в той или иной степени учитывались при определении реабилитационного потенциала (и медицинского, и профессионального и социального). Тем не менее, на практике этот учет был несколько интуитивным, если можно так выразиться общеметодологическим, недостаточно конкретным, что, в конце концов, приводило к разночтениям в понимании смыслового значения психологического реабилитационного потенциала, в том числе и к разночтениям в определении и анализе подходов к его диагностике.

Принципиально важным при определении реабилитационного потенциала является выявление сохранных ресурсов личности на

биологическом и психическом уровне, которые могут выступать в роли компенсаторных функций и диагностика патологических процессов (нарушений). Другими словами, речь идет о позитивной и негативной составляющих реабилитационного потенциала, представленных во всех его элементах. Подчеркнем также, что оценка позитивной составляющей является специфической отличительной особенностью реабилитационной диагностики в отличие, например, от клинической. При этом реабилитационная диагностика должна отражать не только состояние объекта диагностики, но и прогноз реализации способностей человека, находящегося в условиях ограниченной жизнедеятельности. В данном аспекте реабилитационный потенциал следует рассматривать как один из фрагментов инфраструктуры реабилитационного процесса, который включает в себя реабилитационную диагностику, реабилитационные воздействия и после-реабилитационное сопровождение.

Реабилитационный потенциал является показателем возможности восстановления или компенсации нарушенных функций, расширения сфер жизнедеятельности. Этот показатель выступает его базовой функцией. Качественный анализ реабилитационного потенциала позволит, во-первых, выделить реальные цели и задачи реабилитации. Во-вторых, он даст возможность установить определенную иерархию приоритетов этих целей и задач. И, в - третьих, в конечном счете, он позволит определить оптимальные варианты методических приемов реабилитации, на которые пусть и в несколько обобщенном виде будут указывать ее цели и задачи. Другими словами, качественный анализ компонентов реабилитационного потенциала помогает специалистам мультидисциплинарной бригады выработать оптимальный реабилитационный маршрут инвалида, определить эффективность затраченных средств на реабилитацию и результативность самих реабилитационных мероприятий.

Опыт работы ОЦРИ показывает, что выявление компонентов реабилитационного потенциала на «входе», т.е. при поступлении клиентов в

реабилитационное учреждение, позволяет разделить клиентов на группы в зависимости от их мотивации, что является функциональными обязанностями клинических психологов.

Первая группа высокомотивированных клиентов ориентирована на максимальное получение реабилитационных услуг, активно участвует в разработке собственного реабилитационного маршрута. Вторая группа низкомотивированных клиентов не скрывает своих потребностей, определяя нуждаемость в реабилитационных услугах только с позиции отдыха. Многие так и говорят, что приехали отдохнуть, поэтому зачастую отказываются от высокотехнологичных реабилитационных мероприятий, выбирая бассейн и массаж. Наиболее противоречивая и проблемная группа – это инвалиды со средним уровнем реабилитационного потенциала. Внутри этой группы можно выделить молодых инвалидов, которым просто не хватает денег для всех реабилитационных мероприятий. Поэтому можно предположить, что материальная проблема снижает уровень мотивированности на реабилитацию. Другая подгруппа – молодые пенсионеры, проживающие обычно в областном центре, неоднократно посещающие Областной центр реабилитации инвалидов. Эти клиенты не скрывают рентных установок, объясняя свое пребывание в реабилитационном учреждении желанием сэкономить (стационарное обслуживание предполагает проживание и 3-х разовое питание, гарантированные по индивидуальной программе оказания социальных услуг). Третья подгруппа – отчаявшиеся инвалиды, которые просто не осведомлены о возможностях областного реабилитационного центра и своих правах. Как правило, это инвалиды, впервые приезжающие в центр из «глубинки». Поэтому с третьей группой клиентов проводится достаточно разнообразная социально-психологическая реабилитационная работа.

Исходным пунктом программы реабилитации является психокоррекционная работа с целью формирования адекватных

представлений о своих возможностях и технологиях минимизации ведущего ограничения жизнедеятельности.

Второй этап - проведение психокоррекционных (психотерапевтических) мероприятий, направленных на:

- формирование доверительных отношений в системе "клиент - психолог";
- обеспечение психологической поддержки, которая выражается в эмоциональном личностном принятии, сообщении о понимании особенностей, чувств, сложностей, ограничений возможностей и пр.;
- содействие свободному проявлению чувств, отреагированию подавленных и (или) вытесненных переживаний, овладение навыками конструктивного выражения чувств;
- помощь в овладении приемами саморегуляции;
- содействие в развитии и (или) восстановлении коммуникативной компетентности, в том числе навыков в разрешении конфликтных ситуаций;
- содействие осознанию своих особенностей, возможностей, перспектив.

Другими словами, этот этап социально-психологической реабилитации предполагает формирование мотивированности на реабилитацию.

Третий этап – совместное (клиент – психолог) формирование нового жизненного сценария инвалида, определение новых жизненных целей, смыслов, системы ценностей и пр.

Принципиальна роль мультидисциплинарной бригады на этапе выписки клиента из реабилитационного центра. Именно специалисты определяют результативность проведенной реабилитации, рекомендуют конкретные реабилитационные мероприятия на дому, или на других уровнях реабилитации в реабилитационных организациях, тем самым осуществляя межведомственное взаимодействие всех задействованных в реабилитационном процессе организаций, в т.ч. негосударственных.

Следовательно, разработка реабилитационного маршрута инвалидов опирается на выявление в первую очередь, реабилитационного потенциала, позволяющего скорректировать и адекватно выстроить цель, задачи

реабилитации, определить очередность реабилитационных услуг, помочь инвалиду расширить свое участие и активность в социальной жизни.

Использованная литература:

1. Конвенция о правах инвалидов (принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи ООН от 13 декабря 2006 г.
2. Федеральный закон от 28.12.2013 N 442-ФЗ (ред. от 21.07.2014) "Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации".
3. Федеральный закон от 01.12.2014 г. № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов».
4. Государственная программа Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 - 2020 годы (утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 01.12.2015 № 1297(с изменениями на 25 мая 2016 года).
5. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 10.08.2016) "О порядке и условиях признания лица инвалидом".
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 декабря 2012 г. N 1705н "О Порядке организации медицинской реабилитации".
7. Белов В. П., Вечканов В. А., Ефимов И. Н. Реабилитационный потенциал хронически больного: анализ, содержание, оценка // Врач.-труд. экспертиза. Соц.-труд. реабилитация инвалидов. 1975. Вып. 2. С. 26–31.
8. Вассерман Л.И., Трофимова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб.:Речь, 2011. 271 с.
9. Войтенко Р. М. Основы реабилитологии и социальная медицина: концепция и методология. СПб.: МЕДЕЯ, 2007. С. 21–28.
10. Ветрила Т.Г. Реабилитационный потенциал семьи, воспитывающей ребенка с нарушением психического развития, и ее медико-психологическое сопровождение // Медична психологія. 2010. № 2. С.48-56.

11. Коробов М. В. Реабилитационный потенциал: вопросы теории и применения в практике медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов // Врач.-труд. экспертиза. Соц.-труд. реабилитация инвалидов. 1995. Вып. 17. С. 35–41.
12. Оценка содержания и уровня реабилитационного потенциала при различных заболеваниях /Д. И. Лаврова, М. М. Косичкин, О. С. Андреева и др. // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2004. № 93. С. 10–14.
13. Правовые, организационные и методические основы реабилитации инвалидов: Руководство / А. И. Осадчих, С. Н. Пузин, О. С. Андреева и др. Том 1. М.: Медицина, 2005. С. 303–307.
14. Порохина Ж. В. Психологический реабилитационный потенциал инвалида (на примере больных с ишемической болезнью сердца): Автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: Федеральный научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов Министерства труда и социального развития РФ, 2004. 21 с.
15. Порохина Ж. В., Шабалина Н. Б., Поварова Л. П. Оценка уровня психологического реабилитационного потенциала инвалидов и влияние на нее различных психологических факторов (на примере больных с ИБС) // Мед.-соц. экспертиза и реабилитация. 2004. № 2. С. 25–27.
16. Предупреждение инвалидности и реабилитация. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. - Женева, 1983. - 43 с.
17. Психологические аспекты реабилитационного потенциала инвалидов / Е.М. Старобина, Е.Г. Свистунова, Е.О. Гордиевская, К.А. Каменков, Н.Н. Лебедева, С.А. Стеценко, Л.В. Скавронская. Методическое пособие. СПб.: Эксперт, 2008. 72 с.
18. Щелкова О.Ю. История и современность системного подхода в клинической психодиагностике / О.Ю. Щелкова // Материалы научно-практической конференции «Ананьевские чтения-2008». СПб.: Изд-во СПбГУ, 2008. С. 347-348.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ (ВОССТАНОВЛЕНИЯ) НАВЫКОВ САМООБСЛУЖИВАНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ФУНКЦИЙ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Овладение навыками самообслуживания является важным шагом на пути к независимости ребёнка в повседневной жизни. При обычном варианте развития ребенок может осуществить отдельные действия, направленные на себя: надеть и снять шапку, носки, варежки, может сам есть ложкой, пить из чашки, соблюдать правила личной гигиены и опрятности. Эти умения ребенок приобретает сам, подражая действиям взрослых, ухаживающих за ним. И последующие навыки формируются при непосредственном участии взрослых, которые дают образец действия, одобряют правильный результат и указывают на ошибки, одновременно обучая ребенка контролировать и оценивать свои действия.

У детей с нарушением функций опорно – двигательного аппарата формирование навыков самообслуживания не происходит самопроизвольно. Ребёнок оказывается зависимым от посторонней помощи, не всегда может найти решение проблем, связанных с невозможностью ухода за собой. В связи с этим на первое место встаёт проблема освоения навыков самообслуживания. Необходимо помочь ребёнку овладеть навыками самообслуживания или адаптироваться к окружающей среде при помощи специальных приспособлений используемых в самообслуживании, быту и стать максимально независимым в повседневной жизни.

Процесс формирования (восстановления) навыков самообслуживания строится на индивидуальном подходе к каждому ребёнку и начинается с оценки физических и умственных возможностей. Помимо этого выясняется, какие виды деятельности доступны ребёнку, насколько настоящая

деятельность соответствует его возрасту и полу, что собой представляет среда, окружающая дома, в детском саду, школе и т.д.

Показатели развития навыков самообслуживания

Используя приведенные данные можно определить тот навык, которым ребёнок владеет, и посмотреть следующий, которым ему предстоит овладеть.

Ребёнок первого года жизни:

1. Сосёт и глотает жидкость.
2. Ест жидкую пищу, жидкие детские каши.
3. Ест протёртую пищу, которой кормят его родители.
4. Держит рожок без посторонней помощи, тянет ко рту.
5. Ест размятую вилкой пищу, которой кормят его родители.
6. Пьёт из чашки, которую держат родители.
7. Ест полутвёрдую пищу, которой кормят родители.
8. Ест сам при помощи пальцев.
9. Держит чашку двумя руками и пьёт из неё.
10. С чьей – либо помощью подносит ложку с едой ко рту.
11. Протягивает ручки и ножки, когда его одевают.
12. Просит желаемые вещи, указывая на них.

Ребёнок второго года жизни:

1. Сам ест ложкой обычную пищу.
2. Пьёт из чашки, держа её одной рукой.
3. Суёт руки в воду и подражая взрослым, водит по лицу мокрыми руками.
4. Сидит на горшке или детском стульчике 5 минут.
5. Стягивает носки.
6. Просовывает руки в рукава, а ноги в штанины.
7. Стягивает носки.
8. Надевает шапку и снимает её.
9. Снимает ботинки, если шнурки расшнурованы.

10. Снимает расстёгнутую куртку.
11. Снимает расстёгнутые штаны.
12. Просится на горшок, используя слова, жесты.

Ребёнок третьего года жизни:

1. Пользуется вилокй.
2. Надевает носки.
3. Обувает ботинки, но не зашнуровывает.
4. Надевает штанишки.
5. Снимает футболку.
6. Расстёгивает мелкие детали одежды – липучки, молнии, пуговицы.
7. Просится в туалет, выражая своё желание словами, в туалете сам спускает штанишки.
8. Моет руки, ноги, сидя в ванной.
9. С помощью взрослого чистит зубы зубной щёткой.
10. С помощью взрослого моет и вытирает руки.

Ребёнок четвёртого года жизни:

1. Сам моет руки с мылом и вытирает их.
2. Сам пользуется туалетом.
3. Сам снимает и одевает одежду.
4. Расстегивает – застегивает липучки, большие пуговицы, молнии.
5. Зашнуровывает ботинки (4 года).

После проведения оценки возможностей ребёнка ставятся цели, которые важны для ребёнка и в соответствии с поставленными целями проводятся занятия.

Формирование (восстановление) навыков самообслуживания у детей с нарушением опорно – двигательного аппарата проходит в несколько этапов:

1этап – косвенная подготовка.

Для того чтобы сформировать (восстановить) навыки самообслуживания у ребёнка должна быть хорошо развита мелкая моторика.

Развитие мелкой моторики

1. Развитие движений кистей рук. Ребёнок учится:

- выполнять сгибательные и разгибательные движения кисти;

2. Развитие хватания.

Ребёнок учится:

- действовать целенаправленно;
- правильно определять место расположения предмета в пространстве;
- учитывать величину, форму предметов, которые он хочет взять;
- развивать зрительно моторную координацию;
- отрабатывать согласованную работу обеих рук;
- брать маленькие предметы одной рукой, а большие двумя руками.
- развивать различные типы захватывания – кулаком, щепотью.
- выполнять различные действия пальцами: расставлять, сжимать

пальцы вместе, выделять один палец.

3. Развитие соотносящих действий.

Ребёнок учится:

- совмещать два предмета, части предмета;
- совершенствует согласованность работы обеих рук.

4. Развитие подражательных движений руками.

Ребёнок:

- совершенствует умение действовать по подражанию (пальчиковые игры);
- совершенствует умение действовать каждым пальцем самостоятельно;
- учится выполнять действия, способствующие развитию навыков самообслуживания.

На занятиях используются специальные дидактические пособия, пальчиковые тренажёры.

2 этап – непосредственное формирование навыка (в дидактических играх).

3 этап - закрепление навыка в повседневной жизни.

Когда ребёнок несколько дней подряд успешно использует сформированный навык в повседневной жизни, можно переходить к формированию следующего навыка.

На занятиях используются следующие уровни помощи:

- ✓ совместное действие, осуществляемое «рука в руку» с ребенком, сопровождаемое пошаговой инструкцией или комментарием действий;
- ✓ частичная помощь действием;
- ✓ ребенок осуществляет действие сам от начала до конца, опираясь на пошаговую речевую инструкцию педагога;

Обучение проводится в медленном темпе, с паузами, дающими ребенку возможность проявить собственную активность.

Пример формирования навыка застёгивания пуговиц

1 этап – косвенная подготовка.

Прежде, чем учить ребёнка расстёгивать -застёгивать пуговицы необходимо проверить, каким типом захвата он пользуется. Для застёгивания пуговиц ребёнку необходим «пинцетный» тип захвата: пуговица берётся указательным и большим пальцем. Если этот тип захвата не сформирован, то навык ребёнком не может быть освоен.

Игры, которые помогут сформировать у ребёнка «пинцетный» тип захвата:

1.«Сушим бельё» - ребёнок учится брать прищепки «пинцетным захватыванием», развивает силу пальцев, учиться открывать прищепку и прикреплять с ее помощью «бельё к верёвке».

2.«Разложи пуговицы» - ребёнок учится брать большие и маленькие пуговицы «пинцетным захватыванием» и раскладывать их в ёмкости с разными отверстиями.

Так же на данном этапе для формирования «пинцетного» типа захвата используются специальные тренажёры.

2 этап – непосредственное формирование навыка:

- необходимо приготовить одежду или специальное дидактическое пособие с пуговицей и петлём.

- разделить процесс на маленькие действия и показать ребёнку: раскрыть петлю, просунуть в неё пуговицу, взять просунутую пуговицу двумя пальцами (большим и указательным), вытянуть пуговицу с другой стороны, завести пуговицу за край петли.

- осуществить совместное действие «рука в руку», сопровождаемое пошаговой инструкцией.

- предложить ребёнку выполнить действия самостоятельно, если у ребёнка возникали трудности в выполнении задания, проанализировать на каком этапе это случилось и осуществить частичную помощь.

- довести действия до автоматизма.

3 этап - закрепление навыка в повседневной жизни (в процессе одевания - раздевания).

Вспомогательные средства и приспособления, используемые в самообслуживании и быту.

Дети с нарушением функций опорно – двигательного аппарата имеют различные формы и степени поражения, к сожалению не всегда возможно полное развитие (восстановление) двигательных функций для того чтобы повысить активность и самостоятельность ребёнка в самообслуживании и быту используются специальные вспомогательные средства и приспособления:

- ✓ захваты для застёгивания пуговиц;
- ✓ захваты для ключей
- ✓ специальные адаптированные ложки, вилки, ножи;
- ✓ поильники;
- ✓ ограничители на тарелки;
- ✓ приспособления для захвата и удержания предметов;
- ✓ приспособления для надевания носков, рубашек;
- ✓ специальный расчёски для волос, щетки для мытья

✓ специальные стулья, удерживающие положение тела устройства и т. д

Вспомогательные средства и приспособления должны давать тот объем помощи, который необходим (компенсировать отсутствующие или ограниченные функции), должны быть подобраны индивидуально, обсуждены с семьей и опробованы.

Использованная литература:

1. Авдеева И. С., Борисенко М.Г., Лукина Н.А. Помоги мне сделать самому (Развитие навыков самообслуживания). Методическое пособие для специалистов дошкольных учреждений и родителей. – СПб.: «Паритет», 2003.
2. Вспомогательные средства и приспособления в помощь детям с нарушениями функций опорно – двигательного аппарата. Методическое пособие для родителей и специалистов. Минск: ОО «Беларусская ассоциация помощи детям инвалидам и молодым инвалидам, 2009.
3. Галанов А.С. Психическое и физическое развитие ребёнка от трёх до пяти лет. Пособие для работников дошкольных образовательных учреждений и родителей. – М. «АРКТИ», 2001.
4. Моржина Е.В. Формирование навыков самообслуживания на занятиях и дома. – М., 2012.

Главатских А.В.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ КЛИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Нарушения мозгового кровообращения (НМК) являются одной из наиболее частых причин инвалидности и смертности среди населения. Ежегодно в России происходит более 300 инсультов на каждые 100 000

населения, то есть почти 400 000 инсультов. НМК являются важной медико-социальной проблемой [3].

Инсульт - внезапно наступающее нарушение мозгового кровообращения, в результате которого развиваются деструктивные изменения в ткани мозга и появляются стойкие симптомы ее органического поражения [2]. Характер и тяжесть постинсультных нарушений зависят от локализации и степени поражения участка головного мозга. Последствия инсульта чрезвычайно разнообразны и могут проявляться у человека в различных сочетаниях:

1. двигательные нарушения - параличи, парезы, могут сопровождаться с клонусами мышц, патологическими синкинезиями;
2. мышечная гипертония или гипотония;
3. нарушения чувствительности могут проявляться снижением чувствительности или ее искажением (гиперпатия, парестезия, дизестезия);
4. центральный болевой синдром;
5. зрительные и глазодвигательные нарушения - диплопия, парез взора, гемианопсия;
6. бульбарные и псевдобульбарные нарушения;
7. речевые нарушения по типу дизартрии или афазии;
8. неречевые очаговые нарушения высших функций – зрительная, слуховая агнозия, алексия, апраксия, акалькулия;
9. нарушения сна;
10. когнитивные нарушения – нарушение ориентировки в пространстве, времени, собственной личности, нарушения внимания, памяти, мышления;
11. эмоционально-волевые нарушения, наиболее частыми из которых являются эмоциональный стресс, переживание горя в связи с утратой здоровья, страх смерти, депрессия, астено-депрессивный синдром, апатия, негативизм, вероятны эйфорические реакции [3;4].

Реабилитация клиентов, перенесших инсульт, является одним из самых сложных, объемных направлений в реабилитационной работе в связи с многоплановостью и тяжестью последствия повреждений головного мозга. Правительством Российской Федерации и Свердловской области предпринимаются многочисленные меры по социальной защите данной категории клиентов, одной из которых является реабилитация.

Реабилитация – это 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 [7]. В ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» существует возможность для оказания помощи людям, перенесшим НМК, в рамках мультидисциплинарной бригады. С этой целью работают специалисты четырех отделений:

- социально–бытовой и социально-средовой реабилитации,
- социально-психологической и социально-педагогической реабилитации,
- отделения социально–медицинских услуг,
- отделения адаптивной физической культуры.

При поступлении в Центр клиент взаимодействует со специалистами отделения реабилитационной диагностики и мониторинга, а также проходит осмотр врачей. Затем на заседании реабилитационной экспертной комиссии формулируется общая цель реабилитационного курса в Центре для клиента, а также происходит постановка частных задач реабилитации клиента для специалистов каждого отделения.

Планирование услуг по психологической реабилитации клиентов, перенесших инсульт, психологи отделения реабилитационной диагностики и мониторинга осуществляют через:

- психологическое обследование;

- оценку психологического компонента реабилитационного потенциала;
- оценку психологического аспекта реабилитационного прогноза;
- разработку перечня услуг по психологической реабилитации и плана их реализации.

В дальнейшем специалисты отделения осуществляют мониторинг за реализацией реабилитационных услуг, по завершению курса производят оценку эффективности психологических услуг, определяя степень достижения запланированного реабилитационного воздействия, улучшения психического состояния и повышения социальной активности клиента [6].

В течение месяца в отделение социально-психологической и социально-педагогической реабилитации обращаются в среднем 12-18 клиентов, перенесших инсульт. Они получают комплексную и разностороннюю поддержку медицинских психологов отделения социально-психологической социально-педагогической реабилитации.

Психологическая реабилитация – это оказание помощи инвалиду в адаптации к социальному окружению, в повышении самосознания путем формирования адекватного отношения к своему заболеванию, физическому дефекту, в повышении способностей к решению психологических проблем, в налаживании взаимоотношений с окружающими, в семьях, трудовых коллективах. Услуги по психологической реабилитации, направлены на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, способностей клиента к выполнению определенных видов деятельности [6].

Социально-психологическая реабилитация постинсультных клиентов включает следующие направления:

1. Психодиагностика и обследование личности.
2. Психологическое консультирование.
3. Психологическая коррекция.
4. Психологический тренинг.

5. Психологическая профилактика.

1. Психодиагностика (в том числе компьютерная) и обследование личности - выявление и анализ индивидуальных особенностей психического состояния и индивидуальных особенностей личности инвалида, влияющих на его способности к выполнению определенных видов деятельности, на отклонения в его поведении и взаимоотношениях с окружающими, разработка рекомендаций по психологической коррекции этих отклонений [6].

В отделении социально-психологической и социально-педагогической реабилитации используются различные виды диагностики:

- психологическая — позволяет исследовать эмоциональную, мотивационную, личностную сферу клиента. Исследование может проводиться на компьютере или с использованием бланковой формы;
- нейропсихологическая - предназначена для оценки степени нарушения и сохранности психических функций (восприятия, памяти, внимания, мышления, чтения, письма, счета, мелкой моторики, способности к конструктивно-пространственной деятельности).

При необходимости для сбора дополнительных сведений о клиенте психолог может обратиться за помощью к родственникам и близким клиента, для проведения структурированного интервью. Цель такого интервью - дополнение данных анамнеза, установление уровня когнитивной сферы и особенностей личности клиента до инсульта, уточнение степени изменения когнитивного и эмоционального статуса после болезни, выяснение сферы увлечений, интересов клиента, установление характера взаимоотношений и роли клиента в семье и в профессиональной жизни.

2. Психологическое консультирование - взаимодействие между психологом и инвалидом с целью оказания психологической помощи инвалиду в разрешении сложных жизненных ситуаций и психологических проблем [6].

2.1. Индивидуальное психологическое консультирование.

Инсульт как эмоционально-значимое событие делит жизнь человека на две половины - «до» и «после» перенесенного инсульта. Сила и острота переживаний, состояние сильного напряжения, а также множество потерь создает эту границу в жизни человека, который осознает и переживает физические, психологические и социальные потери. Самостоятельно с таким состоянием человеку справиться трудно, помощь родственников может быть недостаточной или неадекватной, поэтому становится актуальной работа с психологом.

Индивидуальное консультирование в данном случае предназначено для решения следующих задач:

- формирование осознаваемой и адекватной внутренней картины болезни, принятие болезни, изменение представлений о своем теле после болезни;
- адаптация к изменению социальной роли, выстраивание новых жизненных целей и ценностей;
- повышение мотивации к восстановительному лечению и реабилитационным мероприятиям;
- стабилизация и улучшение общего эмоционального фона клиента.

2.2. Семейное консультирование.

Можно выделить три ключевых направления при работе психолога с семьей клиента, который перенес инсульт:

- разъяснительная работа с родственниками (информирование о болезни, о принципах психического функционирования, о целях и задачах реабилитационной работы в целом и ее отдельных этапов), при которой осуществляется активное включение их как помощников-участников в процесс реабилитации;
- психологическая помощь членам семьи и ближайшему окружению.

Психологические реакции людей на заболевание родственника могут проявляться в виде различных синдромов дезадаптации: замешательство, уходу от ответственности, нарушениях осознания чувства перспективы

жизни, фобических (страхи) и обсессивных (навязчивости) расстройств, истероидных и ипохондрических синдромах, панических атаках, синдроме хронической усталости;

- особое внимание при работе с семьей психолог уделяет перераспределению обязанностей в семье больного человека с учетом его состояния, поиску компромисса между ним и родственниками, а также выявлению стратегий гиперопеки, отвержения, гипоопеки со стороны ближайшего окружения по отношению к клиенту, формирование стратегии сотрудничества и поддержки внутри семьи.

3. Психологическая коррекция - активное психологическое воздействие, направленное на преодоление или ослабление отклонений в интеллектуально-мнестической сфере, эмоциональном состоянии и поведении, наступивших вследствие заболевания [6].

В отделении социально-психологической и педагогической реабилитации психологическая коррекция представлена различными видами и формами работы:

- нейрпсихологическая коррекция;
- занятия в условиях сенсорной комнаты;
- трансово-медитативные сеансы;
- нейробика.

3.1. Нейрпсихологическая коррекция.

С целью преодоления когнитивного дефицита, восстановления и компенсации нарушений познавательных процессов, развития навыков счета, письма, мелкой моторики, зрительно-моторной координации проводятся занятия по нейрпсихологической коррекции. Программа, продолжительность и частота занятий определяется на основании данных нейрпсихологической диагностики, с учетом индивидуальных особенностей клиента.

3.2. Психокоррекционные занятия в условиях сенсорной комнаты.

Сенсорная комната - это пространственная среда, насыщенная различного рода аудиальными, визуальными и тактильными стимуляторами.

Работа психолога с клиентом, перенесшим инсульт, в условиях мультисенсорной стимуляции позволяет достигать следующих реабилитационных целей:

- стабилизации психологического состояния;
- стабилизации психофизиологического состояния;
- снижения мышечного напряжения;
- восстановления и развития осязания;
- восстановления и развития двигательных и координаторных функций (мелкой и крупной моторики, зрительно-моторной координации);
- восстановления и развития высших психических функций (внимания, памяти, мышления, речи);
- формирования позитивного отношения к реабилитации;
- повышения мотивации к участию в реабилитационных мероприятиях.

3.3. Трансово-медитативные сеансы проводятся в отделении социально-психологической и социально-педагогической реабилитации с использованием методики, разработанной доктором психологических наук, профессором Ананьевым В.А. Сеансы предназначены для эффективного отдыха и восстановления работоспособности клиентов, снятия напряжения, преодоления стрессовых состояний, снижения уровня тревоги и страха, мобилизации физических и интеллектуальных ресурсов, обучения навыкам саморегуляции и аутотренинга [1].

3.4. Для восстановления и развития высших психических функций у клиентов, перенесших инсульт, а также для развития мелкой и крупной моторики, зрительно-моторной координации психологи отделения проводят занятия с применением упражнений нейробики. Нейробика - система упражнений для развития нейропластичности мозга. Название этой системы состоит из двух слов – нейрон и аэробика и дословно переводится как «тренировка нейронов». Автор системы - нейробиолог, профессор Лоуренс

Катц. Данный автор предположил, что комбинирование всевозможных ощущений в нестандартных сочетаниях стимулирует выработку в мозге особого вещества – нейротропина. Это вещество приводит к росту нервных клеток, приблизительно вдвое увеличивается число и «разветвлённость» дендритов. Примерами упражнений из нейробики может быть выполнение различных действий рукой, которая не является ведущей, выполнение действий без контроля зрения, увеличение или снижение скорости выполняемых упражнений [5].

4. Психологический тренинг - активное психологическое воздействие, направленное на снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, на развитие и тренировку отдельных психических функций, умений, навыков и качеств личности инвалида, ослабленных в силу заболевания, но необходимых для успешной самореализации личности в доступных видах деятельности и в социальных условиях с учетом инвалидности [6]. В отделении социально-психологической и социально-педагогической реабилитации ОЦРИ разработан тренинг для восстановления и развития высших психических функций «Зарядка для ума». Тренинг очень востребован клиентами Центра, в частности, клиентами, перенесшими НМК. В ходе занятий в группе у участников тренинга происходит восстановление и развитие памяти, внимания, мышления, мелкой моторики, стимуляция речевой деятельности, создаются условия для переживания успеха при выполнении интеллектуальной деятельности, повышается самооценка.

5. Психологическая профилактика - это содействие инвалиду:

- в приобретении психологических знаний, повышении психологической реабилитационной компетентности, в формировании общей психологической культуры;
- в формировании потребности (мотивации) использовать эти знания для работы над собой, своими проблемами;

- в создании условий для полноценного психического функционирования личности (устранение или снижение факторов психологического дискомфорта на рабочем месте, в семье и других социальных группах, в которые инвалид включен), для своевременного предупреждения новых возможных психических нарушений [6].

Особое внимание в ходе работы с клиентом психологи отделения уделяют психологической профилактике повторного инсульта.

В результате многочисленных зарубежных и российских исследований были изучены неблагоприятных факторы, предшествовавшие инсульту. Были выделены 2 группы факторов нервно-психического напряжения (психические травмы - острые и хронические): в семейной и профессиональной сфере. Воздействие этих неблагоприятных факторов начиналось за полгода или за год и продолжалось до возникновения инсульта.

В ряде случаев данные факторы сохранялись и после заболевания, что значительно повышало вероятность повторного инсульта. В ходе индивидуальной работы с психологом выявляются основные стрессоры, спровоцировавшие инсульт, а также действующие, актуальные стресс-факторы. Затем совместно со специалистом вырабатываются пути совладания с проблемой, перестройка отношения личности к данным факторам. Профилактика осложнений после инсульта происходит во время индивидуальной работы с психологом.

Для клиентов, перенесших инсульт, также проводятся групповые консультации, беседы, посвященные различным тематикам, которые актуальны для данной категории клиентов. Наиболее востребованы занятия по темам – «Инсульт: виды, причины, этапы восстановления. Способы профилактики повторного инсульта», «Стресс. Стратегии совладания со стрессом», «Бессонница. Способы улучшения сна», «Ресурсы тела. Обучение навыкам саморегуляции».

В отделении социально-психологической и социально-педагогической реабилитации для клиентов, перенесших инсульт, актуальными также являются занятия с логопедом и вокалотерапевтом, занятия с социальным педагогом. Социально-психологическая реабилитация клиентов, перенесших инсульт, проводимая в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов», востребована клиентами, специалисты отделения регулярно получают положительную обратную связь от клиентов и их родственников. Представленная система психологического сопровождения клиентов, перенесших инсульт, сформированная в отделении социально-психологической и социально-педагогической реабилитации, может быть полезна для психологов учреждений социального обслуживания населения при оказании помощи клиентам с данным заболеванием.

Использованная литература:

1. Ананьев В.А. Встреча с целителем: методика трансово-медитативной саморегуляции. - СПб, 2005.
2. Бортникова Н.М. Нервные и психические болезни. Ростов - на - Дону, 2008.
3. Кадыков А.С. Реабилитация после инсульта. - М., 2003.
4. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. Реабилитация неврологических больных. - М., 2008.
5. Кац Л., Рубин М. Нейробика: экзерсисы для тренировки мозга. - М., 2014.
6. Национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 53872-2010 «Реабилитация инвалидов. Услуги по психологической реабилитации инвалидов».
7. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181 - ФЗ от 24 ноября 1995 г.

**ФИЗИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЕЙ
ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ПОМОЩИ
ТРЕНАЖЕРА «ДИНАМИЧЕСКИЙ ПАРАПОДИУМ»**

Лишение человека возможности двигаться – это сложный феномен, который становится проблемой, как на уровне организма человека, так и на социальном уровне.

Получение статуса «инвалида» требует разработки для человека индивидуальной программы реабилитации, согласно которой он получает технические средства реабилитации, рекомендации по трудоустройству и направление на лечение. Вследствие ограничения физических возможностей, инвалиды не могут делать что-то, что характерно для обычного человека, и поэтому вынуждены преодолевать трудности с интеграцией в обществе. Согласно этой модели, нужно помогать инвалидам, создавая для них особые учреждения, где они могли бы на доступном им уровне работать, общаться и получать разнообразные услуги. Таким образом, реабилитационный центр для инвалидов – это многопрофильное учреждение. Он представлен такими направлениями, как физическая, медицинская, социальная, психологическая и профессиональная реабилитация. Каждая состоит из комплекса мер, направленных на компенсацию психофизиологических функций, восстановление социальных и приобретение профессиональных навыков.

Содержание физической реабилитации направлено на формирование у людей с ограниченными возможностями комплекса специальных знаний, жизненно и профессионально необходимых двигательных умений и навыков; на развитие широкого круга основных физических и специальных качеств, повышение функциональных возможностей различных органов и систем человека. Наибольший эффект от физической реабилитации достигается в обеспечении психологического комфорта и заинтересованности занимающихся за счет полной свободы выбора средств, методов и форм

занятий, в сочетании с оздоровительными технологиями профилактической медицины.

Ходьба способствует активной реабилитации колясочников и граждан со значительными нарушениями опорно-двигательного аппарата. В последнее время появилось много новых устройств - вертикализаторов, помогающих при ходьбе и внедряющих новую форму реабилитации, основанную на переменной (динамической) нагрузке на костную и мышечную системы инвалида. Благодаря этому возможна не только профилактика дисфункций организма, возникающих в результате постоянного пребывания в лежачем положении или инвалидной коляске, но и лечение заболеваний на различных стадиях.

Одним из наиболее эффективных и современных средств физической реабилитации является ортопедический аппарат «динамический параподиум». Это уникальная конструкция, которая дает пациенту принять вертикальное положение и самостоятельно передвигаться, за счет балансирования верхней части туловища, с одновременной синхронной работой рук. Факт, что это устройство входит в число особенно ценных устройств в мировом масштабе, что вызвано огромной пользой, возникающей в результате использования данной ортезной системы.

Динамический параподиум предназначен для активной реабилитации и передвижения (самостоятельного хождения) без дополнительной помощи других вспомогательных средств больных с травмами спинного мозга (в том числе шейного отдела), ДЦП, различными неврологическими нарушениями вызывающими полный или частичный паралич верхних и нижних конечностей

Преимущества динамического параподиума заключаются, во-первых в самостоятельном вставании, т.е. пребывание в вертикальной позиции и принятие позиции «сидя», что приводит к: исчезновению суставных и мышечных контрактур, а также спастичности; правильному питанию соединительной ткани; ликвидации пролежней; физиологической нагрузке

костно-суставной системы; нормализации работы сердечно-сосудистой и дыхательных систем. Во-вторых, в безопасном пребывании в позиции стоя (без участия рук) в течение очень длительного времени. В третьих, самостоятельное и безопасное передвижение силой собственных мышц без потребности в энергии извне, что делает возможным самообслуживание. При занятии физической реабилитацией с использованием «динамического параподиума», следует обратить особое внимание на следующее:

1. При повреждении позвоночника на высоком уровне может появиться перенагрузка сердечно-сосудистой системы по мере выполнения упражнения (пониженное давление при нагрузке) с застоем крови в нижних частях тела и ортостатической гипотонией в результате гравитационных эффектов.
2. Профилактические меры для предотвращения нарушения вентиляции, в частности, поддержание механической проходимости бронхов (разжижение выделений, противодействие спастичности бронхов и т.п.), увеличение респираторного объема с помощью тренировки мышц и принятия правильного положения туловища.
3. Правильная работа опорно-двигательной системы. Частые дисфункции опорно-двигательной системы, сопутствующие основному заболеванию, склоняют к более внимательному анализу ситуации. Например, при неполном вывихе, нестабильности корсетов или ремней туловища, при искривлениях позвоночника или мышечной недостаточности следует рассмотреть возможность пассивной или динамической коррекции, компенсации, облегчения нагрузки или стабилизации отдельных элементов опорно-двигательной системы с помощью ортез (воротников и т.п.) черепно-шейно-грудного участка. Нужно также проанализировать необходимость использования ортез верхних конечностей в случае контрактур или нестабильности, а также необходимость носки специальной обуви или стелек в соответствии с существующими потребностями. Очень важным элементом подготовки к реабилитации, а иной раз условием ее проведения, является

принятие во внимание потребности применения массажа и мобилизации при контрактурах; кроме того, нужно укрепить мышцы нижних конечностей.

4. Возможность появления автономной дисрефлексии (внезапное и значительное повышение артериального давления; если эта ситуация не будет под контролем, то может возникнуть угроза для жизни). Во избежание таких расстройств нужно опорожнить мочевой пузырь непосредственно перед выполнением упражнений или же во время продолжительной двигательной нагрузки; необходимо также контролировать кровяное давление во время нескольких первых занятий. В случае повышения давления надо остановиться и оставаться в вертикальной позиции до момента возвращения давления в границы нормы.

5. Пролежни или тенденции к их появлению являются частой и важной проблемой. Профилактические меры включают: постоянный контроль над местами, подвергающимися давлению/трению и уменьшение нагрузки на них (локализация, минимизация давления/трения, прикрытие). Процедуры, связанные с лечением возникших пролежней, не должны исключать реабилитации с использованием динамического параподиума.

6. Появление мышечных судорог. Профилактической мерой является занятие гимнастикой т.к. уменьшает она как частоту, так и силу судорог. В случае появления судорог нужно предохранять пациента от травм нижних конечностей, которые могут возникнуть в результате сильных судорог и быстрых движений.

7. Проблемы с терморегуляцией. Понижение возможности терморегуляции может возникнуть в результате уменьшения потоотделения и неправильного распределения крови - при высоких температурах инвалиды перегреваются быстрее, чем здоровые люди. Возможно также опасное для жизни обезвоживание организма, повышение температуры тела, тепловой удар и даже остановка кровообращения. При низких температурах появляется чрезмерная теплоотдача, что в свою очередь мешает правильной работе сердечно-сосудистой системы. Следует применить такие профилактические

меры как приспособление существующих потребностей к возможностям организма с акцентом на систематическое выполнение физических упражнений.

Исходя из личного опыта работы с данной ортезной системой, необходимо добавить, что динамический параподиум целесообразно использовать еще и как устройство для «укладки» (лечение положением).

Таким образом, использование динамического параподиума в процессе физической реабилитации является своего рода стимулом, действующим на организм, и существенно влияющее на уровень качества жизни человека.

Использованная литература:

1. Выдрин В.М. Методические проблемы теории физической культуры. Теория и практика физической культуры. – М., 1984.
2. Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации: Руководство для врачей» /Под ред. А.Ф. Каптелина, И.П. Лебедевой. - М.: Медицина, 1995.
3. Евсеев С.П., Курдыбайло С.Ф., Солодков А.С., Морозова О.В. Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов. / Под ред. С.П. Евсеева и А.С. Солодкова. – СПб.: СПбГАФК, 1996.

Злоказов А.В.

Министерство социальной политики Свердловской области,
г. Екатеринбург

УПРАВЛЕНИЕ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫМ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ ПО ВОПРОСАМ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ: ВАРИАНТЫ РЕШЕНИЯ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Государственная политика в области реабилитации инвалидов реализуется в соответствии с нормами международного законодательства, а также положениями федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации. Одним из

инструментов реализации государственной политики в области реабилитации инвалидов являются целевые программы, разрабатываемые как в целом по Российской Федерации, так и в субъектах Российской Федерации. Осуществление в 2000 - 2014 годах, предусмотренных этими программами мероприятий, позволило отработать и внедрить правовые, организационные, методические подходы к реабилитации инвалидов, заложить основы формирования межведомственного взаимодействия по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Процесс построения в Свердловской области эффективного и результативного межведомственного взаимодействия имеет общезначимые позиции — принципы. Принципы межведомственного взаимодействия — это исходные основополагающие требования, которыми руководствуются взаимодействующие субъекты при организации совместного решения социальных проблем в области комплексной реабилитации и абилитации инвалидов. Они синтезируют в себе конкретные подходы к реализации механизмов межведомственного взаимодействия.

Содержание и направленность принципов межведомственного взаимодействия при решении проблем формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области определяется следующими факторами: стратегическими целями государства, общества в целом; законодательной регламентацией; научной обоснованностью; целями и характером совместной работы; ведомственными интересами: спецификой и важностью их реализации посредством взаимодействия; субъективным фактором; наличием ресурсной базы; территориальными особенностями, в том числе: развитостью социальной инфраструктуры, географическим положением региона, политикой органов местного самоуправления в социальной сфере, количеством инвалидов Свердловской области; отношением к взаимодействию организаций, оказывающих реабилитационные услуги, со стороны вышестоящих структур; спецификой решаемых проблем.

Основные принципы межведомственного взаимодействия органов исполнительной государственной власти (ОИГВ) и реабилитационных организаций (РО), реализующих индивидуальную программу реабилитации и абилитации (ИПРА), общественных организаций инвалидов, социально ориентированных некоммерческих организаций в Свердловской области, можно сгруппировать по нескольким критериям:

- по критерию регулятивной силы (правовой, социальной ответственности субъектов управления, социального контроля);
- по степени организационно-управленческой технологизации (принцип адекватности, обратной связи, координации взаимообусловленных действий, принцип автоматизированного учета в информационном обмене, соответствия функций наделяемым полномочиям);
- по критерию совместимости профессиональной деятельности кадров (компетентности, преемственности, согласованности интересов, меры участия в межведомственной координации, соблюдения правил деловых отношений);
- программно-целевому критерию (комплексности и системности, научной и методической обоснованности, принцип конечно-целевой направленности, непрерывности оказания реабилитационных услуг, проблемной ориентации деятельности учреждений);
- нравственному критерию в отношениях с инвалидами, в том числе с детьми-инвалидами (принципы социальной справедливости, гуманизма, терпимости, соучастия в судьбе).

На практике принципы межведомственного взаимодействия, как правило, используются не изолированно, а в тесной взаимосвязи, что отражает их объективную обусловленность и направляет совместные усилия на достижение общих целей в процессе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Среди принципов организации межведомственного взаимодействия организаций социального обслуживания населения Свердловской области

при решении проблем реабилитации и абилитации инвалидов одним из наиболее важных представляется принцип социального партнерства. На практике социальное партнерство трактуется неоднозначно. При построении межведомственной модели системы комплексной реабилитации инвалидов (детей-инвалидов) взаимодействие можно считать социальным партнерством, если интерес одного субъекта не может быть реализован без участия другого и одновременного удовлетворения потребностей других субъектов. Эффективное межведомственное взаимодействие возможно на основе уважения позиций и учета интересов сторон, использования преимущества переговорного процесса.

В Свердловской области межведомственное взаимодействие реализуется на принципе социального партнерства в условиях доминирования интересов достижения социально-ожидаемых целей (например, эффективное решение проблем реализации ИПРА инвалида) над ведомственными бюрократическими интересами, поэтому в настоящее время для всех участников взаимодействия совместная работа, а не отдельные действия ОИГВ и РО становятся осознанной ценностью.

Эффективность межведомственного взаимодействия в решающей мере зависит от реализации в регионе принципа социальной справедливости. Инвалиды (особенно дети-инвалиды), нуждающиеся в комплексной реабилитации или абилитации, должны иметь возможность воспользоваться гарантированными законодательством правами. Совместная работа ОИГВ как субъектов реализации ИПРА и РО как субъектов реализации мероприятий ИПРА должна быть направлена на обеспечение социальных гарантий, создания возможностей равного доступа инвалидов к реабилитационным (абилитационным) услугам.

В настоящее время модель межведомственного взаимодействия по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов не имеет еще достаточно проработанной правовой базы и хорошо развитой инфраструктуры, однако ее организационная схема в Свердловской

области уже оформляется. Она включает органы исполнительной государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органы местного самоуправления, государственные учреждения различного типа и профиля, осуществляющие деятельность в сфере реабилитации и абилитации инвалидов, социально ориентированные некоммерческие организации, общественные организации инвалидов.

Примером межведомственного взаимодействия по всем направлениям комплексной реабилитации и абилитации в регионе становится государственное автономное учреждение «Областной центр реабилитации инвалидов». Учреждение, с одной стороны, является реализованной на практике моделью многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов старше 18 лет, с другой стороны, координатором межведомственного взаимодействия с учреждениями и организациями разной ведомственной подчиненности. В настоящее время Центр взаимодействует с клиническим институтом мозга и Уральским клиническим лечебно-реабилитационным центром г. Нижнего Тагила, с Сысертским социально-экономическим техникумом «Родник», с социально-профессиональным техникумом «Строитель», вузами Екатеринбурга, государственными и муниципальными учреждениями культуры Свердловской области, с Центром Паралимпийской и Сурдлимпийской подготовки спортивных сборных команд Свердловской области «Родник».

Органы исполнительной власти и организации имеют разную ведомственную принадлежность и осуществляют функции в сфере комплексной реабилитации инвалидов в соответствии с направлениями своей основной деятельности. Каждое ведомство осуществляет реализацию ИПРА инвалидов в своей сфере, своими методами и средствами, но все должны использовать единую методологическую основу и преследовать единую цель — обеспечить социальную адаптацию инвалидов, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество. Сфера деятельности каждой реабилитационной организации в области комплексной

реабилитации и абилитации инвалидов устанавливается на основе ведомственной принадлежности, а также с учетом разделения полномочий между федеральным, региональным и местным уровнем.

Именно это и обуславливает подход к выбору системы управления межведомственным взаимодействием по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области, которую можно представить в виде схемы (См. Схема 1).

При анализе представленной схемы можно сделать вывод, что для построения системы необходимо определить ведомство, которое будет управлять региональной системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области, а значит не просто координировать действия всех участников межведомственного взаимодействия, но и планировать, организовывать, контролировать, анализировать, регулировать эту деятельность, осуществлять общее руководство, то есть выполнять все функции управления. Таким органом исполнительной государственной власти в Свердловской области является Министерство социальной политики.

Важным вопросом для результативного и эффективного управления процессом межведомственного взаимодействия при формировании и совершенствовании системы комплексной реабилитации и абилитации является механизм управления. Наиболее оптимальным для региональной системы межведомственного взаимодействия в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов Свердловской области является механизм управления по результатам – т.е. такая форма организации управленческих действий, при которой основной акцент делается на эффективную постановку целей и целенаправленное достижение результатов.

Основными этапами процесса управления по результатам являются в регионе:

- процесс определения результатов,

- процесс управления по ситуации,
- процесс контроля за результатами.

Схема 1. Управление системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) в Свердловской области



Процесс определения результатов начинается с глубокого анализа целей, на основе которого определяются желаемые результаты для разных уровней. Этот процесс заканчивается определением стратегии деятельности и практических идей для ее реализации. В настоящее время моделью определения результатов межведомственного взаимодействия являются заседания межведомственных рабочих групп по реализации пилотного проекта, на которых анализируется соответствие методических документов Минтруда РФ действующим нормативным правовым актам, подводятся итоги апробации данных документов в виде подписания протоколов, форма

которых была утверждена на межведомственном совещании при заместителе Губернатора Свердловской области.

Процесс управления по ситуации предполагает организацию дел, деятельности ОИГВ, реабилитационных организаций и специалистов, при которой планы превращаются в желаемые результаты. Владение искусством управления по ситуации предполагает, что руководители всех уровней обладают способностью анализировать и принимать во внимание существенные внешние и внутренние ситуационные факторы, различными стилями руководства и влияния, для использования их в соответствии с требованиями сложившейся ситуации. Кроме того, при управлении по ситуации необходимы настойчивость и творческий подход.

Технология управления «по ситуации» в регионе, реализующем пилотный проект по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, является актуальной и востребованной, так как внешние и внутренние ситуационные факторы оказывают весьма существенное влияние как на процесс формирования межведомственного взаимодействия, так и на процесс апробации полученных их Минтруда России методических документов по вопросам формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов.

Процесс контроля определяет, какие результаты достигнуты по плану и какие случайно. Кроме того, определяется, как выполняются планы ОИГВ и реабилитационных организаций. Существенной частью процесса контроля является принятие решений по результатам контроля с целью реализации соответствующих мер. Регулярные внутриведомственные и межведомственные совещания с отчетами участников реализации пилотного проекта, которые регулярно проводит Министерство социальной политики Свердловской области (координатор проекта) являются действенной формой контроля, позволяющей оперативно реагировать на изменение ситуации, принимать меры для своевременной корректировки планов и действий.

Управление по результатам формирования региональной системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области направлено на достижение главных и поддерживающих их результатов, при этом:

- с помощью процесса планирования определяется деятельность ОИГВ и реабилитационных организаций – субъектов межведомственного взаимодействия (другими словами, требования к результатам и ожидаемые результаты) в разных интервалах времени;
- осуществление планов подкрепляется ежедневным сознательным управлением делами, участниками межведомственного взаимодействия и окружением;
- результаты оцениваются для принятия решений, ведущих к проведению последующих мероприятий.

При управлении по результатам возможности ОИГВ используются таким образом, чтобы планы деятельности субъектов межведомственного взаимодействия простирались от их стратегического уровня до конкретных планов работы реабилитационных организаций. При управлении системой комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области по результатам осуществляется сбалансированное развитие самих ОИГВ, всех реабилитационных организаций, участвующих в межведомственном взаимодействии и самой системы комплексной реабилитации в целом.

Следовательно, организационная структура управления должна быть проектной, т.е. при формировании региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, ведомства – субъекты реализации ИПРА инвалидов – могут реализовывать одновременно несколько проектов, каждый из которых имеет определенные сроки начала и окончания. В каждом конкретном случае назначается ведомство или человек, наделенный функциями руководителя проекта, определяются ресурсы: кадры, финансы, оборудование и т. п. Управление проектом реализует все функции менеджмента: прогнозирование, планирование, организацию,

координирование, мотивацию, контроль и т. п. После завершения работы над проектом данная структура прекращает своё существование, её составляющие, включая кадровый состав, переходят в новый проект. По форме структура управления по проектам в рамках формирования региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов складывается как дивизионная, где определенным «дивизионом» является ведомственный ОИГВ, реабилитационная организация наделяется особыми полномочиями только на время выполнения пилотного проекта. После его завершения организационная система управления межведомственным взаимодействием в сфере комплексной реабилитации и абилитации инвалидов Свердловской области, вероятно, сохранит дивизионную форму.

Злоказов А.В., Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л.

Министерство социальной политики Свердловской области, Екатеринбург

НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ: ПРОБЛЕМЫ И РЕШЕНИЯ

Деятельность в сфере реабилитации инвалидов в России регламентируется в рамках международных соглашений, а также национального законодательства и иных нормативных правовых актов Российской Федерации. Основопологающим документом, определяющим политику Российской Федерации в сфере реабилитации инвалидов, является Федеральный закон от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (далее – Закон).

Закон определяет понятие реабилитации инвалидов, её цели, основные направления, требования к организациям, осуществляющим реабилитацию инвалидов. Законом установлено, что реабилитация инвалидов представляет собой «систему и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности», направленные 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».

Приводимое определение содержит два принципиально важных положения. Во-первых, процесс и цель реабилитации согласно духу и букве Закона ограничиваются лишь восстановлением способностей инвалидов. Между тем, согласно Конвенции о правах инвалидов, ратифицированной Российской Федерацией, реабилитация призвана «наделить инвалидов возможностью для достижения и сохранения максимальной независимости, полных физических, умственных, социальных и профессиональных способностей и полного включения, и вовлечения во все аспекты жизни».

Второй особенностью определения понятия «реабилитация инвалидов» является то, что оно включает термины «система» и «процесс». Что касается процесса реабилитации, то его содержание раскрывается в Законе достаточно детально, тогда как термин «система реабилитации» не раскрывается ни в Законе, ни в иных нормативных правовых актах Российской Федерации.

Законом определены основные направления реабилитации инвалидов. Содержание конкретных направлений реабилитации в Законе не раскрывается. Отсутствие унифицированных, закреплённых в законодательстве определений направлений реабилитации инвалидов приводит к использованию в нормативных правовых актах неединообразных терминов, что осложняет правоприменительную практику.

В настоящее время отсутствуют документы, регламентирующие механизм межведомственного взаимодействия по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов.

Отсутствуют нормативно-правовые акты, определяющие роль международной классификации функционирования и ограничений здоровья (далее – МКФ) как межведомственного механизма для составления

реабилитационного маршрута инвалида и оценки результативности процесса реабилитации инвалидов (детей-инвалидов).

Отсутствуют федеральные и региональные нормативные правовые акты, регламентирующие вопросы профессиональной реабилитации в сфере занятости инвалидов.

В ходе реализации в Свердловской области пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, (далее – пилотный проект) выявлены факторы и проблемы, препятствующие формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов:

- отсутствие единого понятийного аппарата;
- отсутствие межведомственной справочно-информационной системы;
- отсутствие единого подхода по выполнению услуг различными ведомствами;
- затруднения при осуществлении межведомственного и межуровневого взаимодействия.

По предварительным итогам изучения методических материалов пилотного проекта исполнительными органами государственной власти Свердловской области представлены предложения по совершенствованию ведомственной нормативной правовой базы для формирования системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов:

В части внесения изменений в ряд действующих нормативных документов:

- национальный стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 53873-2010 «Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации»;
- федеральные законы в сферах образования, социальной защиты, здравоохранения, культуры, занятости населения, с целью

закрепления полномочий органов исполнительной власти в соответствующих отраслях по профессиональной реабилитации инвалидов;

- закон Российской Федерации от 19 апреля 1991 года № 1032-1 «О занятости инвалидов в Российской Федерации» в целях закрепления ряда понятий реабилитационного процесса, расширение полномочий по контрольно-надзорной деятельности и др.;
- приказ Минтруда России от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы и их форм»;

по разработке:

- профессиональных стандартов специалистов организаций, предоставляющих услуги по социальной и профессиональной реабилитации инвалидов;
- порядка межведомственного взаимодействия (в том числе в рамках единой интегрированной системы информационного взаимодействия) служб ранней помощи в медицинских организациях, образовательных организациях (психолого-медико-педагогических комиссиях), организациях социального обслуживания в целях обеспечения детей, нуждающихся в ранней помощи, полным комплексом необходимых услуг ранней помощи, а также взаимодействия служб ранней помощи с учреждениями медико-социальной экспертизы;
- примерного положения о структурном подразделении по оказанию услуг ранней помощи в организации социального обслуживания, образования, здравоохранения;
- стандарта качества услуг ранней помощи;

- стандарта оснащения служб ранней помощи в организациях социального обслуживания, образования, здравоохранения;
- штатных нормативов служб ранней помощи в организациях социального обслуживания, образования, здравоохранения.

Подходы по комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, ранней помощи в части осуществления медицинской деятельности должны соответствовать федеральным документам в сфере охраны здоровья.

В целях интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в систему физкультуры, физического воспитания и спорта необходимо законодательно закрепить за органами местного самоуправления полномочия по интеграции инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в систему физкультуры, физического воспитания и спорта посредством физкультурно-спортивных организаций; по проведению физкультурных мероприятий и спортивных мероприятий с участием инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья; по созданию детско-юношеских спортивно-адаптивных школ, адаптивных детско-юношеских клубов физической подготовки.

При проведении круглых столов, публичных обсуждений, экспертных советов и анализа нормативной правовой базы в рамках изучения и апробации методических документов пилотного проекта намечены пути решения выявленных проблем:

- разработан проект единого глоссария системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов для утверждения федеральным нормативным правовым документом;
- организовано межведомственное взаимодействие по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) в пилотных территориях в рамках заключенных соглашений между организациями в пилотных территориях, предоставляющих реабилитационные мероприятия в сфере здравоохранения, социального обслуживания, образования, занятости населения,

физической культуры и спорта, культуры;

- создан Ресурсный центр для отработки инновационных технологий работы с детьми с ментальными нарушениями, в т.ч. с расстройствами аутистического спектра, с участием некоммерческих организаций;
- подготовлены предложения по организации деятельности многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, различных уровней.

Создание эффективной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, и ранней помощи возможно при наличии региональной межведомственной информационной системы, содержащей данные об инвалидах и детях-инвалидах, реабилитационных мероприятиях, а также о ресурсах для их реализации независимо от ведомственной принадлежности. Система должна обеспечивать возможность специалистам различных ведомств, реализующим реабилитационные мероприятия, координировать сроки и результаты выполнения мероприятий в целях соблюдения принципов комплексности и преемственности реабилитационного процесса.

Вопросы межведомственного взаимодействия исполнителей реабилитационных мероприятий в системе комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов), ранней помощи должны быть регламентированы федеральными нормативными актами в соответствующих сферах деятельности (Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства образования и науки Российской Федерации, Министерства спорта Российской Федерации, Министерства культуры Российской Федерации) и синхронизированы между собой.

Кроме того, существующий ведомственный принцип бюджетного финансирования в соответствии с положениями Бюджетного кодекса затрудняет возможность финансового обеспечения деятельности

межведомственных (междисциплинарных) команд специалистов в системе комплексной реабилитации, ранней помощи. Решение данной проблемы возможно в рамках создания не ведомственного, а регионального перечня услуг (работ).

Координация работы по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, требует не только единой терминологии, но и регламентированных единых подходов при:

- выявлении потребности в комплексе услуг для реализации реабилитационных мероприятий (в зависимости от ведомства инвалиду (ребенку-инвалиду) предоставляются либо реабилитационное мероприятие, либо комплекс ведомственных услуг, работ, на которые раскладывается реабилитационное мероприятие);
- оценке реабилитационного потенциала получателя услуг; разработке индивидуальных планов реабилитации/абилитации инвалида (ребенка-инвалида);
- разработке реабилитационного маршрута и оценке результативности и эффективности проведенных реабилитационных мероприятий;
- описании реабилитационных мероприятий и организаций их предоставляющих.

Итогом реализации пилотного проекта должны стать предложения по совершенствованию нормативно-правового регулирования и методического обеспечения региональной системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов.

Злоказов А.В., Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л., Саксонова Е.В.

Министерство социальной политики Свердловской области, Екатеринбург

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ ИТОГИ РЕАЛИЗАЦИИ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА ПО СОЗДАНИЮ СИСТЕМЫ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Вопросам организации реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, в Свердловской области уделяется значительное внимание. С 2017 года Свердловская область участвует в реализации пилотного проекта по отработке подходов к формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов (далее – пилотный проект).

Целью системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, является создание условий для обеспечения доступности, качества, результативности и эффективности оказания услуг по реабилитации и абилитации для всех категорий инвалидов (детей-инвалидов) в зависимости от степени ограничения их жизнедеятельности, потребностей и реабилитационного потенциала [1].

Для достижения поставленной цели на первом этапе реализации пилотного проекта были решены следующие задачи:

- проведен SWOT-анализ системы реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов) в Свердловской области, включающий оценку ресурсной базы, анализ федеральных и региональных нормативных правовых актов по вопросам реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов);

- ответственным исполнителем и координирующим органом по реализации мероприятий пилотного проекта является Министерство социальной политики Свердловской области;

– создан координационный совет по реализации пилотного проекта под руководством заместителя Губернатора Свердловской области.

– в каждой сфере определены учреждения, осуществляющие методическое сопровождение пилотного проекта;

– определены пилотные площадки и организации здравоохранения, социального обслуживания, образования, занятости, физической культуры, культуры – для апробации методических документов;

– сформированы межведомственные рабочие группы по разработке моделей межведомственного взаимодействия, ранней помощи и сопровождения;

– проведены обучающие семинары, межведомственные совещания по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов (детей-инвалидов).

SWOT-анализ ресурсов и возможностей построения системы комплексной реабилитации/абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, позволил выявить факторы и проблемы, препятствующие ее эффективному формированию. Это в первую очередь отсутствие:

– единого понятийного аппарата в сфере реабилитации;

– единого подхода к: определению потребностей инвалида, его реабилитационного потенциала, к выполнению услуг и работ, к оценке результативности проведенных реабилитационных мероприятий в различных ведомствах-исполнителях индивидуальной программы реабилитации/абилитации;

– нормативно-правового регулирования межведомственного взаимодействия и несогласованность отдельных положений федеральных ведомственных нормативных правовых актов в здравоохранении, образовании, социальной защите, занятости, физической культуре и культуре;

– межведомственной справочно-информационной системы.

Предложены подходы к устранению выявленных проблемных зон. Это, в первую очередь, создание и внедрение:

- единого терминологического и понятийного аппарата (разработан и направлен в Минтруда РФ проект Единого сквозного глоссария для всех нормативных правовых актов, регулирующих деятельность в сфере реабилитации);
- стандартизованных методик определения потребностей инвалида и его семьи, оценки реабилитационного потенциала и результативности проведенных мероприятий;
- межведомственной информационной системы и ее перевод на площадку системы межведомственного электронного взаимодействия;
- доработка и согласование между собой нормативных правовых актов, регулирующих сферу реабилитации.

На первом этапе пилотного проекта в Свердловской области изучены и апробированы проекты методических документов Минтруда РФ, регламентирующих построение системы комплексной реабилитации и абилитации [2]. При проведении анализа проектов методических документов учитывались положения Федерального закона от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [3]; положения Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [4]; основные категории ограничений жизнедеятельности инвалида (ребенка-инвалида) [5]; направления и мероприятия по реабилитации и абилитации инвалидов в соответствии с индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида) [6].

В целях повышения эффективности межведомственного взаимодействия сформирована и развивается единая интегрированная система информационного взаимодействия Свердловской области на базе автоматизированной системы «Адресная социальная помощь» (АСП «ИПРА»), обеспечивающая сбор и поддержание в актуальном состоянии

информации об инвалидах, реабилитационных мероприятиях, реабилитационных организациях, а также возможность проведения анализа и мониторинга исполнения индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида).

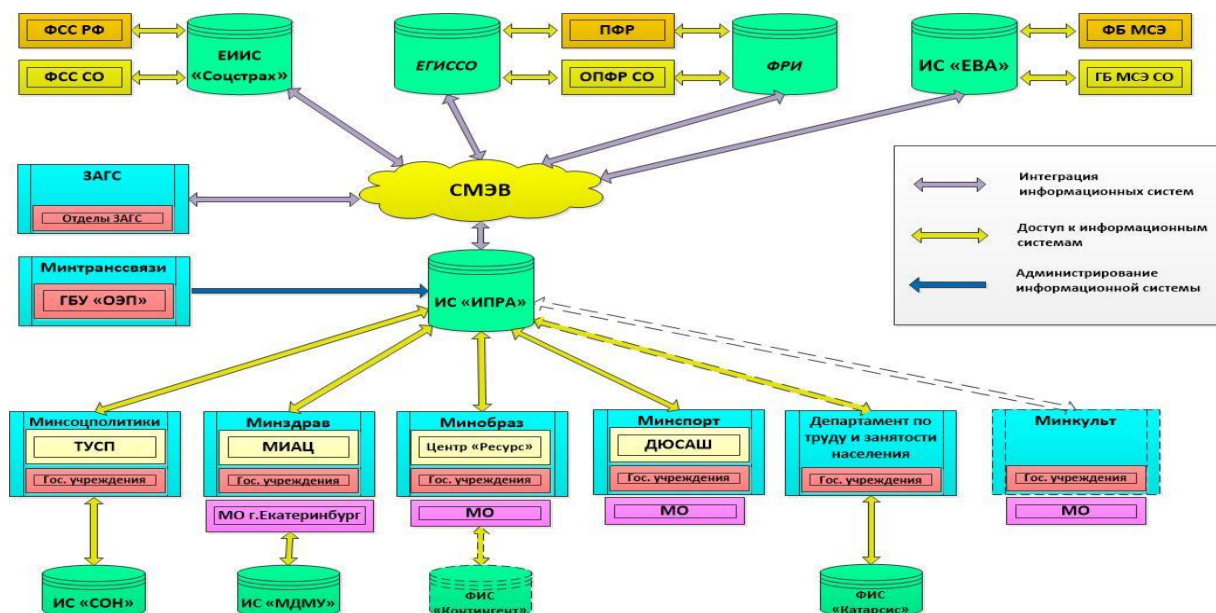


Рис. 1.
Схема единой интегрированной системы информационного взаимодействия системы реабилитации Свердловской области.

Схема единой интегрированной системы информационного взаимодействия системы реабилитации Свердловской области представлена на рисунке 1.

Создание данной системы открывает новые возможности для решения следующих задач на уровне региона:

создание базы данных для выработки государственной политики в отношении инвалидов, разработки документов для целей стратегического планирования на уровне Свердловской области и в муниципальных образованиях;

создание единой информационной базы данных об инвалидах и реабилитационных организациях с целью оказания реабилитационных

мероприятий, услуг ранней помощи и сопровождения в Свердловской области;

информационное взаимодействие с федеральным реестром инвалидов;

поддержание информационного обмена между всеми участниками реабилитационного процесса;

обеспечения доступа инвалида (законного представителя ребенка-инвалида) к сведениям о ходе реализации его индивидуальной программы реабилитации или абилитации, возможность своевременно корректировать реабилитационный маршрут в изменившихся условиях жизнедеятельности инвалида (ребенка-инвалида);

обеспечение доступа инвалида к сведениям о мерах социальной защиты (поддержки), в том числе в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида (ребенка-инвалида), а также программы ранней помощи;

осуществление контроля за ходом, объемом и качеством предоставляемых услуг инвалидам (детям-инвалидам) и информирования инвалида (законного представителя ребенка-инвалида) о его правах на меры социальной поддержки;

интеграция с федеральным реестром инвалидов (ФРИ) и единой государственной информационной системой социального обеспечения (ЕГИССО) Пенсионного фонда Российской Федерации.

Таким образом, в течение января-августа 2017 года проработаны и решены основные задачи первого этапа пилотного проекта и намечены планы его дальнейшей реализации.

Использованная литература:

1. Шошмин А. В., Мартынова Н. В., Бесстрашнова Я. К., Зима Т. В. Основы управления реабилитационными ресурсами. – СПб.: Из-во ФГУ «СПб НЦЭР им. Г. А. Альбрехта», 2009.- 96 с.

2. Проекты методических материалов /<http://www.rosmintrud.ru/> (дата обращения: 24.08.2017).
3. Федеральный закон от 24.11.2017 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».
4. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. – Женева: ВОЗ, 2001. – 342 с.
5. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы».
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.06.2017 № 486н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм».

Зуева А.В.

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический центр
медицинской экспертизы и реабилитации», пос. Городище,
Республика Беларусь

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

Инвалидность в детском возрасте рассматривается как значительное ограничение жизнедеятельности, приводящее к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития роста ребенка, снижения способности к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, трудовой деятельности в будущем. Поэтому особое внимание необходимо уделять детям, имеющим недостатки в умственном и

физическом развитии, так как реабилитационные мероприятия в детском возрасте наиболее эффективны.

Одним из ключевых моментов реабилитации является психологическая и профессиональная реабилитация детей инвалидов.

Особенности реабилитации детей-инвалидов и подростков по сравнению с реабилитацией взрослых:

- реабилитация ребенка-инвалида в силу особого положения ребенка в обществе теснейшим образом связана с воздействием на него социальных макро- и микрофакторов (семьи, социального окружения и др.), педагогическим воздействием (общим и специальным образованием) и по сути является социально-психологической и психолого-педагогической реабилитацией;

- реабилитация детей-инвалидов является длительным, динамическим процессом, сопровождающим ребенка на разных возрастных этапах и учитывающим закономерности психического развития, в связи с чем предполагается использование большого арсенала средств и методов в зависимости от возраста ребенка;

- комплекс реабилитационных мероприятий во многом зависит от психического, в том числе личностного развития ребенка-инвалида; последнее придает психологической реабилитации в детском возрасте особую значимость, так как именно личностные качества во многом определяют успешность социальной адаптации детей-инвалидов и инвалидов с детства.

В психологической реабилитации инвалидов детского и подросткового возраста выделяют три аспекта, определяющих ее основные задачи:

- операционально-деятельностный – связан с формированием у детей-инвалидов с раннего возраста умений и навыков, необходимых для самостоятельной жизни;

- социальный – определяется адекватным взаимодействием ребенка-инвалида с социальным окружением, вовлеченностью его в широкие социальные контакты, а в дальнейшем в трудовую жизнь;
- *личностный* – связан с внутренним осознанием своего состояния и положения в обществе; этот аспект как проблема формирования саморегуляции личности в условиях ограниченных возможностей самореализации.

Психологические особенности детей-инвалидов:

- ограниченный запас знаний и представлений об окружающем мире;
- недостатки в развитии моторики; замедленное восприятие;
- недостатки в развитии речи; низкая познавательная активность;
- нарушения в формировании личности (повышенная зависимость от окружающих, низкая коммуникабельность, неадекватная самооценка, эгоистические тенденции);
- недостатки в саморегуляции поведения;
- чувство неполноценности.

К подростковому возрасту у большинства инвалидов с детства (в 56% случаев) формируется высокий уровень невротизации; их мотивационно-потребностная сфера характеризуется усилением потребности в общении. Невозможность ее удовлетворения порождает психическую напряженность. В подавляющем большинстве случаев (78%) у подростков-инвалидов выявляются нереальные профессиональные намерения, возникающие на компенсации чувства собственной неполноценности и затрудняющие их профориентацию.

Фактором, существенно влияющим на процесс психического развития ребенка-инвалида, является *воспитание*. Дети и подростки, находящиеся в домах-интернатах и не получающие семейного воспитания, характеризуются высоким уровнем психической напряженности, трудностями установления социальных контактов. Но и семейное воспитание инвалидов детского и подросткового возраста имеет ряд недостатков. Гиперопека как наиболее

частый из них подавляет активность и самостоятельность ребенка, что ведет к формированию эгоизма и иждивенчества. Реже встречаются гипоопека и эмоциональное отвержение больного ребенка. Эти типы воспитания также крайне негативно сказываются на процессе психического развития ребенка-инвалида.

При организации психологической реабилитации детей-инвалидов следует учитывать специфические особенности развития различных категорий детей-инвалидов. Выделяют три такие категории детей:

- 1) дети-инвалиды вследствие хронических соматических заболеваний;
- 2) дети-инвалиды с нарушениями функций анализаторов (зрения, слуха) и функций опорно-двигательного аппарата;
- 3) дети-инвалиды с психическими нарушениями.

Специфические особенности психического развития детей каждой группы требуют дифференцированного подхода к выбору средств и методов как социально-психологической, так и психолого-педагогической реабилитации. Знание особенностей формирования психики детей-инвалидов позволяет сформулировать *задачи по их психологической реабилитации* следующим образом:

- формирование психических функций, нарушенных вследствие заболевания или дефекта анализаторов, адекватного поведения и личности;
- оптимизация социальных факторов; влияющих на процесс психического развития инвалида; коррекция отношения семьи и социального окружения; выбор и реализация адекватного педагогического воздействия;
- профессиональная ориентация, учитывающая возможности, личностные особенности и профессиональные склонности ребенка.

Эффективность такой реабилитации возможна при длительной целенаправленной работе с ребенком-инвалидом, его семьей и социальным окружением.

Деятельность психологической службы в учреждениях для детей-инвалидов (реабилитационных центров, коррекционно-образовательных учреждениях) предполагает проведение следующих мероприятий:

- изучение структуры нарушений психического развития детей и подростков;
- выявление не только нарушенных, но и сохранных психических функций, с учетом которых могут проводиться психокоррекционные мероприятия;
- разработка программ психолого-педагогической реабилитации для детей-инвалидов, не посещающих образовательные учреждения;
- коррекция и профилактика нарушений познавательной деятельности и ведущих деятельностей детей на конкретных этапах возрастного развития;
- коррекция и профилактика нарушений личностного развития у детей и подростков;
- профконсультирование и профессиональная ориентация подростков;
- изучение, профилактика и коррекция неправильного семейного воспитания ребенка-инвалида;
- психологическая помощь родителям инвалидов детского и подросткового возраста (консультативная и коррекционная);
- просветительская работа по формированию у окружающих (взрослых, молодежи, детей) гуманного отношения к детям-инвалидам.

Для подростков-инвалидов большое значение имеют вопросы профессиональной подготовки, обучения для вхождения во взрослую жизнь. В настоящее время значительно расширены медицинские показания к профессиональному обучению инвалидов, что позволяет осваивать более широкий спектр профессий. Система профессиональной реабилитации детей-инвалидов формируется на основе многоэтапного процесса получения инвалидами как общего, так и профессионального образования.

Обучение инвалидов в специализированных учреждениях профессионального образования включает:

- получение инвалидами знаний и умений по специальности или профессиям (соответствующей квалификации);

- получение профессионального образования в соответствии с государственными образовательными стандартами;
- реализацию профессионального, трудового потенциала инвалида, формирование личности профессионала за счет мобилизации ресурсов и скрытых возможностей, самоутверждение в признании объективной ценности и престижности своего профессионального труда;
- формирование нравственности, духовного богатства личности, культуры, умение решать творческие задачи, гибкость и пластичность мышления, стремление к обновлению знаний и совершенствованию умений;
- развитие общественного сознания личности, понимание места и роли индивидуума в жизни общества, его взаимоотношений с природой, участие в социальных и природных процессах;
- формирование физического здоровья и потребности высокой культуры здоровья, высокого уровня и качества знаний, овладение профессиональным мастерством.

В последние годы появились разные формы обучения (дистанционные) лиц с ограниченными возможностями здоровья в вузах страны.

Большое внимание уделяется обучению детей с тяжелыми психическими и физическими нарушениями, находящихся в стационарных учреждениях социальной защиты. Министерством образования Республики Беларусь ежегодно расширяется перечень учебных заведений для детей с особенностями психофизического развития и инвалидов.

Трудоустройство детей-инвалидов в республике Беларусь осуществляется через службы занятости или путем самостоятельного поиска рабочих мест на рынке труда.

Проблемы профессиональной реабилитации детей-инвалидов:

- не разработана концепция образования инвалидов; отсутствует нормативная база, регламентирующая заочную, надомную и другие формы профессионального образования для инвалидов;
- отсутствуют условия для интегрированного обучения инвалидов;

- не в полной мере созданы условия для проведения ранней профориентации;
- требуется адаптация образовательных стандартов по отношению к инвалидам;
- слабо развита система курсового обучения инвалидов;
- необходимо восстановление лечебно-трудовых мастерских и лечебно-трудовых профилакториев, специализированных предприятий для инвалидов.

Таким образом, все вышеперечисленное свидетельствует об актуальности проблемы реабилитации детей-инвалидов. Для решения данной важной государственной задачи необходима координация деятельности специализированных учреждений образования, здравоохранения, труда и социальной защиты, требуется привлечение компетентных и заинтересованных специалистов.

Иванов Р. В.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

ВОКАЛОТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ВОССТАНОВЛЕНИЯ УТРАЧЕННЫХ РЕЧЕВЫХ ФУНКЦИЙ В ПЕРИОД РЕАБИЛИТАЦИИ

Сложно переоценить значение речи. Она дает нам возможность говорить, делиться с окружающим миром нашими интересами, эмоциями, впечатлениями, нашими потребностями. Поэтому ослабленная или вовсе утраченная речевая способность отрицательно влияет на качество нашей жизни. В процессе восстановления таких навыков и способностей очень важно вернуть возможность клиенту полноценно говорить, взаимодействовать с близкими людьми, друзьями, сообщать им о своих потребностях и нуждах. Одна из таких реабилитационных практик – вокалотерапия. Не секрет, что основной деятельностью клиента в реабилитационном центре является восстановление утраченных функций

организма в целом. Однако, для более полной самореализации и раскрытия своего физического и духовного потенциала, клиенту также необходима полноценная адаптация в социуме, полноценное участие во всех сферах жизнедеятельности. И речь здесь играет очень важную роль.

Вокалотерапия как реабилитационная практика показана, прежде всего, для тех клиентов, которым по диагнозу необходимо формирование правильного артикуляционного уклада звуков, развитие фонематического и речевого слуха, правильного дыхания в процессе произношения различных звукосочетаний, восстановление и коррекция утраченных речевых функций, закрепление устойчивого и предсказуемого коррекционного эффекта.

В рамках предлагаемых занятий и тренировок по вокалотерапии в дополнение к основному существующему курсу по аудиорезонированию базовых гласных, предлагается:

- комплекс упражнений по овладению навыком правильного дыхания;
- комплекс упражнений для стимуляции, повышения тонуса, увеличения подвижности мимико-артикуляционных мышц, внутренних и внешних артикуляционных органов, речевого аппарата в целом;
- комплекс упражнений для достижения физико-психологической стабильности в рамках курса.

Следует отметить, что от клиента во время реабилитационного процесса не требуется наличие музыкального слуха и/или чувства ритма, каких-то особенных познаний в музыке и вокале, знаний нот и тональной специфики. Всё это находится вне пределов настоящей методики, разработанной и приспособленной для клиентов, которые никогда не сталкивались и не столкнутся с теоретическими и практическими музыкальными приложениями.

Цель вокалотерапии: формирование у клиентов правильного артикуляционного уклада звуков, развитие фонематического и речевого слуха, правильного дыхания в процессе произношения различных звуков, восстановление и коррекция речевых функций.

Целевая группа:

1. Клиенты, перенесшие инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения);
2. Клиенты, получившие травму головного или спинного мозга;
3. Клиенты, получившие травму речевого (фонационного) аппарата: (легкие, трахея, органы внутренней и внешней речевой артикуляции, артикуляционные мышцы лица);
4. Клиенты, имеющие различные нарушения функций речи в силу возрастных особенностей организма, изношенности речевого аппарата (тусклый, вялый голос, невнятная дикция, замедленная речь).

Методика применяется для индивидуальной реабилитации, т. к. выбор упражнений для работы с голосом каждого клиента строго индивидуален. Однако, в рамках погружения клиента в аудиосреду, при использовании лингафонного аудиокурса резонирования и тонирования базовых гласных, возможны и групповые занятия при наличии технической возможности.

На занятиях, особенно в ходе тренировок с клиентом, педагогу необходимо соблюдать выдержку и терпение. Повышенный тон и раздражение педагога подавляют волю и инициативу клиента. Он еще более теряется, спешит и допускает более серьезные ошибки. Следует также отметить, что на занятиях важен правильный показ упражнений, направленных на восстановление утраченных функций речевого аппарата. При выполнении всех упражнений необходимо следить, чтобы клиент, делая их, анализировал свои ощущения, не «зажимал» голос, наблюдал за дыханием.

Основные упражнения клиенту необходимо запомнить, чтобы в домашних условиях продолжать начатое реабилитационное восстановление.

ЗНАЧЕНИЕ ВОКАЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ ДЛЯ ВОССТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ РЕЧИ

Вокальная деятельность сопряжена со специфическими физическими и интеллектуальными нагрузками человека, связана с работой его головного

мозга. Возбуждение коры головного мозга при резонировании базовых гласных несравненно сильнее, чем при речи. Во время активного тонирования у человека происходит возбуждение речевых центров коры больших полушарий, которое распространяется и на соседние участки мозга, повышая их тонус и работоспособность.

Через резонирование также идет развитие фонематического слуха – способности улавливать мельчайшие особенности произношения гласных и согласных звуков. Такая деятельность тренирует управляемость и скоординированность работы всех органов внутренней и внешней речевой артикуляции, повышает точность воспроизведения, разборчивость речи и речевую технику. Во время пропевания базовых гласных рецепторы артикуляционных органов сигнализируют мозгу о степени сокращения мышц. Это сохраняется в памяти человека и позволяет ему произвольно корректировать мышечные процессы, а также исправлять произношение.

На таких занятиях аудиорезонирование и/или пение во многом способствует коррекции дефектов речи, так как концентрируется внимание на правильном произношении звуков, корректном положении артикуляционного аппарата клиента. Коррекционная работа направлена на формирование у клиентов точной артикуляционной мышечной координации, речевого слуха, дыхания в процессе произношения различных звуков.

Восстанавливающее воздействие (коррекционный эффект) достигается посредством:

- специфической мимико-артикуляционной гимнастики;
- вокальных резонансно-речевых техник и упражнений под музыкальный инструмент (фортепиано);
- разработанного лингафонного аудиокурса голосового резонирования и тонирования.

МЕТОДЫ И ПРИЕМЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ РЕЧИ НА ЗАНЯТИЯХ ВОКАЛОТЕРАПИИ

Нарушения функций речи у людей с ограниченными возможностями поступающих на реабилитацию зависят от поставленного диагноза в профильном медицинском учреждении. Следует отметить, что помимо осложнений и изменений голосового режима после перенесенной травмы или заболевания, отклонения также могут быть связаны с возрастными особенностями организма, изношенности голосового аппарата, недостатка общения и мышечной вялости артикуляционного аппарата. Поэтому выбор специфических методов и приемов для работы с речью клиента строго индивидуален.

Курс реабилитационного голосового резонирования включает:

1. Комплекс аудиотехник для резонирования и тонирования базовых гласных и смежных звукосочетаний, в том числе лингафонный аудиокурс;
2. Комплекс упражнений по овладению навыком правильного дыхания;
3. Комплекс упражнений для стимуляции, повышения тонуса, увеличения подвижности мимико-артикуляционных мышц, внутренних и внешних артикуляционных органов, речевого аппарата в целом;
4. Комплекс упражнений для достижения физико-психологической стабильности в рамках курса.

В зависимости от диагноза можно применять тот или иной комплекс по отдельности или целиком.

Следует помнить, что на начальном этапе занятий (курса) важно, по возможности, согласно диагностическим данным, сформировать у клиента правильную резонирующую установку, включающую в себя комплекс требований, способствующих правильному звукообразованию: например, стоять либо сидеть прямо, не напрягаясь и не сутулясь, чуть подтянуто и т.п. Также правильному звукообразованию способствует прямое и собранное положение корпуса, плечи расправлены, грудь развернута для свободного и полного дыхания, забор воздуха всегда осуществляется через нос. При положении «сидя» не следует класть ногу на ногу, так как это затрудняет полноценное дыхание.

Для качественного выполнения всего комплекса упражнений и аудиотехник необходимо активизировать у клиента как переднюю часть артикуляционного аппарата (губы, язык, мимические мышцы лица), так и внутренний артикуляционный аппарат, непосредственно связанный с гортанью (активность мягкого неба и корня языка).

Как уже указывалось в первом разделе настоящих методических рекомендаций восстанавливающее воздействие (коррекционный эффект) при работе с клиентом достигается посредством:

- специфической мимико-артикуляционной гимнастики;
- вокальных резонансно-речевых техник и упражнений под музыкальный инструмент (фортепиано);
- разработанного лингафонного аудиокурса голосового резонирования и тонирования.

СУТЬ И СТРУКТУРА ИНДИВИДУАЛЬНОГО ЗАНЯТИЯ

Опыт многолетней реабилитационной практики позволяет организовать каждое занятие, которое желательно разделить на три части:

1. Вводная часть: объявление темы и цели занятия, учебных вопросов и повторение ранее изученных приемов;
2. Основная часть: изучение и отработка новых приемов по разделениям и в целом. Тренировка приемов проводится под инструмент с участием педагога или самостоятельно;
3. Заключительная часть.

В заключительной части занятия проводится разбор и объявляется условная оценка коррекционного эффекта у клиента, отмечаются (если есть) улучшения и дается задание на самостоятельную подготовку.

Задачей педагога во время реабилитационного занятия является поддержание у клиента бодрости и позитивного мышления. С этой позиции педагог систематически опрашивает клиента на предмет испытываемых трудностей. Для преодоления физической усталости, снятия морально-психического напряжения, восстановления работоспособности необходимо

использовать индивидуальные и групповые беседы, музыкальную релаксацию, дыхательные техники.

Работа с клиентом не должна прекращаться на заключительном этапе занятия. Как показывает опыт, этот период всегда связан со снижением эмоционального напряжения клиента, внимания, накоплением физической усталости, что в условиях отсутствия необходимого контроля и психологического влияния на реабилитанта может привести к снижению восстановительной мотивации, ослаблению бдительности, ухудшению настроения.

Поэтому главная задача педагога заключается в том, чтобы в результате умелого использования всех методов, форм и средств влияния на сознание, подсознание, эмоционально-чувственную, мотивационную и волевую сферы клиента не допустить снижения его психологической готовности и на этой основе обеспечить поддержание высокой активности в решении предложенных реабилитационных заданий по аудиорезонированию. При подведении итогов курса, как правило, проводится анализ эффективности проведенных мероприятий педагогического и психологического обеспечения, определяется его конкретность, целенаправленность, действенность и степень влияния на клиента, оценивается собственная деятельность, обобщается положительный опыт, прорабатываются рекомендации по его внедрению в дальнейшую реабилитационную практику.

ВОКАЛЬНЫЕ РЕЗОНАНСНО-РЕЧЕВЫЕ ТЕХНИКИ И УПРАЖНЕНИЯ ПОД МУЗЫКАЛЬНЫЙ ИНСТРУМЕНТ (ФОРТЕПИАНО)

Исполнение специфических вокальных упражнений под музыкальный инструмент (при условии диагностической возможности у клиента) – это тот этап работы по восстановлению утраченных речевых функций, когда происходит работа над дикцией, правильным произношением звуков, слогов,

на оперном нижнереберном дыхании с ощущением «зевка», акцентируется внимание на артикуляции и произношении.

Следует отметить, что от клиента не требуется наличие музыкального слуха и/или чувства ритма, каких-то особенных познаний в музыке и вокале, не требуется знаний нот и тональной специфики. Всё это находится вне пределов настоящей методики, которая разработана и приспособлена для клиентов, которые никогда не сталкивались и не столкнутся с теоретическими и практическими музыкальными приложениями.

Опевание звукосочетаний происходит с различной интенсивностью и окраской (тихо, громко, отрывисто, протяжно). Пояснения в скобках предназначены для педагога, а не для клиента.

По завершении – финализация. Педагог просит клиента разгладить, легко помассировать руками мышцы лица. Сделать несколько глубоких вдохов и выдохов через нос. Расслабиться.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ АУДИОРЕЗОНИРОВАНИЯ

Аудиорезонирование – это оздоровительные свойства голосового «гудения», основанные на вибрационном воздействии звука на сердечно-сосудистую, нервную, дыхательную и иммунную системы организма.

Основная цель аудиорезонирования: коррекция психоэмоционального состояния средствами опевания гласных, создание положительного эмоционального фона, активизация работы и укрепление внутренних органов клиента, таких как легкие, трахея, бронхи, гортань и носоглотка, за счет активных движений грудной клетки, диафрагмы и дыхания.

Комплексное занятие по аудиорезонированию включает: звуковые упражнения, приемы релаксации, освоение комплекса дыхательной гимнастики, вокализацию, ведение дневника самонаблюдений.

Методика аудиорезонирования представляет собой комплекс методов, состоящих из взаимосвязанных элементов, которые принято называть приемами обучения.

Приемы – это отдельные детали, составные части методов. Так, например, демонстрация изучаемого действия по разделениям или в целом – это приемы метода показа; изложение порядка выполнения элемента – это прием метода рассказа. В большинстве случаев несколько методов обучения применяются в сочетании, например: показ – с рассказом, объяснение – с упражнением. В том или ином сочетании один из методов играет ведущую роль, а другие – подчиненную.

На занятиях, особенно в ходе тренировок, педагогу необходимо соблюдать выдержку и терпение. Повышенный тон подавляет волю и инициативу клиента. Он еще более теряется, спешит и допускает более серьезные ошибки.

Следует отметить, что знания педагога по речевой реабилитации, его навыки и умения совершенствуются на всех занятиях, проводимых с клиентами и самостоятельно.

Методы обучения:

1. Устное изложение материала;
2. Показ;
3. Тренировка;
4. Самостоятельное изучение приема или действия.

Устное изложение используется больше как пояснение, которое соединяется с демонстрацией (показом) изучаемых приемов.

Показ – совокупность приемов и действий, с помощью которых обучаемые клиенты формируют понятие о конкретных приемах и действиях.

Тренировка – многократное повторение определенных приемов и действий с целью выработки и совершенствования у обучаемых клиентов навыков и умений.

Самостоятельное изучение приемов или действий – это самый важный метод обучения, который и позволяет достичь наилучшего реабилитационного результата в сжатые сроки.

Обучение приемам резонирования проводится в такой последовательности:

1. знакомство с приемом;
2. разучивание приема;
3. тренировка.

Для ознакомления клиента с приемом педагог:

- называет прием, указывает клиенту, где и с какой целью прием применяется;
- подает команду, по которой этот прием выполняется;
- показывает, соответственно с методикой, как выполняется прием в целом, а потом в медленном темпе – по разделениям с коротким объяснением порядка его выполнения.

В зависимости от диагноза клиента и сложности приема, его разучивание может проводиться:

1. в целом (если прием не сложный);
2. по разделениям (если прием сложный);
3. с помощью подготовительных упражнений (если прием сложный и его элементы тяжело усвоить).

После ознакомления с приемом педагог приступает к тренировке, добиваясь автоматизма его выполнения. При этом педагог добивается, чтобы все приемы выполнялись правильно, красиво и четко. В целях повышения качества и эффективности проведения занятий по курсу аудиорезонирования в начале и в самом конце проведенного курса проводится входящее и исходящее тестирование по основным показателям речевой реабилитации. С помощью такого тестирования, когда клиент самостоятельно оценивает присутствие/отсутствие положительного воздействия от упражнений, у руководителя курса появляется возможность оценки коррекционного эффекта при проводимом комплексе артикуляционно-речевых реабилитационных мероприятий.

Во время активных тренировок у клиента повышается тонус и работоспособность коры головного мозга, формируются и совершенствуются речевые навыки, исправляются нарушения речи, устраняются речевые дефекты, развивается фонематический слух (способность улавливать мельчайшие особенности произношения гласных и согласных звуков), тренируется работа всех органов внутренней и внешней речевой артикуляции, повышается точность воспроизведения, разборчивость речи и речевая техника. Таким образом, клиент, прошедший курс вокалотерапии может достигнуть большей психической и физической стабильности.

Использованная литература:

1. Кэмпбелл Д. Музыка для здоровья. – М.:Музыкальная литература, 2010.
2. Медведева Е.А. Воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика. – М., 2002.
3. Петрушин В.И. Музыкальная психотерапия: Теория и практика. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1999.
4. Шушарджан С. В. Психофизиологические и биофизические основы адаптогенно-восстановительных эффектов музыкально-вокалотерапии. – М., 1998.

Камелина О.С.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

ТЕХНИКИ ФИЛЬЦЕВАНИЯ В РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССЕ

В отделении социально-бытовой и социально-средовой реабилитации каждый день проходят мастер-классы для клиентов центра. Творческий труд положительно влияет на здоровье, настроение и повышает социальный статус людей с ограниченными возможностями здоровья. Предоставление социально-трудовых услуг этим гражданам способствует улучшению

условий их жизнедеятельности и расширению возможностей самостоятельно обеспечивать свои основные жизненные потребности.

В областном Центре реабилитации инвалидов проводятся мероприятия, предусматривающие подготовку клиентов к различным доступным им видам деятельности. Приобретенные на реабилитационных занятиях навыки могут оказаться полезными в их жизнедеятельности. Технологии по различным видам декоративно-прикладного творчества среди получателей социально-трудовых услуг являются приоритетными. В последнее время среди клиентов наблюдается рост интереса к валянию изделий из шерсти. Сложность работы зависит от уровня двигательных возможностей и интеллектуального развития получателей услуг (инвалидов, граждан пожилого возраста и других лиц с ограничениями их жизнедеятельности). Никакие специально подобранные упражнения не могут заменить сложные целенаправленные движения трудовых процессов.

Сухое валяние (фильцевание) – один из популярных видов рукоделия. Технику сухого валяния используют для создания объемных вещей: картин, мягких игрушек, украшений, сувениров. Она очень проста и поэтому идеально подходит для людей, которые только начинают пробовать свои силы в рукоделии. В процессе сухого валяния волокна шерсти спутываются между собой, уплотняются и превращаются в войлочную массу (фетр). Для этого используются специальные иглы с зазубринами. Собственно, кроме этих игл никакие другие специфические инструменты для сухого валяния не понадобятся. Шерсть – мягкий материал, работа с ней основана на процессе творения. Этот процесс влияет на человеческую руку, как массаж рефлекторных зон. Волокна шерсти мягко массируют точки наших ладоней и пальцев, а эти области, как известно, отвечают за правильную работу всего организма. Активизируются все органы восприятия, в первую очередь осязание. Через сенсорные ощущения происходит пробуждение воли человека. Работая с шерстью, получатели

социальных услуг стабилизируют и улучшают физическое и психическое здоровье.

Целью данных занятий является социально-средовая реабилитация и социально-бытовая адаптация получателя услуг в процессе освоения трудовых навыков по технологии сухого валяния из шерсти, что приводит к повышению адаптационных возможностей клиента и формирует положительную установку на дальнейшую реабилитацию и творческую деятельность.

Данные занятия позволяют частично:

- поддержать сохраненные или восстановить утраченные функции;
- восстановить координацию и тактильную чувствительность пальцев;
- развить трудолюбие, усидчивость и аккуратность;
- проявить индивидуальность и самостоятельность;
- повысить произвольность внимания и функцию контроля за произвольной целенаправленной деятельностью.
- восстановить социальный статус и реализовать творческие способности.

На занятиях клиентам раскрывают секреты изготовления красивых изделий в технике сухого валяния, которыми они смогут украсить дом или создать оригинальные подарки для друзей. Сухое валяние – это отличная стрессотерапия. Этот процесс очень успокаивает, а радость от уже готового изделия способна надолго поднять настроение. Прелесть сухого валяния в том, что оно не требует большого пространства, его можно совмещать с просмотром фильмов и общением с друзьями, оно позволяет реализовать практически любые творческие идеи – были бы время и разноцветная шерсть.

Актуальность и целесообразность реабилитационных занятий не вызывают сомнений, т.к. в процессе освоения навыков изготовления изделий в технике фильцевания у клиента развивается мелкая моторика рук,

улучшается координация движений, глазомер, внимание, воображение. Совершенствуются личностные качества – абстрактное мышление, художественный вкус, реализуются творческие способности. Это позволяет получателю услуг приобрести как трудовые навыки, так и получить удовольствие от реабилитационных занятий. Эти занятия будут для клиента новым шагом в саморазвитии.

Творческие мастер-классы проводятся параллельно с медицинскими и психологическими процедурами с учетом рекомендаций специалистов и специфических особенностей и возможностей получателя услуг.

Занятия предназначены для пожилых людей, инвалидов с умеренной спастикой верхних конечностей (кроме клиентов с вялыми парезами, тремором и незрячих). Для получателей услуг с нарушением слуха занятия проводятся с применением текстового материала по теме занятия.

Продолжительность занятия 40 минут, но при необходимости количество занятий может быть увеличено. Это зависит от сложности двигательных нарушений и индивидуальных возможностей получателя услуги.

Мастер-класс применяется как для индивидуальной реабилитации клиента, так и в группе от 2 человек. Индивидуальная и мелкогрупповая формы занятий позволяют инструктору построить процесс обучения в соответствии с принципами дифференцированного и индивидуального подходов. С получателями услуг, имеющими функциональные ограничения, проходит индивидуальная форма реабилитационных занятий.

С пожилыми гражданами проводятся занятия в групповой форме, что позволяет восстановить нарушенные коммуникативные способности, сгладить чувство одиночества.

Теоретическая часть занятия включает в себя знакомство с технологией валяния изделий из шерсти, ее видами (сухое и мокрое валяние), с инструментами и материалами используемые для валяния. Инструктор

знакомит клиента с техникой безопасности при работе с колющим и режущим инструментом.

На практических реабилитационных занятиях, под руководством инструктора по труду, клиент осваивает изготовление изделия или картины в технике сухого валяния. Завершающий этап занятия – это оформления готового изделия в рамку под стекло.

В результате участия в мастер-классе получатель услуги имеет представление об этапах работы в технике сухого валяния из шерсти. У клиента наблюдается улучшение физического (моторика) и психоэмоционального состояния, повышается самооценка и способность к самообслуживанию, появляется мотивация к дальнейшему прохождению курса реабилитационных мероприятий.

Караулова Е.В.

ФГБОУ ВПО «Уральский государственный педагогический университет, г.
Екатеринбург

КОРРЕКЦИОННАЯ ФОНОЛОГОРИТМИКА В СИСТЕМЕ КОМПЛЕКСНОЙ ПОМОЩИ ДОШКОЛЬНИКАМ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Комплекс медико-социальных и психолого-педагогических мероприятий, проводимых с детьми с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), направлен на преодоление, в том числе, и речевых нарушений. В настоящее время в логопедической практике с успехом используется коррекционная фонологоритмика – одна из форм активной терапии, включающая в себя систему двигательных упражнений в сочетании с музыкой и произнесением определенного речевого материала (фраз, слов, слогов, звуков) [3, 5].

Фонологоритмические занятия дополняют логопедические, что повышает эффективность работы по коррекции речевых нарушений (В. А.

Гринер, Г. А. Волкова, Ю. О. Филатова и др.). Логоритмические упражнения положительно влияют на темп, ритм, выразительность движений и речи, мышечный тонус, формируют двигательные навыки и пространственные представления; развивают внимание и память, зрительное и слуховое восприятие, звуковысотный, динамический и музыкальный слух. Фонологоритмика способствует закреплению навыков правильного голосообразования, устранению несформированности фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи. Творческие задания, игры, инсценировки, импровизации, которые активно используются на фонологоритмических занятиях, развивают воображение, коммуникативные навыки, формируют положительный эмоциональный настрой [1, 5, 9, 11].

Элементы логоритмики активно включаются в работу по предупреждению речевого недоразвития у детей раннего возраста с детским церебральным параличом, нарушениями познавательной деятельности, расщелинами губы и неба [1, 8, 9, 10].

Если для детей с заиканием в специальную программу воспитания и обучения в детском саду включены музыкально-ритмические занятия, то для детей с ОНР и другими клиническими формами речевой патологии данные занятия программой не предусмотрены, в то время, как исследования Г.В. Бабиной, Г. А. Волковой, Л.В. Лопатиной, Ю.О. Филатовой и др. свидетельствуют о различных нарушениях ритма и связанных с ним психомоторных и речевых функций у дошкольников с дизартрией, алалией [2, 3, 6, 11].

Реализуя принцип комплексного подхода при коррекции речевых нарушений у детей, логопед может проводить коррекционную фонологоритмику совместно с музыкальным руководителем или воспитателем. Это вполне приемлемо, так как современные технические средства для музыкального сопровождения занятия позволяют справиться с такой задачей и педагогу, не имеющему музыкального образования. Логопед хорошо знает моторные, психические и речевые возможности каждого ребенка в группе и проведение

им фонологоритмических занятий позволяет быстрее справляться с неречевыми и речевыми проблемами детей.

Фонологоритмическая работа включает в себя 5 последовательных этапов: исходно-диагностический, организационный, информационно-обучающий, коррекционный, итогово-диагностический.

Целью *исходно-диагностического этапа* является проведение комплексного обследования детей для определения направлений и содержания фонологоритмической работы.

Организационный этап предполагает комплектование подгрупп детей для проведения фонологоритмических занятий и разработку содержания фонологоритмической работы. Помимо этого, на данном этапе организуется взаимодействие в работе логопеда, музыкального руководителя и педагогов образовательного учреждения, работающих с детьми с речевым недоразвитием, дополняется предметно-развивающая среда, составляется расписание коррекционных занятий.

Информационно-обучающий этап необходим для формирования у педагогов и родителей теоретических знаний, практических умений и навыков применения фонологоритмических упражнений с целью преодоления речевых нарушений у детей. Для реализации поставленных задач проводятся практикумы, мастер-классы, открытые фонологоритмические занятия.

Коррекционный этап направлен на преодоление речевого недоразвития у детей на коррекционных фонологоритмических занятиях, которые проводятся в дополнение к логопедическим фронтальным и индивидуальным занятиям и учитывают их цели и задачи. Важно, чтобы фонологоритмические упражнения включались в занятия логопеда и закреплялись с воспитателем, например, в виде динамических пауз, во время утренней гимнастики, на прогулке.

Итогово-диагностический этап включает контрольную диагностику сформированности моторики, устной речи и сенсорных функций у детей в конце учебного года.

Основные направления фонологоритмической работы и её содержание зависят от клинической формы речевой патологии, структуры дефекта, состояния двигательных, речевых и сенсорных функции детей с ОВЗ.

Занятия проводятся в группах или подгруппах по 5-6 человек. Подгруппы комплектуются по возрастному принципу, по схожести дефекта, с учетом этапов логопедической работы и возможностей детей. Продолжительность занятия – 20-30 минут, желательно проведение фонологоритмических занятий в утренние часы.

Основной принцип построения всех видов работы на фонологоритмических занятиях является тесная связь движений с музыкой и включение доступного речевого материала.

Логопедам-практикам удобно деление логоритмических занятий на «звуковые» и «лексические» [7]. Как правило, звуковые занятия строятся по следующей структуре: подготовительная часть, основная и заключительная части.

Подготовительная часть занятия длится 5-7 минут. Используются вводные упражнения, которые дают установку на разнообразный темп движения с помощью музыки, упражнения, направленные на тренировку внимания, памяти, координации, темпа и ритма движений, пространственную ориентировку, развитие пальчиковой и артикуляционной моторики и т.д.

Основная часть занятия занимает 10-15 минут, включает в себя упражнения, направленные на автоматизацию или дифференциацию звуков с помощью проговаривания чистоговорок и текстов под музыку, пение, проведение речедвигательных и подвижных игр. Речевой материал должен быть насыщен отрабатываемыми звуками. Помимо этого, важной задачей работы с детьми данной категории будет являться развитие слухового внимания, памяти и фонематических процессов. С этой целью предлагаются

такие упражнения, как слушание музыки и песен, игра на музыкальных инструмента, ритмическое и музыкальное «эхо» и др.

Заключительная часть занятия, как правило, занимает 5-7 минут. В неё входят упражнения на восстановление дыхания, снятие мышечного и эмоционального напряжения, релаксационные упражнения.

При коррекции ОНР, помимо «звуковых» фонологоритмических занятия проводятся занятия, направленные на формирование лексико-грамматических средств языка, их называют «лексическим». Они разнообразны по сюжету и соотносятся с лексическими темами, отрабатываемыми логопедом. Сюжетно-тематическая организация занятий позволяет детям чувствовать себя комфортно, уверенно, максимально реализуются потенциальные возможности детей, способствует более эффективному формированию лексико-грамматической стороны речи.

Новую тему отрабатывают на 3-х занятиях. На первом – знакомят с движениями, песнями, упражнениями и играми, на втором – работают над качеством движений и отрабатывают речевой материал, на третьем – учат самостоятельно воспроизводить отработанные игры и упражнения.

Структура «лексического» занятия так же состоит из подготовительной, основной и заключительной частей.

Подготовительная часть занятия мотивирует, настраивает детей на работу, включает в себя разнообразные упражнения на развитие высших психических функций (внимания, памяти), моторики (темпа, ритма, координации, выразительности движения с помощью музыки, пальчиковой моторики и т.д.).

Основная часть занятия состоит из упражнений, направленных на обогащение словаря, закрепление грамматических категорий, совершенствование диалогической и монологической речи. С этой целью используются такие средства фонологоритмики, как проговаривание стихов под музыку, пение, речедвигательные упражнения без музыкального сопровождения и под музыку, игры-драматизации и т.д.

Заключительная часть содержит релаксационные или психогимнастические упражнения.

Таким образом, коррекционные фонологоритмические занятия желательно включать в любые реабилитационные системы лечения, воспитания и обучения детей с ОВЗ, в том числе дошкольников с ОНР и дизартрией или алалией.

Использованная литература:

1. Архипова Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста. — М. : АСТ : Астрель, 2007.
2. Бабина Г. В. Структурно-слоговая организация речи дошкольников: онтогенез и дизонтогенез. — Таганрог-М. : Сфинкс, 2010.
3. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика. — М. : ВЛАДОС, 2002.
4. Волкова Г. А. К проблеме логоритмического воздействия на детей с моторной алалией // Дети с проблемами в развитии : исследования и коррекция. — СПб., 1999.
5. Гринер В. А. Логопедическая ритмика для дошкольников. — М.: Изд-во Министерства просвещения РСФСР, 1958.
6. Лопатина Л. В. Фонетико-фонематические нарушения и их коррекция у дошкольников со стертой дизартрией. — СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 2004.
7. Лукина Н.А. Логоритмические занятия с детьми раннего возраста (2-3 года). — СПб. : Паритет, 2004.
8. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. — М. : Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 1997.
9. Музыкальное воспитание детей с проблемами в развитии и коррекционная ритмика. / Под ред. Е. А. Медведевой. — М. : Академия, 2002.
10. Обухова Н.В. Формирование психомоторной сферы у младенцев с врожденной расщелиной губы и неба как педагогическое условие

предупреждения недоразвития речи. – Екатеринбург: Из-во Урал. Гос. Пед. Ун-та, 2015.

11. Филатова Ю.О. Речевые и моторные ритмические процессы и модель их развития у детей с нарушениями речи : дис. Д-ра пед. Наук : 13.00.03. – М., 2014.

Кулакова О.В.

Национальный автономный университет Никарагуа, г. Леон

ПАРАДИГМА ИНВАЛИДНОСТИ И РОЛЬ СПЕЦИАЛИСТОВ ПО РЕАБИЛИТАЦИИ

В настоящее время признанно, что инвалидность представляет собой сложный социальный феномен, который выходит из рамок дефицита органического или психического здоровья человека. Комплексный подход к инвалидности – это необходимая и непростая задача как для специалистов по реабилитации, так и для общества в целом. В современной трактовке реабилитации, инвалидность – это не состояние, которое нуждается в лечении, а построение синергического отношения между обществом и субъектом. Однако, в большинстве случаев, мы продолжаем встречаться с социальной стигматизацией инвалидности, укоренившейся в обществе, с фрагментарным профессиональным вмешательством, которое узко специализировано и распределяется в соответствии профессиональной ориентированностью специалиста, а также с недостатком или отсутствием социальных структур, действующих непосредственно в интересах инвалидов.

В Латинской Америке, в частности в Никарагуа, траектория жизни многих людей с ограниченными возможностями заранее обречена на сегрегацию, безработицу, неграмотность. Многие семьи в Никарагуа воспринимают инвалидность как “приговор и крест по жизни”, ослабленная значимость реабилитации подпитывается с одной стороны – суеверием, страхом и принятием “неизбежного”, а с другой – равнодушием некоторых

сегментов общества. Эти факторы на протяжении достаточно длительного времени изолируют людей с ограниченными возможностями от активности и участия в делах общества, что и приводит к задержке их развития.

В этом контексте роль специалистов по реабилитации принимает парадигматический ракурс профессионального вмешательства, и таким образом возникают ключевые вопросы: продолжать передавать из рук в руки «по конвейеру» людей, нуждающихся в реабилитации, думая, что каждый выполняет свою функцию наилучшим образом?, или принять ответственность и участие в изменении структурных социальных препятствий, которые затрудняют появлению реальных возможностей для инвалидов и их семей? Никто не оспаривает, что первоначальная обязанность профессионала – это правильно обслужить человека, который нуждается в его помощи, но всё-таки основная его «обязанность» – это чётко знать и действовать в соответствии с МКФ, которая ориентирует специалиста в том, что сам по себе физический или психический дефицит не является причиной инвалидности.

Если инвалидность рассматривается как феномен, создающийся обществом, (исключает человека из социальной деятельности), нам необходимо рассматривать, анализировать и изучать гораздо больше, чем только физические или умственные ограничения людей. Эти люди не смогут стать нашими товарищами по учебе или работе, коллегами, друзьями наших детей, ни составной частью нашей жизни, пока мы не осознаем, что все мы являемся частью одного общества, которое исключает, отстраняет, дискриминирует людей с ограничениями жизнедеятельности. Мы должны осознать, что «искусственная» среда реабилитационных центров, клиник и других учреждений не является повседневной социальной средой для людей с различными ограничениями жизнедеятельности.

Модель реабилитации в Латинской Америке требует радикальных изменений в её применении. Первоочередная задача – определить новую социальную роль специалистов по реабилитации, начать говорить об

обязательствах к людям, а не к патологии, обличить общественные системы в их неэффективности, то есть, системы реабилитируют, чтобы восстановить и включить в общественную жизнь людей с ограниченными возможностями. Тем не менее, организация этих систем построена так, чтобы их исключить. А самое главное, не надо направлять силы на создание общества, которое «принимает» инвалидов, правильнее было бы построить то общество, которое их не исключает и не делает инвалидами.

Мясников И.Р., Карасаева Л.А.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛУГ

Одной из актуальных проблем получения образования лицами с ограниченными возможностями является создание доступности в получении качественного образования.

В настоящее время в России одновременно применяются три подхода в обучении детей с особыми образовательными потребностями: интегрированное обучение детей в специальных классах (группах) в общеобразовательных учреждениях; инклюзивное обучение, когда дети с особыми образовательными потребностями обучаются в классе вместе с обычными детьми; дифференцированное обучение детей с нарушениями речи, слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, с задержкой психического развития в специальных (коррекционных) учреждениях I–VIII видов.

В положениях Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 № 273-ФЗ (в ред. От 01.05.2017 г.) содержится право детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на специальные образовательные условия и введено понятие инклюзивного

образования - «обеспечения равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей».

Инклюзивное образование может быть обеспечено с помощью информационных технологий. Дистанционное образование в целом, и для детей-инвалидов в особенности, занимает всё большую роль в модернизации образования, поэтому в настоящее время бурными темпами развиваются дистанционные формы обучения, таких как: чат-занятия, веб-занятия, телеконференция, телеприсутствие.

Согласно приказу Министерства образования и науки Российской Федерации «Об использовании дистанционных образовательных технологий» от 06.05.2005г. №137, контроль при обучении с помощью дистанционных образовательных технологий (ДОТ) можно проводить как очно, так и дистанционно, поэтому с целью дальнейшего развития в государственной думе Российской Федерации рассматривается проект поправок к закону об образовании, связанных с дистанционным обучением.

Включение инвалидов всех категорий инвалидности в образовательный процесс осуществляется в учреждениях с различной степенью архитектурно-планировочной доступностью. Несмотря на внедрение новых технологий в образовательный процесс, существует ряд проблем, которые затрудняют получение качественных образовательных услуг инвалидами. Поэтому для организации образовательного процесса важно создать транспортную доступность, архитектурную доступность, существует необходимость в грамотном персонале, умеющим работать с инвалидами, наличии и обеспечении специальными техническими средствами реабилитации, а также совершенствовании учебно-методической базы (методах обучения), учитывающей специфику различных категорий инвалидов.

Транспортная доступность включает организацию маршрута инвалида до образовательного учреждения, возможность индивидуальной поездки без сопровождающего, а также преодоление барьеров по пути следования до

объекта. В условиях мегаполиса частично эту проблему может решить «социальное такси». По данным интернет сайта «city4you» в г. Санкт-Петербурге более 2500 объектов образования доступны или частично доступны для инвалидов, но объектов доступных для всех категорий инвалидности только около 750. С нашей точки зрения эта цифра не может быть объективной, поскольку в целом доступность организована лишь частично или объект доступен не для всех категорий инвалидов.

Известно, что многие учреждения не обеспечены персоналом, подготовленным к взаимодействию с инвалидами. Сотрудники, должностные обязанности которых направлены на помощь инвалидам, обязаны проходить обучение и инструктаж по разработанным методикам, однако до настоящего времени система подготовки персонала еще не налажена.

Получение инвалидами качественных образовательных услуг осложняется отсутствием специальных технических средств реабилитации в учебном заведении, что связано с недостаточностью информационной осведомлённостью и отсутствием оптимального формирования ресурсного обеспечения в учреждении.

Таким образом, поэтапное разрешение существующих проблем доступности образовательных услуг, позволит людям с ограниченными возможностями получать качественное образование и повышать личную конкурентоспособность на рынке труда.

Наймушина И. А.

Государственное казенное образовательное учреждение Свердловской области «Екатеринбургская школа – интернат «Эверест»

**«СКАЗКА НА ПЕСКЕ»
(РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЗАНЯТИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГОВ ШКОЛЫ-
ИНТЕРНАТА)**

Вопросам обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в настоящее время уделяется большое внимание. Признание права любого

ребенка на получение образования, отвечающего его потребностям и полноценно использующего возможности развития, обусловило важнейшие инициативы и ориентиры образовательной политики государства. В статье 43 Конституции РФ закреплено, что каждый имеет право на образование. Гарантируется общедоступность и бесплатность дошкольного, основного общего и среднего профессионального образования в государственных или муниципальных образовательных учреждениях. Реализации права детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на образование в Федеральном законе № 273-ФЗ рассматривается как одна из важнейших задач государственной политики в области образования.

Ключевым исполнителем реализации государственной политики в данной сфере являются педагоги образовательных учреждений осуществляющих обучение детей с ОВЗ.

Таким образом, государство и родитель (как заказчик образовательных услуг) предъявляет немало требований к личностным и профессиональным качествам современного педагога. Среди них одно из самых важных – высокий уровень его профессионального здоровья, как основа профессиональной компетентности.

Социальной реабилитацией детей инвалидов занимаются специалисты различных профессий и специальностей, эффективное взаимодействие которых возможно только на междисциплинарной основе. Личность педагога в учебно – воспитательном процессе важна так, как и личность учащегося. Проблема сохранности эмоционально личностной сферы педагога в коррекционном образовательном учреждении крайне важна для развития ребёнка с ограниченными возможностями здоровья. Культура, психологическое здоровье, духовная организация педагога во многом определяют психосоматическое состояние воспитанника с отклонениями в развитии. Педагогу самому нужно постоянно развиваться, изменяться в реалиях современного общества, чтобы помогать развитию ребёнка. Этому

процессу подчас серьёзно мешает негативное психологическое явление в виде эмоционального выгорания педагога.

Эмоциональное выгорание исследователи рассматривают, как выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия. Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип профессионального поведения. Оно позволяет педагогу дозировать свои эмоции, экономить энергетические запасы. При этом обязательно формируется профессиональная деформация личности.

«Эмоционально выгоревшие» педагоги отличаются повышенной тревожностью и агрессивностью, категоричностью и жесткой самоцензурой. Эти проявления значительно ограничивают творчество и свободу, профессиональный рост, стремление к самосовершенствованию. В результате личность педагога претерпевает ряд таких деформаций, как негибкость мышления, излишняя прямолинейность, поучающая манера говорить, чрезмерность пояснений, мыслительные стереотипы, авторитарность. И при этом педагог становится абсолютно закрытым и невосприимчивым к любым новшествам и переменам. Что негативно влияет на реализацию обучения детей с ОВЗ. Поскольку данный процесс не возможен без инноваций и личностно – ориентированного подхода к обучающимся с ОВЗ.

Среди основных причин этого феномена называют личностные особенности педагога [10]. Традиционно феномен «выгорания» и его причины исследователи рассматривают на физиологическом и поведенческом уровнях. На физиологическом уровне педагог коррекционного образовательного учреждения может иметь динамические особенности, которые мешают приспособиться к профессиональным требованиям коррекционного учреждения. Кроме этого, возрастные изменения, профессиональная усталость, профессиональные заболевания и

кризисы, эмоциональная лабильность педагога, завышенные требования к нему со стороны администрации учреждения приводят к психофизиологической неспособности педагога работать с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Как отмечает А.В.Лобанова, при рассмотрении процесса профессиональной деформации педагогов, необходимо учитывать, что это двусторонний процесс с очевидными маркерами взаимовлияния профессии и личности. Преподавательская деятельность относится к социальным профессиям. Таким образом, проблема сохранения психического здоровья педагогов является особенно актуальной в условиях образования лиц с ОВЗ. Полагаю, что психологическая поддержка педагогов в ситуации эмоционального выгорания должна стать приоритетной линией в работе педагога – психолога с учителями, работающими в условиях образования лиц с ОВЗ.

Возникает вопрос – как помочь педагогу в его нелегкой педагогической деятельности? Существует много различных методов и приемов, но я остановилась на сказкотерапии с точки зрения практического применения И.Стишенок, и песочной терапии в направлении песочного рисования Sand Art, разработчиками этого метода являются М. В. Соснина и О. Н. Никитина [10].

Сказки любят дети и взрослые. Они привлекают нас приключениями главных героев, разнообразием сюжетов и заложенной в себе мудростью. В сказках отражены элементы повседневного бытия человека, его внутреннего мира, представлена общечеловеческая основа жизни.

Самовыражение через сказку способствует укреплению психологического здоровья человека, поэтому можно сказать, что сказка является и значимым психопрофилактическим фактором.

Рисование песком – это погружение в сказку, мир фантазий, причудливых образов, извилистых линий. Прикасаясь к песку, взрослые и дети чувствуют его тепло, его текучесть, его движение. Создание картины песком – увлекательный процесс, он затрагивает все сферы чувств,

пробуждает творчество, расслабляет и вдохновляет одновременно. Мягкий колорит природных оттенков, контраст песка и света, плавность контуров и «припудренность» линий создают волшебство. Рисование песком – способ расслабиться. Погружение в приятное текучее состояние спокойного творчества, соприкосновение с природной материей снимает стресс, любое напряжение, страхи. Здесь нет канонов, здесь невозможно ошибиться. Нарисовать с помощью песка можно что угодно: растения и животных, жителей моря и насекомых, портреты и пейзажи и т.д. Главное дать волю воображению и не бояться экспериментировать.

Рекомендуемый возраст: взрослый – наполняемость группы 7 человек (по количеству световых столов)

Цель: выработка эффективной жизненной философии, способствующей личностному развитию и переходу на новый уровень взаимоотношений с другими.

Основные задачи:

- осмысление собственной модели поведения в кризисной ситуации;
- отреагирование негативных эмоций;
- выработка «нового взгляда» на события собственной жизни;
- повышение уверенности в себе;
- развитие конструктивных форм сотрудничества с другими.

Необходимые материалы: Световые столы, медиативная музыка, ткань или легкое покрывало.

Сюжетная канва «Рожденный ползать — летать не может» — известная фраза, знакомая с детства. Сказка «Гусеница» спорит с этим мнением и доказывает обратное. Эта сказка о взаимодействии человека с другими людьми и с миром, о проживании им жизненных кризисов и об этапах развития души.

Ход работы

Приветствие участников группы, принятие общих правил работы.

Разминка. Упражнение «Знакомство» (если участники группы не знакомы, если знакомы, тогда этот этап можно изменить). Ведущий предлагает участникам группы лучше познакомиться друг с другом, продолжив следующие предложения: «Меня зовут... Мое хобби, увлечение... Я ценю в людях...»

Введение в сказку

Ясным летним днем родилась Зеленая Гусеница.

— Как прекрасен этот мир, — сказала она, увидев вокруг себя красивые цветы, и сделала первые шажки.

Ласковое солнышко согрело ее, ветерок заботливо укутал, и Гусеница уснула.

Проснувшись, она посмотрела по сторонам и поняла, что рядом нет мамы.

— Меня бросили, — впервые загрустила гусеница и печально поползла к яркому цветку.

На нем сидела Синяя Гусеница.

— Привет, — сказала она Зеленой, — давай дружить.

— Давай, — обрадовалась та, и они вместе стали любоваться окружающими цветами.

«Как прекрасен мир», — снова подумала Зеленая Гусеница.

Но через некоторое время Синяя сказала ей:

— Знаешь, я хочу отправиться вон к тому Колокольчику. Пока!

И она с восторгом поползла к чудесному голубому цветку.

— Ну и ползи себе, — недовольно сказала Зеленая и отвернулась.

Через несколько дней она встретила другую гусеницу — Желтую и подружилась с ней. И что замечательно —

Желтой Гусенице тоже было интересно с Зеленой. И так у них все хорошо получалось, пока однажды Желтая Гусеница не встретила Оранжевую. И уже через несколько минут они мило беседовали друг с другом.

Как это гадко — предавать мои чувства! — возмутилась Зеленая Гусеница и уползла от Желтой.

Упражнение «Зеркало чувств» - На световом столе участники изображают символами, чувства гусеницы.

Продолжение сказки

Гусеница долго страдала и решила больше ни с кем не дружить и никого не любить.

— Чем ближе ты становишься к кому-то, тем быстрее тебя предают, — думала она и грустила.

Но однажды к ней подошел Жук.

— Привет, Зеленая, — сказал он, — давай дружить. Жук выглядел очень сильным и самостоятельным, и Гусеница, подумав, согласилась.

Жук был очень серьезный, всегда ходил на лапках, а не ползал на животе, как ее прежние друзья. А еще он знал ответы на все вопросы.

Но через некоторое время Гусеница почувствовала себя рядом с ним как-то неуютно.

— Почему ты такая медлительная? — спрашивал ее Жук. — Еле ползаешь.

Он злился и летел вперед на своих сильных крыльях.

— Что у тебя за лапки, все из них падает? — в другой раз возмущался он.

— Ах, какая-то я неуклюжая, не такая, как нужно, — расстраивалась Зеленая Гусеница и ползла еще медленнее.

Упражнение «Образ агрессии» - На световом столе участники изображают символами «Гусеница защищается», «Гусеница нападает»

Продолжение сказки Ведущий:

Однажды Зеленая Гусеница снова почувствовала себя очень одиноко. Она посмотрела по сторонам и увидела множество поникших цветов, так радовавших ее когда-то. Над головой нависло серое небо, и мелкие капли дождя бисером покрыли ее нежное тельце.

— Как зябко и неуютно, как грустно и печально, — подумала Гусеница и поползла куда глаза глядят.

Она нашла высокую травинку, соорудила под ней для себя домик и закрылась в нем от всего мира.

— Наверное, я умираю, — подумала она и закрыла глаза. — Прощай, жестокий мир! Я больше не увижу тебя!.....

Нарисуйте ваше предположение, что стало с гусеницей....(на этом этапе кто – то из участников может нарисовать бабочку, а кто – то кокон, не нужно акцентировать на этом моменте)

Упражнение «Кокон» - (для этого задания необходимо покрывало в зависимости от количества участников, я проводила работу по парам в группе) Участник оборачивается в покрывало, второй участник покрывало придерживает, затем участник выбирается из кокона. (Акцентируется внимание на том, что хотелось освободить в первую очередь)

Окончание сказки

Но прошло еще немного времени, и она почувствовала необыкновенную легкость во всем теле. Незнакомая внутренняя сила заставила ее открыть глаза. Гусеница пошевелилась, и ее надежный домик рассыпался. Она снова оказалась на зеленой траве.

Гусеница кружилась над яркими цветами, зеленой травой, серебристой рекой и наслаждалась полетом. Новое, незнакомое чувство любви ко всему живому переполнило ее.

— Какая красивая бабочка, — вдруг услышала Гусеница. — Разрешите узнать, как вас зовут?

— Она обернулась и увидела рядом с собой незнакомое красивое существо с большими яркими крыльями...

Визуализация. Закройте глаза и представьте, что вы находитесь на поляне, где растет много красивых цветов. Густая трава поднимается до колен, лепестки цветов касаются ваших ног, вы чувствуете приятное прикосновение теплого ветерка. Солнечные лучи создают на траве причудливые мозаики. До вас доносятся пересвисты птиц, стрекотание кузнечиков. Вам приятен аромат трав и цветов. Где-то над вами плывут легкие облака, предвещая отличную погоду. Как прекрасно должно быть там — в вышине. Вам хотелось бы взлететь в эти бескрайние просторы... и вы можете это сделать, потому что вы... умеете летать. Посмотрите вверх: на фоне неба четко видна порхающая бабочка... мгновение — и вы сами становитесь ею.

Расправив свои крылья, вы легко и свободно летите. Внизу под вами видна вся поляна: яркие цветы, зеленые травы, серебристая река. Вы чувствуете нежную упругость воздуха, который держит вас... какое чудесное ощущение полета и любви ко всему живому...

Солнце согревает вас и наполняет светом. Любовь, переполняя вас, распространяется на все окружающее пространство: поляну, лес, город, на всю землю... Вы можете направить свет любви в любое место.

(Пауза.) Рисунок бабочки на песке.

А теперь вы снова переноситесь в себя, стоящего на поляне. Помашите рукой порхающей в небе бабочке, которая сделала доступной для вас новое восприятие мира... Поблагодарите ее... и вернитесь в эту комнату... Вы снова здесь.

Рефлексия занятия.

1. Понравилось ли занятие?

2. Как вы себя сейчас чувствуете?
3. Почему однажды Гусеница почувствовала себя одиноко?
4. На что она каждый раз надеялась, знакомясь с новыми подругами?
5. Почему Зеленая Гусеница считала, что подруги придают ее чувства? Было ли так на самом деле?
6. Чем привлек Гусеницу Жук?
7. Почему у них также не сложились взаимоотношения?
8. Что чувствовала Зеленая Гусеница, выслушивая замечания Жука?
9. Что чувствуете вы, когда слышите замечания в свой адрес? Как вы поступаете в таких ситуациях?
10. А что вы чувствуете, когда высказываете замечания другим людям? Вспоминаете ли в это время об их чувствах?
11. Почему однажды Гусеница решила скрыться от всего мира?

Использованная литература:

1. Водопьянова Н.Е., Старченко Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика.- СПб.: Питер, 2005.
2. Евтихов О.В. Практика психологического тренинга. – СПб.: Издательство «Речь», 2004.
3. Иванова Г.В. Игротерапия для взрослых // Психология зрелости и старения.- М.,1999.
4. Кандыбович Л.В. Психологическое сопровождение становления профессионального самосознания молодых педагогов // Мир психологии. – 1999. - №2.
5. Осухова Н., Кожевникова В. Профилактика профессионального выгорания // Школьный психолог. – 2006.- №16.
6. Редина Т. В. Эмоциональное выгорание педагогов специальных коррекционных образовательных учреждений. Научный потенциал: работы молодых ученых. //Знание, понимание, умение.– 2010. - №1.

7. Самоукина Н.В. Игры в которые играют... Психологический практикум. – Дубна: Издательский центр «Феникс», 1996.
8. Самоукина Н.В. Карьера без стресса.- СПб.: Питер, 2003.
9. Словарь по комплексной реабилитации инвалидов: учеб. Пособие для студ. Высш. Учеб. Завед./ Под науч. ред. В.А. Бронникова.– Пермь: Из-во Пермского государственного университета, 2010.
10. Никитина О.Н., Соснина М.В. «Метод SAND-ART. Ресурсы рисования песком. Песочные истории». – СПб.: Институт практической психологии «Иматон», 2012.
11. Стищенко И. В. «Из гусеницы в бабочку» Психологические сказки, притчи, метафоры в индивидуальной и групповой работе. М.: Генезис, 2013.
12. Филина С. О. О синдроме профессионального выгорания» и технике безопасности // Школьный психолог. - 2003. - №7.
13. Форманюк Т.В. Синдром эмоционального сгорания как показатель профессиональной дезадаптации учителя // Вопросы психологии. -1994.- №6.

Никорчук Н. В.

ГАУ «РЦ «Талисман» города Екатеринбурга»

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДОВ ЭРГОТЕРАПИИ ПРИ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ С ДЦП И ПОСЛЕДСТВИЯМИ ИНСУЛЬТА МОЗГА В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ЦЕНТРА

Понятие *«эрготерапия»* происходит из греческого языка и в буквальном переводе означает поддержку занятиями, занятостью, *исцеление через деятельность* («*ergein*» – означает делать, действовать, работать, «*therapeutein*» – лечить, ухаживать, сопровождать).

Эрготерапия (или оккупационная терапия) – терапия деятельностью, это метод оказания лицам с ОВЗ педагогической помощи через подбор доступных занятий и способов деятельности для того, чтобы они смогли

достичь максимально высокого уровня независимости и самостоятельности в повседневной жизни. Эрготерапия базируется на том факте, что целенаправленная, имеющая для человека смысл деятельность, устремленная на решение определенной задачи, улучшает его моторные, познавательные, бытовые и трудовые, досуговые и социальные эмоциональные функциональные возможности.

Эрготерапия отличается от трудотерапии тем, что сохраняет элементы игры, творчества, развлечения и отдыха. В основе эрготерапии лежит движение, но она не стремится тренировать какие-либо отдельные двигательные функции, её основная задача – обеспечить стимулы для появления у ребёнка потребности двигаться и действовать. В процессе эрготерапевтического влияния специалист стремится пробудить любопытство ребёнка, создать условия для проявления им интереса к объектам окружающего мира и взаимодействию с ними. Обязательным условием эффективности эрготерапии в отличие от кинезотерапии является осознание больным его проблемы в момент начала проведения терапии.

Таким образом, эрготерапия – это целенаправленная, необходимая деятельность, направленная на решение какой-либо задачи, помогающая улучшить двигательные, эмоциональные, когнитивные и психические функциональные возможности ребенка.

Цель эрготерапии в сохранении и использовании способностей необходимых для повседневной деятельности ребенка, в достижении максимально возможной самостоятельности ребенка в его действиях. Она поддерживает включение ребенка с ОВЗ в обыкновенную жизнь, причем учитывается его личность и возможности. Эрготерапия позволяет использовать развитые и снова приобретенные функции в работе, развлечении и самообслуживании. Она направлена на развитие грубой и мелкой моторики, координации, восприятия, чувствительности, настойчивости, деятельности мозговых функций, а также на психические и эмоциональные способности в зависимости от заболевания ребенка и

выявленных нарушений. То есть, направления эрготерапии, конкретные задачи, формирование необходимых функций и конкретных навыков определяются в зависимости от заболевания ребенка и выявленных нарушений.

В ходе проведения эрготерапии необходимо придерживаться следующих принципов:

1. Представление об индивидуальной повседневной деятельности пациента должно складываться на основании тщательной оценки факторов, включающих в себя индивидуальные особенности пациента, его социальную и окружающую среду. Необходимо составить представление о возможном потенциале больного к развитию и совершенствованию.

2. Пациент активно вовлекается в процесс эрготерапии. Взаимоотношения между пациентом и эрготерапевтом носят характер сотрудничества, изменяющегося при изменении условий существования больного в его социально значимом окружении, а не в лечебном учреждении, и связаны с повседневной деятельностью.

3. Повседневная деятельность используется в качестве терапии. Эрготерапевтические занятия позволяют развивать способности и навыки пациентов, которые могут быть использованы в повседневной жизни. Они позволяют пациентам адаптироваться к окружающей обстановке.

При эрготерапии используются специфические методы и техники для обучения конкретным навыкам. *Основным методом* ее является практическое выполнение пациентами разнообразных занятий, связанных с тем или иным видом деятельности.

Эрготерапия находит применение в различных сферах: неврологии, психиатрии, педиатрии, ортопедии.

Эрготерапия является очень важной частью лечебной реабилитации детей с ДЦП и последствиями инсульта мозга. Одной из особенностей, характеризующей ДЦП и последствия инсульта мозга, является поражение верхних конечностей разной степени (от тяжелого до

легкого), в т.ч. нарушение мелкой моторики рук, тонуса их мышц, наличие насильственных движений, моторная неловкость и нарушение формирования функциональных возможностей верхних конечностей. При данных заболеваниях эрготерапевт занимается целенаправленной тренировкой и развитием сенсомоторной функции кистей рук с целью помочь ребенку в максимально возможной степени улучшить, научить или восстановить способность к независимому функционированию в повседневной жизни, а именно:

- ✓ в самообслуживании – одевании (тренировка умения застегивать пуговицы, молнию, кнопки на одежде, одевать и снимать одежду), использовании навыков приема пищи (тренировка процесса еды, удержания ложки, вилки и т.д.), гигиенических навыках и т.д.;

- ✓ в продуктивной деятельности – обучении в школе (подготовка руки к письму, обучению рисованию, штриховке, тренировка письма), игре, помощи в уборке дома и т.д.;

- ✓ в деятельности, связанной с увлечениями и отдыхом – чтении книг, просмотре любимых программ по телевизору, рукоделии, катании на лыжах или коньках и т.д.

При реабилитации детей с ДЦП и последствиями инсульта эрготерапия направлена на решение следующих задач:

- ✓ улучшение подвижности верхних конечностей;
- ✓ обучение ребенка определенным движениям, которые он сможет использовать в повседневной жизни;

- ✓ развитие грубой и мелкой моторики, координации, восприятия, чувствительности, настойчивости;

- ✓ улучшение деятельности мозговых функций;

- ✓ развитие тактильной чувствительности руки.

Направления эрготерапии при реабилитации детей с ДЦП и последствиями инсульта:

- ✓ тренировка самообслуживания (проведение занятий по формированию навыков социально-бытовой адаптации);

- ✓ развитие двигательно-манипулятивной функции руки, мелкой моторики, тактильной чувствительности (проведение занятий по развитию функциональных возможностей кистей и пальцев рук, кинестетических функций, мелкой моторики, реципрокных действий и бимануальных навыков);

- ✓ развитие грубой моторики, умения использовать возможности крупных мышц и всего тела (проведение занятий по развитию крупной моторики).

Все три направления взаимосвязаны и при проведении занятий составляют единое целое, занятия по трем направлениям проходят одновременно.

Занятия с детьми проходят по индивидуальной комплексной программе, составленной по результатам диагностики. Программа индивидуально разработана на каждого ребенка с учетом специфики заболевания и выявленных нарушений.

Методы и техники эрготерапии при реабилитации детей с ДЦП и последствиями инсульта головного мозга:

- ✓ лечение положением
- ✓ лечебная гимнастика
- ✓ механотерапия
- ✓ мелкий массаж кистей рук
- ✓ пальчиковая гимнастика
- ✓ практическое выполнение разнообразных заданий, связанных с тем или иным видом деятельности.

В процессе эрготерапии очень важным этапом является постановка целей вмешательства. Они должны быть реалистичными, конкретными, емкими, достижимыми и измеримыми таким образом, чтобы можно оценить изменения, которые произошли в функциональных возможностях ребёнка.

Ребёнок не мог взять в руку ложку, после курса – занятий ребёнок берёт ложку в руку. Виден результат, понятно количество времени потраченного на достижение этого навыка, этой цели. И так постепенно ставятся новые конкретные цели. В соответствии с поставленными конкретными целями подбирается комплекс эрготерапевтических заданий.

Как уже было сказано выше, эрготерапия, как и вся реабилитация, не ограничивается на приспособлении пациента к определенному состоянию. Восстановление утраченных функций имеет немаловажное значение. Наибольшую сложность представляет восстановление мелкой моторики, восстановление работы рук (руки при гемипарезах). Упражнения на восстановления мелкой моторики характеризуются малыми и средними мышечными группами, вовлеченными в работу, и точностью исполнения. В основном подбираются упражнения, которые имеют практическую направленность (переставить стул, переложить предмет, набрать номер телефона, открыть замок и др., вплоть до продевания нитки в игольное ушко). Также используются игры в шахматы, шашки, домино, в которых задействована паретичная конечность, лепку, конструктор, пазлы, рисование и многое другое. Упражнения подбираются индивидуально в зависимости от состояния конечностей и целей реабилитации. Например, комплекс эрготерапевтических заданий для восстановления мелкой моторики может включать следующие упражнения:

- ✓ Сжатие и разжатие мочалок, мягких резиновых мячиков, колец различных диаметров
- ✓ Нажимание кнопок
- ✓ Открывание различных ёмкостей
- ✓ Отвинчивание и завинчивание крышек
- ✓ Набирание и пересыпание ложкой крупы
- ✓ Укладывание каштанов, фасоли, шишек в ячейки для яиц
- ✓ Переливание, пересыпание из одной ёмкости в другую
- ✓ Захват предметов различными способами

- ✓ Сортировка пуговиц
- ✓ Нанизывание предметов на шнур
- ✓ Пристёгивание прищепок
- ✓ Перемещение различных игрушек вперёд-назад по полу, по поверхности стола
- ✓ Обводка по трафаретам, опорным точкам
- ✓ Раскрашивание кистью различной ширины, тампонами из поролона, губкой
- ✓ Создание цветowych пятен с последующим нахождением их сходства с реальными объектами.

Использование метода эрготерапии в реабилитации детей с ДЦП, последствиями ЧМТ и инсульта головного мозга увеличивает мобильность ребёнка, помогает осваивать новые движения и позы, улучшает манипулятивную функцию рук, а, следовательно, и социальные возможности, повышая его активность в повседневной жизни.

Как и другие направления реабилитации, эрготерапия требует длительной и постоянной тренировки. При любом заболевании будет наблюдаться положительная динамика в той или иной степени выраженности, если процесс реабилитации с применением методов эрготерапии будет длительным и постоянным. При отсутствии органических поражений возможно полное восстановление двигательной функции вкупе с социальной и психологической адаптацией.

Использованная литература:

1. Введение в абилитацию детей. – Архангельск: Правда Севера, 2009.
2. Гайгер Г. Современная эрготерапия в комплексной реабилитации больных, перенесших инсульт // Реабилитационная помощь. – 2009. - № 2.
3. Гончарова О.Л. Социальная реабилитация инвалидов: эрготерапия. – Казань: ООО ПФ «Гарт», 2012.

4. Ковальчук В.В. Основные принципы и результаты применения эрготерапии в стационаре и домашних условиях у больных, перенесших инсульт / В.В. Ковальчук, А.А. Скоромец, Н.В. Капитонова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2007. - № 2.
5. Петрушевичене Д.П. Восстановление познавательных и психосоциальных функций при помощи эрготерапии у больных с инсультом в период ранней реабилитации / Д.П. Петрушевичене, А.Й. Кришчюнас, Р.Ю. Савицкас // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2009. – Т. 109. - № 12, выпуск 2: Инсульт.

Обухова Н.В.

Уральский государственный педагогический университет,
НПЦ «Бонум»

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЙ РАННЕГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ВРОЖДЕННОЙ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

На сегодняшний день бесспорны и признаны успехи медико-психолого-педагогической реабилитации детей с врожденной челюстно-лицевой патологией (ВЧЛП). Ранние уранопластики (в доречевой период) привели к тому, что дети с ВЧЛП в 2-3-летнем возрасте посещают общеобразовательные детские сады, поступают в общеобразовательные школы, гимназии с углубленным изучением отдельных предметов, их речь правильна и разборчива (ни чем не отличается от речи других детей), их внешность приятна. Тяжелые переживания, которые доставила родителям атипичная внешность ребенка в первые годы жизни, остаются в прошлом. Стараясь забыть, родители скрывают факт наличия патологии от ребенка, других членов семьи.

Все чаще среди специалистов распространяется позиция восприятия ВЧЛП, в частности расщелины губы и неба не как комплексного нарушения

развития, создающего проблемы для питания, дыхания, речи, слуха, социализации и психического здоровья ребенка, а как временного анатомического дефекта. Однако, ведущие ученые, длительное время изучающие данную группу детей, в частности Г.В. Чиркина указывают, что группа детей с ВЧЛП не однородна [4].

В современной педагогике сложилось понятие «сложной структуры дефекта». Дети со сложной структурой дефекта Н.М. Назаровой делятся на 3 группы [2].

Статистика специализированного центра «Бонум», г. Екатеринбург, свидетельствует о том, что среди детей ВЧЛП с изолированным порок развития встречается в 10-18% случаев. Основная масса детей имеют сложную структуру дефекта. С учетом классификации Н. М. Назаровой можно выделить следующие три группы.

В 1 группе основной дефект отягощен сопутствующими нарушениями, что характерно для детей с ВЧЛП и кондуктивной тугоухостью, дизартрией.

Во 2 группу детей, у которых второй дефект преобладает над основным, целесообразно отнести детей ВЧЛП и умственной отсталостью, нейросенсорной тугоухостью, нарушениями зрения, движений и т.п.

В 3 группе детей, у которых имеются множественные пороки развития, ВЧДП сочетается с тяжелыми нарушениями речи (дизатрия, алалия, заикание), ДЦП, ЗПР и др. Множественные пороки развития часто рассматриваются как синдромы Пьера Робена, Ван дер Вуда, ВКЛС, Стиклера, Лойса-Дитца, Эдварца.

Не все множественные нарушения можно диагностировать в ранние сроки. В ряде случаев специалисты имеют дело с нарастанием симптоматики. Например, мы наблюдали девочку Олю И., у которой в роддоме фиксировали лишь насморк, а в 2-3 мес. Диагностировали атрезию хоан, в 1,5 года – задержку речевого развития, порок сердца, после 5 лет – нарушение слуха и колобому, интеллектуальные нарушения. Указанный комплекс симптомов

включает синдром Чардж. Данный синдром выделен в 80 гг. прошлого века и предполагает отрицательное развитие.

Концепция раннего вмешательства ориентирована на раннюю социализацию, в основе которой заложены принципы:

- раннее выявление отклонений. Данный принцип функционирует в рамках междисциплинарного командного подхода к работе специалистов, включает комплекс специалистов медицинского, социального, психолого-педагогического и дефектологического профиля. Раннее выявление нарушений и проведение коррекционной работы с первых месяцев жизни позволяет достигать принципиально иных результатов в развитии ребенка. Известно, что от 15-20% до 100% интеллектуально сохранных детей, имеющих разные отклонения в развитии, способны, благодаря ранней коррекционной помощи, впоследствии успешно обучаться в массовой школе.

- обеспечение медико-психолого-педагогическим сопровождением каждого ребенка. Следует учитывать, то, что даже при достижении высокого уровня психофизического и речевого развития, позволяющего ребенку обучаться в массовых дошкольных образовательных учреждениях, сохраняются особые образовательные потребности, связанные с тем или иным отклонением в развитии. Необходимы адекватные формы совместного воспитания и обучения для каждого ребенка с учетом уровня его физического, психологического и речевого развития.

- обоснованный отбор детей для интегрированного обучения. Учитывая важность и значимость интеграции в системе образования, необходимо помнить, что степень интеграции детей в образовательное пространство может быть различной.

Все принципы были применены при выстраивании ранней коррекционной помощи Оле И. В специализированном центре «Бонум» семья девочки получала лечение и консультативную педагогическую помощь на протяжении первого и второго года жизни (не реже 1 раза в 3-4 месяца) по вопросам:

- ухода за ребенком,
- организации режима дня и прогулок на свежем воздухе,
- раннего психомоторного развития,
- стимуляции развития зрительного и слухового восприятия, движений,
- формирование непосредственного эмоционально личностного общения мамы с ребенком,
- формирование действий с предметами.

Каждое посещение специализированного центра вызывало у родителей серьезные затруднения. Нужно было выбрать время, когда ребенок «здоров», бодрствовал, в Центре во избежание дополнительной инфекции исключить контакты с другими детьми, максимально облегчить дорогу. Во время консультации Оля быстро уставала, была пассивна или капризна. Все эти трудности не пугали родителей, они нуждались не только в медицинской, но и в педагогической помощи, хотели объяснений нестандартного поведения ребенка, хотели знать, как правильно взаимодействовать с ребенком для успешного развития.

С 2-летнего возраста были организованы патронажные занятия дефектолога длительностью от 1 часа до 1,5. В течение этого времени родителям демонстрировались способы обучения ребенка навыкам самообслуживания, подражательным действиям, коммуникации. Родители в присутствии педагога повторяли упражнения, отмечали специфические приемы каждого действия.

В 4 года психофизическое здоровье девочки позволило ей начать посещать группу кратковременного пребывания в дошкольном образовательном учреждении и заниматься по методике профессора З.А. Репиной [1; 3]. В 5 лет Оля И. смогла обучаться в специализированном дошкольном учреждении, заниматься с логопедом и дефектологом.

В своей работе несколько специальных педагогов: педагог по раннему развитию, социальный педагог, дефектолог, психолог, логопед работали

согласованно по единой коррекционной программе. Индивидуальная программа развития в процессе развития ребенка, уточнения диагноза претерпевала изменения в сторону упрощения и усложнения, что позволило добиться интеграции ребенка в дошкольное учреждение.

Использованная литература:

1. Малофеев Н.Н. Базовые модели интегрированного обучения / Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шматко // Дефектология. – 2008. – № 1.
2. Назарова Н.М. Специальная педагогика. – М.: Издательский дом «Академия», 2005.
3. Репина З.А. Ринолалия. – Екатеринбург: УрГПУ, 2016.
4. Чиркина Г.В. Нарушение речи при ринолалии и пути их коррекции: Автореф. Дис. ...д-ра пед. Наук. – М., 1987.

Онохова Т.С.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

ОБЛАСТНОЙ ЦЕНТР РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ КАК СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ МНОГОПРОФИЛЬНОГО ЦЕНТРА КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ РАСШИРЕННОГО УРОВНЯ

В ходе реализации пилотного проекта по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов в Свердловской области была разработана структурно-функциональная модель многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов старше 18 лет, созданного на базе организаций социального обслуживания населения, в том числе негосударственных организаций, оказывающих социальные услуги населению. В регионе с 2015 года формируется трехуровневая система

социальной реабилитации инвалидов, поэтому базовый, оптимальный и расширенный уровни разработанной структурно-функциональной модели центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов уже сегодня могут быть сформированы на базе учреждений социальной реабилитации и абилитации инвалидов первого, второго и третьего уровня сложившейся системы.

Примером данной модели на расширенном уровне может служить государственное автономное учреждение Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», обслуживающее в год более полутора тысяч взрослых инвалидов и граждан с полной или частичной утратой способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы или возраста (442-ФЗ, статья 15).

Цель данной статьи – представить заинтересованным руководителям и специалистам органов исполнительной государственной власти расширенный уровень структурно-функциональной модели многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов старше 18 лет на примере ведущего реабилитационного учреждения социальной сферы Свердловской области.

Под многопрофильным центром комплексной реабилитации и абилитации инвалидов понимается реабилитационная организация, реализующая мероприятия по различным направлениям реабилитации и абилитации для всех категорий инвалидов (детей-инвалидов).

Многопрофильность Свердловского областного центра реабилитации инвалидов подтверждается средними количественными показателями анализа причин инвалидности, за последние пять лет, который показывает, что ведущими ограничениями жизнедеятельности инвалидов, проходящих курс реабилитации и абилитации инвалидов в Центре являются ограничения по способности к самостоятельному передвижению, самообслуживанию, общению и ориентации.

Структурно-функциональная модель многопрофильного центра комплексной реабилитации инвалидов определяется как совокупность закономерных, функционально связанных компонентов, составляющих определенную целостную структуру, состоящую из методологического, целевого, содержательного, процессуального, контрольно-оценочного компонентов, взаимосвязанных между собой.



Компоненты данной модели раскрывают внутреннюю организацию (структуру) многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов и имеют функциональное назначение:

- **методологический компонент** – методологическую функцию (в качестве данного компонента выбрана Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья);
- **целевой компонент** – функцию целеполагания (в основе лежат национальные стандарты по реабилитации инвалидов, определяющие цели и направления реабилитации);
- **содержательный компонент** – конструктивно-содержательную функцию (подбор содержания деятельности по каждому направлению реабилитации для инвалидов, имеющих различные степени ограничений

жизнедеятельности на основе имеющихся (в том числе разработанных в Центре программ);

- **процессуальный компонент** – процессуальную функцию (в Центре это процессный подход к организации реабилитации в соответствии с международным стандартом ГОСТ ИСО 9001-2015, по этому стандарту учреждение было сертифицировано первым в Свердловской области в 2016 году);

- **контрольно-оценочный компонент** – функцию контроля и оценки (выявление промежуточных и конечных результатов курса реабилитации и абилитации инвалидов, включает в себя описание критериев, показателей и уровней оценки результативности и эффективности реабилитационного процесса, используемых технологий технологии реабилитации и абилитации инвалидов).

Расширенный (третий) уровень комплексной реабилитации (абилитации) инвалидов реализован в Свердловском областном центре реабилитации инвалидов (далее Центр) по следующим направлениям реабилитации и абилитации:

– **социально-бытовая** в части консультирования инвалида и членов его семьи по вопросам адаптации жилья к нуждам инвалида, адаптационного обучения инвалида и членов его семьи по вопросам самообслуживания и бытовой деятельности,

– **социально-средовая** в части информирования и консультирования по вопросам социально-средовой реабилитации, адаптационного обучения инвалидов и членов их семей пользованию техническими средствами реабилитации, организации социальных пунктов проката технических средств реабилитации для инвалидов и граждан с ограниченными возможностями здоровья;

– **социально-психологическая** в части консультирования по вопросам социально-психологической реабилитации, психологической диагностики, психологической коррекции, социально-психологического тренинга;

- *социально-педагогическая* в части социально-педагогической диагностики, социально-педагогического консультирования, педагогической коррекции;
- *социокультурная реабилитация* в части консультирования и обучения навыкам проведения досуга, отдыха, формирования культурно-прикладных навыков и интересов, создания условий для полноценного участия в досуговых культурно-массовых мероприятиях и социокультурной деятельности, а также организации и проведения досуговых мероприятий для инвалидов, включая выездные мероприятия (экскурсии, посещение учреждений культуры);
- *адаптивная физическая культура* как важнейший компонент всей системы реабилитации инвалидов (адаптивная двигательная рекреация, адаптивная физическая реабилитация, креативные телесно-ориентированные практики адаптивной физической культуры) и как основа социально-бытовой и социально-культурной реабилитации; выступает в качестве важнейших средств и методов медицинской, социально-психологической, социально-педагогической реабилитации.
- *профессиональное информирование* в части ознакомления инвалида с современными видами производства, состоянием рынка труда, видами труда, различными профессиями и специальностями, формами и условиями их освоения; требованиями, предъявляемыми профессиями к человеку; возможностями трудоустройства, профессионально-квалификационного роста и самосовершенствования в процессе трудовой деятельности. Профессиональное информирование осуществляется в формах индивидуального и группового информирования, непосредственного и опосредованного информирования (лекция, семинар, беседа, видеофильм, наглядные пособия, журналами и т.п.);
- *профессиональное консультирование инвалидов* в части определения имеющейся проблемы в области профессионального самоопределения, снятие тревожного состояния, выявление круга

склонностей и области профессиональных интересов, выяснение необходимости расширения профессиональной информированности, оказание помощи в разработке профессиональных планов и профессиональных маршрутов, коррекцию неадекватных профессиональных планов.

– *медицинская реабилитация* на основании лицензии на медицинскую деятельность в части динамического наблюдения и немедикаментозной терапии, а именно физиотерапии, механотерапии, кинезотерапии, лечебной физкультуры, массажа;

– *социально-медицинские услуги* в соответствии с региональным стандартом на основании лицензии на медицинскую деятельность;

Комплексный подход к реабилитации и абилитации инвалидов в Центре реализуется в полном объеме через межведомственное взаимодействие реабилитационными организациями различной ведомственной принадлежности (см. схему 1).

На схеме 1, представленной ниже, показана организационная структура Центра, а также условия, позволяющие реализовать комплексный подход к реабилитации и абилитации инвалидов в учреждении, оказывающем социальные услуги и имеющем лицензию на медицинскую деятельность. В схеме наглядно представлены реабилитационные организации различных ведомств Свердловской области, с которыми Центр осуществляет взаимодействие по вопросам реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалида, а также по вопросам проведения совместных мероприятий для инвалидов и членов их семей, повышения квалификации специалистов, реализующих реабилитационные мероприятия, обмена взаимно полезной информацией.

В структуре центра 13 структурных подразделений, в т.ч. 8 оказывают социальные услуги, по реализации реабилитационных и абилитационных мероприятий (консультативно-приемное отделение; отделение реабилитационной диагностики и мониторинга; отделение

социально-психологической и социально-педагогической реабилитации; отделение социально-бытовой и социально-средовой реабилитации; отделение социально-медицинских услуг; стационарное отделение; отделение адаптивной физической культуры; отделение организации досуга и массовых мероприятий), 2 подразделения выполняют организационно-методические работы (отделение повышения квалификации и аналитической работы; отделение информационного обеспечения и связей с общественностью), 3 подразделения организуют ресурсное обеспечение (информационно-техническое отделение; хозяйственно-транспортное отделение) и питание клиентов (отделение организации питания).

В ходе реализации пилотного проекта, в том числе для апробации методических документов Министерства труда и социальной защиты РФ, Центре были созданы два новых подразделения:

Отделение реабилитационной диагностики и мониторинга

- организует деятельность по уточнению реабилитационного потенциала инвалида, диагностике его потребностей и уровня мотивации при поступлении клиента на курс реабилитации в Центр для определения общей цели и задач каждого структурного подразделения Центра при разработке оптимального реабилитационного маршрута.

- организует диагностику физического состояния инвалида на «входе» и на «выходе», при необходимости осуществляет мониторинг текущего состояния с целью своевременного внесения изменений в индивидуальный план реабилитационных мероприятий инвалида и дозировку нагрузки.

- отвечает за организацию межведомственного взаимодействия с организациями здравоохранения.

Основным направлением деятельности отделения является проведение оценки результативности реабилитации инвалида, деятельности специалистов, оказывающих услуги, структурных подразделений, и Центра в целом.

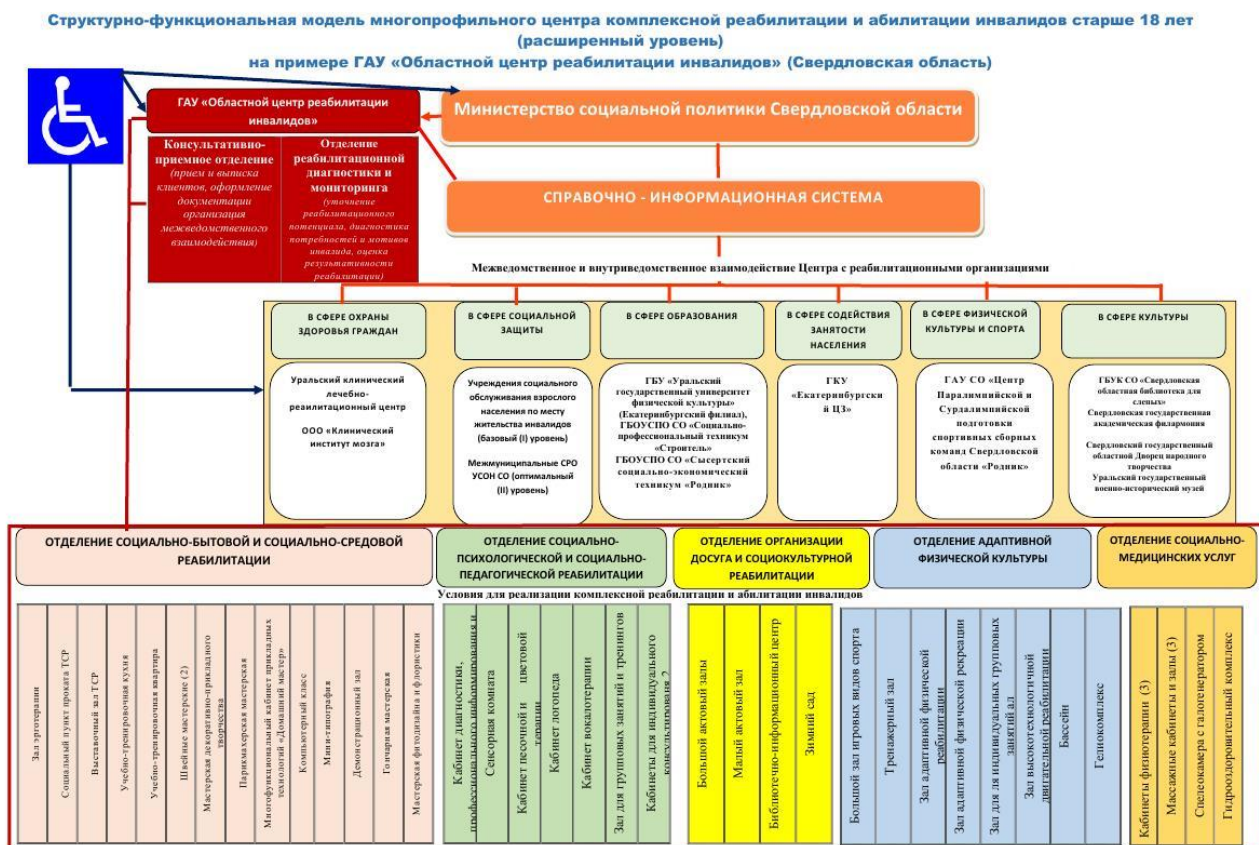


Схема 1. Структурно-функциональная модель многопрофильного центра реабилитации

Отделение организации досуга и массовых мероприятий организует деятельность по:

- обучению инвалида навыкам проведения отдыха, досуга;
- проведению мероприятий, направленных на создание условий возможности полноценного участия инвалидов в социокультурных мероприятиях, удовлетворяющих социокультурные и духовные запросы инвалидов, на расширение общего и культурного кругозора, сферы общения (посещение театров, выставок, экскурсии, встречи с деятелями литературы и искусства, праздники, юбилеи, другие культурные мероприятия).
- обеспечению инвалидов, находящихся в учреждениях, и содействию в обеспечении инвалидов, обслуживаемых на дому, периодической, учебно-методической, справочно-информационной и художественной литературой, в

том числе издаваемой на магнитофонных кассетах, аудиокнигами и книгами с рельефно-точечным шрифтом Брайля;

- созданию и предоставлению инвалидам по зрению возможности пользоваться адаптированными компьютерными рабочими местами, сетью Интернет, Интернет-документами с учетом ограничений жизнедеятельности инвалида;

- содействию в обеспечении доступности для инвалидов посещений театров, музеев, кинотеатров, библиотек, возможности ознакомления с литературными произведениями и информацией о доступности учреждений культуры;

- разработке и реализации разнопрофильных досуговых программ (информационно-образовательных, развивающих, художественно-публицистических, спортивно-развлекательных и т.п.), способствующих формированию здоровой психики, развитию творческой инициативы и самостоятельности;

- проведению культурно-массовых и спортивно-массовых мероприятий для инвалидов и их сверстников, не имеющих инвалидности (фестивали, форумы, конкурсы, праздничные и торжественные мероприятия в честь международного дня инвалидов и т.п.)

Это отделение отвечает за организацию межведомственного взаимодействия с организациями культуры по вопросам социокультурной реабилитации.

Таким образом, Свердловский областной Центр реабилитации инвалидов является многопрофильным центром комплексной реабилитации и абилитации инвалидов старше 18 лет, созданным на базе учреждения социального обслуживания населения. Создание подобного центра возможно на базе медицинской реабилитационной организации, однако формирование центра комплексной реабилитации расширенного уровня на базе организаций образования, занятости населения, физической культуры и спорта можно считать нецелесообразным в связи с тем, что

обеспечение доступности реабилитационных услуг через разумное приспособление существующих помещений, оснащение их необходимым для комплексной реабилитации оборудованием, будет неэффективно.

Плотникова М.М.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

ОПЫТ РАБОТЫ И ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА РЕАЛИЗАЦИЮ ПРОГРАММЫ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И АБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В РАМКАХ ПИЛОТНОГО ПРОЕКТА

Численность инвалидов ежегодно увеличивается в среднем на 10%. По оценкам экспертов ООН, инвалиды составляют в среднем 10% населения (при разбросе этого показателя от 1% до 27%), и примерно 25% населения страдает хроническими заболеваниями. Любое цивилизованное государство старается обеспечить социальную защищенность инвалидов и создает условия для достижения одинаковых условий для своих сограждан в таких сферах как образование, занятость, участие в общественной и гражданской жизни. Развитие системы комплексной социальной реабилитации – одна из главных задач современной государственной политики.

В Свердловской области в 2017 г. запущен пилотный проект по формированию в России комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов. Областной центр реабилитации инвалидов г. Екатеринбурга (далее – Центр) является одной из четырех пилотных площадок по формированию системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей – инвалидов. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ), является инструментом по организации межведомственного взаимодействия с учреждениями, которые должны обеспечивать систему комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе с детьми-инвалидами. Перечень доменов: 1) обучение и применение знаний 2) общие задачи и

требования 3) общение 4) мобильность 5) самообслуживание 6) бытовая жизнь 7) межличностные взаимодействия и общение 8) главные сферы жизни 9) жизнь в сообществах, общественная и гражданская жизнь, составляющие домена «Активность и участие». Таким образом, МКФ выступает основным документом, в котором определено направление, в котором должно развиваться предоставление социальных и реабилитационных услуг инвалидам Свердловской области. Основные направления социальной реабилитации и абилитации инвалида, которые оказывает Центр – это социально-средовая реабилитация, социально-бытовая реабилитация, социально-психологическая реабилитация, социально-педагогическая реабилитация, адаптивная физическая реабилитация, социально-культурная реабилитация. Все вышеперечисленные направления давно и достаточно успешно развиваются в Областном центре реабилитации инвалидов г. Екатеринбурга, но например, мероприятия, одного из этих направлений – социально-культурная реабилитация, с недавнего времени начали проводиться в более расширенной форме в отделении организации досуга и массовых мероприятий Центра. Модернизация деятельности существующего реабилитационного Центра и создание новых структурных подразделений продиктовано актуальностью принятия решений по формированию комплексной системы реабилитации и абилитации инвалидов при реализации пилотного проекта. Опыт работы и факторы, влияющие на осуществление программы мероприятий по организации социокультурной реабилитации и абилитации инвалидов в рамках пилотного проекта, описан ниже.

Социокультурная реабилитация инвалидов в ОЦРИ

Реабилитация это сложный и комплексный процесс, который может включать в себя такие виды реабилитации, как медицинская, социальная, трудовая, профессиональная, психологическая и др. Областной центр реабилитации инвалидов оказывает комплекс социальных реабилитационных услуг для жителей Свердловской области. Люди с ограниченными

возможностями здоровья вот уже около 10 лет имеют такую уникальную возможность получать реабилитационные услуги от профессионалов Центра. В целях реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, Центр все больше и больше включает в перечень для получателей социальных услуг высокотехнологические реабилитационные услуги. Центр развивается согласно требованиям времени, а для этого у Центра есть все ресурсы и материальные и кадровые. В связи с вводом нового корпуса в декабре 2015 г. у получателей социальных услуг улучшились условия для полноценного проживания, получения реабилитационных услуг и организации своего досуга.

Отделение организации досуга и массовых мероприятий (далее – отделение) одно из структурных подразделений Центра. Еще совсем недавно в 2016 г. отделение выполняло функцию организации досуга и отдыха получателей социальных услуг. Перед сотрудниками стояла задача, в вечернее время и выходные дни, когда у получателей социальных услуг достаточно свободного времени, клиентам не было скучно. Для этого организовывались: развлекательные программы «Караоке», танцевальные вечера, концерты самодеятельных артистов, выезды в театры, в музеи, прогулки по паркам, в том числе по Центральному парку им. Маяковского, на смотровую площадку «Высоцкий» и т.п. Все чаще в книге отзывов стали появляться записи от клиентов, что досуговая работа налажена достаточно интересно и разнопланово.

В 2017 г. задачи у отделения усложнились. Стал вопрос: «Как в рамках пилотного проекта реализовать социокультурную реабилитацию?»

Социокультурная реабилитация – это комплекс мероприятий, цель которых заключается в помощи инвалиду достигнуть и поддерживать оптимальную степень участия в социальных взаимосвязях, необходимый уровень культурной компетенции, что должно обеспечивать возможность для позитивных изменений в образе жизни и наиболее полную интеграцию в общество за счет расширения рамок его независимости [1].

Для организации работы отделения выявились два основных направления:

- консультирование и обучение навыкам проведения досуга, отдыха, формирование культурно-прикладных навыков и интересов;
- создание условий для полноценного участия в досуговых культурно-массовых мероприятиях и социокультурной деятельности

Инвалид – 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 [2].

Социокультурные технологии, используемые специалистами отделения, включают в себя поэтапное введение инвалида в процесс социокультурной реабилитации средствами культурно-досуговой деятельности. Что представляет этот реабилитационный процесс? В первый день заезда для получателей социальных услуг проводится организационное собрание, где достаточно полно и доступно рассказывается о Центре, какие услуги и где они могут их получить. Каждый клиент получает план досуговых мероприятий на свой заезд, с учетом доступности объектов для всех категорий инвалидности. И вот тут выявляется одна проблема, не у всех получателей социальных услуг имеется индивидуальная программа, где рекомендована социокультурная реабилитация. Специалистам отделения сложно отобрать соответственно возможностям клиента коррекционные социокультурные технологии. Однако в первый же день заезда культ-организатор отделения проводит развлекательную программу «Будем знакомы» для получателей социальных услуг, где каждый становится активным участник этой программы. Суть этой технологии состоит в том, чтобы в реальном времени выявить культурные потребности, предпочтения и интересы получателей социальных услуг, по возможности создать условия для их реализации и сразу же включать их в коммуникативные связи.

Согласно пилотному проекту Центр заключил соглашения на сотрудничество с ГБУК СО «Свердловская областная библиотека для слепых», Свердловской государственной академической филармонией, Свердловским государственным областным дворцом народного творчества, Уральским государственным военно-историческим музеем для организации межведомственного взаимодействия при предоставлении инвалидам мероприятий социокультурной реабилитации.

К сожалению, не все культурные учреждения г. Екатеринбурга имеют необходимые условия доступности для людей с ограниченными возможностями здоровья и ресурсы для осуществления мероприятий по реализации программы социокультурной реабилитации. С перечисленными выше учреждениями Центр отрабатывает способы межведомственного взаимодействия. Например, со Свердловской государственной академической филармонией налажена работа виртуального концертного зала, когда получатели социальных услуг, не выезжая за пределы Центра могут послушать и посмотреть в формате онлайн концерты Свердловского государственного филармонического оркестра.

Уральский государственный военно-исторический музей с недавнего времени стал пилотной территорией для апробации методических документов по внедрению межведомственного взаимодействия. У этого музея уже есть опыт сотрудничества с Центром, практически раз в месяц сотрудники Центра организуют для получателей социальных услуг экскурсии. Поездки в этот музей пользуются успехом у клиентов, сотрудники музея отличаются своей гостеприимностью и интересными рассказами об истории создания музея. Однако, условия доступности в этом музее не для всех категорий, вход в сам музей не обеспечен пандусом, что затрудняет посещение музея инвалидами – колясочниками.

Свердловский государственный областной дворец народного творчества имеет огромный опыт проведения культурно-массовых мероприятий и предлагает разноплановый репертуар для своих посетителей.

Но Центр, к сожалению, не может предложить своим клиентам поездки и посещение культурно-развлекательных мероприятий Дворца народного творчества, по причине проведения культурно-массовых мероприятий в дневное время в будние дни, а также по причине отдаленности от Центра. В связи с этим отрабатываются методы и способы межведомственного взаимодействия двух учреждений.

В последнее время стало очень популярным проведение инклюзивных мероприятий. Областной центр реабилитации инвалидов наладил сотрудничество с учреждениями образования и общественными организациями, которые активно включились в процесс реабилитации инвалидов. Студенты Свердловского колледжа искусств и культуры ежемесячно успешно выступают перед клиентами Центра и тем самым удовлетворяют эстетические интересы получателей социальных услуг.

Студенты колледжа «Стиль» являются постоянными участниками массовых мероприятий Центра и ведут свои фоторепортажи, помещая их на сайте колледжа. Молодежный театр «Галерка» выезжает со своими театральными постановками в Областной Центр реабилитации инвалидов и дает огромный шанс тем людям с ограниченными возможностями, побывать на настоящем спектакле, испытать настоящие эмоции, повысить культурный уровень. Весной 2017 г. прошедший «Форум особенной красоты» превзошел ожидания не только самих участниц, а это были девушки, имеющие различную степень инвалидности, но и самих организаторов этого Форума. Стилисты, визажисты, фотографы, успешные предприниматели, общественники, все заявили, что подобный Форум теперь будет ежегодный. Инклюзивное общение, взаимодействие – все это, безусловно, полезно было всем, а кому больше, не подлежит обсуждению. Результатом такого взаимодействия являются отзывы клиентов о досуговых мероприятиях проведенных в Центре. В среднем отделением организации досуга и массовых мероприятий в месяц проводятся 45 мероприятий из них 12 выездных.

Несомненно, оценивая накопленный опыт Центра и возможности учреждений культуры, образования можно утверждать, что социокультурная реабилитация для лиц с ограничениями здоровья дает возможность наладить социальные связи, выявить и развить творческие способности самоутвердиться в новой ситуации. Конечно, на первый взгляд может показаться, что не так быстро все внедряется, не все еще в полном объеме включились в процесс комплексной реабилитации, но то, что уже об этом заговорили и начали продвигать проект, теперь только остается ждать результата, безусловно, грамотно выстроив в том числе, межведомственное взаимодействие.

Использованная литература:

1. ГОСТ Р 53873-2010. Реабилитация инвалидов. Услуги по профессиональной реабилитации инвалидов.
2. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ.

Плотникова Т.А.

ГАУ СО «Областной центр реабилитации инвалидов»

СОЗДАНИЕ УСЛОВИЙ ДЛЯ СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ ЧЕРЕЗ РАЗВИТИЕ ИХ ТВОРЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА И ИНКЛЮЗИИ В КУЛЬТУРНУЮ ЖИЗНЬ ОБЩЕСТВА

Направлению социокультурной реабилитации отводится особое место среди других направлений социальной реабилитации и абилитации инвалидов.

На сегодняшний день одним из важных нормативных документов в этой связи является Модельная программа социокультурной реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, утвержденная приказом Министерства культуры Российской Федерации от 30.12.2016 № 3019.

Документ разработан в целях реализации положений Федерального закона от 1 декабря 2014 года № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов», Федерального закона от 24 ноября 1995 года № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», государственной программы Российской Федерации «Доступная среда» на 2011-2020 годы», утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2015 года № 1297». Имеет смысл более подробно уделить внимание условиям, которые обеспечат реализацию социокультурного направления реабилитации. Чтобы понять, какие условия следует отнести к обеспечивающим реабилитацию, обратимся к определению социокультурной реабилитации. Существует достаточно определений, например:

Социокультурная реабилитация – комплекс мероприятий, направленных на возвращение (создание) психологических механизмов, способствующих постоянному внутреннему росту, развитию, и, в целом, восстановлению культурного статуса инвалида как личности.

Социокультурная реабилитация – выявление творческих способностей, умений, навыков, природных качеств личности и реализация их в культурной деятельности.

Социокультурная реабилитация инвалидов - это процесс вхождения человека в сферу культуры, культурную среду; достижение гармонии с окружающим миром, обществом и самим собой в процессе интериоризации (процесс формирования внутренних структур психики, обусловливаемый усвоением структур и символов внешней социальной деятельности), становление личности как субъекта жизнетворчества, развития культурных потребностей, творческих способностей и вкусов.

Таким образом, социокультурная реабилитация – это и *комплекс мероприятий, и действие (выявление и реализация), и процесс.*

Таким образом, как процесс, социокультурная реабилитация требует действий (деятельности), реализованных в мероприятиях. Реабилитация в нашем понимании – процесс, подразумевающий развитие через использование различных технологий, то есть совокупность приемов и способов, методов и инструментов, направленных на достижение запланированного реабилитационного результата. Технологии могут и должны обновляться.

В практике работы реабилитационных отделений (центров) учреждений системы социального обслуживания граждан направление социокультурной реабилитации может быть представлено через *организацию досуговой деятельности и раскрытие творческих возможностей* людей с установленной инвалидностью.

Рассмотрим понятие досуговой деятельности. Поскольку для человека с инвалидностью основная занятость – трудовая, профессиональная – стала недоступной в прежнем смысле, то помочь ему организовать свое свободное время с возможностью самореализации – немаловажная задача. Следует различать понятия «свободное время» и «досуг». На сегодняшний день слово «досуг» употребляется в следующих значениях:

- в качестве синонима свободного времени;
- как свободная (нерабочая) деятельность;
- как синоним состояния (переживания) человека в определенный момент (например, «Мне недосуг об этом думать»).

В структуре свободного времени можно выделить время досуга и время более возвышенной деятельности. И если досуг на современном этапе рассматривается как занятие для восстановления физических и духовных сил, в большей степени отдых, то под временем для возвышенной деятельности понимаются занятия, во время которых происходит развитие личности. К таким занятиям можно отнести творчество, самообразование, не имеющее непосредственную связь с профессией, занятие спортом, туризм. Свободное время представляет ценность не само по себе, а через способность

человека адекватно его использовать. Свобода, которая рождается досугом, - это не просто праздность, бездеятельность, а возможность самому решать, что делать, как потратить время так, чтобы и отдохнуть, и получить удовольствие, и самореализоваться, и чему-то научиться.

В структуре свободного времени можно выделить, кроме того, следующие элементы: общественно регулируемую часть, куда относится коллективное творчество, учеба, занятия физкультурой и спортом, культурное потребление, развлечение и отдых, и лично регулируемую – индивидуальное творчество, самообразование, индивидуальное культурное потребление, физкультура и спорт, любительский труд, воспитание детей, товарищеские, дружеские встречи, различные виды развлечений, пассивный отдых, занятия в неформальных объединениях. Следовательно, понятие досуга неизбежно связано с понятием культуры свободного времени или культуры досуга.

Исследованием сложнейших вопросов досуга занимаются представители таких разных наук, как, социология, искусствоведение, этнография, археология, история, антропология. Каждая из них изучает культуру досуга под углом зрения собственного предмета исследования и оперирует ею в контексте конкретно-научного подхода. Среди разнообразных социальных характеристик досуга, пожалуй, наиболее важными представляются две:

- досуговая деятельность является, как правило, непроизводственной деятельностью;
- досуговые виды деятельности выбираются самостоятельно, по собственной инициативе.

Главной ценностью сегодня выступает деятельность, которая соответствует общечеловеческим нормам морали, высоким образцам художественного вкуса, задачам творческого роста личности. Поэтому ведущим направлением исследований культурно-досуговой деятельности как самостоятельной отрасли является технология.

Термин «технология» происходит от двух греческих слов: «техне» - искусство, мастерство и «логос» - наука, знание, закон. Почти во всей специальной литературе под «технологией» в широком смысле понимается совокупность и даже система целесообразной практической деятельности в соответствии с целью, спецификой и логикой процесса преобразования и трансформации того или иного объекта.

Под технологией культурно-досуговой деятельности понимается совокупность форм, методов, методик, разработок, расчетов, моделей проектирования и внедрения различных инноваций, способных обеспечить достижение определенной воспитательной цели.

В основе организации досуга лежат следующие методы:

1. Сочетание отдыха с различными просветительными и воспитательными задачами (игры, конкурсы, викторины и др.).

2. Многообразие форм и методов организации и добровольность в их выборе (кружки, любительские объединения, клубы по интересам, вечера отдыха, массовые праздники и др.). Рассмотрим основные формы досуговой деятельности. Прежде, чем определиться с этими формами, рассмотрим ее виды, к которым традиционно относят:

- самообразование,
- общественная деятельность,
- потребление культурных ценностей,
- занятия спортом,
- туризм и путешествия,
- развлечения,
- общение с людьми,
- пассивный отдых.

Внутри этих видов могут быть использованы различные формы деятельности, в частности, давно известная, положительно зарекомендовавшая себя форма досуга, как клубная и кружковая

деятельность. Почему люди с инвалидностью охотно посещают клубы и кружки (если им предоставлена такая возможность в плане доступности)?

Занятия в клубах кружках могут иметь длительную продолжительность по времени, то есть человек действительно занят, а не убивает свободное время бесцельно.

Клубная и кружковая деятельность подразумевает овладение знаниями, умениями, навыками и возможность реализовывать свои знания, умения, навыки через обучение начинающих, передавая свой опыт.

Кружок представляет собой небольшую группу людей, объединенных по интересам и работающих под руководством преподавателя обычно в конкретные временные рамки (в пределах календарного года, например), имея свою программу.

В отличие от кружка **клуб** является *самостоятельной общественной организацией*, члены которой объединены общими интересами в избранной ими области знания, деятельность их не ограничена временными рамками.

Участники клуба устанавливают наиболее удобную для них форму организации (деление на секции, создание приклубных кружков и пр.). Одной из форм досуга являются праздничные мероприятия, рассчитанные на массовую аудиторию (Новый год, проводы зимы, балы, карнавалы, танцевальные вечера), так и на более камерную (вечера отдыха, например). Популярны и развлекательно-образовательные формы досуга (конкурсы, интеллектуальные игры, викторины, а также экскурсии), поскольку они позволяют аудитории в игровой форме повышать свой интеллектуальный уровень.

Итак, социально-культурная реабилитация инвалидов через организацию культурно-досуговой деятельности возможна при наличии следующих условий:

- самой группы людей с инвалидностью, нуждающихся в удовлетворении своих социально-культурных и духовных запросов;

- специалистов, имеющих соответствующую квалификацию, обеспечивающих через реализацию конкретных мероприятий удовлетворение этих запросов;
- материально-технической составляющей (финансирование, оборудование, помещения).

Принцип комплексности в подходе к реализации социокультурного направления реабилитации

Рассмотрим первую составляющую названных условий для осуществления социокультурной реабилитации – *граждане, имеющие статус инвалида*. Эта категория людей постоянно присутствует в обществе, более или менее активно заявляя свои права на реабилитацию, в том числе социокультурную. Это проявляется в обращениях людей с инвалидностью в различные учреждения социальной направленности с целью получить подобные услуги, заявить свой запрос. В этой связи требуется соблюдение следующего условия – *наличие специалистов*, квалификация которых позволит удовлетворить заявленный запрос.

Положительный имидж при работе с потенциальным клиентом создаст себе то учреждение (организация), которое, не имея требуемого специалиста, даст исчерпывающую информацию о том, куда гражданин может обратиться для удовлетворения своего запроса (конкретное название учреждения/организации; контактные координаты; виды транспорта, которым можно добраться и проч.)

Довольно часто учреждения, осуществляющие реабилитацию граждан с инвалидностью, имеют в своем штате специалиста в должности культ-организатора, музыкального руководителя, инструкторов.

Деятельность специалиста, осуществляющего социокультурную реабилитацию, для качественного результата должна иметь достойное материально-техническое оснащение. К средствам и предметам труда такого специалиста, как, например, культ-организатор, могут относиться:

- музыкальные инструменты,

- музыкальное оборудование,
- кино-, фото-, видеоаппаратура,
- печатный материал (буклеты, листовки, объявления, рекламные постеры) и другое.

Конечно, деятельность такого специалиста по реализации направления социокультурной реабилитации должна рассматриваться в рамках конкретного учреждения (организации). Именно учреждение/организация будет обеспечивать специалиста средствами и предметами труда, а также финансировать его деятельность (заработная плата; приобретение расходных средств; обеспечение, при необходимости, ремонта предметов труда и проч.). Принцип комплексности будет воплощен при соблюдении наличия всех вышеназванных составляющих для реализации реабилитационного процесса социокультурной направленности.

В заключение рассмотрим процесс создания условий для социокультурной реабилитации. Под созданием условий можно понимать:

- *наличие необходимого количества документов;*

В нашем случае – наличие нормативно-правовой базы, позволяющей организовывать и реализовывать конкретные виды деятельности (социокультурную реабилитацию).

- *планирование деятельности;*

Деятельность по социокультурной реабилитации должна быть спланирована в соответствии с поставленной целью и решаемыми задачами.

- *набор действий, обеспечивающих реализацию запланированного;*

Сюда отнесем конкретную профессиональную деятельность специалиста (например, культ-организатора) через организацию и осуществление конкретных мероприятий по социокультурной реабилитации.

- *соблюдение определенных принципов;*

Соблюдение принципов в деятельности, в нашем случае – принцип комплексности – позволяет качественно и эффективно действовать для достижения поставленной цели и выполнения запланированного.

- *выполнение определенных требований* (например, к профессиональной квалификации).

Выполнение требований к профессиональной квалификации призвано гарантировать достижение качественного результата, в нашем случае – при предоставлении услуг по организации социокультурной реабилитации инвалидов.

Решая вопросы социокультурной реабилитации инвалидов, специалист, осуществляющий эту деятельность, будет ценен тем, насколько творчески он реализует связь между своими профессиональными компетенциями и культурными и духовными запросами личности человека с инвалидностью. Эта деятельность, которая взаимно обогащает, дает импульс к развитию, самореализации.

Прожога Н.С.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

ВОСПРИЯТИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА С ПОЗИЦИИ КЛИЕНТА

В любом обществе всегда есть люди, которые, в силу естественных, не зависящих от них причин нуждаются в поддержке со стороны государства, общественных организаций, семьи. В нашей стране определение степени нуждаемости в социальной помощи возложено на государство и закреплено Федеральным законом от 28.12.2013 N 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации».

Одним из механизмов реализации социальной политики государства является развитая и эффективно функционирующая система социальной защиты населения, которая включает в себя наличие учреждений оказывающих услуги социальной реабилитации. Однако не все люди, нуждающиеся в таких услугах, могут их получить. И приоритетным

направлением считается оказание услуг по социальной реабилитации в первую очередь получателям социальных услуг трудоспособного возраста.

В период с апреля по август 2017 года в ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» для получения социальной реабилитации обратилось 658 человек, инвалиды составляют 460 человек (69,9%), инвалидов с детства – 54 человека (8,2%).

Для повышения результативности реабилитационного процесса необходимо определить реабилитационную цель, осуществление которой возможно во время пребывания получателя услуг в ОЦРИ. Эта цель формулируется сотрудниками мультидисциплинарной бригады при приеме клиента на реабилитацию. Получатели социальных услуг, проходящие реабилитацию, часто не представляют, какие цели осуществляют специалисты.

С позиции получателя социальных услуг цели реабилитации – это их насущные потребности. Потребности при этом рассматриваются как нужда в чем-либо, объективно необходимом для поддержания жизнедеятельности.

В 1943 году А.Маслоу распределил потребности по мере возрастания, объясняя это тем, что человек не может испытывать потребности высокого уровня, пока нуждается в более примитивных. Низшие потребности – это физиологические (утоление голода, жажды, сексуальной потребности и т. п.). Чуть выше разместились потребности в безопасности, над ней – в привязанности и любви, а также в принадлежности какой-либо социальной группе. Еще более высокая ступень – это потребности в уважении и одобрении. Над ними располагаются познавательные потребности (жажда знаний, желание воспринимать как можно больше информации). Далее следуют потребности в эстетике (жажда гармонизировать жизнь, наполнить ее красотой, искусством). И наконец, наивысшая ступень пирамиды, – это стремление к раскрытию внутреннего потенциала (самоактуализация). Важно заметить, что каждая из потребностей не обязательно должна быть

удовлетворена полностью – достаточно частичного насыщения для перехода на следующую ступень.

Опрашивая получателей социальных услуг при поступлении на курс реабилитации в «Областной центр реабилитации инвалидов», была выявлена следующая закономерность: наибольшее количество получателей социальных услуг в качестве основной потребности озвучили физиологические (снизить болевой синдром, избавиться от других симптомов заболеваний), несколько реже предъявлялись потребности в общении как включенности в группу (познакомиться с другими людьми, подружиться и даже, если получится, создать семью), а также у получателей социальных услуг довольно часто выявляются эстетические потребности (посещение театров, выставок и других культурно-массовых мероприятий).

Также при опросе получателей социальных услуг выяснилось, что многие из тех, кто впервые был направлен (70%) в «Областной центр реабилитации инвалидов», плохо представляют себе, что включает в себя реабилитационный процесс (63,5%). Многие из получателей социальных услуг (78,4%) ассоциируют процесс социальной реабилитации с нахождением в лечебном учреждении, предъявляя запрос на медицинские процедуры и манипуляции (физиолечение, инфузионная терапия, коррекция медикаментозного лечения, проведение диагностических медицинских процедур). Молодой контингент получателей социальных услуг чаще (84,2% от всех молодых клиентов, имеющих статус инвалида) ассоциирует реабилитационный процесс только с физическим восстановлением (укрепление мускулатуры, разработка подвижности в суставах верхних и нижних конечностей, подготовка своего тела к передвижению без технических средств реабилитации). Клиенты, имеющие статус инвалид с детства (5,8% от всех молодых клиентов, имеющих статус инвалида) в качестве цели указывают общение и посещение культурно-массовых мероприятий. Возрастные получатели социальных услуг, как инвалиды, так и лица, не имеющие инвалидности (56,6%), считают одной из самых главных

целей реабилитации – плавание в бассейне Центра или участие в групповых формах продуктивной деятельности (мастер-классы, досуговые мероприятия), что можно соотнести с потребностью в общении, привязанности, принадлежности к социальной группе.

В ряде случаев (28,6%) получатели социальных услуг игнорируют назначения специалистов, считая их ненужными, нарушая тем самым комплексность реабилитационного процесса. Чаще всего отказываются от социально-трудовых и социально-психологических услуг. У клиентов складывается неверное представление о предназначении данных услуг: социально-трудовые воспринимаются как развлечение, кружки по интересам или занятие от «нечего делать», социально-психологические услуги подчас ассоциируют с необходимостью коррекции психических отклонений.

Несмотря на то, что при первичном назначении услуг на реабилитационный курс не все получатели социальных услуг Центра ими довольны, получив назначенные услуги большинство клиентов покидает Центр удовлетворенными процессом реабилитации и изъявляют желание вновь приехать на реабилитацию и получить больше различных услуг.

Рогачева Т.В.

ГАУ СО «Областной центр реабилитации инвалидов»

СЕМЬЯ КАК ОДИН ИЗ ФАКТОРОВ ОГРАНИЧЕНИЙ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

В психологической литературе неоднократно писалось о роли семьи в формировании и развитии различных психосоматических заболеваний у детей. Целью нашего исследования явилось изучение психологических механизмов, влияющих на развитие язвенной болезни (ЯБ) у подростков. Индивидуально-типологические особенности: экстра- и интроверсия, эмоциональная устойчивость – нейротизм изучались с помощью детского варианта

личностного опросника Н.Еysenck, эмоциональная и потребностная сфера подростков изучалась с помощью методики L. Szondi [6], особенности семейных отношений – с помощью клинического метода, опросника “Анализ семейных взаимоотношений” (АСВ), проективной методики “Кинетический рисунок семьи” (КРС).

В психологической литературе, в частности по данным Ф.Александера [1], отмечается, что решающим психологическим фактором в патогенезе язвы оказывается фрустрация как невозможность удовлетворения желания зависимости, стремления к помощи и потребности в любви. Когда эти желания не находят удовлетворения в человеческих взаимоотношениях, образуется хронический эмоциональный раздражитель, воздействующий на функционирование желудка.

Результаты исследований И.Н.Медведева [2] демонстрируют корреляционную зависимость типа темперамента и ЯБ по показателю эмоциональной нестабильности. Однако в нашем исследовании было выявлено, что 51,5% оптантов попадает в коридор показателей “эмоциональная устойчивость – неустойчивость”, названный Н.Еysenck “золотой серединой”, т. е. они характеризуются сбалансированностью эмоциональной сферы. У 15,1% подростков выявлена эмоциональная устойчивость. Таким образом, значительное количество подростков с ЯБ имели высокие адаптивные возможности для сохранения соматического и психического здоровья. Возникает вопрос, какие психологические факторы способствовали формированию язвенной болезни у оптантов?

Глубинный анализ результатов психодиагностики дает возможность выявить данные факторы. Так, с помощью психоаналитической методики L.Szondi [6] были обнаружены следующие актуальные потребности подростков. Неудовлетворенная потребность в индивидуальной любви характерна для 78,79% подростков, причем она связана как с родителями, так и с людьми противоположного пола. Для 63,64% подростков характерно “застревание” на объекте и для 51,52% -потребность в “сцеплении” с

объектом, что трактуется как “неотработанные” отношения с родителями. Такие “неотработанные” отношения с родителями характерны для большинства российских подростков. 69,7% подростков сдерживают, вытесняют импульсивные притязания, отказывая себе в удовлетворении потребностей, в том числе потребности в любви, при этом 39,4% подростков пассивны. Таким образом, подростки не справляются с задачей подросткового возраста - отсоединением от родителей и построением широких социальных отношений вне семьи (потребности в новых объектах и “сцеплении” с ними), а также построением взаимоотношений с родителями на качественно новом уровне.

По результатам клинического метода можно заключить, что “застреванию” на родительских фигурах способствуют симбиотические отношения с матерью. На консультациях, описывая жизнь подростков, матери говорят: “У нас язва...”, “Мы плохо учимся...”, отвечают на вопросы, заданные не им, а их детям. Результаты клинического метода подтверждаются данными опросника “АСВ”. У всех матерей диагностируются те или иные нарушения стиля воспитания, свойственные гиперопеке или гиперпротекции: чрезмерное количество внимания и времени, посвященное детям (40%), недостаточность требований (25%), недостаточность запретов (45%), недостаточность санкций за нарушение запретов и невыполнение требований (55%). Известно, что “здоровый симбиоз”, обеспечивающий нормальное психическое развитие ребенку, заканчивается максимум к 3 годам. В более позднем возрасте симбиоз с матерью препятствует удовлетворению потребности ребенка в автономии, различению границ Я – не Я, укреплению Эго, способствует формированию беспомощности и связанной с ней тревожности.

Происхождение тревоги у подростков с ЯБ можно объяснить, используя в качестве методологической основы теорию О.Ранка [3]. На протяжении всей жизни человек испытывает нормальную тревогу при “отделении” от других, ее преодоление ведет к большей независимости и

построению взаимоотношений на более высоком уровне. С точки зрения О.Ранка тревога представлена в двух формах: как боязнь жизни, т.е. тревога при движении к своей неповторимости, автономии, и как боязнь смерти, т.е. тревога потери своей личности, возникающая, когда человек “застревает” в ситуации зависимых, симбиотических отношений [3].

Подросток с ЯБ испытывает тревогу, связанную как с отделением, так и с поглощением. Симбиотические отношения иллюзорно дают возможность преодолеть беспомощность, но усиливают тревогу. У подростков с ЯБ можно говорить о невротической тревоге, т.к. она неадекватна объективной опасности, включает в себя вытеснение, подростки ограничивают свои действия и сужают поле сознания с помощью невротических защитных механизмов, в том числе и такого как “развитие симптома”. В нашем исследовании у 51,52% подростков зарегистрированы невротические модели поведения, связанные с амбивалентными потребностями: показывать себя – скрывать свое Я, возводить барьеры между собой и миром (30,3%), быть добрым – быть злым (27,3%), потребность в множестве социальных ролей – отказ от социальных ролей (21,2%).

В целом, поведение подростка можно описать следующим образом. Чтобы удовлетворить потребность в индивидуальной любви и претензии на множество социальных ролей, подросток проявляет себя, демонстрирует доброту, терпеливость, однако потребность в любви не удовлетворяется. Тогда подросток испытывает разочарование, раздражение, гнев, которые выражаются лишь частично, т.к. открытое выражение чувств может стать угрозой безопасности. Агрессивные чувства тормозятся чувством вины, в след за которым возникает тревога. Для освоения социальных ролей подросток готов проявить активность (у 40% подростков выявлена потребность в активности, у 40% амбивалентная потребность в активности – пассивности), но проявлять ее ему мешает страх нарушить правила (80% подростков). Возникает вопрос: какие правила боится нарушить подросток? Мы можем предположить, что это правила слитности с матерью. Матери подростков с ЯБ,

в свою очередь, усугубляют невротический конфликт ребенка, т. к. удовлетворяют за счет ребенка свои потребности. Поддержание симбиоза со стороны матери связано с фобией утраты ребенка (20%), воспитательской неуверенностью (20%), необходимостью защищаться от одиночества при невозможности гармоничных супружеских отношений (вынесение конфликта в сферу воспитания продиагностировано у 15% матерей, предпочтение женских качеств у 35%). Интересно, что комментарии матерей к выполнению опросника “АСВ” показывают, что предпочтения женских качеств по сути являются отрицанием супруга и указывают на дисфункциональные отношения в диагностируемых семьях.

Для того, чтобы “отсоединиться от матери”, подростку необходима помощь отца. В норме, отец способствует разрядке напряжения в диаде “мать-ребенок”, процессу индивидуации и зрелому отношению к объекту “мать” [4]. Однако, в реальности отцы не могут этого сделать. Потребность в партиципации (т.е. соединении с мужской фигурой) испытывает каждый пятый подросток. Анализ результатов методики “КРС” показал, что изоляцию в семье переживают 100 % подростков. 33% отцов на КРС “просто стоят”, “ничего не делают”, что характеризует отцов как пассивных, бездействующих; 39 % отцов изображаются подростками, лежащими на диване и/или смотрящими телевизор; только 5,5 % отцов занимаются домашними делами. Отцов занимающихся с детьми, на рисунках подростков, нет. Отцы не могут оказать поддержку подросткам, что вновь актуализирует последовательность переживаний «гнев – вина – тревога». Кроме того, для контроля гнева подросток использует стратегию ухода, стремится не показывать себя. Таким образом, потребности остаются неудовлетворенными и невротический круг замыкается.

По результатам КРС вся система семейных отношений является источником тревожности у подростков. 98 % подростков ощущают тревожность в семье, в 37% случаев тревожность сочетается с агрессивностью, 67 % подростков воспринимают свою семью как враждебную, 63 % - как

конфликтную. Таким образом, семья не может обеспечить потребность в безопасности, и сама становится источником травматизации подростков.

Наше исследование позволило выявить источники тревоги у подростков с язвенной болезнью:

- во-первых, “неотработанные” отношения с родителями: симбиоз с матерями и невозможность отца оказать поддержку подросткам обоих полов в индивидуации, как следствие – неудовлетворенная потребность в индивидуальной любви;

- во-вторых, переживания подростка в связи агрессивностью, враждебностью, конфликтностью, проявляющимися в семье, и, как следствие, амбивалентные потребности демонстрировать себя – скрывать свое Я, быть добрым – быть злым, потребность в социальных ролях – отказе от социальных ролей.

Исследования В. Mittelman, H.G. Wolff, M.P. Scharf [5] доказали, что активность работы желудка, являющаяся причиной развития и обострения ЯБ, усиливалась с увеличением тревоги и уменьшалась, когда пациент в большей мере чувствовал себя в безопасности.

Наше исследование выявило источники тревоги у подростков с ЯБ, что позволяет глубже понять некоторые психологические механизмы развития и обострения язвенной болезни у подростков. Хроническое переживание тревоги в связи с нарушенными межличностными отношениями и невротическим конфликтом, на наш взгляд, и есть основные психологические составляющие этиологии и патогенеза язвенной болезни у подростков.

Использованная литература:

1. Александер Ф. Психосоматическая медицина. – М.: Канон+РООИ «Реабилитация», 2016.
2. Медведев И.Н., Завалишина С.Ю. Физиология пищеварения и обмена веществ. – М.:Лань, 2016.

3. Ранк О. Травма рождения и ее значение для психоанализа. – М.: Когито-Центр, 2009.
4. Abelin E.L. Role of the Father in the separation-individuation process. In: McDevitt, J. B./Settlage, C.F. (Hrsg.) Separation – Individuation. N.Y. Univ. Press, 2000.
5. Mittelman B., Wolff H.G., Scharf M.P. Experimental studies on patients with gastritis, duodenitis, and peptic ulcer // Psychosomatic. – 2012. - № 53.
6. Szondi L. Lehrbuch der experimentellen Triebdiagnostik. – Bern, 2002.

Смотриковская М.В., Кравцова Н.А.

Автономная некоммерческая организация развивающий центр социальной адаптации детей и подростков «Школа дружбы»;
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Г. Владивосток.

ОПЫТ И ПЕРСПЕКТИВЫ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

С каждым годом во всем мире количество детей с ограниченными возможностями увеличивается. По официальной статистике в Приморском крае зарегистрировано 364 ребенка с расстройством аутистического спектра. Каждый год эта цифра увеличивается примерно на 40 человек. И это официальные данные лишь по одному из возможных особенностей развития детей.

Столкнувшись с проблемой аутичных детей, педагоги не понимали, как можно работать с этой категорией детей. На данный момент не хватает специалистов, работающих по современным, эффективным методикам, недостаточно мест в специализированных учебных заведениях, закон об инклюзивном образовании практически невозможно реализовывать по ряду причин. Как итог, подавляющее большинство детей остаются

изолированными от общества, тем самым происходит инвалидизация всей семьи, так как мать пожизненно остается дома по уходу за ребенком.

По мнению Дэвида Бланкета, бывшего главы министерства внутренних дел в правительстве Тони Блэра слепого от рождения, образование детей с особыми потребностями становится одной из основных задач современного общества. И одновременно, как подчеркивает Д. Бланкет, это является необходимым условием создания действительно инклюзивного общества, где каждый сможет чувствовать причастность и востребованность своих действий, а каждый ребенок, независимо от его потребностей и других обстоятельств, полностью реализовать свой потенциал, приносить пользу обществу и стать полноценным его членом. Департамент образования и науки Приморского края поддерживает инновационный проект создания развивающего пространства в ресурсной группе: «Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья и детей инвалидов является одним из приоритетных направлений системы образования Приморском крае. Реализация данного проекта позволит оказать раннюю помощь детям с расстройством аутичного спектра, задержкой психического развития, другими особенностями здоровья, и семьям, их воспитывающим».

Особенностью психического развития детей-инвалидов является ограничение освоения ведущих видов деятельности в периоды становления личности и формирования высших психических функций. Естественно, что при планировании и организации процесса абилитации таких детей следует учитывать параметры физического и психического развития и здоровья ребенка, индивидуальных условий развития, сочетание различных патологий. Как отмечает в своих публикациях С.С. Асадова (2016), негативное влияние на личность ребенка-инвалида психотравмирующей ситуации его развития связано с физической беспомощностью, изолированностью, частой госпитализацией и вследствие этого затруднённой социальной адаптацией. Дисгармоничный стиль семейного воспитания, неадекватные установки родителей обуславливают у большинства детей повышенной

раздражительности, тревожности, неуверенности в себе, подавленности, наличии страхов. Со стороны когнитивной сферы у таких детей наблюдается ограниченный запас знаний и представлений, интеллектуальное недоразвитие [1].

При организации системы помощи детям с особенностями в развитии необходимо четко представлять, что в большинстве случаев речь идет об абилитации, то есть процессе формирования отсутствующих у детей умений и навыков предметно-манипулятивной, игровой, учебной и иной деятельности.

В России на сегодняшний день для реабилитации и абилитации детей с ограничениями в развитии организуются специализированные центры, в которых собираются дети с различными особенностями развития [2, 3, 4]. Это позволяет оптимизировать процесс формирования необходимых умений и навыков. Однако подобные центры представляют специально организованное пространство, в котором дети изолированы от своих сверстников. При этом закладываются будущие проблемы с процессом включения подростков детей в систему общественных отношений и создаются основы, во-первых, для сохранения интолерантности общества к «иным», во-вторых, для психотравматизации детей при дальнейших социальных контактах.

На сегодняшний день ситуация с оказанием помощи в развитии детям с особенностями развития характеризуется разобщенностью действий различных организаций, отсутствием учета реальных потребностей «особых» детей и их родителей, неграмотность, в том числе, юридическая, а также часто агрессивный настрой как со стороны «здорового» общества, так и со стороны родителей детей с ОВЗ – и это еще не полная картина существующей ситуации.

На данном этапе необходимо, в первую очередь, понизить общественное напряжение по данному вопросу, способствовать созданию дружественных площадок для взаимодействия и общения на всех уровнях:

начиная с работы инклюзивных творческих студий и заканчивая реализацией федеральных программ на местном уровне.

Особым детям трудно найти себя в обществе, как правило, они не знают, что такое дружба – научить их этому можем только мы и в первую очередь.

Во Владивостоке с сентября 2015 года в ведомственном детском саду на льготных условиях была открыта первая и пока единственная во Владивостоке ресурсная группа для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ). В большей степени, это дети с аутичными чертами и/или задержкой психического развития. Особенности этой группы:

- группа работает в общем режиме детского сада;
- тьюторы (студенты старших курсов психологии ДВФУ) выходят со своими воспитанниками в общие группы сада и на общие прогулки – так происходит первое общение с нормотипичными сверстниками;
- дети из ресурсной группы ежедневно получают минимум по два индивидуальных развивающих занятия со специалистами;
- для старших детей работает группа подготовки к школе;
- в инклюзивной развивающей творческой студии «Все дети» проходят первые совместные занятия всех дошкольников.

Несмотря на кажущееся обилие занятий, для должного развития особого ребенка этого очень мало. Повысить эффективность нашей деятельности поможет грамотное обустройство развивающей среды, находясь в которой, группа детей из 8 – 10 человек сможет получать необходимое, без прямого участия взрослого: сенсорную стимуляцию; стимуляцию познавательной деятельности; развитие крупной моторики.

Для повышения эффективности и реализации проекта инклюзивного обучения детей с особенностями развития сформирована программа. Основные цели:

1. Обустройство развивающей среды для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в ресурсной группе на основе закупки

оборудования «Сова-нянька», «Мантессори» и «Воскабович», а также дизайна помещения с учетом рекомендаций «Design index for autism» (методика организации пространства для аутистов) с целью повышения качественных показателей развития и адаптации детей для возможности дальнейшей их интеграции в общеобразовательные учебные заведения.

2. Разработка и внедрение методики развития детей путем качественного обустройства среды, включающие подготовку специалистов, практическую работу с детьми с ежемесячным анализом их развития, публикация результатов работы, подведение итогов работ за год.

Для большей эффективности проводимых занятий необходимо оборудование, активно способствующее развитию ребёнка, активизирующее работу различных участков мозга. Воспитателям достаточно следить за безопасностью процессов и направлять деятельность ребенка. Задача преподавателей – следить за общей динамикой развития, вести, как и прежде, индивидуальные занятия, но теперь уже используя современное оборудование в том числе.

На реализацию программы в 2017 получен грант Президента РФ. При разработке дизайна помещений будут учитываться рекомендации «Design index for autism» (например, <https://www.autism.archi/>). Это специальная методика организации пространства для аутистов, разработанная 2012 году дизайнером мирового уровня Magda Mostafa. Собственно, проект и направлен на организацию такой среды и разработку методики работы в ней с детьми с ОВЗ. Задачу реализации инновационной методики берет на себя строительный институт, хозяин помещений детского сада и лично М. Смотриковская, руководитель проекта, мама особого ребенка и дизайнер с большой практикой.

Используя в комплексе современные методики, планируется достичь больших результатов в развитии детей с ОВЗ для дальнейшей их адаптации, при этом, не повышая стоимости услуг. По ходу реализации проекта будут

выработаны методические рекомендации, осуществляться их публикация в электронных СМИ.

Ожидаемые результаты:

Будет проведено обустройство развивающей среды для детей с ограниченными возможностями здоровья в ресурсной группе на основе закупки специального оборудования, а также разработан дизайн помещения с учетом рекомендаций «Design index for autism» с целью повышения качественных показателей развития и адаптации детей для возможности дальнейшей их интеграции в общеобразовательные учебные заведения.

Будут разработаны и внедрены методики развития детей путем качественного обустройства среды, включающие подготовку специалистов, практическую работу с детьми с ежемесячным анализом их развития.

Дальнейшее развитие проекта:

Планируется проведение ряда мероприятий, как параллельно с реализацией проекта, так и в его развитие:

1. Введение АНО «Школа дружбы» в реестр поставщиков социальных услуг, бесплатных для детей с ОВЗ.

2. Совместно с ПО ОВД «Матери России» планируется проведение по Приморскому краю серии лекций для детей и педагогов «Мифы и правда о детях с особенностями развития». Подготовку ведут студенты кафедры клинической психологии ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России и кафедры психологии ДВФУ.

3. Масштабирование проекта: распространение опыта организации развивающей среды для детей с ОВЗ (в том числе специальный дизайн пространства для детей с аутизмом) в другие учебные заведения города, края и страны.

Использованная литература:

1. Асадова С.С. Психологическая и социокультурная реабилитация детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями. // Мир специальной

- педагогики и психологии. Научно-практический альманах. – М., 2016.
- 2.Ванешина Д.Ю., Серебрякова Н.Н. Анализ методов социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в рязанской области. // Социально-экономические аспекты развития современного общества. Межвузовский сборник научных трудов. Рязань, 2014.
- 3.Власенко Ю.В. Система социальной реабилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья. // Гуманитарно-педагогическое образование. 2017. Т. 3. № 2.
- 4.Раратюк И.В. Система реабилитации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на территории Новосибирской области. // Социальная сплоченность. Открытое общество. Равные возможности. Материалы Первого Международного форума социальных работников Приволжского федерального округа. Новосибирск, 2012.

Сотников В.А., Дьякова С.А.

Благотворительный фонд «Шередарь», Москва

**ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-СОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ ПРОГРАММЫ «ШЕРЕДАРЬ» ДЛЯ ДЕТЕЙ,
ПЕРЕНЕСШИХ ТЯЖЕЛЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, С УЧАСТИЕМ
МЕДИЦИНСКИХ ВОЛОНТЕРОВ УГМУ**

Каждый год в России диагностируют онкологические заболевания более чем у 3 500 детей [3]. Благодаря современным методикам лечения 80% заболевших полностью вылечиваются. Онкологическое заболевание, мифологизируемое в современном обществе фатальностью, заразностью [1,2,4,6], сопровождаемое выраженной витальной угрозой и тяжёлым соматическим состоянием, оказывает мощное воздействие на все аспекты формирующейся личности и проявляется широким спектром различных форм психологической дезадаптации. Психологический урон, нанесённый ребёнку заболеванием, не проходит бесследно и не исчезает параллельно с выпиской из онкологического стационара. Восстановление ребёнка – это

сложный, системный, многокомпонентный процесс, что обуславливает вариабельность используемых подходов, методов и технологий в построении реабилитационной работы. Без квалифицированной помощи ребёнку очень трудно вернуться к обычной жизни. Реабилитация – тот самый последний шаг на пути к окончательному выздоровлению, который помогает сделать «Шередарь».

На сегодняшний день благотворительный фонд «Шередарь» – единственная в России некоммерческая организация, которая на базе собственного центра систематически проводит реабилитационные программы лагерного типа для детей и подростков 7–17 лет, победивших рак, а также для их здоровых братьев и сестёр. Фонд был создан в 2012 году и полностью посвятил свою работу развитию детской реабилитации в России. Главная задача фонда «Шередарь» – доступность реабилитации, поэтому все программы психологической поддержки совершенно бесплатны для всех российских детей, особые потребности которых обусловлены тяжёлой болезнью или ограниченными возможностями здоровья.

Фонд использует опыт известных в мире центров по реабилитации детей, перенёсших онкологические заболевания, и использует в работе методику терапевтической рекреации (Therapeutic Recreation) [4, 7], позволяющую в короткие сроки вернуть ребёнку радость, показать, что он может гораздо больше, чем привык думать за время болезни.

Терапевтическая рекреация как самостоятельное направление реабилитационной деятельности, выделилось в 30-х годах XX века, и к настоящему моменту является одним из наиболее интенсивно развивающихся в странах Европы и Америки. Она представляет собой профессионально организованную деятельность, направленную на обеспечение психологического комфорта, личностного роста, восстановлению сил и способностей после заболеваний, преодолению и профилактике асоциальных проявлений, приобретение необходимых навыков для конструктивного взаимодействия с окружающими людьми [7].

Методология терапевтической рекреации была взята в качестве основы построения реабилитационной деятельности с различными категориями населения, в том числе и с детьми, страдающими тяжёлыми соматическими заболеваниями.

Программы «Шередаря» разработаны таким образом, чтобы вовлечь детей в процесс общения, повысить степень доверия к миру. Цель фонда «Шередарь» — донести до общества идею, что реабилитация — необходимый этап выздоровления, благодаря которому ребёнок начинает чувствовать себя здоровым, счастливым и уверенным.

Программа для ребёнка длится восемь дней и строится по определённому расписанию, где очень важное место занимают мастерские и вечерние мероприятия. Дети участвуют в активных занятиях (занимаются верховой ездой, сплавляются на байдарках, стреляют из лука), а также занимаются творчеством (фотографируют, пробуют себя в роли музыкантов, артистов и художников). Это позволяет им отвлечься от тяжёлых воспоминаний, выразить себя и осознать свой успех в разных видах деятельности.

Философия заботы фонда «Шередарь» основана на том, чтобы повысить качество присутствия взрослых в жизни ребёнка. Это позволяет детям, находящимся в безопасной и дружелюбной атмосфере, понять, что такое общение, уважение, сотрудничество, честность, что такое достоинство, индивидуальность каждого человека; выйти во взрослую жизнь и научиться самим принимать решения, получая при этом заботу и поддержку от всех, кто задействован в проведении реабилитационных программ. Именно поэтому фонд уделяет особое внимание отбору и обучению волонтеров — тех взрослых, которые сопровождают детей на протяжении всей смены.

На программах в «Шередаре» есть несколько волонтерских ролей: вожатые (шери), мастера, фотографы, медицинские волонтеры и волонтеры команды поддержки (организаторы). Вожатые (их называют «шери» — от слова «Шередарь») закреплены за командой, в их обязанности входит

ежедневная забота о подопечных, индивидуальный подход к каждому ребёнку, но в то же время создание крепкой команды. В каждой команде по 8 – 10 детей и 4 – 5 шер.

Мастера – это ведущие кружков и студий, который готовят свою мастерскую ещё до смены (подробно планируют занятия с учётом возрастных особенностей и физических особенностей детей), а во время реабилитационной программы проводят мастерские и участвуют в организации вечерних мероприятий.

Шер и мастера всегда поддерживают ребёнка, создавая дружескую атмосферу, и помогают ему обрести уверенность в собственных силах.

Волонтёры команды поддержки помогают сотрудникам организовывать смену. В состав команды входят только опытные волонтёры, которые уже были в «Шередаре» 1 и более раз. Это наставники, готовые поделиться опытом и оказать поддержку в трудную минуту.

Особую роль на программах играют медицинские волонтёры, которые работают под руководством врачей и также всегда находятся с командой, чтобы обеспечивать заботу о здоровье наших подопечных.

Развитие волонтёрского движения в России и обучение волонтёров является важным направлением фонда «Шередарь». Перед каждой сменой специалисты фонда и команда поддержки проводят специальный интенсивный обучающий тренинг. Этот курс состоит из блоков о социальной и психологической реабилитации ребёнка, перенёсшего тяжёлое заболевание, об особенностях работы с детьми разного возраста и о тонкостях командного взаимодействия. Задача, которую перед собой ставит фонд, – сделать тренинг интересным и полезным не только для тех, чья профессиональная деятельность связана с детьми, но и для всех, кто хочет больше знать об эффективной коммуникации. Большой процент волонтёров составляют преподаватели и психологи, которые приезжают в качестве шер. Для них это возможность применить новые знания, полученные на тренинге, в своей работе не только на смене, но и в профессиональной деятельности. Основная

направленность мастеров – это декоративно-прикладное искусство. Для них поездка в «Шередарь» – возможность поработать с детьми, лучше понять, что такое адаптация и реабилитация, полезная практика, которая пригодится в дальнейшей работе. Также на программы приезжают сотрудники других благотворительных фондов, которые хотят развивать реабилитацию в своём городе. Они могут задать любые вопросы, увидеть, как проходят реабилитационные смены, и сами принять участие в них.

Поиск волонтеров – одна из приоритетных задач фонда. В этой связи очень ценна для фондов поддержка вузов [5]. Для «Шередаря» это возможность пригласить на программы заинтересованных волонтеров, обладающих необходимым для работы уровнем ответственности.

Работа с узкоспециализированными волонтерами, например, медицинскими волонтерами – особая задача, так как медицинское сопровождение детей требует от волонтеров особых навыков, так что процесс поиска кандидатов на эту роль осложняется. Примером удачного сотрудничества в этом направлении является сотрудничество фонда «Шередарь» с медицинскими учебными заведениями, в частности с Уральским государственным медицинским университетом. В 2016 году с УГМУ был подписан договор о межведомственном сотрудничестве и о прохождении производственной практики студентов 2 и 3 курсов лечебно-профилактического, медико-профилактического и педиатрического факультетов на базе фонда «Шередарь». В рамках этого соглашения студенты могут пройти двухнедельную практику в качестве волонтеров-медиков на реабилитационных программах (за время сотрудничества было приглашено к участию 20 студентов).

Как отмечает Анна Гончарова, заместитель руководителя Управления по внеучебной работе ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, за время обучения в университете студент не всегда имеет возможность длительно общаться с пациентами, изучить их возрастные и психологические особенности, а также особенности, связанные с перенесённым заболеванием.

Важно развивать медицинское волонтерство, позволяющее студентам освоить необходимые навыки в рамках альтернативной практики. Именно поэтому участие студентов-медиков в программах психосоциальной реабилитации детей, перенёсших тяжелые заболевания, и их братьев и сестёр фонда «Шередарь» действительно помогает сформировать у будущих врачей значимые профессиональные знания и практические навыки, способствует их личностному развитию. Но существуют сдерживающие факторы: длительность смен – студенты на продолжительный срок отвлекаются от учёбы; транспортные расходы по обеспечению билетов до Москвы и обратно, которые на себя берёт университет. Из перспектив развития сотрудничества – получение медицинской лицензии реабилитационного центра «Шередарь», выход на Минздрав РФ, дополнительное сотрудничество с другими медицинскими вузами.

В целом, по оценкам УГМУ, студенты за время пребывания в «Шередаре» приобретают ценный опыт участия в реабилитации детей и подростков, опыт ухода за больными и оказания медицинской помощи, а также способность действовать в нестандартных ситуациях, нести ответственность за принятые решения, умение работать в коллективе, способность и готовность анализировать результаты собственной деятельности для предотвращения профессиональных ошибок, готовность к саморазвитию, самореализации, самообразованию, использованию творческого потенциала.

По мнению Анастасии Поспеловой, руководителя волонтерского направления благотворительного фонда «Шередарь», такое сотрудничество очень важно для проведения реабилитационных программ. Оно гарантирует каждому подопечному качественное медицинское сопровождение, в то же время для студентов-волонтеров открывает возможность познакомиться со сферой реабилитации, понять нюансы в работе с детьми и на практике применить свои навыки и умения. Это очень ценный опыт для будущих медиков.

Реабилитационный центр «Шередарь» – это значимый проект, который позволяет фонду сделать вклад в будущее детей. Более половины случаев детских онкологических заболеваний в России излечимы, а реабилитация завершает медикаментозное лечение и позволяет детям вернуться в беззаботное детство и обрести веру в собственные силы.

Использованная литература:

1. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: Изд-во КГМУ, 2011.
2. Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. – СПб.: Речь, 2007.
3. Злокачественные новообразования в России в 2015 году (заболеваемость и смертность)./ Под ред. А.Д. Каприна, В.В. Старинского, Г.В. Петровой – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена – филиал ФГБУ «НМИРЦ» Минздрава России, 2017.
4. Сотников В.А. Психосоциальная реабилитация детей, перенесших тяжёлые заболевания, в парадигме терапевтической рекреации // Психическое здоровье человека XXI века: Сборник научных статей по материалам Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». - М.:ИД «Городец», 2016.
5. Сотников В.А., Сердюкова Н.С. Волонтерство в реабилитационной программе «Шередарь». Формирование профессиональных компетенций социальных работников. // Социальное образование в России: история, проблемы, перспективы развития. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 25-летию факультета социальной работы КГМУ. 2016.
6. Тхостов А.Ш. Психология телесности. – М.:Смысл, 2002.
7. Austin D.R. Therapeutic recreation: Processes and techniques. – Champaign, IL: Sagamore Publishing, 2004.

ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»,
г. Екатеринбург

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ КОМПЛЕКСНОЙ РАННЕЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

С целью определения методологических оснований комплексной ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) применялись теория Л.С. Выготского о культурно-исторической обусловленности развития личности, в том числе личности ребенка с ОВЗ; методологические подходы, представленные в научных школах П.К. Анохина, А.Г. Асмолова, Р.Е. Левиной, А.Н. Леонтьева, В.И. Лубовского, А.Р. Лурии, Н.М. Назаровой, Л.С. Рубинштейна, Д.Б. Эльконина; теоретические и практические исследования Е.Ф. Архиповой, В.И. Бельтюкова, О.Е. Грибовой, С.Д. Забрамной, Л.Т. Журба, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюковой, О.Г. Приходько, Е.А. Стребелевой, посвященные вопросам изучения детей с ОВЗ раннего возраста.

Теоретический анализ работ исследователей позволил выделить следующие основные подходы, являющиеся основой построения системы комплексной ранней помощи детям с ОВЗ: деятельностный, системный (общенаучные подходы); комплексный, онтогенетический и аксиологический (конкретно-научные подходы). Дадим краткую характеристику данных подходов в аспекте вопросов ранней помощи детям с ОВЗ.

Деятельностный подход разрабатывался в трудах многих отечественных педагогов и психологов (А.Г. Асмолова, П.Я. Гальперина, А.Н. Леонтьева, С.Л. Рубинштейна, Н.Ф. Талызиной и др.), в том числе в исследованиях, посвященных проблемам изучения и воспитания лиц с ОВЗ (Б.В. Зейгарник, А.Р. Лурия и др.). Под деятельностным подходом понимается совокупность теоретико-методологических и конкретно-эмпирических исследований, в которых психика и сознание, их развитие и

формирование изучаются в различных формах предметной деятельности субъекта. Основным положением деятельностного подхода является утверждение о том, что личность и индивидуальность человека формируются и проявляются в деятельности; педагогические явления и процессы необходимо изучать в логике целостного рассмотрения всех основных компонентов деятельности.

Семантическое ядро деятельностного подхода составляет категория «деятельность». В современном понимании деятельность — это специфически человеческая форма отношения к окружающему миру, содержание которой составляет его целесообразное изменение в интересах людей, то есть это динамическая система взаимодействия субъекта с миром.

Деятельность является основой, средством и решающим условием развития личности (В.А. Сластенин). Положение о единстве сознания и деятельности, сформулированное Л.С. Рубинштейном, позволяет рассматривать деятельность в качестве ведущего фактора психического развития человека как личности. Следовательно, сознание и личность в деятельности не только формируются, но и проявляют себя.

Данные положения позволяют сделать вывод о том, что *организация ведущей деятельности ребенка раннего возраста (различных модальностей общения с взрослым), в которой проявляются, формируются и развиваются личностные параметры и психомоторные процессы, является базовым условием его комплексного изучения и оказания помощи.*

Изучение научного генезиса *системного подхода* показало, что данный подход разрабатывался в методологических трудах А.Н. Аверьянова, Б.Г. Ананьева, П. К. Анохина, Л. Берталанфи, М. С. Кагана, Т. Парсонса и др. В исследованиях, посвященных проблемам изучения людей с ОВЗ, положения данного подхода применялись В. И. Бельтюковым, Е. А. Екжановой, А.П. Зарин, О. Г. Приходько и др.

Под системным подходом понимается комплексное изучение объекта как единого целого с позиции взаимосвязанности всех его элементов,

изучение каждого элемента системы в общем процессе функционирования и развития, влияние общесистемных качеств на каждый элемент целого. Применение положений системного подхода к научному исследованию проявляется в изучении предмета исследования как системы, что обусловило изучение семантического ядра этого подхода, представленного категорией «система».

Система рассматривается как множество элементов, образующих определенное единство, благодаря общесистемным качествам. Новые свойства системы не сводимы к качествам отдельных элементов, а являются следствием их взаимодействия. Обычно в системе выделяют ядро и системообразующую связь элементов. Системное исследование возникает при двух условиях: исследуемый объект (субъект) представляет собой систему или выступает частью системы; само исследование ведется системно, то есть с выделением центрального звена, выяснением связей, общесистемных качеств.

Система должна обладать рядом признаков: для ее создания необходима полнота компонентов, причастных к достижению цели; наличие связей и зависимостей между компонентами; наличие ведущего звена, ведущей идеи, необходимых для объединения компонентов; наличие у компонентов общих качеств, проявляющихся в устойчивой результативности функционирования системы (П.К. Анохин, В.И. Бельтюков).

Теория функциональных систем П.К. Анохина позволяет рассмотреть системные компоненты психомоторной деятельности человека: результат как ведущий системообразующий фактор деятельности; оценку результата психомоторной деятельности; потребность как системообразующий фактор, формирующий мотивацию; программирование психомоторной деятельности для достижения необходимого результата; выражение психомоторной деятельности в высших когнитивных процессах, в поведении и соматовегетативных реакциях.

Доказано, что триада является минимальным системным образованием (И. М. Сеченов, В. И. Бельтюков, Л. Берталанфи), поэтому методология системного подхода позволяет использовать полисистемный подход в организации *системы* комплексной ранней помощи детям с ОВЗ и рассматривать не только структурные элементы данной системы, но и ее саму в качестве элемента систем более высокого иерархического уровня (А. Г. Асмолов): многоуровневых систем образования, здравоохранения и социальной помощи; систем социокультурной среды и конкретного государства.

На основе анализа рассмотренных положений была сформулирована основная идея применения системного подхода в вопросах организации комплексной ранней помощи детям с ОВЗ: *данный вид помощи рассматривается нами как система, которая относится к специфическим социальным системам (по Т. Парсонсу) и обладает следующими характеристиками: система призвана обеспечивать развитие личности ребенка раннего возраста с ОВЗ; реализацию социально-гуманистической функции социокультурной среды в отношении маленьких членов общества, имеющих ОВЗ, и их родителей (близких); содействовать профессиональному развитию специалистов системы комплексной ранней помощи.*

Комплексный подход основан на положениях теории Л.С. Выготского, в которой подчеркивается, что целостное изучение и развитие личности ребенка в ее взаимодействии с окружающей средой должно основываться на длительном наблюдении в процессах жизни и деятельности, воспитания; на экспериментальных данных; на изучении самого хода и результатов деятельности ребенка, его поведения. Полагаем, что сущность комплексного подхода отражается в идеях одного из уровней иерархии полисистемного подхода – в идеях междисциплинарного взаимодействия.

Подход обуславливает междисциплинарный характер взаимодействия «команды» специалистов – представителей взаимосвязанных отраслей научного знания (медиков, психологов, педагогов, дефектологов, социальных

работников). Данное положение закреплено в ст. 45 Федерального Закона «Об образовании в Российской Федерации», в которой определяются виды помощи ребенку с ОВЗ: медицинская, психолого-педагогическая и социальная.

Положения комплексного подхода значимы для постановки правильного диагноза ребенку, особенно в раннем возрасте. Это определяет правильный выбор компонентов системы комплексной помощи, ее содержательное наполнение и характер взаимодействия всех участников. Важно бережное и осторожное истолкование данных о ребенке, полученных из разных источников, при этом большое внимание должно уделяться жалобам родителей, самого ребенка: ребенок после одного года бывает в состоянии сообщить о проблеме жестом, словом (Е.М. Мастюкова, Е.А. Стребелева).

Комплексный (междисциплинарный) характер оказания помощи ребенку с ОВЗ в раннем возрасте предполагает параллельное и взаимосвязанное воздействие специалистов на двигательное и познавательное (в том числе речевое) развитие ребенка, «включение» всех специалистов в единую организационную модель и владение ими единой взаимосвязанной системой форм, методов и приемов оказания помощи на высоком профессиональном уровне.

К сожалению, анализ практической действительности нередко показывает разобщенность представителей различных специальностей, которая проявляется в несформированности мотивации к оказанию полноценной профессиональной помощи детям раннего возраста; в отсутствии базовых знаний из смежных дисциплин; в неготовности к конструктивному взаимодействию не только с представителями других отраслей знаний, но и с коллегами (И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, И.А. Филатова).

Таким образом, реализация комплексного подхода в организации системы комплексной ранней помощи предполагает *разработку и*

реализацию единой межведомственной комплексной программы помощи детям раннего возраста с целью своевременного выявления и преодоления ограниченных возможностей здоровья у представителей детского населения. Данная программа обязательно должна включать блок междисциплинарной подготовки специалистов, направленный на формирование готовности к профессиональному взаимодействию и повышение уровня профессиональной грамотности.

Положения *онтогенетического* подхода заложены в трудах Л.С. Выготского и нашли свое выражение в исследованиях В.И. Белютюкова, Р.Е. Левиной, В.И. Лубовского. Семантическое ядро этого подхода заключено в понятии «онтогенез». Онтогенез рассматривается как индивидуальное развитие человека на протяжении всей его жизни и представляет собой динамический процесс, характеризующийся прогрессивными количественными и качественными изменениями в двигательной, психической сфере и в отдельных их компонентах.

Основными закономерностями развития ребенка являются: обусловленность развития психики действием социальных факторов, смена видов ведущей деятельности, сохранение последовательности стадий и этапов развития, присутствие сензитивных периодов в развитии отдельных процессов и функций.

Дизонтогенез представляет собой нарушенное, специфически измененное индивидуальное развитие, но осуществляется в соответствии с теми же закономерностями, что доказал Л.С. Выготский. Таким образом, с точки зрения этого подхода развитие любого ребенка протекает непрерывно и закономерно в условиях взаимодействия социальных и биологических факторов.

Проецируя положения онтогенетического подхода на проблему комплексной ранней помощи детям с ОВЗ, можно выделить следующие ключевые моменты: *обязательное знание специалистами закономерностей развития ребенка раннего возраста, владение методами оценки всех*

изучаемых процессов и функций, видов деятельности и личностных образований с позиций онтогенеза, понимание и применение онтогенетического принципа построения и отбора содержания комплексной ранней помощи детям с ОВЗ.

Аксиологический подход раскрывался в исследованиях А.Г. Асмолова, Л.В. Блинова, В.А. Сластенина, Н. Ф. Талызиной, в научных трудах, посвященных проблемам подготовки кадров для работы с людьми с ОВЗ, В.И. Лубовского, Е.А. Медведевой, Н.М. Назаровой, И.М. Яковлевой и др.

Под аксиологией понимается учение о ценностях, поскольку семантическим ядром аксиологического подхода является категория «ценность», то проведем ее анализ.

Ценность – это положительная или отрицательная значимость объектов окружающего мира для человека, социальной группы, общества в целом, определяемая их вовлеченностью в сферу человеческой жизнедеятельности, интересов и потребностей. Исследователи рассматривают понятие «ценность» во взаимосвязи с понятием «ценностные ориентации», под которым понимается отражение в сознании человека ценностей, признаваемых им в качестве стратегических жизненных целей и мировоззренческих ориентиров. Доказывается, что ценностная система ориентаций обуславливается историческими, культурными, экономическими аспектами общества, фиксируется и формализуется в общественном сознании в процессе его исторического развития.

Рассматривая генез дефиниции «ценность», отметим, что это понятие впервые появляется у И. Канта (XVIII век), для которого ценность сама по себе не имеет бытия. Практический разум, по И. Канту, как сфера действия человеческой воли, направленной на овладение реальностью, руководствуется ценностями, воплощением которых является нравственный закон. Нравственный закон (Категорический императив) автономен, он предписывает поступки человеческой воле и является основанием оценки человеческих действий. Высшей ценностью в нравственной сфере, сфере

практического разума, по И. Канту, является долг, которому и должна следовать воля человека.

В кон. XIX — нач. XX века в западной философии возникла аксиология – философское учение о природе ценностей. В предмет аксиологии, прежде всего, включаются вопросы смысла жизни и истории, направленности и оснований познания, обоснования и оправдания человеческой деятельности, отношения личности и общества. Ценности многоаспектно рассматриваются как способность какого-либо предмета или явления удовлетворять потребности людей; как элементы духовной культуры, выступающие регуляторами деятельности человека, основаниями и критериями для оценок; как предметы объективной реальности, которые сами по себе не имеют никакой ценности, пока не будут вовлечены в сферу человеческой практики, человеческих потребностей и интересов.

Отмечено, что ценности, а также их воплощение в идеалах, убеждениях, верованиях, нормах, директивных действиях складываются в системообразующий, ценностно-нормативный компонент мировоззрения – сложное интегральное образование общественного и индивидуального сознания. В совокупности с познавательным компонентом, который базируется на обобщенных знаниях и представляет конкретно-научную и универсальную картину мира, ценности определяют программу жизни, направленность поступков человека, то есть формируют его личность.

Развитие аксиологического подхода в XX веке определялось гуманистическими ценностями философии неопрейдизма, экзистенциализма, постмодернизма, переходом современного мира от «культуры полезности» к «культуре достоинства». В рамках аксиологического подхода сформировалась гуманистическая этика (Э. Фромм, А. Швейцер, О. Шпек и др.), в которой утверждается ценность жизни любого человеческого существа как единственного и неповторимого в этом мире, его безусловное право на жизнь. В основе этой этической концепции находится принцип безусловного уважения к дару жизни и ее суверенности, уважения ко всякой человеческой

жизни, признание ее ценности и недопущение снижения ценности жизни отдельных людей.

Ценности систем оказания помощи людям с ОВЗ исторически обуславливаются эволюцией общественного отношения к этим людям, признанием обществом их социальных прав и естественного права «быть таким как все», развитием организационных моделей помощи. В современном мире актуализирована единая гуманистическая система ценностей, направленная на решение проблем качества жизни человека с ограниченными возможностями, в которой сам человек с ОВЗ является ценностью.

В контексте подхода можно выделить аксиологические основания системы комплексной ранней помощи детям с ОВЗ: *ценностное отношение к маленькому человеку с ОВЗ, при котором «внимание должно быть направлено не на недостаток, дефект как таковой, а на самого ребенка,отягощенного этим недостатком, на его особую социальную и образовательную ситуацию» (Л.С. Выготский); признание права ребенка с ОВЗ быть субъектом, а не объектом оказания помощи; выполнение профессионального долга по отношению к ребенку с ОВЗ, его родным и близким всеми специалистами; обеспечение специалистами системы комплексной помощи трансляции ценностного отношения к людям с ОВЗ в социокультурную среду.*

Полагаем, что система комплексной ранней помощи детям с ОВЗ, основанная на положениях приведенной системы взаимосвязанных научных мировоззренческих подходов, будет успешно способствовать решению задач компенсации нарушений и социальной адаптации ребенка раннего возраста.

Использованная литература:

1. Зарин А. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка с проблемами в развитии. – СПб. : ЦДК проф. Л. Б. Баряевой, 2015.

2. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации. – СПб. : Изд-во РГПУ им А. И. Герцена, 2008.
3. Филатова И. А. Модель деонтологической подготовки педагогических кадров для специальных (коррекционных) учреждений. – СПб. : Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2011.

Хорькова О.В, Карасаева Л.А.

ФГБУ ДПО «Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей-экспертов Минтруда России», г. Санкт-Петербург

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ И УЧРЕЖДЕНИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ

В целях реализации задач по модернизации государственной системы медико-социальной экспертизы в рамках государственной программы «Доступная среда» на 2011-2020 годы предусмотрено совершенствование подходов к организации и проведению медико-социальной экспертизы.

Одной из актуальных проблем в учреждении МСЭ является межведомственное взаимодействие медицинских организаций и ФГУ МСЭ. В условиях регламентированных административных процедур для качественного предоставления государственной услуги по проведению медико-социальной экспертизы существенно повышается значимость вопросов конструктивного взаимодействия учреждений медико-социальной экспертизы и органов здравоохранения.

Порядок направления в учреждения МСЭ определен Постановлением Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 (далее «Правила»). Согласно п.16 «Правил» «Медицинская организация направляет гражданина на медико-социальную экспертизу после проведения необходимых диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий при наличии данных, подтверждающих стойкое нарушение функций организма,

обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами. При этом в направлении на медико-социальную экспертизу указываются данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий». Пункт 18 определяет ответственность медицинских организаций, за достоверность и полноту сведений, указанных в направлении на медико-социальную экспертизу в порядке, установленном законодательством РФ. Таким образом «Правила» четко обозначают требования к качеству оформления медицинской формы №088/у-06 (далее «Форма»). Принятие решения по вопросу о направлении пациента на медико-социальную экспертизу в соответствии с законодательством Российской Федерации относится к функциям врачебной комиссии (ВК) медицинской организации.

В настоящее время медицинскими организациями не выполняются или выполняются не в полном объеме мероприятия по медицинской реабилитации и медицинской помощи гражданам, направляемым в бюро МСЭ, в соответствии с порядками и стандартами оказания медицинской помощи, обязательными для исполнения на территории Российской Федерации всеми медицинскими организациями. Это обуславливает в учреждениях МСЭ необходимость направления гражданина на дополнительное обследование, с целью получения необходимых сведений о состоянии его здоровья гражданина.

Кроме того, заполнение «Формы» зачастую носит формальный, малоинформативный характер. Часто имеют место в пунктах 19, 22, 23, 24 (сведения об истории заболевания, результатах реабилитационных мероприятий, состоянии направляемого лица, результатах дополнительных методов обследования) ссылки типа «см. приложения». В ряде случаев «приложениями» являлись незаверенные надлежащим способом данные осмотра врача или их ксерокопии, проставленные штампы врачей с отметками «здоров», «годен», «патологии нет», что не соответствует порядку

выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений. В ряде случаев имеет место расхождение в описании функциональных нарушений в объективных статусах специалистов и диагнозе, либо расхождение с данными инструментальных методов обследования.

Необоснованными данными в направлении граждан на медико-социальную экспертизу считаются незавершенные реабилитационные мероприятия, что затрудняет определение объективной структуры и степени ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и в результате чего гражданину в бюро МСЭ инвалидность может быть не установлена.

Таким образом, актуальными и нерешенными в настоящее время являются проблемы взаимодействия медицинской организации и учреждений медико-социальной экспертизы в системе МСЭ и реабилитации инвалидов. Из-за существующих организационно-методических недостатков во взаимной деятельности могут быть дискриминированы права граждан, претендующих на установление инвалидности. С нашей точки зрения, необходимо, прежде всего, скорректировать содержание и технологию повышения квалификации врачей здравоохранения, работающих в системе оказания первичной медико-санитарной помощи населения, по вопросам профилактики инвалидности длительно болеющих, организации комплексной реабилитации лицам с установленной инвалидностью.

Шестакова Е.В.

ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов»

**ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
СПЕЦИАЛИСТОВ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ РЕАБИЛИТАЦИЮ
ЛЮДЕЙ С ВЕДУЩИМ ОГРАНИЧЕНИЕМ СПОСОБНОСТИ К
ОРИЕНТАЦИИ**

Человек, потерявший зрение или имеющий небольшой его остаток, практически лишён возможности получать невербальную информацию

(мимика, жесты, визуальный контроль и т. п.). Вместе с тем, у незрячего активируются и развиваются другие (не визуальные) каналы получения информации. Речь идёт об аудиальном и кинестетическом каналах, то есть о слухании и осязании. Из этого следует, что незрячий человек может получить информацию, преобразованную либо в акустический сигнал (озвученную), либо в некоторое тактильное представление (шрифт брайля, рельеф, вибрацию, тепловое излучение). Отдельной проблемой для незрячих людей является ориентирование или навигация в окружающей среде.

Учитывая особенности восприятия информации людьми с нарушениями зрения, можно выделить следующие приоритетные направления деятельности специалистов учреждений социального обслуживания, которые позволяют незрячему человеку ориентироваться в информационном пространстве:

- ознакомление и обучение пользованию доступными программными продуктами и информационными ресурсами со специальными возможностями интерфейсов для незрячих и слабовидящих людей, включая сетевые ресурсы, программы экранного доступа и синтезатор речи для незрячих пользователей персональных компьютеров, специальные программы для использования мобильных телефонов, смартфонов и коммуникаторов не только для обычных видов связи и коммуникации, но и с целью GPS-навигации (озвучивание маршрутов следования);

- адаптация официальных информационных интернет – ресурсов с учётом национального стандарта ГОСТ 52872-2007 «Требования доступности для инвалидов по зрению» и в рамках стандартов, разработанных Консорциумом Всемирной паутины (W3C), которые регламентируют общие требования к доступу, а также требования к компонентам интернет-ресурсов (объём контента, графические файлы, flash-изображения, файлы формата PDF, графические коды подтверждения при авторизации, таблицы, гиперссылки, формы веб-страниц, альтернативные версии сайтов для инвалидов по зрению);

- оснащение организаций социальной сферы, предоставляющих реабилитационные услуги для инвалидов по зрению, специальными тифло-средствами связи и информации;
- обеспечение инвалидов по зрению техническими средствами реабилитации, в том числе специальными тифло-средствами связи и информации по средствам социальных пунктов проката;
- обеспечение доступа людей с проблемами зрения ко всему объёму информации и всем формам её представления, в том числе издаваемой на аудионосителях и напечатанных рельефно-точечным шрифтом Брайля или крупным шрифтом;
- адаптация сайтов учреждений с учётом требований национальных стандартов;
- в рамках реабилитационного процесса обучение навыкам пользования персональным компьютером, мобильным телефоном, коммуникатором, системами «говорящая книга», диктофоном, другими тифло-техническими средствами связи и информации.

Все эти вопросы могут успешно решаться с помощью ассистивных и информационных технологий, при условии, что незрячий человек владеет информацией о существовании таких технологий и имеет возможность обучиться пользованию ими. Следовательно, приобщение, обучение незрячих людей к использованию информационных технологий (начиная от азов пользования ПК до применения систем позиционирования), это основная задача не только коррекционного образования и реабилитационных центров, но и учреждений социальной защиты населения.

Незрячий человек, способный использовать информационные технологии, получает возможность увеличить эффективность и качество своей жизни в ряде социально значимых областей, таких как общественная деятельность, труд, образование, досуг. Немаловажным является и то, что современные информационные технологии обогащают и разнообразят спектр ощущений, получаемых незрячим, а, значит, делают более совершенным

процесс восприятия и формирования образа окружающего мира. В этом смысле можно отметить, что, благодаря развитию информационных технологий, незрячие люди получают более объёмную, полную, богатую и содержательную картину окружающей действительности.

По прогнозам экспертов значение и роль информационных технологии в жизни людей с сенсорными нарушениями в современном обществе будет только возрастать, так как современное аппаратное и программное обеспечение предоставляют возможность хранить и обрабатывать огромные массивы данных, делать эти данные портативными, то есть, постоянно доступными. Специально созданное ПО позволяет читать и обрабатывать текстовые документы, работать с некоторыми графическими форматами, чертить таблицы, работать с шаблонами документов, что является, незаменим в процессе образования и в целом познания окружающей действительности. Возрастает значение информационных сетей, пользователи (по средствам программ звукового доступа) обмениваются информацией в опосредованном (удалённом) режиме, в режиме субъект – субъектного и сетевого общения, современные информационные технологии позволяют пользователям получать доступ почти ко всем ресурсам глобальной сети INTERNET и пользоваться большим количеством сетевых сервисов. В последнее время создаются специализированные сайты, дискуссионные листы, чаты и форумы, организуются игровые конференции в голосовых чатах и программе Skype, возникают группы в социальных сетях.

Нельзя переоценить значение ассистивных средств, так как с их помощью, возможно, решить ряд проблем связанных с функциональными ограничениями пользователей. Для незрячих людей это приборы, способные преобразовывать знаки, символы, излучения в поток информации и ПО позволяющее озвучивать практически любые тексты. Все эти факторы в совокупности позволяют расширять образовательные и коммуникативные возможности инвалидов, так же решить вопрос ориентирования в

окружающей среде с помощью информационных технологий людей с нарушениями в восприятии.

Следовательно, современная действительность требует от человека умения работать с информацией, анализировать её и на данной основе принимать такие решения, которые позволяют человеку быть конкурентно способным на рынке труда и осознавать себя членом современного общества. Данная задача достаточно непростая даже для здоровых людей, и многократно усложняется для людей с нарушениями зрения. Система коррекционного обучения решает обозначенную задачу, после окончания коррекционной школы общество имеет более или менее адаптированного к современной реальности индивида, но совсем другая ситуация складывается, когда человек получает дефект в зрелом возрасте, потеря зрения происходит вследствие травмирующих обстоятельств (болезнь, черепно-мозговые травмы и т.д.). Человек испытывает полную информационную блокаду и, не имея грубых физических нарушений, инвалидизируется по причине «выпадения» из привычной информационной среды. Данная категория лиц нуждается в адаптации к новым обстоятельствам, в приобретении навыков жизнедеятельности, с учётом утраченных/сниженных перцептивных функции, компенсация часто бывает, возможна за счёт использования в повседневной деятельности ассистивных средств, информационных технологий. Для этого специалисты должны ориентироваться в многообразии ассистивных средств, помочь клиенту, с учетом индивидуальных особенностей восприятия информации, подобрать необходимое средство и обучить пользованию им.

Использованная литература:

1. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. От 19.07.2011) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

2. Конвенция о правах инвалидов. Рез. Ген. Асс. 61/106 (2007); дополнительный протокол к Конвенции по правам инвалидов, Рез. Ген. Асс. 61/106(2007).
3. ГОСТ Р 52872-2007 «Интернет-ресурсы. Требования доступности для инвалидов по зрению».
4. ГОСТ Р 51671-2000 «Средства связи и информации технические общего пользования, доступные для инвалидов. Классификация. Требования доступности и безопасности».
5. ГОСТ Р 52131-2003 «Средства отображения информации знаковые для инвалидов. Технические требования».
5. ГОСТ Р 52875-2007 «Указатели тактильные наземные для инвалидов по зрению. Технические требования».
6. ГОСТ Р 51079 – 2006 (ИСО 9999: 2002) «Технические средства реабилитации для людей с ограничениями жизнедеятельности: Классификация». - М.: Стандартиформ, 2006.
7. Набокова Л. А. Зарубежные «ассистивные технологии», облегчающие социальную адаптацию лиц с нарушениями развития. // Дефектология. – 2009. - № 2.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Бакишутова Е.В.

Восприятие реабилитационного процесса с позиции специалистов, оказывающих реабилитационные услуги 3 - 7

Бакишутова Е.В., Розачева Т.В., Прожого Н.С.

Роль мультидисциплинарной бригады в проведении реабилитационной диагностики 7 – 17

Веселухина О.А.

Особенности формирования (восстановления) навыков самообслуживания у детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата 18 - 24

Главацких А.В.

Социально-психологическая реабилитация клиентов, перенесших инсульт 24 - 34

Жильцов М.Б.

Физическая реабилитация пациентов с патологией центральной нервной системы при помощи тренажера «динамический параподиум» 35 - 39

Злоказов А.В.

Управление межведомственным взаимодействием по вопросам комплексной реабилитации и абилитации инвалидов: варианты решения в Свердловской области 39 – 48

Злоказов А.В., Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л.

Нормативно-правовое обеспечение реабилитации и абилитации: проблемы и решения 48 – 54

Злоказов А.В., Лайковская Е.Э., Любушкина Т.Л., Саксонова Е.В.

Предварительные итоги реализации пилотного проекта по созданию системы комплексной реабилитации и абилитации в Свердловской области 55 - 60

Зуева А.В.

Особенности психологической и профессиональной реабилитации детей-инвалидов 60 – 66

Иванов Р.В.

Вокалотерапия как метод восстановления утраченных речевых функций в период реабилитации 66 – 76

Камелина О.С.

Техники фильцевания в реабилитационном процессе 76 – 80

Караулова Е.В.

Коррекционная фонологоритмика в системе комплексной

помощи дошкольникам с общим недоразвитием речи	80 – 86
Кулакова О.В.	
Парадигма инвалидности и роль специалистов по реабилитации	86 – 88
Мясников И.Р., Карасева Л.А.	
Актуальные вопросы доступности для инвалидов образовательных услуг	88 – 90
Наймушина И.А.	
«Сказка на песке» (реабилитационное занятие для педагогов школы-интерната)	90 – 99
Никорчук Н.В.	
Применение методов эрготерапии при реабилитации детей с ДЦП и последствиями инсульта мозга в условиях реабилитационного центра	99 – 106
Обухова Н.В.	
Применение технологий раннего вмешательства в коррекционной работе с детьми с врожденной челюстно-лицевой патологией	106 – 110
Онохова Т.С.	
Областной центр реабилитации инвалидов как структурно-функциональная модель многопрофильного центра комплексной реабилитации и абилитации инвалидов расширенного уровня	110 – 119
Плотникова М.М.	
Опыт работы и факторы, влияющие на реализацию программы мероприятий по организации социокультурной реабилитации и абилитации инвалидов в рамках пилотного проекта	119 – 125
Плотникова Т.А.	
Создание условий для социокультурной реабилитации инвалидов через развитие их творческого потенциала и инклюзии в культурную жизнь общества	125 – 133
Прожога Н.С.	
Восприятие реабилитационного процесса с позиции клиента	133 – 136
Рогачева Т.В.	
Семья как один из факторов ограничений здоровья ребенка	136 – 142
Смотриковская М.В., Кравцова Н.А.	
Опыт и перспективы инклюзивного образования для детей с ограничениями возможностей здоровья	142 – 148
Сотников В.А., Дьякова С.А.	
Опыт организации психолого-социальной реабилитационной программы «Шередарь» для детей, перенесших тяжелые заболевания, с участием медицинских волонтеров УГМУ	148 – 154

Филатова И.А.

Методологические основания комплексной ранней помощи детям
с ограничениями возможностей здоровья

155 – 164

Хорькова О.В., Карасева Л.А.

Актуальные вопросы взаимодействия медицинской организации
и учреждений медико-социальной экспертизы в системе
реабилитации инвалидов

164 – 166

Шестакова Е.В.

Приоритетные направления деятельности специалистов,
осуществляющих реабилитацию людей с ограничением
способности к ориентации

166 - 171

