

Министерство образования и науки Российской Федерации
Государственное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Казанский государственный технологический университет»

АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ В СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Учебное пособие

Рекомендовано УМО по образованию в области социальной работы в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальности «Социальная работа».

Казань
КГТУ
2011

Валеева Н.Ш., Куприянов Р.В., Валеева Э.Р., Хасанова Г.Б., Абранина Т.С.,
Берецкая Е.А., Гарипов А.А., Исхакова Р.Р., Коровина Т.Ю., Кудрявцев Ю.М.,
Морозов А.В., Уткин В.Е., Хаярова Л.Р., Халилов Р.Н., Чалдаева Д.А.,
Шарифуллина Д.Р.

Адаптация и реабилитация в социальной работе
Под общей редакцией Н.Ш.Валеевой

Печатается по рекомендации Ученого совета ФСТГ КГТУ

Адаптация и реабилитация в социальной работе: учебное пособие. – 2-е изд.,
испр. и доп./ Под общей ред. Н.Ш.Валеевой. – Казань: Изд-во Казан. гос. технол.
ун-та, 2011. – 586 с.

ISBN 978-5-7882-1080-3

Проведен анализ понятий «адаптация», «реабилитация»; раскрыты теоретические подходы к интерпретации данных явлений. Проанализирован зарубежный и отечественный опыт адаптации и реабилитации в социальной работе. Особое внимание уделено роли специалиста социальной работы в процессе реабилитации. Выделена социально-реабилитационная компетенция как фактор успешности профессиональной деятельности специалиста социальной работы. Рассмотрена специфика адаптации и реабилитации отдельных социальных групп населения: инвалидов, лиц пожилого возраста, военнослужащих, мигрантов, наркозависимых, лиц, освобождаемых из мест лишения свободы, беспризорных и безнадзорных детей, ВИЧ-инфицированных.

Для студентов, обучающихся по специальности 040100 «Социальная работа», а также для научных и практических работников сферы социальной работы и образования. Может использоваться в качестве учебного пособия для студентов вузов социально-гуманитарных специальностей, а также в магистратуре, аспирантуре, системе повышения квалификации.

Подготовлено на кафедре социальной работы, педагогики и психологии КГТУ.

Рецензенты:
- Декан факультета психологии Казанского федерального университета, доктор психологических наук, профессор
Б.С.Алишев

- Зав. кафедрой медицинской и общей психологии с курсом педагогики Казанского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор, член-корр. Международной академии психологических наук
В.Д.Менделевич

© Казанский государственный технологический университет, 2011

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ	12
1.1. Понятие социальной адаптации	12
1.2. Факторы и показатели социальной адаптации	15
1.3. Стратегии социальной адаптации	21
1.4. Теоретические подходы к проблеме социальной адаптации в трудах зарубежных авторов	27
1.5. Теории социальной адаптации в трудах отечественных ученых	36
1.6. Социальная дезадаптация	40
РАЗДЕЛ 2. ТЕОРИЯ И ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	47
2.1. Понятие и принципы социальной реабилитации	47
2.2. Структура и этапы процесса социальной реабилитации	57
2.3. Возникновение элементов социальной реабилитации в истории человечества	80
2.4. Развитие социальной реабилитации в России в периоды благотворительности и общественного призрения (X – конец XIX вв.)	90
2.5. Основные направления социальной реабилитации в XX в. ..	113
РАЗДЕЛ 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ	181
3.1. Роль и место специалиста социальной работы в процессе реабилитации	181
3.2. Функции и роли социального работника в социальной реабилитации	187
3.3. Социально-реабилитационная компетенция специалиста социальной работы как фактор успешности процесса реабилитации	201

РАЗДЕЛ 4. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ	216
4.1. Социальная реабилитация инвалидов и ее элементы	216
4.2. Опыт социальной реабилитации инвалидов за рубежом	232
4.3. Базовая и индивидуальная программы реабилитации	250
4.4. Профессиональный аспект социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями	263
4.5. Специфика профессиональной реабилитации детей-инвалидов	272
РАЗДЕЛ 5. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА	288
5.1. Старение, типология старения и классификация пожилых людей	288
5.2. Социально - психологические особенности пожилых людей	297
5.3. Опыт реабилитации граждан пожилого возраста в России и за рубежом	308
5.4. Социально – педагогическая реабилитация пожилого человека	328
РАЗДЕЛ 6. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ	341
6.1. Структура и организация социально-психологической реабилитации военнослужащих	341
6.2. Стрессовые ситуации и их влияние на психику военнослужащего	347
6.3. Зарубежный опыт социальной реабилитации военнослужащих	352
6.4. Профилактика психических расстройств у военнослужащих и управление их поведением в различной обстановке	369

РАЗДЕЛ 7. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ МИГРАНТОВ.....	384
7.1. Сущность и функции миграции населения.....	384
7.2. Проблемы миграции населения современной России	392
7.3. Социально-психологическая адаптация мигрантов.....	394
7.4. Основные направления социальной помощи мигрантам ...	397
7.5. Социальная работа с семьями вынужденных мигрантов ...	404
РАЗДЕЛ 8. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОМАНОВ.....	416
8.1. Условия и факторы наркозависимого поведения	416
8.2. Система реабилитации и реадaptации наркозависимых	426
8.3. Реабилитация несовершеннолетних наркозависимых.....	439
8.4. Зарубежный опыт организации помощи наркозависимым ..	441
8.5. Российский опыт организации помощи наркозависимым ..	451
РАЗДЕЛ 9. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, ОСВОБОЖДАЕМЫХ ИЗ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ.....	462
9.1. Понятие «социальная реабилитация» лиц, освобождаемых из мест лишения свободы.....	462
9.2. Законодательная база социальной адаптации осужденных и лиц, освободившихся из мест лишения свободы.....	464
9.3. Технологии социальной реабилитации	467
РАЗДЕЛ 10. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БЕСПРИЗОРНЫХ И БЕЗНАДЗОРНЫХ ДЕТЕЙ	486
10.1. Из истории социальной работы с беспризорными несовершеннолетними	486
10.2. Социальная реабилитация безнадзорных и беспризорных детей за рубежом.....	494
10.3. Правовые основы социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных детей.....	501
10.4. Социально-психологические особенности детей, оставшихся без попечения родителей.	502

10.5. Основные направления социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних.	507
10.6. Методы социальной реабилитации несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей.	515
РАЗДЕЛ 11. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫХ И ИХ СЕМЕЙ	524
11.1. Специфика заболевания ВИЧ и социальные последствия ВИЧ-инфекции	524
11.2. Социальные и психологические проблемы лиц живущих с ВИЧ и СПИДом (ЛЖВС).....	531
11.3. Реабилитация лиц, живущих с ВИЧ и СПИДом	546
11.4. Роль специалиста социальной работы в процессе реабилитации ЛЖВС	553
11.5. Использование мультипрофессиональных команд в процессе реабилитации ЛЖВС	556
11.6. Работа с семьями людей, живущих с ВИЧ	561
ПОСЛЕСЛОВИЕ	567
ПРИЛОЖЕНИЯ	568

ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние годы в обществе возрос интерес к проблемам адаптации и реабилитации. Расширение сферы социальных услуг, развитие научных дисциплин, таких как медицина, физиология, психология и проч., привели к изменениям в понимании данных терминов, увеличению контингента лиц, подлежащих адаптации и реабилитации. Например, если раньше реабилитации были подвержены в основном лица с ограниченными возможностями, инвалиды, то в настоящее время, к категориям людей, нуждающихся в реабилитации, относят жертв насилия, стихийных бедствий, лиц, вышедших из мест лишения свободы, участников вооруженных конфликтов, заложников террористов и т.д. При таком широком понимании процессов адаптации и реабилитации важное значение имеет целостный подход к личности людей, проходящих адаптацию и реабилитацию, учитывающий все их проблемы, образ мышления и поведения, социальный фон, индивидуальные потребности, надежды и интересы. Такой человек из объекта превращается в полноправного субъекта, стоящего в центре процессов реабилитации и адаптации и активно участвующего в нем.

Следует отметить, что социальная реабилитация признана одним из приоритетных направлений государственной политики, позволяющим с наибольшей эффективностью и с наименьшими экономическими затратами решать проблемы людей и общества в целом. Всевозрастающее развитие и конкретизация реабилитационного направления в социальной работе, открытие специальных социальных учреждений актуализировали необходимость подготовки специалистов социальной работы к данному виду профессиональной деятельности.

В процессе социальной адаптации и реабилитации особую роль играет специалист социальной работы. В связи с необходимостью решения многочисленных социальных проблем, которыми сопровождаются масштабные общественно-политические и социально-экономические изменения в современной России, социальная работа как профессиональная

деятельность приобретает все большую актуальность. В современных условиях особую значимость приобретают вопросы совершенствования практики социальной работы, в том числе и социальной адаптации и реабилитации, с различными категориями населения, специфические особенности и потребности которых требуют отбора и применения наиболее адекватных и эффективных форм, методов и технологий профессиональной деятельности специалиста. Вышесказанное предъявляет особые требования к подготовке специалистов социальной работы. Актуальным становится получение выпускниками вузов дополнительной квалификации, помогающей специалисту эффективно решать определенный круг профессиональных задач.

Данное учебное пособие является попыткой свести воедино теорию и практику адаптации, реабилитации в социальной работе. Это пособие является результатом работы авторского коллектива кафедры «Социальная работа, педагогика и психология» Казанского государственного технологического университета (КГТУ). В нем представлены как теоретические, так и практические основы адаптации и реабилитации в социальной работе. Пособие состоит из 11 разделов и в конце каждого раздела представлен список вопросов для самоконтроля, литература для углубленного изучения пройденной темы. Первые три раздела носят теоретический характер, восемь последующих описывают специфику адаптации и реабилитации отдельной категории граждан.

Первый раздел учебного пособия посвящен теоретическим основам социальной адаптации. В этом разделе раскрыто понятие «социальной адаптации» и «социальной дезадаптации», описаны факторы, показатели и стратегии социальной адаптации. Отдельно рассмотрены теоретические подходы к социальной адаптации в зарубежной и отечественной литературе.

Во втором разделе рассматриваются теоретические основы социальной реабилитации. Описаны понятие и принципы социальной реабилитации, дана оригинальная трактовка структуры и этапов процесса социальной реабилитации,

подробно раскрыты исторические этапы социальной реабилитации.

Третий раздел посвящен анализу деятельности специалиста социальной работы в системе реабилитации. Очерчены роль и место специалиста социальной работы в процессе реабилитации. Проанализированы функции и роли социального работника в социальной реабилитации. Описана социально-реабилитационная компетенция как фактор успешности профессиональной реабилитации специалиста социальной работы.

Четвертый раздел рассматривает практические аспекты социальной реабилитации инвалидов. В разделе даны основные понятия, проанализирован опыт реабилитации инвалидов за рубежом, рассмотрены базовая и индивидуальная программы в отечественной практике реабилитации инвалидов. Особое внимание уделено профессиональному аспекту социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями.

Пятый раздел раскрывает специфику социальной реабилитации лиц пожилого возраста. Представлены типология старения и классификация пожилых людей. Рассмотрены социально - психологические особенности пожилых людей. Проанализирован опыт реабилитации граждан пожилого возраста в России и за рубежом. Отдельно рассмотрена специфика социально – педагогической реабилитации пожилого человека.

Шестой раздел описывает социально-психологическую реабилитацию военнослужащих. В разделе представлена структура и организация социально-психологической реабилитации военнослужащих. Описаны стрессовые ситуации и их влияние на психику военнослужащего. Проведен анализ зарубежного опыта социальной реабилитации военнослужащих. Описана профилактика психических расстройств у военнослужащих и управление их поведением в различной обстановке.

Седьмой раздел рассматривает социальную реабилитацию мигрантов. Описаны сущность и функции миграции населения. Очерчены проблемы миграции населения современной России и рассмотрены основные направления социальной помощи

мигрантам. Отдельное внимание уделено социально - психологической адаптации мигрантов и социальной работе с семьями вынужденных мигрантов.

Восьмой раздел раскрывает специфику социальной реабилитации наркоманов. Рассмотрены условия и факторы наркозависимого поведения. Описана система реабилитации и реадaptации наркозависимых. Отдельный параграф раздела посвящен проблеме реабилитации несовершеннолетних наркозависимых. Проанализирован отечественный и зарубежный опыт организации помощи наркозависимым.

Девятый раздел посвящен социальной реабилитации лиц, освобождаемых из исправительных учреждений. Раскрыта специфика социальной реабилитации данной категории лиц, описана законодательная база социальной адаптации осужденных и лиц, освободившихся из мест лишения свободы. Представлена технология социальной реабилитации.

Десятый раздел описывает особенности социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных детей. Раскрыта история социальной работы с беспризорными несовершеннолетними. Изучена социальная реабилитация безнадзорных и беспризорных детей за рубежом. Описаны социально-психологические особенности детей, оставшихся без попечения родителей. Даны правовые основы социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных детей. Охарактеризованы основные направления и методы социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних.

Одиннадцатый раздел посвящен социальной реабилитации ВИЧ- инфицированных и их семей. Описана специфика заболевания ВИЧ и социальные последствия ВИЧ – инфекции. Раскрыты социальные и психологические проблемы лиц, живущих с ВИЧ и СПИДом (ЛЖВС). Описана специфика социальной реабилитации ЛЖВС. Раскрыта роль специалиста социальной работы в процессе реабилитации ЛЖВС. Описано использование мультипрофессиональных команд в процессе

реабилитации ЛЖВС. Отдельно рассмотрена работа с семьями людей, живущих с ВИЧ.

Учебное пособие подготовлено коллективом авторов:

Абранина Т.С. доцент каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ; **Берецкая Е.А.**, доцент каф. «Рекламы, социальной работы, психологии и педагогики» СГИУ, к.пед.н., доцент; **Валеева Н.Ш.**, зав.каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, профессор, д.пед.н.; **Валеева Э.Р.**, доцент каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, к.пед.н.; **Гарипов А.А.**, аспирант каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ; **Исхакова Р.Р.**, профессор каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, д.ист.н.; **Коровина Т.Ю.**, доцент каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, к.пс.н., доцент; **Кудрявцев Ю.М.**, профессор каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, д.пед.н., профессор; **Куприянов Р.В.**, доцент каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, к.пс.н., доцент; **Морозов А.В.**, доцент каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, к.ист.н., доцент; **Уткин В.Е.**, докторант каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, к.пед.н., профессор; **Халилов Р.Н.**, ст.преподаватель каф. «Уголовного и уголовно-процессуального права» КФУ; **Хасанова Г.Б.**, профессор каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, д.пед.н., профессор; **Хаярова Л.Р.**, доцент каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ; **Чалдаева Д.А.**, доцент каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, к.пед.н., доцент; **Шарифуллина Д.Р.**, ассистент каф. «Социальной работы, педагогики и психологии» КГТУ, к.пед.н.

РАЗДЕЛ 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ

1.1. Понятие социальной адаптации

К проблеме адаптации обращались представители различных областей знаний – биологии, социологии, общей и социальной психологии. Представители многочисленных научных школ рассматривали данную проблему с различных методологических позиций. Поэтому, как показывает анализ, сущность социальной адаптации выражается многообразно и противоречиво.

В гуманитарные науки термин «адаптация» был привнесён из биологии. В биологии под *адаптацией* понимается: (от лат. adaptatio – приспособление) – процесс приспособления организма к внешним условиям в процессе эволюции, включая морфофизиологическую и поведенческую составляющие. Другими словами это - процесс приспособления организма и его функций к меняющимся условиям среды. Адаптация может обеспечивать выживаемость в условиях конкретного местообитания, устойчивость к воздействию факторов абиотического и биологического характера, а также успех в конкуренции с другими видами, популяциями, особями.

По отношению к человеку принято выделять две стороны адаптации: биологическую адаптацию (она сходна с пониманием термина адаптация в биологии) и социальную адаптацию. Термин «социальная адаптация» употребляют в тех случаях, когда подразумевается адаптация человека к обществу. В современной научной литературе социальная адаптация понимается как активное взаимодействие человека с социальной средой. Можно выделить различные трактовки этого термина:

*Социальная адаптация*¹ – постоянный процесс активного приспособления индивида к условиям социальной среды, а также результат этого процесса.

¹ Словарь практического психолога/ сост. С.Ю.Головин – Минск, 1997. - С.10.

*Социальная адаптация*¹ – процесс интеграции человека в общество, в результате которого достигается формирование самосознания и ролевого поведения, способности к самоконтролю и самообслуживанию, адекватных связей с окружающими.

*Социальная адаптация*² – интегративный показатель состояния человека, отражающий его возможности выполнять определенные биосоциальные функции: адекватное восприятие окружающей действительности и собственного организма; формирование адекватной системы отношений и общения с окружающими; способность к труду, обучению, к организации досуга и отдыха; способность к самообслуживанию и взаимобслуживанию в семье и коллективе; изменчивость (адаптивность) поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других.

П.С. Кузнецов в своей монографии «Концепция социальной адаптации» обозначил наиболее типичные подходы к трактовке данного понятия. Из классификации автора видно, что в рамках различных научных школ и направлений социальная адаптация рассматривалась как: равновесие (гомеостаз, баланс, соответствие) между индивидом и окружающей средой – как внешней, так и внутренней [Г. Мид, Р. Линтон, Т. Парсонс]; приспособление социального субъекта к социальной среде – социуму в целом или какой-то отдельной его части [Г. Спенсер, Э. Дюркгейм, Л.Л. Шпак]; включение («вхождение», «оживание») человеческого индивида в некоторую целостную систему социальных отношений и связей [А.А. Крупенин, И.А. Милославова]; рациональность [М. Вебер], «экономия сил» [П. Линдсей, Д. Норман], «постулат сообразности» [В. Петровский] с целью достижения индивидом определенных целей; удовлетворенность личности [Д. Мак-Клелланд]; взаимодействие личности (группы) и социума [К. Поппер, Н.Н. Федотова]; развитие [М.Р. Битянова, И.А. Георгиева, П.С. Кузнецов].

¹ Педагогический энциклопедический словарь / под ред. Б.М. Бим-Бада. - М.: Большая Российская энциклопедия, 2003.

² Психологический словарь / под ред. В.П. Зинченко, Б.Г. Мещерякова. - М., 1996. – С.13.

Существует и другой взгляд на термин социальной адаптации. Под ним понимается не процесс вхождения в общество, а некий критерий оценки включенности индивида в социум:

- социальная адаптация - интегративный показатель состояния человека, отражающий его возможности выполнять определенные биосоциальные функции;
- адекватное восприятие окружающей действительности и собственного организма;
- адекватная система отношений и общения с окружающими;
- способность к труду, обучению, к организации досуга и отдыха;
- способность к самообслуживанию и взаимобслуживанию в семье и коллективе;
- изменчивость (адаптивность) поведения в соответствии с ролевыми ожиданиями других.

Термин «социальная адаптация» тесно связан с понятием «социализация». Адаптация в научной литературе рассматривается как составная часть социализации и как ее механизм. Важный аспект социальной адаптации – принятие индивидом социальной роли. Этим обусловлено отнесение социальной адаптации к одному из основных социально-психологических механизмов социализации личности. Эффективность адаптации существенно зависит от того, насколько адекватно индивид воспринимает себя и свои социальные связи: искаженное или недостаточно развитое представление о себе ведет к дезадаптации.

**Виды
социальной
адаптации**

По отношению к процессу, адаптацию подразделяют на два вида:

1. Активная адаптация – индивид стремится воздействовать на социальную среду с тем, чтобы изменить ее (в том числе и те нормы, ценности, формы взаимодействия и деятельности, которые он должен освоить).

2. Пассивная адаптация – когда он не стремится к активному воздействию и изменению социальной среды. Пассивная адаптация определяется пассивным, конформным принятием целей и ценностных ориентаций группы.

По своим результатам социальная адаптация бывает позитивной и негативной, а по механизму осуществления – добровольной и принудительной. Кроме того, выделяют следующие виды адаптации: нормальную (приводит к устойчивой адаптированности в типичных проблемных ситуациях без патологических изменений структуры личности и без нарушений норм той социальной группы, в которой протекает ее активность); девиантную (отклоняющуюся, неконформистскую, подразумевающую удовлетворение потребностей личности в данной группе или социальной среде, в то время как ожидания остальных участников не оправдываются ее поведением); патологическую (если активность личности в социальных ситуациях полностью или частично осуществляется с помощью патологических механизмов и форм поведения и приводит к образованию патологических комплексов характера).

1.2. Факторы и показатели социальной адаптации

Для того чтобы подчеркнуть результат адаптации, нередко употребляется такое понятие, как «адаптированность» личности или группы^{1,2}. Адаптированность можно определить как такое состояние субъекта, которое позволяет ему чувствовать себя свободно и раскованно в социально-культурной среде, включаться в основную деятельность, чувствовать изменения в привычном социально-культурном окружении, углубляться во внутриличностные духовные проблемы, обогащать собственный мир путем более совершенных форм и способов социокультурного взаимодействия³.

Критерии адаптации	Изучая состояние адаптированности как результата адаптации, перед
--------------------	---

¹ Георгиева, И.А. Социально-психологические факторы адаптации личности в коллективе: автореф. дис. ...канд.психол.наук / И.А.Георгиева. - Л., 1985. - 22 с.

² Кражева, И.К. Социально-психологические факторы адаптированности рабочего на производстве / И.К.Кражева //Прикладные проблемы социальной психологии. - М., 1983. - С.203-213.

³ Шпак, Л.Л. Социокультурная адаптация: сущность, направление, механизмы реализации: дис. ...д-ра социол. наук / Л.Л.Шпак. - Кемерово, 1992. - 398 с.

исследователями неизбежно встает вопрос о критериях определения адаптированности или показателях адаптации. Знакомство с литературными источниками позволяет сделать вывод о существовании значительного количества разнообразных показателей, предлагаемых в качестве таких критериев, которые большинством исследователей объединяются в две большие группы: объективные и субъективные (или внешние и внутренние). Например, объективным показателем успешной социальной адаптации может являться высокий социальный статус индивида в данной среде, субъективным показателем может являться удовлетворенность этой средой в целом.

А.Н. Жмыриков предлагает учитывать следующие критерии адаптивности:

1. степень интеграции личности с макро- и микросредой;
2. степень реализации внутриличностного потенциала;
3. эмоциональное самочувствие.

Л.Л. Шпак к субъективным признакам социокультурной адаптированности относит удовлетворенность человека своим положением в социально-культурной среде; сознательное поддержание норм и традиций данной социально-культурной среды; стремление и готовность обогатить содержание, формы и способы социокультурного взаимодействия с данной средой. К основным объективным признакам адаптированности, по мнению автора, относятся рост творческой активности в социально-культурных процессах данной среды и всего общества; обогащение содержания и характера культурной деятельности в условиях данной социально-культурной среды, динамическое (энергичное, интенсивное по глубине, быстрое по темпам), внутренне подвижное освоение достижений культурного прогресса (научно-технических новшеств, нововведений в труде, политической и духовной сферах жизни); стабильность субъекта адаптации в данной социокультурной среде. Выявленные субъективные критерии адаптированности личности отражают изменения на всех уровнях личностной сферы – когнитивном (информированность о новой среде), эмоциональном (удовлетворенность различными сторонами жизни), ценностном (изменения в системе отношений),

поведенческом (достижения в области деятельности и общения, социальной активности и т.д.)¹.

Огромное количество критериев отражает объективную сложность и неоднозначность явления адаптации, затрагивающую целостную личность во всем богатстве ее связей с социальным окружением. Это является причиной методических затруднений в прикладных исследованиях на этапе определения показателей адаптированности.

Факторы адаптации Рассматривая понятие «показатели социальной адаптации (или адаптированности)», нельзя обойтись без понятия «*факторы адаптации*». Под факторами понимают условия, влияющие на значение показателей адаптации².

В научной литературе можно условно выделить четыре подхода к анализу факторов адаптации: 1) анализ одного конкретного фактора; 2) анализ нескольких факторов (без последующего объединения их в группы); 3) анализ групп факторов; 4) системный подход к анализу факторов³.

Представители первого подхода акцентируют свое внимание на выделении какого-то отдельного фактора, влияющего на процесс адаптации, например, внушаемости [С.С. Дохолян] или образования [А.А.Кирильцева]. Анализ аналогичных исследований [С.Г. Марковкина] показал, что выделение конкретного фактора не дает полной картины условий, оказывающих влияние на адаптационный процесс.

Однако и простое перечисление множества факторов, например, таких как энергетический потенциал, характер и интенсивность мотивации достижения, механизмы интеграции поведения, достижение социально значимых целей, наличие поддержки в микросоциальном окружении и др., не позволяет

¹ Шпак, Л.Л. Социокультурная адаптация: сущность, направление, механизмы реализации: дис. ...д-ра социол. наук / Л.Л.Шпак. - Кемерово, 1992. - 398 с.

² Шустова, Н.Е. Социальная адаптация личности: автореф. дис. ... канд. социол. наук / Н.Е. Шустова. - Саратов, 1999. - 24 с.

³ Грищенко, В.В. Теоретические основы исследования социально-психологической адаптации личности/группы в новой социо- и этнокультурной среде/ В.В.Грищенко // Проблемы социальной психологии личности, 2005г.

вскрыть природу интересующего явления¹. Поэтому, как правило, после некоторого перечня факторов следует указание на то, что это приблизительный набор, который впоследствии может быть дополнен. К тому же представители второго направления не анализируют взаимосвязи между выделенными факторами. А подобная информация могла бы дать дополнительные сведения о проблеме детерминации процесса адаптации.

Учитывая невозможность выделения универсального фактора или перечня факторов, ряд исследователей делает попытку объединения всех имеющихся факторов в группы. В настоящее время существует несколько классификаций: внешние и внутренние; субъективные и объективные; ведущие и временные; индивидуальные и групповые; глобальные (социально-экономическое и политическое устройство общества) и региональные (природно-климатические, степень развития социально-бытовой инфраструктуры, степень напряженности баланса трудовых ресурсов); личностные, производственные и факторы, лежащие за пределами производства.

Наиболее распространенной классификацией из вышеперечисленных является дихотомическое деление факторов на внешние и внутренние, где под внешними факторами понимают условия социальной среды, а под внутренними – индивидуальные возможности человека.

Так, например, И.А. Георгиева², основываясь на эмпирическом изучении адаптации личности в коллективе, предлагает следующие наборы внутренних и внешних факторов:

1) к внутренним факторам относятся социально-демографические характеристики участников исследования (пол, возраст, семейное положение, наличие детей и пр.), ценностные ориентации личности, ряд психологических свойств личности;

2) в качестве внешних факторов выступает комплекс параметров, связанный с видом деятельности группы – это

¹ Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф.Б.Березин. - Л., 1988.

² Георгиева, И.А. Социально-психологические факторы адаптации личности в коллективе: автореф. дис. ...канд.психол.наук / И.А.Георгиева. - Л., 1985. - 22 с.

специфические характеристики деятельности и связанные с ними особенности социальной организации коллектива.

Содержательный анализ выделенных факторов показал, что традиционный подход к адаптации predetermined их значимость в адаптационном процессе. Изучались преимущественно внешние факторы. Такой подход обусловлен был традиционным пониманием адаптации как акта приспособления к воздействиям извне, как результата действия сторонних сил, а не собственных потенций человека.

Тем не менее, ученые не могли проигнорировать важность внутренних факторов, поскольку одни и те же внешние воздействия по-разному преломляются через внутренний мир личности. Анализ группы внутренних факторов, как правило, велся с точки зрения выделенных особенностей, присущих конкретному субъекту, и попыток типологизации индивидуальных различий.

Близкую к классификации факторов И.А.Георгиевой дает И.Н. Вершинина¹, она выделяет следующие группы факторов:

1. Личностные (демографические характеристики, стаж, продолжительность проживания в городе, жизненный опыт, психологические характеристики, социально-профессиональная направленность).

2. Производственные (содержание условий труда, организация труда, комплекс бытовых условий, заработная плата, возможности роста, степень зрелости производственного микроклимата).

3. Факторы, лежащие за пределами производства (система профориентации и профотбора, система подготовки и распределения кадров, состояние с трудовыми ресурсами, уровень развития социально-бытовой инфраструктуры региона).

По сути, Т.Н.Вершинина говорит о тех же внутренних и внешних факторах адаптации. Разница лишь в том, что у нее внутренние факторы – это личностные, а внешние – это производственные и непроизводственные факторы.

Четвертый подход связан с выделением факторов-комплексов. Так, П.С.Кузнецов выделяет семь таких комплексных факторов,

¹ Вершинина, Т.Н. Взаимосвязь текучести и производственной адаптации рабочих/ Т.Н.Вершинина. - Новосибирск, 1986.

влияющих на успешность адаптации: экономический (материальный), самосохранения, регулятивный, воспроизводственный, коммуникативный, когнитивный и самореализации¹. Каждый комплексный фактор включает в себя ряд частных факторов.

1. Экономический (материальный) – объединяет факторы, связанные с получением средств к существованию (заработная плата, приработок, нетрудовые доходы, выплаты, материальные стимулы, доступ к дефициту).

2. Самосохранение – включает факторы, которые связаны с реализацией безопасности существования: физической и экономической (угроза жизни и здоровью, возможность потери источника существования, привлечение к уголовной ответственности).

3. Регулятивный – объединяет факторы, которые обеспечивают процесс саморегуляции жизнедеятельности.

4. Воспроизводственный – содержит факторы, отражающие реализацию сексуальных потребностей человека, включая сексуальные отношения, создание семьи, продолжение рода (сексуальный партнер, брачный партнер, дети).

5. Коммуникативный – включает факторы, которые связаны с реализацией потребности человека в общении (глубина общения, круг общения, положение в группе).

6. Когнитивный – содержит факторы, отражающие реализацию когнитивных потребностей (образование, квалификация, интеллект, кругозор).

7. Самореализация – это самый сложный комплексный фактор, который может включать в себя любой из перечисленных выше факторов при условии, что реализация тех потребностей, которую они отражают, приобретает для человека ценность. Комплексный фактор самореализации определяется через понятия «творение», «достижение», «мастерство», «власть», «авторитет», «престиж».

¹ Кузнецов, И.С. Концепция социальной адаптации / И.С.Кузнецов. - Саратов, 2000.

1.3. Стратегии социальной адаптации

Процесс социальной адаптации предполагает проявление различных комбинаций приемов и способов, стратегий социальной адаптации. Понятие «стратегия» в общем смысле можно определить как направляющий, организующий способ ведения действий, поведения, рассчитанных на достижение не случайных, сиюминутных, а значимых, определяющих целей. Стратегия социальной адаптации представляет собой индивидуальный способ адаптации личности к обществу и его требованиям, для которого определяющими являются опыт ранних детских переживаний, неосознанных решений, принятых в соответствии с субъективной схемой восприятия ситуаций и сознательный выбор поведения, сделанный в соответствии с целями, стремлениями, потребностями, системой ценностей личности. Таким образом, стратегия социальной адаптации — универсальный и индивидуальный принцип, способ социальной адаптации человека к жизни в его окружении, учитывающий направленность его устремлений, поставленные им самим цели и способы их достижения¹.

Стратегии социальной адаптации индивидуальны и неповторимы для каждой личности, тем не менее, можно выделить некоторые черты и признаки, являющиеся общими, характерными для ряда стратегий, и выделить, таким образом, типы стратегий социальной адаптации.

Виды стратегий социальной адаптации

Многообразие видов и способов социально-психологической адаптации может быть рассмотрено как с точки зрения типов направленности активности в процессе адаптации (и тогда оно задается ведущими мотивами личности), так и с точки зрения конкретных видов и способов адаптации, которые задаются, с одной стороны, иерархией ценностей и целей, зависящих от общей направленности, а с другой — психологическими и психофизиологическими особенностями личности.

¹ Психология социальной работы/ под общей редакцией М.А.Гузиной. – СПб., 2002. – С. 19.

В классификации А.Р. Лазурского выделяются три уровня отношений. На первом уровне личность всецело зависит от среды. Окружение, внешние условия подавляют человека, таким образом происходит недостаточное приспособление. На втором уровне приспособление происходит с пользой для себя и для общества. Люди, находящиеся на третьем уровне отношений – творческое отношение к среде, умеют не только удачно приспособиться к среде, но и воздействовать на нее, изменяя и преобразовывая окружающую среду в соответствии со своими собственными потребностями и влечениями.

Таким образом, А.Р. Лазурский предусмотрел возможность направленности преобразовательного эффекта в результате социально-психологической адаптации личности как на изменение и перестройку личностной структуры (первый и второй уровни), так и вовне.

Аналогичные идеи высказывает Ж. Пиаже, по мнению которого условием успешной адаптации можно считать оптимальное сочетание двух аспектов социальной адаптации: аккомодации как усвоения правил среды и ассимиляции как преобразования среды.

Н.Н. Милославова характеризует типы адаптации в связи с уровнем соответствия личности внешним условиям, «врастания в среду», не включая процесс преобразования, воздействия личности на среду:

1) уравнивание – установление равновесия между средой и индивидом, которые проявляют взаимную терпимость к системе ценностей и стереотипам друг друга;

2) псевдадаптация – сочетание внешней приспособленности к обстановке с отрицательным отношением к ее нормам и требованиям;

3) приноравливание – признание и принятие основных систем ценностей новой ситуации, взаимные уступки;

4) уподобление – психологическая переориентация индивида, трансформация прежних взглядов, ориентаций, установок в соответствии с новой ситуацией.

Индивид может последовательно пройти все эти этапы, постепенно все более «врастая» в социальную среду от стадии уравнивания до стадии уподобления, а может остановиться на какой-то из них. Степень включенности в адаптационный процесс зависит от ряда факторов: от степени «герметичности» личности, от характера ситуации, от отношения индивида к ней и от жизненного опыта адаптирующегося.

Личность и стратегия адаптации различия в способе индивидуальной жизни предполагают построение различных стратегий, ведущим параметром которого К.А. Абульханова-Славская считает активность как внутренний критерий личности в реализации ее жизненной программы. В качестве основания для описания различных стратегий личности К.А. Абульханова-Славская предлагает распределение инициативы и ответственности как индивидуальный способ реализации активности. Личность, в структуре которой преобладает ответственность, всегда стремится создать себе необходимые условия, заранее предусмотреть, что нужно для достижения цели, подготовиться к преодолению трудностей, неудач. В зависимости от уровня притязаний и направленности люди с развитой ответственностью могут проявлять различные способы самовыражения. Так, человек исполнительного типа обладает низкой активностью самовыражения, неуверен в своих силах, нуждается в поддержке окружающих, ситуативен, подчинен внешнему контролю, условиям, приказам, советам; он боится перемен, неожиданностей, стремится зафиксировать и удержать достигнутое.

Другой тип личности, с высокой ответственностью, получает удовлетворение от выполненного долга, самовыражается через его выполнение, его жизнь может быть распланирована до мельчайших деталей; ежедневное, ритмичное выполнение запланированного круга обязанностей приносит ему по окончании дня чувство удовлетворения; в жизни таких людей отсутствуют далекие перспективы, они не ждут ничего для себя, но всегда готовы выполнить чужие требования.

Люди с иного рода жизненной ответственностью могут иметь и друзей, и знакомых, но вследствие чувства «один на один» с жизнью исключают как какую-либо ориентацию на поддержку и помощь со стороны других людей, так и возможность брать на себя ответственность за других, поскольку, по их мнению, это увеличивает их зависимость и связывает свободу самовыражения. Ответственность таких людей реализуется в самых разных ролях.

Личность с развитой инициативой находится в состоянии постоянного поиска, стремится к новому, не удовлетворяясь готовым, заданным, руководствуется в основном только желательным, интересным, «загорается» идеями, охотно идет на любой риск, но, столкнувшись с новым, отличным от воображаемого, от созданных им планов и замыслов, не может четко обозначить цели и средства, наметить этапы в реализации планов, отделить достижимое от недостижимого. Для инициативной личности чаще всего важны не результаты, а сам процесс поиска, его новизна, широта перспектив. Такая позиция субъективно создает разнообразие жизни, ее проблемность и увлекательность.

Можно выделить различные типы инициативных людей в зависимости от их склонности принимать на себя ответственность. Одни из них предпочитают делиться с окружающими своими проектами, предложениями, идеями, интенсивно вовлекать людей в круг своих творческих поисков, брать на себя ответственность за их научную и личную судьбу. Этим людям свойственно гармоничное сочетание инициативы и ответственности. Инициативность других людей может ограничиваться благими намерениями, а замыслы не претворяются в жизнь. Целостность или частичность их активности зависит от характера их притязаний и степени связи с ответственностью.

Человек, у которого инициативность является жизненной позицией, постоянно идет на поиск новых условий, на активное изменение жизни, расширяет круг жизненных занятий, дел, общения; он всегда выстраивает личностную перспективу, не только обдумывает что-то новое, но и строит многоступенчатые

планы, реалистичность и обоснованность которых зависят уже от степени ответственности, уровня развития личности.

У людей, сочетающих инициативу и ответственность, стремление к новизне и готовность к неопределенности, связанной с риском, сбалансированы; они постоянно расширяют свое семантическое и жизненное пространство, но могут уверенно распределять его на необходимое и достаточное, реальное и желаемое. Ответственность для такого человека предполагает не только организацию деятельности, но и возможность не жить ситуативно, а сохранять автономию и возможность проявить инициативу.

Е.К. Завьялова и С.Т. Посохова различают индивидуальные стратегии адаптации в связи с поисковой активностью, направляемой человеком на совершенствование системы взаимодействия с окружающей средой и самим собой. Пассивная стратегия наиболее характерна для людей, находящихся в состоянии социального или эмоционального шока, и проявляется в стремлении человека сохранить себя прежде всего как биологическую единицу, оставить неизменным прошлый образ жизни, использовать отлаженные и ранее эффективные стереотипы взаимодействия с окружением и самим собой. Ядром пассивной стратегии адаптации являются негативные эмоциональные переживания: тревога, фрустрация, ощущение утраты, непреодолимости преград; прошлое кажется прекрасным независимо от реальности, настоящее воспринимается драматично, помощь ожидается извне; учащаются агрессивные реакции по отношению к окружающим и к себе; человек боится взять на себя ответственность за принятие рискованных решений.

Пассивная стратегия адаптации обуславливается рядом личностных свойств и, в свою очередь, формирует определенный тип личности, доминирующее положение в структуре которой занимают сверхосторожность, педантичность, ригидность, предпочтение регламентации всякой творческой активности и свободе решений, ориентация на принятие коллективно выработанного решения, тяга к обезличиванию, безоговорочному

принятию социальных норм, ответственное выполнение привычных обязанностей.

В случае возникновения новых форм взаимодействия человека с природой, обществом, самим собой реализуется активная стратегия адаптации – стратегия, центрированная на совершаемых самим человеком внутриличностных и внешних социальных перестройках, на изменении прежнего образа жизни, на преодолении трудностей и разрушении неудовлетворяющих отношений; при этом человек ориентируется на собственные внутренние резервы, готов и способен отвечать за свои действия и решения. В основе активной стратегии адаптации лежат реалистическое отношение к жизни, способность видеть не только негативные, но и позитивные стороны действительности; человек воспринимает преграды как преодолимые. Его поведению и деятельности свойственны целенаправленность и организованность; активное, преодолевающее поведение сопровождается преимущественно позитивными эмоциональными переживаниями. Центрированная на преодолении, активная стратегия, так же как и пассивная, формирует определенный психологический портрет личности: социальная направленность действия и решений, социальная уверенность и уверенность в себе, высокая личная ответственность, самостоятельность, коммуникабельность, высокий уровень притязаний и высокая самооценка, эмоциональная устойчивость.

Сопоставляя рассмотренные подходы, можно в общем и целом определить стратегию социальной адаптации как преимущественный способ построения субъектом своих отношений с окружающим миром, другими людьми и самим собой в решении жизненных задач и достижении жизненных целей.

При оценке этой стратегии необходимо рассмотреть сферу субъективных отношений личности: а) отношение к себе, оценка своей успешности, принятие себя; б) интерес к окружающим и общению с ними, отношение к окружению и людям в целом, принятие других людей, представление об их оценке личности, позиция в общении (доминирование или ведомость) и в конфликтных ситуациях; в) позиция в отношении мира в целом,

которая может проявляться в предпочтении тех или иных переживаний, отражающихся в уровне притязаний личности, ее способе возложения ответственности и отношении к будущему (открытость будущему или страх перед будущим, замыкание на настоящем).

1.4. Теоретические подходы к проблеме социальной адаптации в трудах зарубежных авторов

В отличие от термина «реабилитация» понятие «адаптация» с точки зрения теории хорошо разработано в гуманитарных науках. Существует большое количество концепций, описывающих и объясняющих процесс социальной адаптации. Наиболее широко эта проблема обсуждается в рамках социологии и психологии. Рассмотрим распространенные теоретические подходы к социальной адаптации.

Социологический подход к социальной адаптации

Так, Г.Спенсер¹ основывал свою теорию на анализе двух процессов – интеграции и дифференциации. Естественным пределом этих эволюционных процессов оказывается состояние динамического равновесия. По мнению Г. Спенсера, каждое эволюционное изменение реализуется через установление нового состояния равновесия. Следовательно, адаптация – это и есть уравнивание между какой-то системой и внешними условиями. Но в силу того, что автор придерживался биологизаторского подхода, его концепция адаптации не выходит за рамки приспособительного процесса: «естественный отбор» в человеческом обществе происходит так же, как и среди животных, способствуя выживанию самых приспособленных.

Дальнейшая разработка теории адаптации в рамках социологии, как правило, осуществлялась в русле изучения и анализа влияния социальных норм на поведение человека. Э.

¹ Шустова, Н.Е. Социальная адаптация личности: дис. канд. социол. наук / Н.Е.Шустова. - Саратов, 1999. – 132 с.

Дюркгейм¹ рассматривал адаптацию с точки зрения анализа влияния социальных норм на поведение человека. Французский социолог утверждал, что основу социальной реальности составляют факты. Факты же, в свою очередь, обладают двумя важными признаками. Во-первых, они носят объективный характер (независимы от волеизъявления индивидов). Во-вторых, они наделены принудительной силой (способностью оказывать на личность давление посредством механизмов их интериоризации). То есть социальные регуляторы определяются не только принудительно, но и их «жесткостью» для индивидов. Таким образом, адаптация по Э.Дюркгейму, – это реализация индивидом общих социальных норм, носящих двойкий, в сущности, амбивалентный принудительно-добровольный характер. Но автор недооценивал тот факт, что различные социальные группы зачастую по-разному интерпретируют одни и те же нормы и ценности.

М.Вебер² связывал учение об адаптации с такой характеристикой социального действия индивида, как рациональность. Согласно его теории, человек стремится осознать свои цели и соотнести их с рациональными средствами достижения поставленных целей. В этой связи адаптация выступает в качестве наиболее оптимального способа удовлетворения потребностей человека. Можно говорить о том, что М. Вебер выделил идеальную модель адаптации, отождествляя ее с таким понятием, как «целерациональное действие», под которым он понимал некий эталон, или идеальный тип, по отношению к которому человеческое поведение можно изучать по степени отклонения от существующей нормы.

Представитель структурно-функционального анализа Р. Мертон создал концепцию адаптации в связи с ролевым поведением индивида. Один из ключевых аспектов его теории заключается в конфликтной природе нормативной структуры общества. Стремление достичь цели доступными ему средствами в

¹ Самара, Г.Н. Социокультурная адаптация молодежи в период радикальных трансформаций / Г.Н.Самара, Д.С.Петров. – М.: ООО «Фирма Светотон ЛТД», 2004. – 205 с.

² Вебер, М. Избранные произведения / М.Вебер. – М.: Прогресс, 1990. – 880 с.

сложной иерархии отношений между нормами, ценностями и институциональными порядками в обществе заставляет индивида адаптироваться в нем. Важным элементом в теории американского социолога, необходимым для понимания полной картины адаптации, является то обстоятельство, что он указывает на примерно равные возможности – индивидуально-центрической и социоцентрической форм адаптации. Критерии их дифференциации заключаются в том, насколько цели и средства, выбранные индивидом, подпадают под категорию одобряемых обществом целей и средств. Иначе говоря, адаптация, оправданная с точки зрения индивида, может расцениваться патологической с позиции общества. В отличие от предыдущих авторов, Р. Мертон указал на то, что для раскрытия природы адаптации, помимо анализа норм, целей и ценностей, необходим особый анализ – возможности их реализации.

Т. Парсонс ставит знак равенства между адаптацией и равновесием сил в обществе. Общество в равновесии – общество без конфликта, где каждый знает свою роль, понимает, чего от него ждут. Иначе говоря, социальная адаптация – это равновесие между потребностями, интересами и ценностями индивида и окружающей его социальной средой.

Интеракционистский подход к социальной адаптации

Более интересно *интеракционистское* определение адаптации личности. Так, Л. Филипс полагает, что все разновидности обусловлены как внутриспсихическими, так и средовыми факторами. Адаптацию, при достижении которой личность удовлетворяет минимальным требованиям и ожиданиям общества, он называет «эффективной адаптацией личности». По мере взросления все более сложными становятся ожидания, которые предъявляются к социализируемой личности. Малыша защищают от всех опасностей, удовлетворяют все его потребности, опекают, с ростом и становлением его личности опека становится меньше и меньше, а требования окружающих все более усложняются. Предполагается, что личность должна перейти от состояния полной зависимости к

независимости и принятию ответственности за благополучие других.

По Филипсу, адаптированность выражается двумя типами ответов на воздействие среды:

1. Принятие и эффективный ответ на те социальные ожидания, с которыми встречается каждый в соответствии со своим возрастом и полом. Например, учебная деятельность, установление дружеских отношений, создание семьи и т. п. Таковую адаптированность Л. Филипс считает выражением конформности к тем требованиям (нормам), которые общество предъявляет к поведению личности.

2. Гибкость и эффективность при встрече с новыми и потенциально опасными условиями, а также способность придавать событиям желательное для себя направление. В этом смысле адаптация означает, что человек успешно пользуется создавшимися условиями для осуществления своих целей, ценностей и стремлений. Адаптивное поведение характеризуется успешным принятием решений, проявлением инициативы и ясным определением собственного будущего.

Первое значение понятия адаптации, согласно Филипсу, достаточно близко по содержанию понятию социализации в том смысле, что личность принимает (во всяком случае внешне) нормы, требования, которые предлагает и предъявляет к ней общество. Второе значение представляет существенный интерес в связи с тем, что в нем содержится идея целеустремленного и преобразующего характера личностной активности. Личность, таким образом адаптированная, не уклоняется, не бежит от трудностей, проблем, а преобразует эти ситуации, использует их для осуществления своих целей, стремлений, не особенно ожидая помощи и советов от других.

Дж. Г.Мид исследовал социальную адаптацию с позиции ролевой концепции личности, одним из основоположников которой он являлся. По его мнению, формирование установок и моделей поведения индивида зависит от установок и моделей поведения других членов его социальной группы, а сам процесс вхождения человека в социальную роль и является социальной адаптацией.

Американский социолог-интеракционист Т. Шибутани¹ рассматривал адаптацию в виде приспособительных реакций, играющих роль восстановления равновесия между человеком и средой. Эти реакции происходят на всех уровнях – от индивидуального и группового до межгруппового, затрагивая как сознательное (творческое), так и бессознательное (в том числе и патологическое), что подразумевает активное участие человека в освоении окружающей среды. Т. Шибутани разделял понятия «адаптация» и «приспособление». Он отмечал, что каждая личность характеризуется комбинацией приемов, позволяющих справляться с затруднениями, и эти приемы могут рассматриваться как формы адаптации (adaptation). Адаптация относится к более стабильным решениям – хорошо организованным способам справляться с типическими проблемами, к приемам, которые кристаллизуются путем последовательного ряда приспособлений. Понятие "приспособление" (adjustment) относится к тому, как организм приспособливается к требованиям специфических ситуаций. В интеракционистском направлении адаптированным считается человек не только усвоивший, принявший и осуществляющий социальные нормы, но и принимающий на себя ответственность, ставящий и достигающий целей.

**Психоаналитический
подход к социальной
адаптации**

Психоаналитическое понимание адаптации опирается на представления З. Фрейда о взаимодействии личности, ее структуры с внешней средой. Можно сказать, что психоаналитическая теория развития по существу есть рассмотрение, описание, изучение и объяснение процесса онтогенетической адаптации². Успешная и все более совершенная адаптация рассматривается в качестве одного из критериев здорового функционирования Я, поскольку указывает на гармоничность взаимоотношений между Я, Оно, Сверх-Я и внешним миром. Формирование характера включает

¹ Шибутани, Т. Социальная психология / Т.Шибутани. - М., 1969.

² Психоаналитические термины и понятия: Словарь/Под ред. Б.Э.Мурз и Б.Д.Финна. - М.: Независимая фирма "Класс", 2000. — 304 с.

интернализацию стабильных защитных аспектов среды и возрастание возможностей и способности модифицировать среду.

В психоанализе развернутое представление об адаптации было впервые изложено Г.Гартманом. Он на основе концепции З.Фрейда выделил три вида адаптации:

1) аллопластическая адаптация, которая осуществляется за счет изменений во внешнем мире, совершаемых человеком для приведения его в соответствие со своими потребностями;

2) аутопластическая адаптация, которая обеспечивается изменениями личности (ее структуры, умений, навыков и т. п.), помогающих ей приспособляться к среде;

3) смешанная адаптация – выбор новой среды, где сочетаются аллопластическое и аутопластическое изменения.

Говоря о критериях адаптированности, он отмечает, что человека можно считать хорошо адаптированным, если его продуктивность, его способность радоваться жизни, его психическое равновесие не нарушены. Г. Гартман признает большое значение конфликтов для развития личности, но он отмечает, что не всякая адаптация к среде, не всякий процесс научения и созревания являются конфликтными. Процессы восприятия, мышления, речи, памяти, творчества, моторное развитие ребенка и многие другие могут быть свободны от конфликтов. Гартман вводит термин «свободная от конфликта сфера Я» для обозначения той совокупности функций, которая в каждую данную минуту оказывает воздействие на сферу психических конфликтов.

Процесс адаптации в психоаналитической концепции можно представить в виде обобщенной формулы: *конфликт—тревога—защитные реакции*. Социализация личности определяется вытеснением влечения и переключением энергии на санкционированные обществом объекты (З. Фрейд), а также как результат стремления личности компенсировать и сверхкомпенсировать свою неполноценность (А. Адлер).

Подход Э. Эриксона отличается от основной психоаналитической линии и предполагает наличие также и позитивного выхода из ситуации противоречия и эмоциональной

нестабильности в направлении гармонического равновесия личности и среды: *противоречие—тревога—защитные реакции индивида и среды—гармоническое равновесие или конфликт.*

Гуманистический подход к социальной адаптации Представители гуманистического направления (Г.Беккер, Ф.В.Знаецкий, А.Маслоу, У.Томас) изучали адаптацию с позиций процессуально – дискретного понимания. Они рассматривали адаптацию одновременно и как процесс, и как конечное состояние. В исследованиях адаптации с точки зрения гуманистического подхода ими впервые предложен в качестве критерия адаптированности важный показатель – степень интеграции личности и среды, который позволял оценить соотношение личностно значимых и общесоциальных ценностей.

Гуманистическое направление исследований социальной адаптации критикует понимание адаптации в рамках гомеостатической модели и выдвигает положение об оптимальном взаимодействии личности и среды. Основным критерием адаптированности здесь выступает степень интеграции личности и среды. Целью адаптации является достижение позитивного духовного здоровья и соответствия ценностей личности ценностям социума. При этом процесс адаптации не есть процесс равновесия организма и среды. Процесс адаптации в этом случае можно описать формулой: *конфликт – фрустрация – акт приспособления.*

В основе концепций этого направления лежит понятие здоровой, самоактуализирующейся личности, которая стремится к достижению своих жизненных целей, развивая и используя свой творческий потенциал. Равновесие, укорененность в среде уменьшают или совсем уничтожают стремление к самоактуализации, которая и делает человека личностью. Только стремление к развитию, к личностному росту, т.е. к самоактуализации, образует основу для развития и человека, и общества.

Выделяются конструктивные и неконструктивные поведенческие реакции. По А. Маслоу, критериями конструктивных реакций являются: детерминация их требованиями социальной среды, направленность на решение определенных

проблем, однозначная мотивация и четкая представленность цели, осознанность поведения, наличие в проявлении реакций определенных изменений внутриличностного характера и межличностного взаимодействия. Неконструктивные реакции не осознаются; они направлены лишь на устранение неприятных переживаний из сознания, не решая при этом самих проблем. Таким образом, эти реакции являются аналогом защитных реакций (рассматриваемых в психоаналитическом направлении). Признаками неконструктивной реакции служат агрессия, регрессия, фиксация и т. п.

По К. Роджерсу, неконструктивные реакции – это проявление психопатологических механизмов. По А. Маслоу, неконструктивные реакции в определенных условиях (в условиях дефицита времени и информации) играют роль действенного механизма самопомощи и свойственны вообще всем здоровым людям.

Выделяются два уровня адаптированности: адаптация и дезадаптация. Адаптация наступает при достижении оптимального взаимоотношения между личностью и средой за счет конструктивного поведения. В случае отсутствия оптимального взаимоотношения личности и среды вследствие доминирования неконструктивных реакций или несостоятельности конструктивных подходов наступает дезадаптация.

Когнитивный подход к социальной адаптации Представитель когнитивного подхода Л.Фестингер рассматривал адаптацию в качестве своеобразного защитного механизма, при помощи которого индивид стремится преодолеть психологический дискомфорт («когнитивный диссонанс»). Стремление к положительным эмоциям, положительному фону («когнитивный консонанс») вызывает у индивида потребность в адаптации. Таким образом, под адаптацией американский ученый подразумевает процесс приобретения новой информации (в том числе – социальных стереотипов и новых защитных механизмов), с помощью которых индивид стремится преодолеть эмоциональное напряжение. В

процессе преодоления тревожности и напряженности личность адаптанта претерпевает изменения.

Процесс адаптации в когнитивной психологии личности можно представить формулой: *конфликт – угроза – реакции приспособления*. В процессе информационного взаимодействия со средой личность сталкивается с информацией, противоречащей имеющимся у нее установкам (когнитивный диссонанс), при этом переживается состояние дискомфорта (угроза), которое стимулирует личность на поиск возможностей снятия или уменьшения когнитивного диссонанса. Предпринимаются:

- 1) попытки опровергнуть поступившую информацию;
- 2) смена собственных установок, изменение картины мира;
- 3) поиск дополнительной информации с целью установления согласованности между прежними представлениями и противоречащей им информацией.

**Бихевиористский
подход к социальной
адаптации**

Бихевиористы Л. Шаффер, Э. Шобен описывали социальную адаптацию через схему «*стимул – реакция*». В рамках их концепции под адаптацией понимается

единичный поведенческий акт, при котором воздействие среды всегда выступает в качестве преграды, препятствующей индивиду в осуществлении его целей. Человек успешно адаптируется, если он проходит через все преграды для достижения желаемого, а в противном случае он является дезадаптантом.

Необихевиорист Г. Айзенк и его сотрудники определяют адаптацию следующим образом. Во-первых, это состояние, в котором потребности индивида, с одной стороны, и требования среды - с другой, полностью удовлетворены, т.е. состояние гармонии между индивидом и природной или социальной средой. Во-вторых, это процесс, посредством которого данное гармоничное состояние достигается. Существенно, что состояние адаптации можно описать только в общих теоретических понятиях, ибо на практике достижима лишь относительная адаптация в смысле оптимального удовлетворения индивидуальных потребностей и ненарушенных отношений со средой.

Таким образом, социальную адаптацию бихевиористы понимают как процесс изменений (физических, социально-экономических или организационных) в поведении, социальных отношениях или в культуре в целом. Цель этих изменений – улучшение способности выживания групп или индивидов. В данном определении присутствует биологический оттенок, указывающий на связь с теорией эволюции и внимание преимущественно к адаптации групп, а не индивида, причем речь не идет о личностных изменениях в ходе адаптации индивида. Между тем в этом определении можно отметить следующие позитивные моменты:

1. Признание адаптивного характера модификации поведения через учение, механизмы которого (научение, обучение, заучивание) являются одними из важнейших механизмов приобретения адаптивных механизмов личности.

2. Использование термина «социальная адаптация» для обозначения процесса, посредством которого индивид или группа достигает состояния социального равновесия в смысле отсутствия переживания конфликта со средой. При этом речь идет лишь о конфликтах с внешней средой и игнорируются внутренние конфликты личности.

1.5. Теории социальной адаптации в трудах отечественных ученых

В отечественной литературе по исследуемой проблеме не сложилось однозначного определения понятия адаптации (социальной адаптации). Повышение интереса к разработке теории адаптации применительно к социальной среде прослеживается с 1960-х годов. Авторы коллективной монографии «Философские проблемы теории адаптации» (1975) отмечали, что социальная адаптация в обобщенном виде чаще всего выступает лишь как взаимодействие между «общественным субъектом» (личность, группа) и «социальным объектом» – условиями его общественного существования. При этом указывались следующие направления, по которым должно идти изучение «социальной адаптации»: во-

первых, в плане исследования профессиональной адаптации (адаптация к производственно-техническим факторам среды); во-вторых, в плане приспособления человека к личностной среде предприятия, к производственному коллективу, его официальной и неофициальной структуре на различных уровнях – от первичного коллектива (среди ближайшего окружения) до основного коллектива (предприятия в целом), а также к окружающему внепроизводственному коллективу; в-третьих, в плане приспособления человека к условиям внешней среды путем создания жилищ, одежды, различных технических сооружений и т.п.

Основные подходы к определению понятия адаптация в отечественной науке

В отечественной науке можно выделить несколько подходов к пониманию адаптации. Так, в рамках *деятельностного* подхода¹ – адаптация связывалась с включением в иные виды

деятельности и в другие коллективы. В рамках данного направления выделялось два ведущих компонента адаптации: профессиональный и социально-психологический. Сторонники этого направления (М.П. Будяника, И.К. Кряжева, И.А. Милославова, А.А. Русалинова и др.) пытались выявить специфику влияния одного компонента на другой.

Следующее направление – это *динамическая* интерпретация адаптации. В ее рамках выделяют сторонников динамического (процессуального) понимания адаптации, которые утверждают, что адаптация – это процесс, и их противников, считающих, что адаптация – это не столько процесс, сколько результат взаимодействия субъекта адаптации с внешней средой. По мнению сторонников первой точки зрения, адаптация представляет собой «непрерывный коммуникативный процесс», в котором люди совместно встречают трудности и, приспосабливаясь друг к другу, вырабатывают новые способы взаимодействия с различными структурными элементами социальной среды».

¹ Самара, Г.Н. Социокультурная адаптация молодежи в период радикальных трансформаций / Г.Н. Самара, Д.С. Петров. – М.: ООО «Фирма Светотон ЛТД», 2004. – 205 с.

Существуют попытки объединить эти точки зрения, например, М.А. Шабанова определяет адаптацию как «...процесс и результат взаимодействия индивида (группы) с кардинально изменяющейся социальной средой, в ходе которого постепенно согласуются требования и ожидания обеих сторон, так что индивид получает возможность выживания (и не только, но еще и процветания), а макросреда – воспроизведения и вступления в иную, восходящую стадию».

Другое направление в изучении адаптации – представление ее как процесса усвоения адаптом общественных ценностей с последующей их *интериоризацией*. Авторы, исследующие данный аспект социальной адаптации, акцентируют внимание на том, что в данном случае имеет место приспособление к новому или изменившемуся социуму посредством освоения его норм и стереотипов поведения. Так, например Л.А. Гордон¹ считал, что адаптация заключается не столько в принятии отдельных элементов, сколько в социальном и психологическом освоении меняющегося типа целостной системы общественных отношений (адаптация к новому строю), а также в социальной и психологической способности пережить чрезвычайную ситуацию перехода от одних общественных порядков к другим (адаптация к переходному кризису).

По мнению Н.А. Свиридова, адаптация представляет объективно необходимый процесс вхождения индивида (группы) в новую социальную среду и ее освоения, такого их взаимодействия и взаимного приспособления, в результате которого создаются условия не только для осуществления личностью ее потребностей и жизненных целей, но и для прогрессивного изменения самой адаптирующей среды.

П.С. Кузнецов² предложил подходить к изучению адаптации с трех позиций. Во-первых, рассматривать адаптацию как приспособление; во-вторых, адаптация выступает как

¹ Гордон, Л.А. Социальная адаптация в современных условиях / Л.А. Гордон // Социологические исследования. 1994. – № 8, 9 – С. 3–15.

² Кузнецов, П.С. Адаптация как функция развития личности / П.С. Кузнецов. – Саратов: СГУ, 1991 – 76 с.

удовлетворенность; в-третьих, адаптация является функцией развития личности. В рамках данного направления адаптация рассматривается как внутренние мотивированный процесс принятия/непринятия личностью внешних и внутренних условий существования.

В.А. Петровский¹, в свою очередь, предлагает выделить следующие общетеоретические подходы к адаптации: во-первых, гомеостатический подход, суть которого сводится к тому, что адаптация – это вынужденная реакция индивида на воздействия окружающей среды. Целью адаптации выступает стремление вернуть организм в состояние «гомеостазиса». Субъект адаптации в рамках этого подхода пассивен, он способен лишь приноравливаться, подстраиваться к результатам воздействия на него сторонних сил; во-вторых, гедонистический подход, подразумевающий под собой процесс, конечным результатом которого является повышение доли наслаждений и удовольствия и снижение уровня страданий адаптанта; в-третьих, прагматический подход, интерпретирующий адаптацию как максимальную рационализацию поведения адаптанта. Оптимальной в этом случае считается адаптация, при которой достигается максимальный эффект при минимальных затратах.

О.И. Зотова и И.К. Кряжева подчеркивают активность личности в процессе социальной адаптации. Они рассматривают социально-психологическую адаптацию как взаимодействие личности и социальной среды, которое приводит к правильным соотношениям целей и ценностей личности и группы. Адаптация происходит тогда, когда социальная среда способствует реализации потребностей и стремлений личности, служит раскрытию и развитию ее индивидуальности.

В описании процесса адаптации фигурируют такие понятия, как «преодоление», «целенаправленность», «развитие индивидуальности», «самоутверждение».

В зависимости от структуры потребностей и мотивов личности формируются следующие типы адаптационного процесса:

¹ Самара, Г.Н. Социокультурная адаптация молодежи в период радикальных трансформаций / Г.Н. Самара, Д.С. Петров. – М.: ООО «Фирма Светотон ЛТД», 2004. – 205 с.

1) тип, характеризующийся преобладанием активного воздействия на социальную среду;

2) тип, определяющийся пассивным, конформным принятием целей и ценностных ориентации группы.

Как отмечает А.А. Реан, существует еще и третий тип адаптационного процесса, являющийся наиболее распространенным и наиболее эффективным с точки зрения адаптации. Это вероятностно-комбинированный тип, основанный на использовании обоих вышеуказанных типов. При выборе того или иного варианта личность оценивает вероятность успешной адаптации при разных типах адаптационной стратегии. При этом оцениваются: а) требования социальной среды – их сила, степень ограничения целей личности, степень дестабилизирующего влияния и т. п.; б) потенциал личности в плане изменения, приспособления среды к себе.

А.А. Реан связывает построение модели социальной адаптации с критериями внутреннего и внешнего плана. При этом внутренний критерий предполагает психоэмоциональную стабильность, личностную конформность, состояние удовлетворенности, отсутствие дистресса, ощущения угрозы и состояния эмоционально-психологической напряженности. Внешний критерий отражает соответствие реального поведения личности установкам общества, требованиям среды, правилам, принятым в социуме, и критериям нормативного поведения. Таким образом, дезадаптация по внешнему критерию может происходить одновременно с адаптированностью по внутреннему критерию. Системная социальная адаптация – это адаптация как по внешнему, так и по внутреннему критерию.

1.6. Социальная дезадаптация

Социальная дезадаптация – это утрата приспособляемости к условиям социальной среды. *Социальная дезадаптация* - использование индивидом деструктивных для общества и развития личности стратегий самореализации.

Основные направления изучения проблемы дезадаптации

Рассматривая существующие в современной науке подходы к проблеме дезадаптации, можно выделить три основных направления.

1. Медицинский подход. Сравнительно недавно в отечественной, большей частью психиатрической литературе появился термин «дезадаптация», обозначающий нарушение процессов взаимодействия человека с окружающей средой. Ю.А. Александровский¹ определяет дезадаптацию как «поломки» в механизмах психического приспособления при остром или хроническом эмоциональном стрессе, которые активизируют систему компенсаторных защитных реакций. По мнению С.Б.Семичева², в понятии «дезадаптация», следует различать два значения. В широком смысле под дезадаптацией можно подразумевать расстройства адаптации (включающие и непатологические ее формы), в узком смысле дезадаптация предполагает лишь предболезнь, т.е. процессы, выходящие за пределы психической нормы, но не достигающие степени болезни. Дезадаптация рассматривается как одно из промежуточных состояний здоровья человека от нормы до патологии, наиболее близкое к клиническим проявлениям болезни. В.В.Ковалев характеризует состояние дезадаптации как повышенную готовность организма к возникновению того или иного заболевания, формирующегося под влиянием различных неблагоприятных факторов. При этом описание проявлений дезадаптации весьма схоже с клиническим описанием симптоматики пограничных нервно-психических нарушений.

2. Социально-психологический подход. Рассматривая дезадаптацию личности на социально-психологическом уровне, авторы выделяют три основные разновидности дезадаптированности личности [Р.Б.Березин, 1968; А.А.Налгаджян, 1968]:

¹ Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация / Ю.А. Александровский. - М.: Медицина, 1976.

² Семичев, С.Б. Предболезненные психические расстройства / С.Б.Семичев. - М.: Медицина, 1987. - 181 с.

а) устойчивая ситуативная дезадаптированность, которая имеет место тогда, когда личность не находит путей и средств адаптации в определенных социальных ситуациях (например, в составе тех или иных малых групп), хотя предпринимает такие попытки – это состояние можно соотнести с состоянием неэффективной адаптации;

б) временная дезадаптированность, которая устраняется с помощью адекватных адаптивных мероприятий, социальных и внутриспсихических действий, что соответствует неустойчивой адаптации;

в) общая устойчивая дезадаптированность, являющаяся состоянием фрустрированности. Она приводит к формированию патологических комплексов, неврозов, а также к любой форме «бегства в болезнь», постоянной фрустрированности, которая приводит к использованию патологических защитных механизмов, следствием чего являются неврозы.

Среди проявлений психической дезадаптации отмечают так называемую неэффективную дезадаптацию, которая выражается в формировании психопатологических состояний, невротических или психопатических синдромов, а также неустойчивую адаптацию как периодически возникающие невротические реакции, заострение акцентуированных личностных черт.

Результатом социально-психологической дезадаптации является состояние дезадаптированности личности. Под социально-психологической дезадаптированностью понимается психологическое состояние, обусловленное функционированием психики на пределе ее регуляторных и компенсирующих возможностей, выражающееся в недостаточной активности индивида, в затруднении реализации его основных социальных потребностей (потребность в общении, признании, самовыражении), в нарушении самоутверждения и свободного выражения своих творческих способностей, в неадекватной ориентации в ситуации общения, в искажении социального статуса дезадаптированного ребенка.

3. Онтогенетический подход. С позиции онтогенетического подхода к исследованию механизмов дезадаптации особое значение

имеют кризисные, переломные моменты в жизни человека, когда происходит резкое изменение его "ситуации социального развития" [Л.С.Выготский, 1983], вызывающее необходимость реконструкций сложившегося типа адаптивного поведения. В контексте данной проблемы наибольший риск представляет момент поступления ребенка в школу – в период усвоения новых требований, предъявляемых новой социальной ситуацией. Это показывают результаты многочисленных исследований, фиксирующих в младшем школьном возрасте заметное повышение распространенности невротических реакций, неврозов и других нервно-психических и соматических расстройств в сравнении с дошкольным возрастом.

Важнейшим показателем дезадаптации является нехватка «степеней свободы» адекватного и целенаправленного реагирования человека в условиях психотравмирующей ситуации вследствие прорыва строго индивидуального для каждого человека функционально-динамического образования – адаптационного барьера. У адаптационного барьера две основы – биологическая и социальная. Длительное, и особенно резкое, напряжение функциональной активности барьера психической адаптации приводит к его перенапряжению, что проявляется в преневротических состояниях, выражающихся лишь в отдельных, наиболее легких нарушениях (повышенная чувствительность к обычным раздражителям, незначительная тревожная напряженность, беспокойство, элементы заторможенности или суетливости в поведении, бессонница и др.). Они не вызывают изменений целенаправленности поведения человека и адекватности его аффекта, носят временный и парциальный характер.

Если же давление на барьер психической адаптации усиливается и все его резервные возможности оказываются исчерпанными, то происходит надрыв барьера – функциональная деятельность в целом хотя и продолжает определяться прежними «нормальными» показателями, однако нарушенная целостность ослабляет возможности психической активности, а значит, сужаются рамки приспособительной адаптированной психической деятельности и появляются качественно и количественно новые

формы приспособительных и защитных реакций. В частности, наблюдаются неорганизованное и одновременное использование многих «степеней свободы» действия, что ведет к сокращению границ адекватного и целенаправленного поведения человека, т. е. невротическим расстройствам.

Симптомы расстройства адаптации не обязательно начинаются сразу и не исчезают немедленно после прекращения стресса.

Реакции адаптации могут протекать: 1) с депрессивным настроением; 2) с тревожным настроением; 3) со смешанными эмоциональными чертами; 4) с нарушением поведения; 5) с нарушением работы или учебы; 6) с аутизмом (без наличия депрессии и тревоги); 7) с физическими жалобами; 8) как атипичные реакции на стресс.

Расстройства адаптации включают в себя следующие моменты: а) нарушение в профессиональной деятельности (включая школьное обучение), в обычной социальной жизни или во взаимоотношениях с другими; б) симптомы, выходящие за рамки нормы и ожидаемых реакций на стресс.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Раскройте сущность понятия социальной реабилитации.
2. Охарактеризуйте специфику процесса реабилитации.
3. Опишите структуру и этапы процесса социальной реабилитации.
4. Раскройте особенности каждого компонента реабилитации.
5. Раскройте понятие «социальная адаптация».
6. Опишите факторы и показатели успешной социальной адаптации.
7. Охарактеризуйте стратегии социальной адаптации.
8. Опишите теоретические подходы к социальной адаптации в зарубежной литературе.
9. Раскройте теоретические подходы к социальной адаптации в отечественной литературе.
10. Раскройте понятие «социальная дезадаптация».

Литература

- 1) Алферова, Т.С. Основы реабилитологии / Т.С.Алферова, О.А.Потехина. – Тольятти, 1995.
- 2) Аронов, Д.М. Постстационарная реабилитация больных основными сердечно-сосудистыми заболеваниями на современном этапе / Д.М.Аронов // Кардиология. – 1998. – Т.38. – № 8. – С. 69-80.
- 3) Вебер, М. Избранные произведения / М.Вебер. – М.: Прогресс, 1990. – 880с.
- 4) Гордон, Л.А. Социальная адаптация в современных условиях / Л.А. Гордон // Социологические исследования. – 1994. – № 8, 9 – С. 3-15.
- 5) Гриценко, В.В. Теоретические основы исследования социально-психологической адаптации личности/группы в новой социо- и этнокультурной среде/ В.В.Гриценко // Проблемы социальной психологии личности. – 2005 г.
- 6) Кузнецов, П.С. Адаптация как функция развития личности / П.С. Кузнецов. – Саратов: СГУ, 1991. – 76 с.
- 7) Кузнецов, П.С. Концепция социальной адаптации / П.С.Кузнецов. – Саратов, 2000. – 85с.
- 8) Маккавейский, П.А. Об определении понятия «Реабилитация больных и инвалидов»/ П.А.Маккавейский, В.П.Шестаков, К.А.Каменков // Медико – социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – №4. – С. 27 – 32.
- 9) Педагогический энциклопедический словарь / под ред. Б.М. Бим-Бада. - М.: Большая Российская энциклопедия, 2003. – 1053 с.
- 10) Психологический словарь/ под ред. В.П.Зинченко, Б.Г.Мещерякова. – М., 1996. – 669с.
- 11) Психология социальной работы / под общей редакцией М.А.Гулиной. – СПб., 2002. – 354 с.
- 12) Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2002. – 264 с.
- 13) Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. А.И. Осадчих. – М., 1999. – 106 с.

- 14) Самара, Г.Н. Социокультурная адаптация молодежи в период радикальных трансформаций / Г.Н.Самара, Д.С.Петров. – М.: ООО «Фирма Светотон ЛТД», 2004. – 205 с.
- 15) Словарь практического психолога / сост. С.Ю. Головин. – Минск, 1997. – 557с.
- 16) Словарь-справочник по социальной работе. – М., 1997. – 282 с.
- 17) Социальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. В.А. Никитина. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. – 315 с.
- 18) Социологический энциклопедический словарь. – М.: ИНФРА-М НОРМА, 1998. – 291 с.
- 19) Трудотерапия как метод реабилитации инвалидов / под. ред. А.Н. Дашкиной. – М.: Изд-во Социально-технологического института, 1998. – 189 с.
- 20) Холостова, Е.И. Социальная реабилитация / Е.И.Холостова, Н.Ф.Дементьева. – М., 2002. – 165 с.

РАЗДЕЛ 2. ТЕОРИЯ И ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

2.1. Понятие и принципы социальной реабилитации

Реабилитация как способ восстановления нарушенных функций организма известна с очень давних времен. Еще древнеегипетские врачи использовали некоторые приемы трудовой терапии для более быстрого восстановления своих пациентов. Врачи Древней Греции и Рима также использовали в лечебных комплексах физическую активацию пациентов и трудовую терапию. В этих же странах широко применяли массаж как гигиеническое и лечебное средство и с целью повышения работоспособности.

С XVIII столетия медицинская реабилитация в Европе все более сочетается с элементами психологической поддержки пациентов. Тогда же испанские врачи заметили, что те из больных, которые в процессе своего лечения ухаживали за другими пациентами, выздоравливали быстрее, чем те, кто был в своем лечении пассивен. В XIX столетии центр развития восстановительной терапии перемещается в США. С начала XX века там растет число учреждений, которые используют различные виды физической активизации пациентов для решения различных психологических проблем. В 1917 г. в США была впервые организована Ассоциация по восстановительной терапии.

**Развитие подходов к
понятию
реабилитации**

Особым стимулом для развития различных видов реабилитации послужила Первая мировая война. Тысячи и тысячи искалеченных, раненых воинов получали восстановительное лечение и реконструктивную помощь. Это, в свою очередь, способствовало росту числа специалистов-реабилитологов, расширению сети их подготовки как в области физической, так и психологической реабилитации. Вторая мировая война также значительно стимулировала развитие медицинской, психологической, социальной реабилитации.

Термин «реабилитация» происходит от латинского слова *habilis* – «способность», *rehabilis* – «восстановление способности». Таким образом, реабилитация переводится, как восстановление способности, годности. Существует большое количество определений понятия термина реабилитация. Во многом это связано с развитием теоретических подходов к реабилитации. Приведем некоторые из них, отражающие разные точки зрения.

В «Словаре русского языка» приводятся три определения: «восстановление чести, репутации неправильно обвиненного или опороченного лица»; «восстановление (по суду или в административном порядке) в прежних правах» и «восстановление здоровья и трудоспособности лиц, физические и психические способности которых ограничены после перенесенных заболеваний, травм»¹.

Большая советская энциклопедия дает следующее определение реабилитации: реабилитация (позднелат. *rehabilitation* – восстановление, от *rehabilito* – восстанавливаю). В медицине – комплекс медицинских, педагогических, профессиональных, юридических мероприятий, направленных на восстановление здоровья и трудоспособности лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесенных заболеваний и травм. Особое значение имеет реабилитация детей с умственной отсталостью. Реабилитация включает также мероприятия по развитию у пострадавших основных навыков к самообслуживанию (социальная, бытовая реабилитация) и по подготовке инвалидов к трудовой деятельности (профессиональная, производственная реабилитация).

Согласно Т.С. Алферовой и О.А. Потехиной², реабилитация – процесс осуществления взаимосвязанного комплекса медицинских, профессиональных, трудовых и социальных мероприятий различными способами, средствами и методами, направленными на сохранение и восстановление здоровья человека и среды его жизнеобеспечения по принципу минимакса.

¹ Словарь русского языка. - М., 1987.

² Алферова, Т.С. Основы реабилитологии / Т.С. Алферова, О.А.Потехина. - Тольятти, 1995. - С.9.

Энциклопедический словарь медицинских терминов называет реабилитацию в медицине комплексом медицинских, педагогических и социальных мероприятий, направленных на восстановление (или компенсацию) нарушенных функций организма, а также социальных функций и трудоспособности больных и инвалидов.

В Популярной медицинской энциклопедии реабилитация в медицине (восстановительное лечение) определяется как система мероприятий, имеющих целью быстрее и наиболее полное восстановление здоровья больных и инвалидов и возвращение их к активной жизни и общественно полезному труду. Реабилитация в медицине является начальным звеном в системе общей реабилитации.

А.В. Чоговадзе, определяя реабилитацию, подчеркивает, что «особо важно восстановление физического, психологического и социального статуса человека»¹.

В.З. Кантор² считает, что реабилитация является «именно и только социальной» и предлагает рассматривать ее как многомерную структуру в трех измерениях: морфологическом, динамическом и инструментном. В первом измерении выделяются три направления реабилитации, охватывающие три сферы жизнедеятельности инвалидов: социально-трудовую, социально-бытовую, социально-культурную. Второе измерение позволяет различать первоначальную, элементарную и полную реабилитацию. С позиций третьего измерения, применительно к которому определяющую роль играет природа используемых средств реабилитации или фактор используемых технологий, могут быть выделены медицинская, техническая, психологическая и педагогическая реабилитация. Соответственно реабилитация определяется им как специфическая деятельность в области

¹ Чоговадзе, А.В. Физическое воспитание в реабилитации студентов с ослабленным здоровьем: учеб. пособие для студентов вузов / А.В.Чоговадзе, В.Д.Проняков, М.Г.Мацук. – М.: Высшая школа, 1986.

² Кантор, В.З. Концептуальные основы реабилитации лиц с нарушением в развитии / В.З.Кантор // Теория и практика обучения, воспитания и реабилитации лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата: сб. матер. российско-франц.-португ. научно-практ. конф. и семинаров. - СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2000. - С. 36-41.

социальной политики, предполагающая повышение уровня социальной дееспособности лиц с нарушениями в развитии в сферах труда, быта и культуры на основе комплексного применения по отношению к ним медицинских, инженерных, психологических и педагогических технологий и имеющая своей целью обеспечение готовности лиц с ограниченными возможностями здоровья реализации нормативного для данных общественно-исторических условий образа жизни.

Д.М. Аронов считает, что реабилитация «представляет собой комплекс медицинских и социальных мероприятий, направленных на сохранение жизни, восстановление здоровья и трудоспособности лиц, частично или полностью утративших трудоспособность вследствие болезни»¹.

Н.Ф. Николаева под реабилитацией понимает комплекс скоординировано проводимых мероприятий медицинского, психологического, педагогического, социального характера, направленных на наиболее полное восстановление здоровья, способности переносить физические нагрузки, психологического статуса и трудоспособности лиц, утративших эти способности в результате заболевания².

Г.И.Кассирский рассматривает термин «реабилитация» как конечный результат принятых в отношении больного или инвалида мер (больной реабилитирован) и как процесс, направленный не только на восстановление или компенсацию нарушенных функций, но и на поддержание их на определенном уровне (осуществление реабилитации больного). По его определению, реабилитация – это наиболее полное возвращение больному или инвалиду здоровья и трудоспособности в результате применения комплекса

¹ Аронов, Д.М. Постстационарная реабилитация больных основными сердечно-сосудистыми заболеваниями на современном этапе / Д.М. Аронов // Кардиология. – 1998. – Т.38. – № 8. – С. 69-80.

² Николаева, Л.Ф. Реабилитация больных ишемической болезнью сердца: руководство для врачей / Л.Ф.Николаева, Д.М.Аронов. – М.: Медицина, 1988.

медицинских, психологических, педагогических и социальных мер¹.

Английский термин «rehabilitation» переводится как реабилитация, восстановление здоровья и трудоустройство, восстановление трудоспособности². По мнению К. Szawłowski, понятие «реабилитация» происходит от слова *habere* – иметь, *habilis* – ловкий, *habilitas* – пригодность, *habitus* – совокупность характерных особенностей, влияющих на поведение, облик и деятельность. По его мнению, под термином «реабилитация» следует понимать медико-социальный процесс, конечной целью которого является восстановление оптимальной биологической или общественной самостоятельности неполнофункциональному человеку, потерянной в результате врожденных причин и пороков развития³. Этот подход согласуется с мнением Комитета экспертов ВОЗ (1981), которые считают, что реабилитация включает в себя все меры, направленные на уменьшение инвалидизирующих факторов и условий, приводящих к физическим и другим дефектам, а также на обеспечение возможности для инвалидов достичь социальной интеграции⁴.

Во франкоязычных странах предпочитают говорить о «реадаптации» – приспособлении больного к трудовой деятельности. Реадаптация в данном случае – частный случай реабилитации в широком ее понимании. В некоторых странах говорят о «принципе нормализации», «третичной профилактике» и т.д.

Описания встречающихся в литературе определений термина «реабилитация» можно было бы продолжить. Но уже и приведенных вполне достаточно для уяснения терминологического

¹ Кассирский, Г.И. Реабилитация в медицине (определение, задачи, проблемы)/ Г.И.Кассирский, Р.Н.Воробьев //Сов. здравоохранение. - 1988. - №4. –С. 22 -26.

² Буракова, Т.Я. Уточнение перевода термина «реабилитация»/ Т.Я.Буракова //Науч. конф. молодых ученых ИГМИ им. Н.С. Бубнова: тез. докл. - Иваново, 1987. - С. 13.

³ Szawłowski K. Medyczno-społeczne aspekty rehabilitacji/ K.Szawłowski// Człowiek niepełnosprawny w społeczeństwie. Materiały II Kongresu TWK, 1-2 października 1983 r. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, 1986. S. 44-48.

⁴ Предупреждение инвалидности и реабилитация: доклад комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. - Женева, 1983.

разнобоя, правда, в основном касающегося целей реабилитации. Действительно, все исследователи за словом «реабилитация» признают его истинное семантическое значение, то есть восстановление. Однако одни полагают, что к реабилитации относится только восстановление трудоспособности, другие добавляют восстановление нарушенных функций организма, третьи – здоровья, психологического статуса и работоспособности, а четвертые – еще и сохранение жизни больного.

Действительно, определенный уровень сохранения здоровья необходим для успешного восстановления трудоспособности, однако диалектическое единство реабилитации и лечения отнюдь не означает их тождества. В противном случае реабилитация соответствует лечению и отпадает необходимость в двух терминах. Анализ всех приведенных выше определений и практика здравоохранения четко показывают, что мероприятия, в основном медицинские, которые направлены на восстановление здоровья, следует относить к лечебным, а все социальные, юридические, и педагогические мероприятия с целью восстановления трудоспособности и работоспособности больного – к реабилитационным.

Таким образом, в осмыслении проблемы реабилитации условно можно обозначить два этапа. Первоначально рассматриваемая как один из третичных видов профилактики (по определению Европейского регионального бюро ВОЗ), направленный на предотвращение осложнений и негативных последствий болезни, восстановление нарушенного здоровья, реабилитация долгое время считалась прерогативой учреждений здравоохранения. Определяющим фактором для реабилитации являлись последствия утраты и нарушения каких-либо функций организма, возникшие в результате возрастных изменений или перенесенного заболевания, обуславливающие различные социальные ограничения. По-видимому, особым стимулом для развития данного подхода послужила Первая и Вторая мировые войны. Большое количество искалеченных, раненых воинов получали восстановительное лечение и реконструктивную помощь. Это, в свою очередь, способствовало росту числа специалистов,

занимающихся реабилитацией. И, как следствие данных исторических событий, под реабилитацией стали понимать восстановительное лечение. Многочисленные медицинские определения понятия «реабилитация» рассматривают его как *восстановление* – здоровья и трудоспособности после перенесенных заболеваний и травм [БСЭ, М.М. Анцибор], способности социального функционирования больного человека, а по отношению к инвалидам – устранение или возможно полная компенсация ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья и стойкими расстройствами функций организма [Е.В. Афонина, Ю.А. Белов, В.А. Галкин, А.Ф. Каптелин, П.А. Маккавейский, К. Ренкель, Г.С. Юмашев и др.].

Уже в медицинском понимании реабилитации целевая установка носила *социальный характер*: в своем содержательном аспекте реабилитация включала проблемы не только здоровья, но и психосоциального благополучия и социальной активности больного человека. Примером такого понимания является определение реабилитации, приведенное в социологическом энциклопедическом словаре, где под реабилитацией понимается «восстановительное лечение, включающее систему мероприятий (государственных, социально – экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и т.д.) с целью быстрее и наиболее полного восстановления здоровья больных и инвалидов»¹. Так как в рамках медицинской модели реабилитации невозможно в полной мере и на должном уровне реализовать упомянутые в определении мероприятия, то такое понимание реабилитации, по-видимому, явилось толчком к возникновению такой категории как «виды реабилитации». В литературе можно встретить следующие виды реабилитации: медицинскую, социальную психологическую, педагогическую, профессиональную, правовую и даже духовную. Разделение целостного процесса реабилитации на элементы привело к новому противоречию. Можно согласиться с утверждением, что «сами по

¹ Социологический энциклопедический словарь. - М.: ИНФРА-М НОРМА, 1998. – С. 291

себе градации "вида реабилитации" также являются сложными по содержанию мероприятий, неоднозначными по целям подсистемами реабилитации; они в каждом конкретном случае могут наслаиваться, переплетаться, перекрещиваться и т.п. Так, "вид" профессиональной реабилитации может содержать в себе достаточно много элементов подсистемы социальной реабилитации и порой трудно различить, когда он более профессиональный, а когда – более социальный»¹. Это противоречие трудно разрешимо в рамках данного подхода.

В последние годы реабилитацию рассматривают как целостную систему взаимосвязанных мероприятий, направленных не только на восстановление физического здоровья². Дело в том, что реабилитацию могут проходить лица с различными проблемами. Это могут быть как соматические проблемы, в которых медицинский компонент достаточно весомый, а могут быть последствия связанные, например, с психологической травмой. Об актуальности последней проблемы свидетельствуют участвовавшие в последнее время случаи захватов заложников, террористические акты и другие чрезвычайные ситуации. Люди, которые явились жертвами террористов, даже не имея тяжелых физических повреждений, испытывают очень серьезную психологическую травму, шок. При этом они могут быть физически абсолютно здоровы и не нуждаться в медицинской помощи, но, тем не менее, им крайне необходима психологическая реабилитация. Поэтому полностью сводить реабилитацию к восстановительному лечению, на наш взгляд, не совсем корректно. В рамках данного подхода медицинская реабилитация, то есть восстановительное лечение, является только частью всего процесса реабилитации, одним из ее компонентов. Следует отметить, что в данном случае речь идет не о снижении доли и значимости медицинского компонента в общем процессе реабилитации, а о повышении степени важности других компонентов. Более того, в

¹ Маккавейский, П.А. Об определении понятия «Реабилитация больных и инвалидов»/ П.А.Маккавейский, В.П.Шестаков, К.А.Каменков // Медико – социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. - №4. - С. 27 – 32.

² Словарь справочник по социальной работе. - М.,1997. – С. 282

зависимости от ситуации, доля и значимость каждого компонента могут меняться, например, в одних ситуациях будет превалировать медицинский компонент, а в других – социальный и т.д. Это отражает принцип индивидуального подхода в процессе реабилитации.

Таким образом, реабилитация – это «система мероприятий, имеющих целью быстрее и наиболее полное восстановление способности к социальному функционированию больных, инвалидов и др. категорий дезадаптивного населения»¹.

Анализируя последнее определение, можно отметить, что основной целью реабилитации является восстановление способности к социальному функционированию, а не только восстановление здоровья. Следовательно, реабилитация из сугубо соматического термина переходит в понятие социальное, связанное с обществом, в котором живет индивид. Именно к данному, конкретному обществу должен он адаптироваться и именно здесь максимально полно реализовать свой потенциал, поскольку целью любого вида реабилитации является восстановление способности к социальному функционированию. Поэтому термины «реабилитация» и «социальная реабилитация» (в широком смысле слова) являются синонимами. Этому мнению придерживается ряд авторов^{2,3}. Отсюда следует, что состав компонентов и содержание процесса реабилитации для одного и того же случая будет различаться в разных культурах, странах, общественных системах. Вторая особенность определения – расширение контингента лиц, проходящих реабилитацию; это не только «больные и инвалиды», а дезадаптивное население, что позволяет включить в сюда жертв психологического насилия; лиц, вышедших из мест лишения свободы; заложников террористов и других лиц, нуждающихся в восстановлении способности к социальному функционированию.

¹ Словарь справочник по социальной работе. - М., 1997. – С. 282.

² Маккавейский, П.А. Об определении понятия «Реабилитация больных и инвалидов»/ П.А.Маккавейский, В.П.Шестаков, К.А.Каменков // Медико – социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. - №4. - С. 27 – 32.

³ Холостова, Е.И. Социальная реабилитация/ Е.И.Холостова, Н.Ф.Демисытсва. - М., 2002. – С.74.

**Соотнесение понятий
«социальная
реабилитация» и
«социальная адаптация»**

Говоря о реабилитации, невозможно обойти такое понятие, как «социальная адаптация». В литературе часто эти термины используются как синонимы, поэтому нужно выделить

существенные признаки этих понятий.

Вместе с тем, следует отметить, адаптация не тождественна понятию реабилитации, так как под ней подразумевается, что адаптируется только один субъект, поэтому это только часть процесса реабилитации. В случае реабилитации происходят обоюдные изменения как со стороны общества, социальной среды, так и со стороны индивида. Другой аспект отличия реабилитации и адаптации выделяет Н.Ф. Дементьева¹. В реабилитации участвуют приспособительные и компенсаторные механизмы, обеспечивая саморазвивающийся, динамический процесс. При этом происходит либо приспособление к условиям существования, либо возврат к прежнему состоянию в клиническом, социальном, психологическом плане. Таким образом, адаптация есть приспособление к дефекту, а реабилитация – преодоление его.

Социальная реабилитация личности осуществляется под влиянием совокупности многих условий, как социально-контролируемых и направленно-организуемых, так и стихийных, возникающих спонтанно. Она и есть атрибут образа жизни личности, и может рассматриваться как ее условие и как результат. Непременным условием социальной реабилитации является культурная самоактуализация личности, ее активная работа над своим социальным совершенствованием. Какими бы благоприятными ни были условия социальной реабилитации, ее результаты во многом зависят от активности самой личности.

Все вышесказанное обусловило признание реабилитации одним из приоритетных направлений государственной политики, позволяющим с наибольшей эффективностью и с наименьшими экономическими затратами решать проблемы людей и общества в

¹ Дементьева, Н.Ф. Некоторые аспекты развития геронтосоциологии/ Н.Ф.Дементьева // Вопросы медико-социальной помощи нетрудоспособным гражданам: сб. научных трудов. - М., 1990. - С. 9-10.

целом [Ю.Г. Григорьев, Н.В. Дементьева, А.А. Дыскин, Н.С. Степашов, Е.И. Холостова]. Всевозрастающее развитие и конкретизация реабилитационного направления в социальной работе, открытие специальных социальных учреждений актуализировали необходимость подготовки специалистов социальной работы к данному виду профессиональной деятельности.

2.2. Структура и этапы процесса социальной реабилитации

Процесс социальной реабилитации – это процесс взаимодействия личности и общества. Данное взаимодействие включает в себя, одной стороны, способ передачи индивиду социального опыта, способ включения его в систему общественных отношений, с другой стороны, процесс личностных изменений. Эта трактовка является наиболее традиционной для современной научной литературы, где под социальной реабилитацией понимается процесс социального становления человека, который включает в себя усвоение индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений. Сущность социальной реабилитации состоит в том, что в процессе ее человек формируется как член того общества, к которому он принадлежит.

Обобщая зарубежный и отечественный опыт социальной реабилитации лиц, обозначим основные особенности реабилитации как процесса:

- 1) равнозначность медицинских, социальных, психологических, педагогических и профессиональных аспектов реабилитации;
- 2) индивидуализированный и дифференцированный характер реабилитационных мероприятий;
- 3) создание программы реабилитации на основе учета всех сторон жизни человека - повседневной деятельности, психического и физического здоровья, социального и экономического статуса;
- 4) последовательность и преемственность мер реабилитации;
- 5) непрерывный, длительный характер реабилитации;

- 6) активное участие клиента в процессе реабилитации;
- 7) многообразие форм и методов реабилитации, применение их на основе системного подхода;
- 8) тесная связь между учреждениями, осуществляющими реабилитацию [В.М. Васильчиков, Н.В. Дементьева, Е.И. Холостова, М.И. Крупенко].

Этапы деятельности специалиста социальной работы в процессе реабилитации Технологический процесс деятельности специалиста социальной работы в процессе реабилитации включает в себя, как показывает практика, пять взаимосвязанных этапов [Н.В. Дементьева, А.К. Долгушин, Л.В. Мардахаев, В.А. Никитин, Е.И. Холостова]:

- 1) диагностико-прогностический (определение исходного реабилитационного потенциала, диагностика состояния, составление индивидуальной комплексной программы реабилитации);
- 2) этап выбора (разработки) оптимальных технологий, форм, методов работы;
- 3) этап непосредственной подготовки к реализации выбранных способов реабилитационной работы;
- 4) реализационный (реализация комплексной программы реабилитации, коррекция, научно-методический контроль);
- 5) экспертно-оценочный (систематизация, обобщение и контроль результатов реабилитации).

Каждый из этапов имеет свое назначение, содержание и последовательность реализационных действий. В каждой конкретной ситуации реабилитологу необходимо уяснить цель, условия ее реализации, особенности и возможности субъекта и объекта, особенности места реализации, возможные формы реализации и т.д. Разнообразие затруднений, с которыми сталкивается человек, становится причиной разнообразия условий социальной ситуации, в которых необходимо прибегать к наиболее целесообразному использованию способов, методов, средств и технологий. Каждая социальная проблема может предполагать

использование одной или нескольких технологий, их возможную интеграцию¹.

В процессе реабилитации, с точки зрения ученых, должен быть создан такой уровень взаимоотношений личности и среды, при котором человек не только сможет продуктивно выполнять адекватные его состоянию функции и удовлетворять свои потребности, но и будет способен сам воздействовать на социальную среду, придавая ей определенные социальные качества. Одним из условий эффективной реабилитации, согласно мнению ученых, считается *активная позиция клиента* в процессе реабилитации [Н.И. Бабкин, В.Г. Бочарова, Ю.Г. Григорьев, М.П. Гурьянова]. Поэтому реабилитация рассматривается как *субъект-субъектный процесс*. Человек изначально понимается как субъект своего жизненного процесса. Своей субъектностью он самоутверждается в жизни, самореализуется в ней как индивидуальность. Будучи субъектом, он не только преобразует внешнюю реальность, но и преобразует самого себя, утверждает себя как личность, развивается.

Структура социальной реабилитации	Несмотря на серьезные требования к целостности процесса реабилитации, он представляет собой совокупность относительно обособленных и структурированных элементов, которые могут быть отделены друг от друга в пространстве или во времени ² . Структура социальной реабилитации является предметом дискуссии. Так, Л.П. Храпылина предлагает выделять медицинские меры реабилитации, социальные меры реабилитации, профессиональную реабилитацию ³ . А.И. Осадчих отмечает такие компоненты, как правовой, социально-средовой, психологический, общественно-идеологический, производственно-экономический, анатомо-
--	---

¹ Социальная педагогика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. / под ред. В.А. Никитина. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000.

² Холостова, Е.И. Социальная реабилитация / Е.И.Холостова, Н.Ф.Дементьева. - М., 2002. - С. 62.

³ Храпылина, Л.П. Основы реабилитации инвалидов / Л.П.Храпылина. - М., 1996. - С. 12.

функциональный¹. Каждому из этих аспектов отвечает свое направление реабилитации.

Анализ существующих классификаций видов или компонентов реабилитации показывает, что в настоящее время можно выделить как минимум три подхода к составляющим компонентам реабилитации. Первый подход рассматривает реабилитацию преимущественно как прерогативу медицины, и основная ее цель – восстановление здоровья. В этом случае основной и единственный компонент – медицинская реабилитация.

Второй подход, наиболее распространенный в последнее время, выделяет в структуре реабилитационного процесса два блока: блок медицинской реабилитации и блок социальной реабилитации. Последний состоит из следующих видов реабилитации: психологической, социально-педагогической, социально-экономической, социально-бытовой, социально-культурной профессиональной (производственной) и др. Целью первого блока является восстановление здоровья, а целью второго – интеграция индивида в общество. Однако такой подход не решает создавшегося противоречия в теории социальной реабилитации. Оно заключается в том, что все ее компоненты тесно взаимосвязаны и переплетены друг с другом. Например, когда речь идет о медицинской реабилитации это не означает, что одновременно с медицинскими процедурами не проходит процесс психологической, социально - бытовой или социально-экономической реабилитации. Более того, результаты медицинского лечения, по мнению некоторых авторов, во многом будут зависеть и от эффективности психологической помощи и поддержки².

Третий подход является закономерным развитием предыдущего подхода к социальной реабилитации. В контексте данного подхода целесообразно использовать термин «компонент», вместо термина «вид» реабилитации. Это связано с тем, что все «виды» реабилитации, в конечном счете, направлены на

¹ Руководство по медико-социальной экспертизе и реабилитации / под ред. А. И. Осадчих. – М., 1999. – С. 106.

² Гринберг, Дж. Управление стрессом / Дж.Гринберг. - СПб., 2002. - С.59-86.

достижении одной цели: интеграции индивида в общество, поэтому они являются составными частями единого процесса социальной реабилитации. Благодаря этому в данном процессе не выделяют медицинскую реабилитацию как отдельный блок или вид, а рассматривают как один из компонентов, наряду с другими компонентами реабилитации. Следует отметить, что в данном случае речь идет не о снижении доли или значимости медицинской реабилитации в общем процессе реабилитации, а о повышении степени важности других компонентов. Более того, в зависимости от ситуации, доля и значимость каждого компонента могут меняться, например, в одних ситуациях будет превалировать медицинский компонент, а в других – социальный и т.д. Такой подход позволяет решить создавшееся противоречие при описании структуры реабилитации.

Таким образом, в процессе реабилитации можно выделить две категории: это этапы и компоненты процесса реабилитации. Под компонентами мы понимаем ряд мероприятий определенной направленности. Например, медицинский компонент может включать в себя клинические обследования, хирургию, протезирование и другие мероприятия. Один и тот же этап может состоять из нескольких компонентов, доля которых может различаться. Например, один из вариантов процесса социальной реабилитации можно представить следующим образом (рис.2.1.).

Название этапа реабилитации в этом случае определяется преобладающим компонентом на данном этапе. Например, если человек получил увечье, то первым этапом будет этап медицинской реабилитации, который направлен на восстановления здоровья. Однако на этом этапе также присутствуют и другие компоненты, например, психологический, социальный и т.д. Рассмотрим далее компоненты социальной реабилитации.

Доля компонента в этапе процесса реабилитации	Социальный	социальный	социальный	социальный
	психологический		психологический	
	медицинский		трудоустройство	
				психологический
		медицинский		трудоустройство
			медицинский	медицинский
	1 этап Медицинской реабилитации	2 этап Психологической реабилитации	3 этап Трудовой реабилитации	4 этап Социальной реабилитации

Рис.2.1. Процесс социальной реабилитации¹

Медицинский компонент реабилитации

Реабилитация больных и инвалидов является в настоящее время одним из приоритетных направлений медицины, как в нашей стране, так и за рубежом.

Первоочередными задачами, стоящими перед реабилитологами, являются: совершенствование методов восстановительного лечения; разработка критериев эффективности медицинской реабилитации для различных групп больных; совершенствование сбора данных, касающихся больных и инвалидов, с последующим созданием баз данных на местном, государственном и международном уровнях. В нашей стране, помимо этого, очень важно укрепление законодательной базы, относящейся к сфере медицинской реабилитации, а также совершенствование системы подготовки специалистов-реабилитологов на вузовском и послевузовском этапах.

Медицинская реабилитация направлена на полное или частичное восстановление или компенсацию той или иной нарушенной или утраченной функции или на возможное замедление прогрессирования заболевания.

Комитет ВОЗ (1980) дал следующее определение: *медицинская реабилитация* – это активный процесс, целью

которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это нереально – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе. Таким образом, медицинская реабилитация включает мероприятия по предотвращению инвалидности в период заболевания и помощь индивиду в достижении максимальной физической, психической, социальной, профессиональной и экономической полноценности, на которую он будет способен в рамках существующего заболевания.

Согласно международной классификации ВОЗ, принятой в Женеве в 1980 году, выделяют следующие уровни медико-биологических и психосоциальных последствий болезни и травмы, которые должны учитываться при проведении реабилитации:

- *повреждение (impairment, англ.)* – любая аномалия или утрата анатомических, физиологических, психологических структур или функций;
- *нарушение жизнедеятельности (disability, англ.)*, возникающее в результате повреждения, утраты или ограничения возможности осуществлять повседневную деятельность в мере или пределах, считающихся нормальными для человеческого общества;
- *социальные ограничения (handicap, англ.)*, возникающие в результате повреждения и нарушения жизнедеятельности, ограничения и препятствия для выполнения социальной роли, считающейся нормальной для данного индивидуума.

В последние годы в реабилитацию введено понятие «качество жизни, связанное со здоровьем» (healthrelated quality of life, англ.). При этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных и инвалидов.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации и направленности реабилитационных воздействий. Оптимальным является устранение или полная компенсация

повреждения путем проведения восстановительного лечения. Однако это не всегда возможно, и в этих случаях желательно организовать жизнедеятельность больного таким образом, чтобы исключить влияние на неё существующего анатомического и физиологического дефекта. Если при этом прежняя деятельность невозможна или отрицательно влияет на состояние здоровья, необходимо переключение больного на такие виды социальной активности, которые в наибольшей степени будут способствовать удовлетворению всех его потребностей.

Идеология медицинской реабилитации за последние годы претерпела значительную эволюцию. Если в 40-е годы основой политики в отношении хронически больных и инвалидов были их защита и уход за ними, то с 50-х годов начала развиваться концепция интеграции больных и инвалидов в обычное общество; особый упор сделан на их обучении, получение ими технических подсобных средств. В 70-80-е годы зарождается идея максимальной адаптации окружающей среды под нужды больных и инвалидов, всесторонней законодательной поддержки инвалидов в сфере образования, здравоохранения, социальных услуг и обеспечения трудовой деятельности. В связи с этим становится очевидным, что система медицинской реабилитации в очень большой степени зависит от экономического развития общества.

Несмотря на значительные различия систем медицинской реабилитации в разных странах, всё шире развивается международное сотрудничество в этой сфере, всё чаще поднимается вопрос о необходимости международного планирования и разработки координированной программы реабилитации физически неполноценных лиц. Так, период с 1983 по 1992 годы был объявлен ООН Интернациональной Декадой Инвалидов; в 1993 году Генеральная ассамблея ООН приняла «Стандартные правила уравнивания возможностей инвалидов», которые должны считаться в странах-членах ООН точкой отсчёта в сфере прав инвалидов. По-видимому, неизбежна дальнейшая трансформация идей и научно практических задач медицинской реабилитации, связанная с постепенно происходящими в обществе социально экономическими переменами.

Общие показания к медицинской реабилитации представлены в докладе Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности в реабилитации (1983). К ним относятся:

- значительное снижение функциональных способностей;
- снижение способности к обучению;
- особая подверженность воздействиям внешней среды;
- нарушения социальных отношений;
- нарушения трудовых отношений.

Общие противопоказания к применению реабилитационных мероприятий включают сопутствующие острые воспалительные и инфекционные заболевания, декомпенсированные соматические и онкологические заболевания, выраженные расстройства интеллектуально-мнестической сферы и психические заболевания, затрудняющие общение и возможность активного участия больного в реабилитационном процессе.

Целью медицинской реабилитации является вторичная профилактика, то есть предупреждение прогрессирования заболевания, развития осложнений и рецидивов, а также профилактика тяжелых функциональных нарушений, которые в конечном итоге и ведут к возникновению инвалидности или утяжелению ее признаков.

Объектом медицинской реабилитации является инвалид, больной человек. Медицинская реабилитация, осуществляемая первой по времени проведения реабилитационных мероприятий, является базисной, ведущей и по существу, так как в результате медико-реабилитационного воздействия восстанавливаются психофизиологические функции, на которых основываются социальные, профессиональные и другие, присущие человеку, виды деятельности.

Основные принципы медицинской реабилитации наиболее полно изложены одним из ее основоположников К. Ренкером¹:

¹ Ренкер, К. Профилактика и реабилитация инвалидности/ К.Ренкер // Здоровоохранение: Международный журнал. - 1978. - № 3/4. - С. 183-194.

1) *непрерывность и основательность* – реабилитация должна осуществляться, начиная с самого возникновения болезни или травмы и вплоть до полного возвращения человека в общество;

2) *комплексность* – проблема реабилитации должна решаться комплексно, с учётом всех её аспектов, с участием врачей и среднего медицинского персонала различного профиля (физиотерапия, массаж, ЛФК, психотерапия и др.) и специалистов других отраслей (психолога, юриста, представителей органов социального обеспечения, профсоюза и др.);

3) *доступность* – реабилитация должна быть доступной для всех, кто в ней нуждается;

4) *гибкость* – реабилитация должна приспосабливаться к постоянно меняющейся структуре болезней, а также учитывать технический прогресс и изменения социальных структур;

5) *неразрывная связь* лечебных и реабилитационных мероприятий;

6) *непрерывная* поэтапная реабилитация путем выполнения регулярных ежедневных физических упражнений с постепенно нарастающими физическими нагрузками и энерготратами организма во время выполнения упражнений;

7) *индивидуализация* программы реабилитации с учетом тяжести течения, клинических особенностей болезни, реакции больного на эти мероприятия и др.;

8) *тщательный врачебный контроль* за реабилитацией с проведением тестов на толерантность больного к физическим нагрузкам;

9) осуществление всех реабилитационных мероприятий *за счет государства*.

Проведение медицинской реабилитации пересекается с лечением заболеваний, так как и те и другие мероприятия направлены на исключение обострений в будущем и сведение инвалидности к минимуму. Желательно использование методики перехода (без перерыва) от лечения обострения к реабилитации. В случае появления дисфункций организма в процессе лечения необходимо предусматривать использование реабилитационных

мероприятий для подготовки к жизни в состоянии инвалидности с учетом ее последствий.

К медицинской реабилитации относятся все виды вмешательств, направленные на восстановление функций органов, систем или организма в целом, на профилактику и ликвидацию осложнений и рецидивов заболевания. В соответствии с ФЗ «О социальной защите инвалидов РФ»¹ медицинская реабилитация включает в себя восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование.

Восстановительная терапия направлена на восстановление функций организма. Она включает методы: механотерапию, физиотерапию, кинезотерапию, массаж, иглорефлексотерапию, грязе- и бальнеотерапию, традиционную терапию, трудотерапию, предоставление логопедической помощи и др.

Реконструктивная хирургия – это оперативное восстановление анатомической целостности и физиологического функционирования отдельных органов и частей организма.

Методы реконструктивной хирургии:

- органозамещающие (пересадка донорских либо искусственных органов);
- органовосстанавливающие (пластические операции на внутренних органах – пищевод, гортань и т.д.);
- косметические (пластические операции на лице).

Протезирование – замена частично или полностью утраченного органа искусственным эквивалентом (протезом) с максимальным сохранением индивидуальных особенностей замененного в ходе протезирования органа (конечности и др.).

Протезы могут быть функциональными (для передвижения, захвата предметов, резания продуктов и др.) и косметическими (глазная яблоко, ушная раковина, молочная железа).

Ортезирование – компенсация частично или полностью утраченных функций опорно-двигательного аппарата с помощью дополнительных внешних устройств (ортезов), обеспечивающих

¹ О социальной защите инвалидов в Российской Федерации: Федеральный Закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ // Собрание законодательства РФ. – 1995. - № 48. - С. 45-63.

выполнение этих функций (корсеты, бандажи, ортопедическая обувь, стельки).

Система восстановительных мероприятий в лечебно-профилактической практике также подразделяется на несколько *этапов* (фаз). Первый этап – *стационарный*. В этот период обеспечивается не только клиническое выздоровление и восстановление функций пораженных органов и систем, но и подготовка больного к следующему этапу. Лучше всего его проводить в условиях многопрофильной или специализированной детской больницы, чтобы обеспечивать в относительно короткий срок всестороннее обследование больного и качественное лечение.

Второй – *санаторный этап* восстановительного лечения. На этом этапе по возможности достигается полное восстановление здоровья при нормализации морфологических и функциональных характеристик. Данный период особенно необходим лицам с нарушениями адаптивности, а также при наличии стойких остаточных явлений патологического процесса. Основная цель – подготовить больного к активной жизни. Создаются предпосылки к рациональной перестройке режима дня, изменению сложившихся привычек, к систематическому проведению профилактических мероприятий, включая вторичную профилактику. Помимо санатория, возможно восстановительное лечение в отделении восстановительной терапии.

Третий – *адаптационно-компенсаторный этап* восстановительного лечения. Осуществляется, как правило, в домашних условиях. Контроль за проведением этого этапа возлагается на специализированный реабилитационный центр или поликлинику. Содержание реабилитационных мероприятий определяется не только условиями, в которых оказывается больной, но и состоянием его здоровья и степенью адаптационных возможностей организма. Основным видом медицинской реабилитации на данном этапе является рациональная методика диспансерного наблюдения за больными.

Право на бесплатную реабилитационную помощь закреплено законодательствами о здравоохранении и труде. По существу между периодом заболевания человека и периодом медицинской

реабилитации, или восстановительного лечения, нет четкой границы, так как лечение всегда направлено на восстановление здоровья и возвращения к трудовой деятельности, однако мероприятия по медицинской реабилитации начинаются в больничном учреждении, когда прекратились острые проявления болезни. Именно тогда наступает пора восстановительных мероприятий, для этого применяются все виды необходимого лечения – хирургическое, терапевтическое, ортопедическое, курортное и другие. Восстановительное лечение должно носить комплексный характер, включать наряду с медицинскими, физическими, психологическими методами реабилитации, показательные и необходимые в этот период те или иные

Снятие личностной реакции, коррекция её происходят в зависимости от успеха «основного» комплекса мероприятий, направленных на восстановление (реституцию) или компенсацию затронутых функций. Реабилитация подразумевает последовательность и этапность (восстановительная терапия, реадaptация и собственно реабилитация). Таким образом, реабилитация представляет собой одновременно цель – восстановление или сохранение статуса личности, процесс, имеющий нейрофизиологические и психологические механизмы, и метод подхода к больному человеку.

В настоящее время установлено, что рациональный труд улучшает сердечно-сосудистую деятельность и кровообращение, а также обмен веществ. В то время как длительная неподвижность приводит к атрофии мышц и преждевременному старению. Поэтому чрезвычайно большое значение в процессе лечения приобретает *трудотерапия*. Основными задачами трудотерапии являются:

1) восстановление физических функций:

- увеличение подвижности суставов, укрепление мышц, восстановление координации движения, увеличение и поддержание способности к освоению рабочих навыков;
- обучение каждодневным видам деятельности (прием пищи, одевание и др.);

- обучение домашней работе (уход за детьми, домом, приготовление пищи и т.д.);
- обучение пользованию протезами и ортезами, а также уход за ними.

2) изготовление в отделении трудотерапии упрощенных приспособлений, позволяющих инвалиду заниматься каждодневными видами трудовой и бытовой деятельности;

3) определение степени профессиональной трудоспособности с целью оптимального выбора вида работы, которая подходит в конкретном случае¹.

Для реализации всех этих направлений важное значение имеет материально-техническая и штатная обеспеченность реабилитационных учреждений. Структура и оснащенность отдельных кабинетов и подразделений определяется мощностью учреждения и составом больных, проходящих реабилитацию. Наиболее общими структурными подразделениями являются: отделение физиотерапии, включающее кабинеты аппаратной физиотерапии, залы лечебной гимнастики и механотерапии, кабинеты мануальной терапии, лечебного массажа, иглорефлексотерапии; комплекс лабораторий для проведения клинических и биохимических исследований, рентгенологическое отделение.

Основными специалистами, входящими в бригаду, являются специалисты по реабилитации и физиотерапии, медицинский психолог, психотерапевт, социальный работник, при необходимости – логопед. Бригаду возглавляет врач-реабилитолог.

Медицинские и сопутствующие им мероприятия – лишь основа для проведения дальнейшей долговременной работы по социальной реабилитации индивида в целях его адаптации к жизни общества и социальной среде.

¹ Трудотерапия как метод реабилитации инвалидов / под. ред. А.Н. Дашкиной. – М.: Изд-во Социально-технологического института, 1998.

**Психологический
компонент
реабилитации**

Активность человека (в рамках психической организации) получает два основополагающих направления: познание внешнего мира, производство предметов, преобразование окружающей

действительности и нахождение смысла своего бытия в мире и тех его продуктов, которые имеют значение для этого бытия. Каждое из указанных направлений порождает и соответствующие сферы приложения психической активности. Одно – это мир вещей и деятельность, которая производит эти «вещи», другое – мир идей, связанный со смыслообразованием, производством смысла.

В возникновении и течении многих хронических заболеваний существенную роль играют психические факторы: конфликтные ситуации в семье, эмоциональные переживания. Личность больного, его социальные связи страдают с самого начала соматического заболевания, на что больной, как правило, реагирует. Эффективность психологического компонента реабилитации определяется не мерой соответствия заранее заложенным эталонам «нормы», как это принято в клинической практике, а становлением способности индивида к дальнейшей самореализации, саморазвитию. Личность, умеющая проявлять независимость от болезни и обстоятельств, сделать при необходимости свой жизненный выбор, вполне соотносимый с ее собственными, а не заданными и диктуемыми извне намерениями, мотивами, установками – вот основная задача психологического компонента реабилитации.

Психологическая реабилитация состоит из двух частей: социально-психологической реабилитации и психической реабилитации. *Социально-психологическая* реабилитация направлена на восстановление социальных связей, создание системы социально-психологической поддержки и самоподдержки. *Психическая реабилитация* трактуется как система медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социально-трудового статуса больных и инвалидов, а также лиц,

перенесших заболевание, получивших психическую травму в результате резкого изменения социальных отношений, условий жизни и т.д.¹ Эта форма реабилитации сопровождает весь цикл лечебно-восстановительных мероприятий.

В отечественной медицинской психологии разработаны следующие принципы психической реабилитации:

- партнерство – всемерное вовлечение больного в лечебно-восстановительный процесс;
- разноплановость усилий – направленность реабилитационного процесса на различные сферы жизнедеятельности; единство психосоциальных и биологических методов воздействия;
- ступенчатость – создание «переходов» от одного реабилитационного мероприятия к другому.

Актуальной задачей психической реабилитации является разработка эффективных методов восстановления личностных установок, направленных на преодоление последствий болезни у лиц, перенесших нервные и психические заболевания, протезирование органов, тяжелые хирургические вмешательства, имеющих хронические заболевания, нуждающихся в психологической коррекции в случаях изменения жизненных стереотипов, социальной дезадаптации (в результате длительного лечения, социальной изоляции, стихийных бедствий и т.д.). Особое внимание в психической реабилитации уделяется работе, направленной на компенсацию утраченных профессиональных и социально-адаптивных качеств. Осуществление психической реабилитации требует создания психологических условий, содействующих сохранению положительного эффекта лечения (например, организация досуга, общения, диспансеризация).

Психологический компонент реабилитации проводится психологом, психотерапевтом, специалистом социальной работы, включая в себя психологическое консультирование, индивидуальную и групповую психотерапию, психокоррекцию, социально – психологические тренинги, социально-

¹ Словарь практического психолога / сост. С.Ю. Головин. - Минск, 1997. – С.557.

психологический патронаж семьи, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, привлечение реабилитируемых к участию в группах поддержки, клубах общения.

Психологическое консультирование – профессиональная помощь клиенту в поиске выхода из проблемной ситуации¹. Профессиональное консультирование могут проводить психологи, специалисты социальной работы, педагоги или врачи, прошедшие специальную подготовку. Психологическое консультирование должно обеспечить оказание клиентам квалифицированной помощи в правильном понимании и налаживании межличностных взаимоотношений, связанных со способами предупреждения и преодоления семейных конфликтов, с методикой семейного воспитания, с формированием семейных и супружеских отношений в молодых семьях и созданием в них благоприятного микроклимата и др.

Клиент, проходящий реабилитацию, в этом случае воспринимается консультантом как дееспособный субъект, ответственный за решение своей проблемы. В этом основное отличие психологического консультирования от психотерапии. От так называемой “дружеской беседы” психологическое консультирование отличается нейтральной позицией консультанта. Выделяются три основных подхода в психологическом консультировании.

1. Проблемно-ориентированное консультирование направлено на анализ сущности и внешних причин проблемы, поиск путей разрешения. Подход подразумевает подключение к консультированию членов семьи пациента и организационную помощь ему и его семье.

2. Личностно-ориентированное консультирование центрировано на анализе индивидуальных причин проблемы, генезиса деструктивных личностных стереотипов, предотвращении подобных проблем в будущем. В этом случае консультант

¹ Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2002. – С.203-204.

принципиально воздерживается от советов и организационной помощи.

3. Решение-ориентированное консультирование
центрировано на выявлении ресурсов для решения проблемы.

Как правило, при реабилитации применяется преимущественно первый и третий подходы. В рамках консультирования может также проводиться семейное консультирование. В этом случае вся семья рассматривается в качестве пациента, проблема – как коллективная, а решения принимаются с учетом мнений всех членов. Основное требование к консультанту – соблюдение нейтральности, независимость от различных семейных группировок. Психологическое консультирование также может проводиться дистантно с помощью технических средств связи, например, телефон доверия, интернет.

Независимо от вышеприведенных концептуальных ориентаций выделяют основные цели и задачи психологического консультирования и алгоритм технических этапов.

Цели и задачи психологического консультирования:

- 1) эмоциональная поддержка и внимание к переживаниям пациента, связанным как с процессом реабилитации, так и вне его;
- 2) расширение сознания и повышение психологической компетентности – как способ адаптации индивида в обществе;
- 3) изменение отношения к проблеме (от «тупика» к «выбору решения»);
- 4) повышение стрессовой и кризисной толерантности;
- 5) развитие реалистичности и плюралистичности мировоззрения;
- 6) повышение ответственности клиента и выработка готовности к творческому освоению мира, что способствует росту его самостоятельности и независимости.

Б.Д. Карвасарский¹ выделяет следующие этапы психологического консультирования:

- 1) установление контакта профессионального консультирования;

¹ Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2002. – С. 204.

- 2) предоставление пациенту возможности выговориться;
- 3) предоставление пациенту эмоциональной поддержки и информации о позитивных аспектах его проблемной ситуации;
- 4) совместная с пациентом переформулировка проблемы;
- 5) заключение динамического контракта (обсуждение организационных аспектов и доли ответственности пациента и консультанта, выявление и коррекция нереалистичных ожиданий пациента);
- 6) формирование банка возможных альтернатив решения проблемы;
- 7) выбор оптимального решения из выявленного списка с точки зрения пациента;
- 8) закрепление мотивации и планирование реализации выбранного решения;
- 9) завершение консультирования с предоставлением пациенту права повторного обращения при необходимости либо назначение катанестической, поддерживающей встречи.

Под *психотерапией* в настоящее время принято понимать комплексное лечебное вербальное и невербальное воздействие на эмоции, суждения, самосознание человека при многих психических, нервных и психосоматических заболеваниях. Условно различают *клинически ориентированную* психотерапию, направленную преимущественно на смягчение или ликвидацию имеющейся симптоматики, и *личностно ориентированную психотерапию*, которая стремится помочь человеку изменить свое отношение к социальному окружению и к собственной личности¹.

*Групповая психотерапия*². Психотерапевтический метод, специфика которого заключается в целенаправленном использовании групповой динамики, т.е. всей совокупности взаимоотношений и взаимодействий, возникающих между участниками группы, включая и группового психотерапевта, в лечебных целях.

¹ Психология: словарь / под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1990.

² Психотерапевтическая энциклопедия / под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб., 2002. –С. 48-49.

Принципиально групповая психотерапия не является самостоятельным направлением в психотерапии, а представляет собой лишь специфический метод, при использовании которого основным инструментом психотерапевтического воздействия выступает группа пациентов, в отличие от индивидуальной психотерапии, где таким инструментом является только психотерапевт.

Цели и задачи групповой психотерапии как метода, ориентированного на личностные изменения, в определенной степени различаются в зависимости от теоретических представлений о личности и природе ее нарушений, однако опора на групповую динамику существенно сближает позиции. В самом общем виде цели групповой психотерапии определяются как раскрытие, анализ, осознание и переработка проблем пациента, его внутриличностных и межличностных конфликтов и коррекция неадекватных отношений, установок, эмоциональных и поведенческих стереотипов на основе анализа и использования межличностного взаимодействия. Это позволяет определить общую цель групповой психотерапии как расширение сферы самосознания пациента.

Психологическая коррекция определяется как направленное психологическое воздействие на те или иные психологические структуры с целью обеспечения полноценного развития и функционирования личности¹. Психокоррекция как активное психологическое воздействие должна обеспечить преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении клиентов (неблагоприятных форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения отдельных лиц, конфликтных отношений родителей с детьми, нарушений общения у детей или искажения в их психическом развитии и т.д.) для приведения указанных показателей в соответствие с возрастными нормами и требованиями социальной среды.

¹ Илсурина, Г.Л. Групповые методы психотерапии и психокоррекции / Г.Л.Илсурина // Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л.: Медицина, 1983. – С.231-254.

Социально-психологические тренинги как методика активного психологического воздействия должны обеспечить помощь клиенту в развитии коммуникативных навыков, условия для развития умений налаживания межличностных взаимоотношений, содействие предупреждению и преодолению семейных конфликтов, поддержку процесса индивидуальной психотерапии, снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, содействие в развитии и формировании личностных предпосылок для адаптации к обществу и самореализации индивида. Психологический тренинг может также включать тренинг психических функций (например, память, внимание), в задачи которого входит «тренировка» психических функций посредством определенного рода нагрузок.

Психодиагностика и обследование личности должны по результатам определения и анализа психического состояния и индивидуальных особенностей личности клиента, влияющих на отклонение в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, дать необходимую информацию для составления прогноза и разработки рекомендаций по проведению коррекционных мероприятий.

Социально-психологический патронаж на основе систематического наблюдения за клиентами обеспечивает своевременное выявление ситуаций психического дискомфорта, личностного (внутриличностного) или межличностного конфликта и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию клиента, и оказание им необходимой в данный момент социально-психологической помощи.

Психопрофилактическая работа представляет собой комплекс мероприятий, направленных на приобретение клиентом психологических знаний, формирование у него общей психологической культуры, своевременное предупреждение возможных психологических нарушений.

Психогигиеническая работа является комплексом мероприятий, направленных на создание условий для полноценного психологического функционирования личности (устранение или снижение факторов психологического

дискомфорта на рабочем месте, в семье и других социальных группах, в которые включен инвалид).

Привлечение индивидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения способствует оказанию им психологической поддержки и созданию среды взаимопомощи в выходе из состояния дискомфорта (если оно есть), поддержании и укреплении психического здоровья, повышении стрессоустойчивости, развитии уровня психологической культуры, в первую очередь, в сфере межличностных отношений и общения, расширение системы социальных связей.

Социально-педагогический компонент реабилитации

Социально-педагогический компонент реабилитации предполагает организацию мер педагогической помощи в социализации индивида.

Обучение предусматривает предоставление помощи человеку в компенсации психологических изменений (когда врожденный или приобретенный дефект занимает центральное место в формировании и становлении личности), в формировании положительных установок на развитие других способностей индивида, что будет компенсировать его состояние.

Важнейшей задачей является также подготовка человека к трудовой деятельности (трудотерапия). В процессе труда человек ощущает свою социальную значимость, вносит свою лепту в общее дело.

Социально-бытовой компонент реабилитации

Социально-бытовой компонент реабилитации касается в основном инвалидов и включает в себя социально-средовую ориентацию, социально-

бытовую адаптацию и социально-бытовое устройство. Федеральное российское законодательство выделяет и такое направление реабилитационной деятельности, как *«социальная реабилитация инвалидов»*, подразумевая деятельность по социально-бытовой адаптации и социально-средовой реабилитации. Подобное употребление терминов, когда одно из направлений реабилитации приводится под таким же названием, как и вся совокупность

деятельности по восстановлению способностей социального функционирования, свидетельствует не только о том, что при разработке документов 1995г. была допущена некоторая торопливость, но также о том, что в понимании содержания этого процесса имеются определенные теоретические и методологические противоречия¹. По нашему мнению, термин «социальная реабилитация» следует оставить за описанием общего процесса, а в качестве компонента выделить социально-бытовой компонент реабилитации.

**Профессиональный
компонент
реабилитации**

Профессиональная реабилитация – это процесс и система восстановления конкурентоспособности индивида на рынке труда; включает в себя профессиональную ориентацию, образование, профессионально-производственную адаптацию и трудоустройство. В случае социальной недостаточности (в виде ограничения способности к профессиональной деятельности) меры социальной реабилитации требуют наряду с профориентацией приспособления производства и режима труда к нуждам клиента (если это необходимо).

Дополнительно к основным компонентам можно выделить социально-правовой, социально-экономический и социально-культурный компоненты.

**Социально-
экономический
компонент**

Все виды помощи, обеспечивающие социально-экономическую реабилитацию, можно сгруппировать в следующие.

1) *Материальная помощь в денежной* форме в виде пенсий, пособий, компенсаций, дотаций, целевых и компенсационных выплат.

2) *Материальная помощь в натуральной форме* – в виде готовой пищи, продуктов питания, одежды, обуви, белья, предметов домашнего обихода.

3) *Льготы.*

¹ Холостова, Е.И. Социальная реабилитация/ Е.И.Холостова, Н.Ф.Демсеньева. - М., 2002. - С.65.

4) *Социальное обслуживание* – организация питания, доставка продуктов, вещей, лекарств, содействие в получении медицинской помощи, поддержание надлежащих условий проживания, содействие в организации юридической помощи, организация ритуальных услуг и другие виды помощи.

Социально-правовой компонент реабилитации Социально-правовая реабилитация предполагает оформление необходимых документов, консультирование по гарантиям, компенсациям и льготам, контроль за их обеспечением.

Социально-культурный компонент реабилитации Искусство и культура являются прекрасными образовательными и реабилитационными средствами, обеспечивающими развитие разнообразных жизненно важных познавательных навыков; повышение уровня самооценки личности; творческое самовыражение; развитие навыков общения; формирование активной жизненной позиции. Искусство способно сделать жизнь многих людей богатой и содержательной.

2.3. Возникновение элементов социальной реабилитации в истории человечества

Социальная реабилитация различных категорий населения имеет весьма интересную, но малоизвестную даже для специалистов историю¹. В связи с этим целью данного раздела учебника является, в какой-то мере, восполнение имеющегося пробела, рассмотрение наиболее важных направлений, Элементов, видов, форм и методов этой работы в исторической ретроспективе. Конечно, одинаково осветить все аспекты истории социальной реабилитации в силу ее слабой изученности в литературе, невозможно. Однако, общее представление об этой стороне человеческой деятельности, мы получить сможем. При написании

¹ Большая советская энциклопедия: в 30 тт. - М., 1975. - Т. 21. - Стлб. 1536.

данного раздела учебника была использована периодизация развития основных этапов помощи и взаимопомощи в России, предложенная отечественным историком социальной работы М.В. Фирсовым.¹ Применительно к предмету нашего анализа эта периодизация была несколько переосмыслена и дополнена, но общая канва в основном сохранена.

**Зарождение
реабилитации в
первобытном обществе**

Уже древнейшие люди проявляли коллективную заботу о больных сородичах. Находка Э.Дюбуа в 1891 г. на о. Ява подтверждает этот вывод: без поддержки коллектива сородичей тяжелобольной индивид (питекантроп), по всей вероятности, хромой, с ограниченными возможностями самозащиты, неизбежно должен был бы погибнуть на ранних стадиях заболевания; однако он жил долгие годы, будучи калеккой.

Среди обнаруженных археологами скелетов часто встречаются скелеты тяжело больных древних людей, которые могли выжить, только находясь под защитой коллектива сородичей и получая достаточное количество пищи, которую сами они не добывали. Так, в пещере Ла Шапель (на территории Франции) обнаружен скелет мужчины-палеоантропа, который умер в возрасте около 45 лет, будучи полным калеккой. В 1953-1960 гг. в Ираке археологическая экспедиция под руководством Р. Солецки обнаружила в пещере Шанидар, в горах Загроса девять скелетов тяжело больных древних людей, захороненных в период от 70 до 44 тыс. лет тому назад.

Кости скелета мужчины Шанидар-1, жившего примерно 45 тыс. лет тому назад, имеют серьезное повреждение латеральной стенки левой глазничной впадины (в результате чего этот древний человек был, по всей вероятности, слеп на левый глаз), заживший перелом костей стопы с выраженным артритом ее суставов; его правая рука была в результате травмы или намеренно ампутирована выше локтя за много лет до смерти, что привело к

¹ Фирсов, М.В. История социальной работы: учебное пособие/ М.В.Фирсов. - М., 2007. - С. 15.

выраженной дистрофии костной ткани. Стертость наружной части передних зубов говорит о том, что, пережив ампутацию, этот человек многие годы использовал зубы вместо утраченной правой руки. Будучи полным калекой, он жил среди сородичей, которые оказывали ему помощь, и умер в возрасте около 40 лет (что значительно выше средней продолжительности жизни первобытных людей в 30 с небольшим лет). Это подтверждают исследования других скелетов людей из пещеры Шанидар, которые также сохранили следы серьезных повреждений с последующим заживлением костной ткани¹.

Таким образом, уже данные факты позволяют предположить о существовании отдельных элементов *социальной реабилитации*, в частности *социально-медицинской* и *социально-бытовой* уже в первобытном человеческом обществе.

Элементы социальной реабилитации в древних государствах Социальная реабилитация, в самом широком смысле этого слова, как технология восстановления жизненных сил человека, наиболее характерна для индустриального и постиндустриального общества, то есть общества, вставшего на буржуазный (капиталистический) путь развития, хотя ее отдельные проявления мы можем наблюдать и в ранней истории человечества (древние цивилизации Шумера, Вавилонa, Египта, Индии и др.), в античной Греции, в древнем Риме, Византийской империи, в западной Европе периода Нового времени. Именно тогда появляются первые элементы социальной реабилитации различных категорий населения, такие как: обеспечение ветеранов войн земельными наделами², переселение малообеспеченных и безработных на свободные земли (колонизация), создание работных домов и организация трудовой помощи для инвалидов, восстановление утраченных функций организма у больных и др.

¹ Сорокина, Т.С. Эхо истории – сколько нам лет/ Т.С.Сорокина // Здоровье. - 1989. - №1.

² Ветеран – старший, опытный воин; участник прошедшей войны. Во времена Республики ветераном считался каждый, отслуживший в армии шесть лет подряд. Сам термин «veteranus» появился в середине I в. до н.э.

В литературе отмечается, что уже врачеватели древней Индии производили ампутации конечностей, умели восстанавливать носы, уши и губы потерянные или искаленные в бою или по приговору суда. Известны факты изготовления протезов, использования горного хрусталя для восстановления зрения. Во времена Ашоки (268-231 гг. до н. э.) – самого выдающего правителя древней Индии при буддийских храмах строили богадельни и помещения для больных – дхарма-шала (лечебницы), которые в Индии появились на несколько веков раньше, чем в Европе. Несколько позже, в период империи Гупт (IV-VI вв. н. э.) – золотой век индийской истории – в стране стали сооружать специальные дома для калек, увечных, вдов, сирот и больных.

Объектом особого внимания древних государств были состарившиеся и получившие увечья солдаты. В Древнем Египте и Римской империи ветераны обеспечивались государством земельными наделами, нередко значительными, им выдавались единовременное или регулярное денежное пособие, даровалось право беспошлинной торговли, прочие льготы и привилегии, размер которых зависел от звания перед выходом в отставку и срока службы. Срок службы в римском легионе составлял 20 лет, во вспомогательных войсках – до 25 лет; до отставки солдат не имел права вступать в брак. Ветераны и их потомки могли рассчитывать на получение римского гражданства¹. Около 5 г. н. э. основной формой ветеранского обеспечения стало денежное вознаграждение. Однако, переход на денежную форму вознаграждения ветеранов оказался непосильным испытанием для государства. Система ветеранского обеспечения существовала с небольшими изменениями до начала II века. Выслуживший полный срок службы легионер получал почетную отставку, предусматривавшую наделение ветерана налоговыми льготами, юридическими привилегиями, деньгами или земельным наделом².

¹ Кулаковский, Ю. Надел ветеранов землей и военные поселения в Римской империи/ Ю.Кулаковский. - Киев, 1881; Он же. Армия в Римской империи. - Киев, 1894.

² Колобов, А.В. Римские легионы вне полей сражений (Эпоха раннего принципата): учебное пособие/ А.В.Колобов. - Пермь, 1999.

В древнем Риме активно развивались такие виды реабилитации как *социально-медицинская, социально-экономическая и социально-бытовая реабилитация* солдат (ветеранов). В древнеримском государстве была достаточно развита военная медицина¹, имелись госпитали (*valetudinarium*) с палатами и операционными, в которых проводились сложнейшие операции. Важное место в римской системе *реабилитации* раненых и больных воинов играли водные процедуры: в каждом госпитале имелись ванные комнаты, а иногда и бассейны.

Следует отметить, что в Риме большое значение в системе *реабилитации* играли бани – термы (греч. *thermae* – горячие бани, от *thermos* – теплый). Первые термы были построены в III в. до н. э. Марком Агриппой, который передал их в бесплатное пользование населению города. К концу периода республики – в Риме насчитывалось 170 общественных терм, а ко времени заката империи (IV в.) их было уже около тысячи. Пропускная способность столичных терм позволяла десяткам и даже сотням тысяч людей мыться одновременно. В термах имелись многочисленные помещения: зал для занятия спортом (*palaestra*), раздевалка (*apodyterium*), горячая баня (*caldarium*), теплая баня (*tepidarium*), холодная баня (*frigidarium*), бассейн (*natatio*). Согласно традициям тогдашней медицины, баня принадлежала к числу действенных врачебных средств, и при лечении некоторых болезней без нее не обходились.

С историей древнего Рима связаны и первые достоверные свидетельства о существовании специальных приборов для восстановления зрения. В то время было известно, что стеклянный шар, наполненный водой, обладает способностью увеличивать видимые через него предметы. Философ Сенека, живший в I веке н. э. отмечал, что при рассматривании через такой шар мелкое, неясное письмо кажется больше и разборчивее. В литературе отмечается, что первым кто начал использовать оптические средства был император Нерон. Подслеповатый Нерон для того,

¹ Каждая когорта имела, четырех врачей-хирургов; во флоте на каждом военном корабле, было по одному врачу. Каждому воину полагалось иметь при себе необходимый перевязочный материал для оказания первой помощи себе и раненым товарищам.

чтобы рассмотреть детали гладиаторских поединков использовал специальный изумруд.

С историей Византии тесно связано возникновение и развитие монастырских больниц и больничного дела, как элемента *социально-медицинской и социально-бытовой реабилитации*. Корни ее уходят в начало IV в., когда на территории Египта зародилось пустынножительство – первая форма монашества. Первый «общежитийский монастырь» (киновия) был основан в Египте в 320 г. Впоследствии монастыри стали появляться в Палестине, Сирии и других областях Византийской империи. Деловая организация и дисциплина монастырей позволили им в трудные годы войн и эпидемий оставаться цитаделью порядка и принимать под свою крышу стариков и детей, раненых и больных. Так возникли первые ксенодохии (то есть монастырские приюты для увечных и больных путников). Василий Великий закрепил их создание в составленном им Уставе киновитских общин, который сохранял свое значение во все века православного монашества, в том числе и на Руси.

Социальная реабилитация в Новое время

В Новое время во многих европейских странах возникли специальные инвалидные дома – военные богадельни для призрения раненых, болезненных и престарелых воинов и их семейств. Мы можем рассматривать эти учреждения как элемент *социально-бытовой и социально-медицинской реабилитации*. Первые два учреждения такого рода были устроены во Франции в 1606 г. Генрихом IV. В 1671 г. Людовик XIV основал в Париже знаменитый «Дом Инвалидов». Примерно в это же время были основаны инвалидные дома в Англии: в Челси и в Гринвиче (для моряков), а несколько позже в Берлине и в некоторых городах Австрии.

Нечто подобное происходило и в Северной Америке, в частности в государстве ацтеков, которому принадлежали земли от Мексиканского залива до Тихого океана. В 1519-1521 гг. государство ацтеков и подвластные ему территории были завоеваны испанскими конкистадорами под предводительством Эрнана Кортеса. По свидетельству завоевателей в ацтекском

государстве имелись военные «госпитали», а также специальные помещения для изоляции уродов, альбиносов, больных неизлечимыми и неизвестными болезнями. В Империи инков также существовали приюты для больных; а увечным и больным от рождения запрещалось вступать в брак.

Таким образом, исторически первой категорией, подлежавшей социальной реабилитации практически везде являлись *бывшие военные (ветераны)*, после многолетней службы и участия в войнах, как правило, израненные и изуеченные, являвшиеся в большинстве случаев инвалидами¹. А видами этой реабилитации, очевидно, являлись *социально-медицинская, социально-бытовая и социально-экономическая реабилитация*.

Еще в средние века произошло распространение деятельности монастырей и церковных общин на сирот, бездомных, нищих и проституток; возникают попечения о бедных и госпитали. В эпоху Реформации в европейских странах, благодаря идеям Лютера было признано, что способные к труду должны работать, неспособные – призреваться, дети бедных должны учиться в школах и обучаться ремеслу. В связи с этим стали открываться работные дома, дома трудолюбия, земледельческие колонии и др. Таким образом, с течением времени реабилитационные мероприятия стали распространяться и на прочие категории населения (сирот, инвалидов труда, малоимущих и др.)

Изменение отношения к инвалидам: от физического уничтожения к социальной реабилитации

Другое отношение в древнем мире было к инвалидам «не военным», особенно к инвалидам с детства, к которым государство относилось по-разному, от полного игнорирования их, вплоть до физического уничтожения – инфантицида (Спарта). Так в Спарте родившийся ребенок показывался геронтам, определявшим его

¹Понятие «инвалид» – определяется (от лат. *invalidus* – слабый, немощный) – а) лицо частично или полностью утратившее трудоспособность; б) в дореволюционной России называли старых солдат, неспособных к строевой военной службе из-за увечья или ранения; в) иногда это слово употреблялось как понятие «ветеран». До военной реформы 1874 г. термин «инвалид» обозначал военнослужащего не способного нести гарнизонную и караульную службу, т.е. – фактически больного.

физическое состояние и здоровье. По указанию геронтов слабых и больных детей сбрасывали в пропасть.

Кроме того, в античных государствах не считали равноправными членами общества слепых и глухих. В философских трактатах Аристотеля «О чувствах чувствующих», «О чувственных восприятиях и их объектах» отмечалось отрицательное влияние глухоты и слепоты на физическое развитие и социальные возможности ребенка. «Пусть в силе будет тот закон, – писал Аристотель, – что ни одного калеки ребенка кормить не следует»¹.

В древнем Риме детей-инвалидов выбрасывали на улицу со дня их рождения, так как их рождение считалось плохим предзнаменованием для семьи. Древнеримский философ Сенека писал: «Мы убиваем уродов и топим детей, которые рождаются на свет хилыми и обезображенными. Мы поступаем так не из-за гнева или досады, а, руководствуясь правилами разума: отделять негодное от здорового»².

По мере становления христианства при церквях появляются больницы, приюты для сирот и престарелых, в том числе слепых и глухих. Известно, что уже в середине V в. в Сирии некий отшельник Лимпеус давал кров слепым, обучая их церковному пению³, а французский епископ Бернард в VII в. учредил приют для слепых⁴. В 1198 г. в Париже и в Баварии для ослепших во время крестовых походов рыцарей возникают специальные убежища⁵. В 1285 г. для восстановления зрения появились линзы из драгоценных камней. Они прикреплялись к шлему воина на уровне глаз, а через 100 лет эти линзы стали очками – такими, какими их знают все. Очевидно, очки могли появиться только после того, как удалось приготовить бесцветное прозрачное стекло. Впервые его начали производить в конце XIII в. на севере Италии. Есть

¹ Дьячков, А.И. Воспитание и обучение глухонемых детей/ А.И.Дьячков. - М., 1957. - С. 26.

² Дьячков, А.И. Указ. соч. С. 28.

³ Феоктистова, В.А. Очерки истории зарубежной тифлопедагогики и практики обучения слепых и слабовидящих детей/ В.А.Феоктистова. - М., 1981. - С. 16.

⁴ Там же.

⁵ Там же.

основания считать, что именно там и появились первые очки. В России очки появились, видимо, в конце XV в.

Развитие терпимого отношения к глухим в странах западной Европы началось в эпоху Возрождения. Начало практики индивидуального обучения глухих было положено Джероламо Кардано (1501-1576 гг.), который дал физиологическое объяснение глухоты и немоты. В своих исследованиях Д. Кардано доказывал возможность умственного развития глухих на основе использования имеющихся органов чувств, особенно зрения. В 1770 г. во Франции появляется первая школа для глухонемых, а затем подобные школы открываются в Германии, Англии, Австрии. Широкую известность приобрёл институт для глухих, открытый в Париже Шарле Мишелем де Л. Эпэ (1712-1789 гг.), создавшим «мимический метод» обучения глухих. В 1778 г. С. Гейнике (1727-1790 гг.) также открыл в Лейпциге институт для глухих. В США первая школа для глухих была организована в Харфурте в 1817 г.

Компенсация у слепых за счёт слуха в это время так же практиковалась в Европе. В Палермо в 1662 г. была открыта музыкальная школа для слепых, в уставе которой было отмечено, что «нищенство для слепого является позором, и слепые могут и обязаны трудиться»¹. В Англии, в это же время, создаются братства слепых, где их обучали хорошо ориентироваться при передвижении по улицам Лондона. В 1784 г. во Франции появляется первая школа для слепых, открытая В. Гаюи под названием «Мастерская трудящихся слепых», чуть позже подобная школа открывается А. Цейне (1778-1853 гг.) в Пруссии.

Первым, кто практически показал возможность обучения слепоглухонемых, был знаменитый в 40-х гг. XIX в. американский врач и педагог Самуил Гридли Хоув. Он был основателем и первым директором училища для слепых в Бостоне (впоследствии эта школа стала называться Перкинсовской), а несколько позже основал первую школу для умственно отсталых детей. В литературе о С.Г. Хоуве обычно отзываются как о человеке, который изобрел способ обучения слепоглухонемых.

¹ Там же. С. 18-19.

Действительно, он впервые соединил воедино рельефную азбуку слепых и пальцевый алфавит глухонемых и, таким образом, собрал необходимый инструментарий для обучения слепоглухонемых грамоте. Примерно к середине XIX в. относятся первые попытки обучения слепоглухонемых и в других странах. В Германии в 90-е гг. XIX в. по инициативе пастора Г. Риманна была создана при убежище калек в Новавесе, близ Потсдама, группа по обучению слепоглухонемых детей.

Таким образом, следующей категорией населения, подлежащей социальной реабилитации стали *инвалиды с врожденными или приобретенными физическими недостатками – слепотой и глухотой, в первую очередь дети*. Здесь главным образом, имели место такие виды реабилитации как *социально-педагогическая* (обучение слепых и глухонемых детей), *профессиональная* (обучение инвалидов ремеслам, для последующей их реинтеграции в общество и самостоятельной жизни), *социально-бытовая* и *социально-медицинская*. Кроме этого, уже в этот период можно обнаружить зачатки *социально-культурной* и *социально-психологической реабилитации*.

В середине XIX века во многих государствах было обращено внимание на социальную реабилитацию детей с отклоняющимся поведением. Основное внимание было направлено на снижение детской уличной преступности путем профессионального обучения. В США в 1850-х гг. Чарльз Лоринг разработал программу, суть которой заключалась в размещении детей в фермерских хозяйствах, в семьях, где бы дети получали не только профессию, но и воспитывались в христианских традициях трудолюбия¹. Данный пример, наиболее ярко показывает взаимосвязанность различных видов социальной реабилитации.

¹ Фирсов, М.В. Указ. соч. С. 193.

2.4. Развитие социальной реабилитации в России в периоды благотворительности и общественного призрения (X – конец XIX вв.)

Социальная реабилитация в архаический период

Уже в родовой период (VII-VIII вв.) в славянских общинах прослеживаются отдельные элементы *социально-бытовой, социально-медицинской и социально-экономической реабилитации* в отношении стариков, детей-сирот, вдов и др. категорий населения. Пожилым людям выдавались земельные участки, на которых они работали, когда они окончательно дряхлели, заботу о них брала на себя община. Детей-сирот принимали в семьи, отдавали на кормление; вдовам оказывали натуральную помощь¹.

На Руси уже в этот период времени проводились сложнейшие медицинские операции трепанации черепа, чревосечения, ампутации; для извлечения металлических осколков стрел применяли магнитный железняк. Славилась на Руси и оригинальные конструкции протезов для нижних конечностей.

Особую роль в зарождающейся *социальной реабилитации* играла трудовая помощь увечным дружинникам, разорившимся крестьянам и ремесленникам. В ее рамках им предоставлялась возможность работать на княжеских, боярских или монастырских землях и тем самым поддерживать себя экономически.

Первый этап развития социальной реабилитации (X – середина XIII вв.)

Летописи свидетельствуют, что, начиная с 996 г. древнерусское государство и церковь стали систематически развивать систему призрения сирот, бедных и убогих (калек), которую можно рассматривать как элементы *социально-бытовой, социально-медицинской и социально-экономической реабилитации*. Первоначально киевский князь Владимир основал для этого Десятинную Церковь, в которую отчислялась десятая часть от княжеского имения и доходов всех городов. В середине XI

¹ Холодистова, Е.И. Генезис социальной работы в России: учебное пособие/ Е.И.Холодистова. - М., 2008. - С.16-17; Фирсов, М.В. Указ. соч. - С. 76.

в. при Киево-Печерском монастыре возникла первая отечественная больница-богадельня и странноприимный дом для инвалидов (слепых, хромых, немых и глухих). Сестра Всеволода Мономаха, княгиня Анна, основала в Киеве воспитательное учреждение для убогих детей, где осуществлялось не только призрение, но и обучение ремеслом и даже начаткам грамоты. Практическую деятельность этого учреждения можно рассматривать как элементы *социально-педагогической и профессиональной реабилитации*.

Особое значение приобрели монастыри, которые принимали в свои стены разного рода людей (нищих, военноувечных, сирот и др.) и давали им возможность восстановить свои трудовые способности. Как отмечает В.О.Ключевский в «Курсе русской истории» занятий в монастырях было много: «кто книги пишет, кто книгам учится, кто рыболовные сети плетет, кто кельи строит; одни дрова и воду носили в хлебню и поварню, где другие готовили хлеб и варево». Приходы и монастыри выполняли различные функции от вспомоществования и лечения до обучения и воспитания различных нуждающихся категорий населения.

В этот период времени получают свое развитие отдельные элементы таких видов социальной реабилитации как *социально-педагогическая и профессиональная*, ориентированная на инвалидов. Таким образом, с принятием христианства в древней Руси социальная помощь, и отдельные виды реабилитации (точнее их элементы), стали осуществляться в государственном масштабе.

Неотъемлемой составной частью *социально-бытовой реабилитации* древней Руси была русская паровая баня, которая издавна считалась замечательным средством врачевания. Первое описание русской паровой бани содержится в летописи Нестора (XI в.).

Второй этап развития социальной реабилитации в Московском государстве (XIV – вторая половина XVII вв.)

Однако внутри- и внешнеполитические причины не позволили установиться и окончательно оформиться этим новым тенденциям в развитии социальной реабилитации в

древней Руси. Свое развитие они получают спустя несколько веков в Московском государстве.

При великом князе Василии III в московских церквях и монастырях открываются богадельни, в которых призревались, главным образом, слепые, немые, убогие и калеки¹. Такие же учреждения создаются и в других русских городах: Пскове, Новгороде Великом, Твери, Ростове, Смоленске, Вологде и др. Таким образом, в середине XVI в. создаются определенные предпосылки для формирования основы для системы государственного призрения и одновременно *социальной реабилитации*, в первую очередь *социально-бытовой*. В 1551 г. Стоглавый собор призвал провести перепись «всех прокаженных и престарелых» и поместить их в богадельни. Ухаживать за нуждающимися было велено здоровым нищим мужчинам и женщинам. В данном случае впервые зашла речь о специальных людях для осуществления этой помогающей деятельности. Можно даже предположить, что именно с этого времени и нужно вести отчет профессиональной социальной работы в России.

В эпоху Ивана Грозного уже существовали целые слободы в пригородах для нищих и юродивых. В смутное время, эти учреждения сконцентрировали в своих стенах огромное количество обездоленных лиц, нищих и калек, которые получили там кров, медицинское обслуживание и возможность трудиться. При Борисе Годунове в начале 1600-х гг. были развернуты широкие общественные работы (строительные) с целью предоставления заработка неимущим голодным людям². Следовательно, и в это время элементы *социально-экономической реабилитации* населения также имели место.

В начале XVI в. Иосиф Волоцкий игумен Волоколамского монастыря открывает приют для сирот и стариков, а в голодные годы кормит до 700 окрестных жителей. Рост числа монастырей привел и к росту больниц и богаделен при них. Больницы и

¹ Князь Василий III (1505-1533 гг.) – внук Василия II Тёмного (1425-1462 гг.), ослепленного Дмитрием Шемякой. Василий II сам незадолго до своего ослепления ослепил брата Дмитрия – Василия (Косого).

² Фирсов, М.В. Указ. соч. - С. 122.

богадельни возникают при многих монастырях: Корнильевом (Вологда), Печерском (Псков), Знаменском (Москва) и др.¹

Все перечисленные факты с очевидностью свидетельствуют о постепенном развитии элементов социальной реабилитации в России.

Третий этап в развитии социальной реабилитации. Середина XVII – конец XIX вв.

домов.

При монастырях продолжали строить монастырские больницы. В 1635 г. при Троице-Сергиевской лавре были сооружены двухэтажные больничные палаты, которые сохранились до наших дней, так же как и больничные палаты Ново-Девичьего, Кирилло-Белозерского и других монастырей.

Алексей Михайлович стал широко использовать монастыри как государственные учреждения для призрения служилых людей, для чего в 1670 г. даже открывается Приказ строительства богаделен.

Царь Федор Алексеевич в 1682 г. своим указом приказал строить больницы и богадельни для больных и бездомных нищих «за счет государевой казны» и одновременно охватывать работой здоровых и живущих нищенством людей, открывать школы и дворы по обучению «нищенских детей» различным наукам и ремеслам². Перечисленные нами примеры свидетельствуют о наличии на данном этапе таких видов *социальной реабилитации* как *социально-бытовая, социально-медицинская, социально-педагогическая и профессиональная.*

8 июня 1701 г. Петр I издает указ «Об определении в домовые Святейшего Патриарха богадельни нищих, больных и престарелых», по которому данные категории нуждающихся должны были призреваться и за ними устанавливался уход со

¹ Там же. С. 112.

² Холостова, Е.И. Указ. соч. - С. 142.

стороны специальных лиц из расчета один на десять человек нуждающихся¹. Этот указ в какой-то степени продублировал решения Стоглавого собора, но именно с него и идет в настоящее время отсчет начала профессиональной социальной работы в России.

Регламентом или Уставом Главного магистрата (1721 г.) предписывалось создавать во всех губерниях специальные учреждения: смирительные дома для людей, «непотребного жития»; «спрядительные дома» – «для непотребного же неистового женского пола», «гошпитали» – для «призрения сирых, убогих, больных и увечных, и для самых престарелых людей обоего пола», сиротские дома – для воспитания и содержания детей-сирот; другие дома, «в которых от разных болезней бедных людей лечат, и в призрении имеют». Безусловно, данные учреждения нельзя полностью отождествлять с реабилитационными, однако, они могли выполнять и реабилитационные функции, например сиротские дома, в какой-то степени осуществляли *социально-педагогическую и социально-бытовую реабилитацию* детей.

Регламент, как и все принятое при Петре, пронизан духом принудительности. Петр требовал принуждать здоровых людей к труду, так что, например, система принудительного лечения и реабилитации алкоголиков (трудотерапия), применяемая в СССР имела очень устойчивые исторические традиции. Екатерина II также широко использовала на государственном уровне принудительное привлечение к труду. С этой целью создавались работные дома, в которых люди должны были заработать определенную сумму денег, для возвращения в свою социальную среду. В смирительных домах предполагалось перевоспитывать лиц с асоциальным поведением, используя принудительный труд. В какой-то мере, смирительные дома можно рассматривать как учреждения направленные на *социально-психологическую реабилитацию*, так как их функция заключалась в перевоспитании. Естественно, что наши предположения носят гипотетический характер и нуждаются в эмпирическом подтверждении, но общая

¹ Фирсов, М.В. Указ. соч. - С. 204.

логика исторического процесса позволяет считать наличие этого вида социальной реабилитации вполне возможным

Социальная реабилитация инвалидов войны Основным объектом *социальной реабилитации* в указанный период времени, кроме обычных «убогих» становятся *военные инвалиды*¹, ветераны войн, получившие раны на полях сражений, сделавшиеся неспособными к дальнейшему труду. При продолжительных сроках службы, а тем более при службе бессрочной, когда поступавший на службу порывал всякие связи с семьей и со своим сословием, вопрос о признании неспособных оставаться в рядах армии имел огромное значение. Однако с переходом к комплектованию на началах всеобщей воинской повинности это значение его само собой утратилось². Сокращение сроков службы привело к тому, что в армии почти не оставалось престарелых военнослужащих. В связи с этим, на обязанности государства осталось признание только военнослужащих, потерявших способность к труду на войне или в мирное время при исполнении обязанностей военной службы, вследствие ран, увечья или вследствие расстройства здоровья. Одним из первых мероприятия по *социальной реабилитации раненых и больных воинов* стал осуществлять Ф. Ртищев, который на свои личные средства в 1650-е гг. организовал медицинскую помощь и наблюдение за ними.

Система *социальной реабилитации военных инвалидов* не имела в России значительной исторической традиции³. До XVII в.

¹ Военными инвалидами именовались военнослужащие (преимущественно нижние чины), сделавшиеся неспособными к службе за ранами, увечьями, болезнью или дряхлостью.

² С 1793 г. военная служба ограничивалась 25 годами, с 1834 г. – 20 годами, с 1859 г. – 15 годами.

³ Федор, Э. Отставные солдаты/ Э.Федор. - СПб., 1873; Лебедев, А. Отставные военные из монастырских порций в монастырях/ А.Лебедев. - М., 1881; Каштан Россю. Исторический очерк признания в России отставных военных чинов в прошлом веке и в начале нынешнего столетия // Военный сборник. - 1863. - №4. - С. 240-256; Исторический очерк признания отставных военных чинов в России с XIV по XVII вв. // Военный сборник. - 1863. - № 12. - С. 315-390; Форсовой, В.В. Общественное призрение военных и их семей в дооктябрьской России/ В.В.Форсовой // Вестник РАН. - 1996. - Т. 66. - №8. - С. 750-758; Яременко, В.А. Социальная защищенность военных чинов в России до 1917 г./ В.А.Яременко // Новая и новейшая история. - 2005. - №4. - С. 177-183; Щербинина, Ю.В. Особенности формирования системы социальной защиты военнослужащих в XVIII-XIX вв./ Ю.В.Щербинина//

военные инвалиды, демобилизованные из армии или уволенные после окончания войны нередко оказывались предоставлены сами себе, не получали поддержки государства и общества, самостоятельно выстраивали тактику социальной адаптации и стратегию выживания. Рост внешнеполитической и военной активности России в XVIII в. усилил потребность поддержки военных инвалидов, а также членов их семей¹.

Исторически сложилось так, что не только в России, но и в других странах, социальное обеспечение отставных воинов и их семей первоначально имело натуральную форму, выражаясь в предоставлении должностей, земельных наделов, приюта в старости, определенных льгот (например, освобождение от уплаты подушной подати). Ранее всего были обеспечены офицеры-ветераны и инвалиды². В их отношении в этот период осуществлялись такие виды *социальной реабилитации* как *социально-экономическая, социально-бытовая и социально-медицинская*.

Для многих военных инвалидов из-за старости, болезни и ранений возможности прокормить себя были сильно ограничены. Некоторые из них не имели семей, родственников и близких людей, которые могли бы о них заботиться. Перед такими увечными солдатами открывалась лишь перспектива нищенства. В XVIII в. появляются специальные указы с уточнением способов оказания помощи военным ветеранам. Летом 1706 г. был издан указ об организации врачебной помощи в войсках, устройства лечебных заведений и подготовке лекарей. В 1707 г. в Москве был организован первый госпиталь для больных и раненных воинов. С

Гуманитарные науки: проблемы и решения. Межкуз. сб. науч. ст. - СПб., 2005. - Вып. 3. - С. 91-99; Ее же. Монастырское призрение отставных солдат в России в XVII – XVIII вв. / Ю.В.Щербинина // Православная история и традиционная история Тамбовского края: мат-лы межрег. науч.-практ. конф. - Тамбов, 2007. - С. 109-112; Ее же. Власть, общество и военные инвалиды в XVIII в. / Ю.В.Щербинина // Армия и общество в российской истории XVIII – XX вв.: сб. трудов между. науч. конф. - Тамбов, 2007. - С. 61-66.

¹ Урланис, Б.Ц. История военных потерь. Войны и народонаселение Европы. Людские потери вооруженных сил европейских стран в войнах XVII-XX вв. (историко-статистическое исследование) / Б.Ц.Урланис. - СПб., 1994. - С. 55.

² Чиневный С.А. Пенсия не милость, а долг государства / С.А.Чиневный // Военно-исторический журнал. - 1999. - № 5. - С. 59-67.

1710 г. ветераны рассылались по губерниям для обучения рекрутов или определялись в московские богадельни. В 1712 г. издается указ об учреждении во всех губерниях госпиталей-богаделен для призрения увечных и престарелых воинов¹. В 1720 г. инвалиды войны по удостоверению Военной коллегии определялись на жительство в монастыри и богадельни, с получением пожизненного содержания. Именным указом Петра I от 31 января 1724 г. было повелено «солдат отставных, которые трудиться не могут... распisać по монастырям»², при этом монахи определялись для «служения» отставным военным. Специально для расселения военных ветеранов с 1736 г. на Волге и Каме, а затем и в других районах России создавались поселения отставных чинов, не имеющих средств существования. На семью военного ветерана («пахотного солдата») отводилось безвозмездно около 5-7 га земли и выдавалась определенная денежная сумма. Пахотные солдаты и их дети навсегда освобождались от государственных податей³. Эти установления можно рассматривать как начало создания системы льгот в отношении ветеранов, нуждающихся в помощи и поддержке государства.

Екатерина II наряду с монастырским обеспечением военных инвалидов в 1760-е гг. вводит «инвалидно-поселенное» призрение, по которому часть бывших солдат отсылалась на поселения в особо указанные российские города, а при монастырях и богадельнях оставались лишь старики и увечные не способные ни к какому труду. С образованием в 1775 г. Приказов общественного призрения военные инвалиды стали помещаться в их богадельни. С 1793 г. получившие увечье на службе имели право на инвалидное содержание без всякой зависимости от лет службы. Это серьезно

¹ Уже к 1718 году только в Москве было устроено более 90 богаделен, в которых проживало до 4500 нищих, слабых и увечных, получавших содержание от казны.

² Холостова, Е.И. Указ. соч. С. 125.

³ Щербинин, П.П. Особенности призрения увечных воинов в России в XVIII – начале XX в./ П.П.Щербинин // Армия и общество: материалы международной научной конференции. - Тамбов, 2002. - С.64-83; Он же. Особенности призрения военных инвалидов и членов их семей в России в XVIII-начале XX в./ П.П.Щербинин // Вестник ВГУ. Серия Гуманитарные науки. - 2005. - № 2. - С. 222-233; Он же. Особенности социальной защиты ветеранов военной службы в Российской империи в XVIII – начале XX в./ П.П.Щербинин // The Journal of Power Institutions in Post-Soviet Societies. - 2007. - №6/7.

смягчало положение и способность к социальной адаптации и реабилитации военных инвалидов¹.

К 1770-м гг. было открыто три специальных инвалидных дома: в Санкт-Петербурге (1761 г.), Москве и Казани (1758-1780 г.). Особенно активно инвалидные дома («военные богадельни») возникают в России в 1-й половине XIX в.² Всего было создано 12 инвалидных домов, а с учетом т. н. «инвалидных хуторов» для инвалидов Черноморского флота, организовывавшихся с 1862 г. – около 40. Разновидностью инвалидных домов являлись караульные домики для инвалидов, которые несли караул при памятниках воинской славы на Бородинском поле, на Куликовом поле и др.

В 1796 г. при гарнизонных батальонах были образованы особые инвалидные роты, окончательно сформировавшиеся к 1811 г. Инвалиды были разделены на три разряда: подвижных, служащих и неслужащих (неспособных – существовали до 1823 г.). Инвалиды каждого разряда образовывали особые команды, находившиеся во всех уездных городах. К концу царствования Николая I насчитывалось 979 различных инвалидных команд. К 1861 г. в инвалидных командах состояло более 17300 солдат-инвалидов³.

С 1874 г. правом на призрение пользовались лишь нижние чины, сделавшиеся неспособными во время состояния на действительной службе или хотя бы после увольнения в запас, но вследствие ран, увечий или болезней, понесенных во время действительной службы, или получившие увечья во время учебных

¹ Каверзнев, А.Н. Краткое историческое обозрение правительственных мероприятий в России по обеспечению отставных служащих и их семейств/ А.Н.Каверзнев. - СПб., 1909. - С. 5; Попов, Ю.М. Зарождение системы социальной защиты военнослужащих (XVIII в./ Ю.М.Попов // Воронежский вестник архивиста. - Воронеж, 2004. - Вып. 2. - С. 137.

² В 1805 г. в Сергиевской пустыни под Петербургом на средства графов Зубовых был создан первый инвалидный дом на 30 офицеров. В 1807 г. по его образцу созданы государственные инвалидные дома для нижних чинов в обеих столицах, Киеве, Чернигове и Курске.

³ В 1862 г. инвалиды были переименованы в неспособные, а в 1864 г. инвалидные команды были упразднены. Наименование «инвалидные» сохранили только особые команды, состоявшие до начала 1880-х гг. при каждой гвардейской части. С упразднением инвалидных команд, неспособных положено было направлять в особые сборные команды при некоторых губернских батальонах. Сборные команды в 1874 г. тоже были упразднены. С тех пор неспособные к строевой службе солдаты оставались при своих частях, но назывались из строевых должностей. Негодные к службе нижние чины увольнялись в отставку.

сборов. Неспособные к личному труду в случае неимения собственных средств к жизни, а равно родственников, желающих принять их на свое иждивение, получали от казны ежемесячное пособие. Требующие же постороннего ухода размещались по богадельням и благотворительным заведениям, а в случае неимения в них свободных мест поручались попечению «благонадежных лиц» с платой от казны стоимости содержания призываемого. Право на пособие сохраняли и пришедшие в дряхлость отставные нижние чины.

Важными учреждениями, оставившими свой след в деле *социально-медицинской и социально-бытовой реабилитации инвалидов войны* стали Комитет о раненых (1814 г.) и Общество попечения больных и раненых воинов (1867 г.)¹. В период с 1876-1880 гг. в губернских городах появилось 88 местных отделений Красного Креста. Его цель состояла в оказании помощи больным и раненым солдатам. В мирное время Общество оказывало инвалидам войны материальную помощь.

Одним из элементов *социально-экономической реабилитации инвалидов войны* в начале XIX в. становится пенсионное обеспечение. Пенсия в XVIII в. не рассматривалась как положенное каждому вознаграждение за службу. Пенсии могли выплачиваться и в случае увечья или ранений, мешающих продолжать службу, но в целом пенсионное обеспечение не было упорядочено. Одним из первых законов о пенсионном обеспечении военных стал указ Петра I от 22 марта 1716 г. о призрении увечных и дряхлых солдат. Кодификация пенсионного законодательства в отношении военных ветеранов стала происходить с 1803 г. С этого времени инвалидов войны стали обеспечивать «приличным службе» содержанием независимо от выслуги. С 1807 г. раненым и увечным была определена пожизненная пенсия в размере полного оклада жалованья с пособием на проезд к избранному месту жительства. С 1850 г. офицеры, не выслужившие пенсию и оказавшиеся по выходе в отставку без средств существования получили возможность селиться на территории Оренбургского казачьего

¹ В 1879 г. Общество переименовано в Российское Общество Красного Креста.

войска, с условием, чтобы они более ни какого пособия от казны не просили. С 1859 г. военные инвалиды стали расселяться в бывших округах пахотных солдат, им выдавались пенсии, а очень «дряхлым и увечным» выплачивалось единовременное пособие. С 1898 г. пенсии по инвалидности стали выдаваться в дополнение к основной, в зависимости от тяжести увечья, распределенной по двум классам.

Отличительной чертой положения военных инвалидов на протяжении всей дореволюционной истории было предоставление им возможности свободного перемещения по стране и проживания в любом месте государства по собственному усмотрению, освобождение от подушной подати, самостоятельный выбор способа заработка. Вышеперечисленные права увечных солдат являлись наиболее существенными в плане социальной адаптации и реабилитации в условиях минимальной поддержки со стороны государства. Однако, в целом политика социального призрения, реабилитации и адаптации увечных солдат в российском государстве и обществе оказалась малоэффективной, общественное призрение инвалидов, больных и раненых воинов к началу XIX в. не сложилось в стройную целостную систему.

Социальная реабилитация инвалидов труда и других категорий населения

С петровским периодом в русской истории связано и развитие социальной реабилитации других категорий населения. При Петре I происходит выделение из нуждающихся работоспособных, профессиональных нищих. Указом 1700 г. во всех губерниях предлагалось построить богадельни для старых и увечных, «кои работать не могут», а также выдавать «кормовые деньги» этой категории лиц до их кончины. Этим же указом предписывалось «молодым и здоровым кормовых денег не давать». Указами 1710 и 1712 гг. Петр I обязал административные органы решительно принуждать работоспособных нищих к тому, чтобы «снискивать пропитание трудами»¹. В 1712 г. Петр I потребовал повсеместного

¹ Холостова, Е.И. Указ. соч. - С. 143.

устройства в губерниях госпиталей «для увечных и самых престарелых, не имеющих возможности снискивать пропитание трудами», а городским магистратам вменяет в обязанность принимать меры для оказания помощи бедным¹. Этими документами в отношении этих категорий населения проводилась в жизнь *социально-бытовая и социально-экономическая реабилитация*.

В 1717 г. богадельни из ведения Монастырского приказа переводятся в ведомство Патриаршего Дворцового приказа, а в 1724 г. перепоручаются Коммерц-коллегии, в ведении которой теперь сосредотачивается всё общественное призрение, все сиротские дома и приюты. Указ 1725 г. вновь требовал от Святейшего Синода выделить несколько монастырей для призрения сирот и убогих. В 1733 г. в Петербурге было построено еще 17 богаделен и их открытие происходило на протяжении всего XVIII в. В начале XX в. возникают новые учреждения, ориентированные на другие категории населения, в частности на вдов. Так, в 1803 г. в Петербурге и в Москве императрицей Марией Федоровной были открыты вдовьи дома, для вдов военных и гражданских чиновников.

Определенные мероприятия по *социальной реабилитации* проводились и по отношению к инвалидам труда. Интересные данные об организации самообслуживания и самопомощи имеются в первом томе «Сборника сведений по общественной благотворительности» (1877 г.), в котором помещены отчеты по призрению немощных и убогих. Эта категория нетрудоспособного населения полностью находилась на общественном содержании. Их не заставляли работать, но при желании инвалид мог принимать участие в благоустройстве места своего проживания и самообслуживании. «Обязательных работ на призреваемых не возлагается, но сами они смотрят за порядком в богадельне и, в случаи надобности, вяжут себе чулки и починяют белье и платья»².

¹ Там же. С. 30.

² Лютеранско-Евангелические приходские Общества и попечительства // Сборник сведений по общественной благотворительности. - СПб., 1877. - Т. I.

Трудоспособные инвалиды занимались простым ремеслом и, тем самым зарабатывали себе средства к пропитанию. В обязанности их попечителей входило содействие в поисках заказчиков на изготовленные вещи: «...те из призреваемых, которые имеют достаточно сил, чтобы трудиться, зарабатывают небольшие деньги преимущественно вязанием чулок и шитьем белья, в чем члены Приходских обществ стараются помогать им, рекомендуя заказчиков»¹.

Широкое распространение в середине XIX века в деятельности многих городских учреждений России получила Эльберфельдская система призрения бедных, направленная на содействие в приискании работы лицам окончательно не утратившим трудоспособность². В конце XIX в. вопросами трудоустройства инвалидов занимались как представители государственных, так и частных благотворительных организаций. Трудовая помощь, организация самопомощи и взаимоподдержки, благотворительная деятельность, направленная на обучение и переобучение инвалидов, являются ступенями на пути к самостоятельному решению инвалидом своих социально-экономических проблем. Такой подход к организации социально-помогающей деятельности по решению проблем инвалидов, зарождавшийся в Российской империи на рубеже XIX-XX вв., созвучен современному пониманию философии независимой жизни, расширяющей возможности инвалида и ориентирующей его на активное включение в жизнь общества и самостоятельное решение своих проблем. Это позволяет говорить о развитии в XIX в. профессиональной реабилитации граждан, в первую очередь инвалидов.

К концу XIX века в российском обществе укрепилось сознание необходимости социальной адаптации и реабилитации инвалидов и, прежде всего, детей с отклонениями в развитии. В основу деятельности специализированных убежищ и приютов было положено стремление дать трудоспособным инвалидам источник заработка, избавить от праздности, от прошения милостыни и

¹ Там же.

² Холостова, Е.И. Указ. соч. - С. 105.

нищеты. Пребывание в таких учреждениях ограничивалось сроком обучения. Для призрения нетрудоспособных инвалидов создавались инвалидные дома.

Становление социальной реабилитации детей

История возникновения *социальной реабилитации детей* также своими корнями уходит в петровскую эпоху. В 1715 г. Петр I объявляет указ, по которому незаконнорожденных детей приказывалось помещать в специальные госпитали, с условием, что когда они вырастут, «то мальчиков отдавали бы в учение какому-нибудь мастеру, а девочек помещали к кому-нибудь в услужение»¹. Уже в этом указе прослеживаются элементы как *социально-бытовой, так и социально-педагогической реабилитации*. Он же развивает в монастырях обучение монахинь рукоделиям и ремеслам. В 1721 г. выходит новый указ о строительстве госпиталей для незаконнорожденных младенцев. Дети должны были воспитываться до определенного возраста, после чего мальчиков отдавали в обучение мастерам, а девочек – в услужение.

Социально-педагогическая реабилитация детей особенно активно развивается в последней четверти XVIII в., когда впервые создаются специализированные типы благотворительных заведений (сиротские дома и детские приюты; богадельни и дома для неизлечимо больных и больницы; дома работные, смиренные и для умалишенных). Прежде госпитали нередко служили и богадельнями, и домами для неизлечимо больных, и больницами одновременно и пополнялись как взрослыми и детьми, здоровыми и больными.

С учреждением Московского воспитательного дома (1763 г.) было положено начало систематическому обучению и воспитанию *глухонемых детей* в России, которое можно рассматривать как элементы *социально-педагогической и социально-психологической реабилитации*. В 1770 г. в Санкт-Петербурге открывается второй воспитательный дом. В 1796 г. возникает принципиально новый орган управления системой учебно-воспитательных,

¹ Холостова, Е.И. Указ. соч. - С. 31. (В конце XVIII в. было выяснено, что из поступивших в Воспитательные дома за 30 лет 65 тыс. младенцев в живых осталось только 7 тыс.)

благотворительных и лечебных учреждений – Ведомство учреждений Императрицы Марии Федоровны.

Александр I в мае 1802 г. основал «Императорское человеколюбивое общество». Среди многочисленных направлений социальной помощи этого общества, ведущее место занимало призрение «искаженных природой» (калек, глухонемых, слепых и т.д.) с предоставлением бесплатных или удешевленных квартир и пищи нуждающимся, восстановлением здоровья заболевшим. 15 декабря 1806 г., в Павловске открывается первое опытное училище глухонемых в России. Дети обоего пола, всего 12 человек, обучались в нем на собственные средства императрицы Марии Федоровны. Все это очень ярко характеризует основные направления социально-реабилитационной деятельности в России в начале XIX в.

В начале XIX в. практически одновременно с появлением на Западе государственных школ для слепых (Париж (1786 г.), Лондон (1799 г.)) подобные школы возникают в России. Для устройства первой школы в 1803 г. приглашается инициатор их создания в Париже В. Гаюн (1745-1822 гг.). Школа открывается в 1807 г. на 15 учебных мест. Программы обучения составлялись в соответствии с материальным положением учеников, которых учили чтению, музыке, ручному труду и книгопечатанию, письму, истории, географии, поэзии, кроме того, всем ученикам преподавался закон Божий. С 1868 г. в Институт стали принимать и взрослых и детей, лишенных зрения. Совершеннолетние слепцы (от 18 лет и более) были отделены от малолетних и могли оставаться в Институте на правах преподавателей или репетиторов. Из малолетних воспитанников было образовано учебное заведение с двумя классами. В 1872 г. в Институте обучалось 30 детей и находилось 16 старших воспитанников-квартирантов.

При Николае I учреждаются сиротские институты, для детей оставшихся сиротами в результате войн и холерных эпидемий. В 1834 г. при Воспитательных домах в Петербурге и Москве открываются сиротские отделения по 50 мест в каждом, в которых дети получали основательное по тем временам образование.

С 1880-х гг. умы передовых людей занимали мысли об изменении отношения государства и общества к незрячим инвалидам. Содержание людей с физическими недостатками, например слепых, за счёт пожертвований благотворителей в богоугодных заведениях способствовало лишь их биологическому выживанию. Инвалиды фактически были лишены возможности самореализации в общественно-полезном труде. Чтобы решить проблему востребованности обществом незрячих людей, необходимы были учреждения, создающие возможность трудовой деятельности незрячих, которая способствовала бы раскрытию их потенциала. Необходимыми условиями полноценного физического и интеллектуального развития слепых и вовлечения их в общественную жизнь являлись грамотность, профессиональная подготовка и возможность последующего трудоустройства.

Эти идеи более всего волновали К.К. Грота, по инициативе которого в 1881 г. была создана частная благотворительная организация – Попечительство о слепых, поставившее своей целью «обучение слепых доступным им ремеслам и занятиям, дабы они могли существовать без посторонней помощи и работать и действовать, по возможности самостоятельно». К.К. Грот добился того, что это учреждение получило наименование *Попечительство императрицы Марии Александровны о слепых*. Его основными целями являлись: призрение, воспитание, обучение слепых детей и подготовка их к самостоятельной деятельности; попечение о взрослых слепых посредством помещения их в заведения, в которых они могли бы изучать доступные для них ремёсла; поддержка семейств их и тех лиц, которые взяли бы их на своё содержание или же посредством помещения в богадельни.

В ведении Попечительства находилось 66 заведений: 21 глазная лечебница, 10 общежитий для слепых работников и работниц, 2 ремесленных училища, 8 убежищ для престарелых и не способных к труду слепых, приют для малолетних и отсталых и 24 училища для слепых детей¹. За годы существования

¹ Богданов-Березовский, М. Положение глухонемых в России/ М.Богданов-Березовский. - СПб., 1901; Васильев, Н. Методика обучения глухонемых речи, письму и чтению/ Н.Васильев. - СПб., 1900; Замский, Х.С. Умственно-отсталые дети: история их изучения,

Попечительства было создано 29 его отделений (в Астрахани, Вильнюсе, Владимире, Вологде, Воронеже, Иркутске, Казани, Каменец-Подольске, Кишиневе, Киеве, Костроме, Минске, Москве, Одессе, Оренбурге, Орле, Перми, Полтаве, Пскове, Самаре, Саратове, Смоленске, Твери, Тифлисе, Туле, Уфе, Харькове, Чернигове, Якутске).

Для оказания помощи слепым в получении образования, знания ремесла и подготовки к труду К.К. Грот организовал систему училищ для слепых детей, которые открывались по всей России на средства местных отделений Попечительства. Училища были открыты в 23 городах (Санкт-Петербурге, Владимире, Воронеже, Иркутске, Казани, Каменец-Подольске, Киеве, Костроме, Минске, Москве, Одессе, Перми, Полтаве, Самаре, Саратове, Смоленске, Твери, Тифлисе, Туле, Харькове, Чернигове, Елабуге и Ревеле). Дети из бедных семей обучались бесплатно, состоятельные родители платили 300 руб. в год. Преподавание велось по программе начальных училищ и продолжалось от 8 до 10 лет.

Создание школ для слепых, разработка русского брайлевского алфавита, печатание книг рельефно-точечным шрифтом, выпуск учебных наглядных пособий, учреждение убежищ, постройка мастерских для взрослых слепых все это способствовало привлечению общественного внимания к проблемам незрячих. Отечественные ученые знакомились с деятельностью европейских школ и заведений для слепых в их реабилитации. К практической помощи и консультациям были привлечены крупные зарубежные специалисты. На русский язык переводились работы известных зарубежных и отечественных тифлопедагогов, издавались книги слепых авторов¹. Были сделаны первые шаги и в развитии

воспитания и обучения с древних времён до середины 20 века/ Х.С.Замский. - М., 1995; Лаговский, Н. Санкт-Петербургское училище глухонемых. Исторический очерк/ Н.Лаговский. - СПб., 1910; Марголин, З.П. История обучения слепых/ З.П.Марголин. - М., 1940; Сизова, А.И. История развития Московской школы для слепых детей/ А.И.Сизова. - М., 1992; Скребицкий, А.И. Воспитание и образование слепых и признание на Западе/ А.И.Скребицкий. - СПб., 1903; Ярмоленко, А.В. К истории обучения и воспитания слепоглухонемых/ А.В.Ярмоленко. - Л., 1947.

¹ Скребицкий, А.И. Создатель методов обучения слепых Валентин Гапон в Петербурге: по архивным источникам/ А.И.Скребицкий. - СПб., 1886; Он же. Воспитание и образование

тифлотехники – появились читающие аппараты Розинга, Лебедева, пишущая машинка А.Н. Коко.

За первые 25 лет своего существования Попечительство, создав несколько богаделен и убежищ, открыв мастерские, смогло дать начальное образование 711 слепым детям, трудоустроив из них 522 человека. Таким образом, из 250 тысяч абсолютно слепых плодов деятельности этой организации смогли воспользоваться лишь немногие, а большинство оставалось в прежнем отчаянном положении.

Особое внимание в училищах уделялось воспитанию слепых детей. Воспитание должно было развивать в слепых детях чувство собственного достоинства, трудолюбие и самостоятельности, умения обходиться, по возможности, без помощи зрячих и др. Одной из первостепенных задач воспитания являлось поддержание активности воспитанников, чтобы они не проводили время в бездеятельности, а занимались делом, двигались и развивались в разумных пределах.

После обучения слепые трудоустраивались по тем ремеслам, которые они получали в училищах. Например, все выпускники Александро-Марининского училища слепых из вспомогательного фонда, созданного в 1889 г. получали бесплатно белье, одежду, обувь, инструменты и другие принадлежности и материалы. Те, кто жил на частных квартирах, получали кровать, постель, шкаф для одежды и другие предметы. Кроме этого они получали небольшую сумму денег на уплату за квартиру и содержание, пока они не получали первого заработка. Нередко для трудоустройства выпускников училищ создавались специальные мастерские.

Особую роль в *социально-педагогической и социально-психологической реабилитации* детей сыграла Анна Александровна Адлер (1856-1924 гг.), выпускница Казанской Марининской женской гимназии (1874 г.) и Казанских педагогических курсов (1875 г.)¹.

слепых и их признание на Западе/ А.И.Скребицкий. - СПб., 1903; Рязанцев, В. Руководство к обучению слепых чтению и письму по выпуклым точечным буквам Брайля/ Р В.Рязанцев. - СПб., 1893; Абт, Ф. Музыкальное образование слепых/ Ф.Абт. - СПб., 1896.

¹ Анна Александровна Адлер: (к 140-летию со дня рождения): Биобиблиогр. указ. / сост. М.В. Бирючков // Рос. гос. 6-яз для слепых. - М., 1996. - 23 с.; Бирючков, М.В. Силуэты: Анна Александровна Адлер: (к 140-летию со дня рождения) / М.В.Бирючков // Школ. вести. -

Первое время слепых детей в России обучали без учебников и учебных пособий. Именно созданием учебных пособий и разработкой методических рекомендаций и занялась А.А. Адлер. Она уделяла большое внимание методам обучения слепых детей. При её непосредственном участии разрабатывались методы преподавания русского языка, литературы, арифметики, истории, географии, естествознания, было положено начало созданию фонда учебных и рельефно-наглядных пособий, выписанных из-за границы. В 1884 г. А.А. Адлер на свои средства заказала в Берлине типографское оборудование, с тем, чтобы приступить к печатанию книг шрифтом Брайля в России. 11 декабря 1885 г. работа над первой книгой «Сборник статей для детского чтения, изданный и посвященный слепым детям Анною Адлер», в объеме 67 страниц, была завершена¹. В 1887 г. А.А. Адлер напечатала вторую книгу по Брайлю – «Сборник биографических статей для слепых детей среднего возраста».

Практически одновременно с развитием социальной реабилитации слепых развивалась *социальная реабилитация глухих детей*. Первое в России училище глухих было создано в 1806 г. по инициативе императрицы Марии Федоровны, жены императора Павла I, решившей заняться по примеру западных государств образованием глухих детей. По ее распоряжению для учреждения в Петербурге училища глухонемых, в Россию из-за границы был приглашен один из наиболее известных профессоров, польский патер Сигмунд, который и основал училище глухонемых в Павловской крепости, как отделение Воспитательного дома². Затем оно трансформировалось в Училище для глухонемых детей. В

1995. - С.13-68; Ирха, В. Первая брайлевская: [К 110-летию издания А.А. Адлер первой в России кн. шрифтом Брайля] / В.Ирха // Наша жизнь. - 1995. - № 6. - С. 24; Ключников, Е. Первопечатница/Е.Ключников // Наша жизнь. - 1975. - № 8. - С. 8-9; Красноусов, П.Д. Луи Брайль: ист.-биогр. очерк / П.Д.Красноусов, Ф.И.Шоев // Всерос. о-во слепых. - М., 1976. - 59 с.; Сизова, А. Анна Александровна Адлер / А. Сизова // Всерос. о-во слепых. - М., 1996. - 104 с.; Строев, П.А. Первопечатница книг по Брайлю в России/ П.А.Строев, А.Е.Шапошников // Ежемес. бюл. - 1960. - № 11. - С. 50-51.

¹ Сборник статей для детского чтения, изданный и посвященный слепым детям Анною Адлер. - М., 1885. - 1 кн. - 67 с.

² Лаговский, Н.М. История Санкт-Петербургского училища глухонемых 1810-1910 гг./ Н.М.Лаговский. - СПб., 1914.

училище принимались дети 7-9 лет. Они получали общее и ремесленное образование. Из 162 мест в училище 120 были бесплатными и предназначались для круглых сирот, полусирот и детей бедных родителей. Ведомству учреждений Императрицы Марии Федоровны принадлежала также Марининская школа для глухонемых в дер. Мурзинка под Санкт-Петербургом.

В 1898 г. в Ведомстве императрицы Марии было создано специализированное благотворительное ведомство для оказания помощи глухонемым – *Попечительство императрицы Марии Федоровны о глухонемых*. Целью этого попечительства являлось учреждение для глухонемых квартир, мастерских, домов трудолюбия, подготовка учителей для школ, где обучались глухонемые и др. С 1897 по 1907 гг. количество школ для глухонемых увеличилось с 19 до 60, где обучались 2777 чел, но реальная потребность в таких заведениях была на 150 тыс. чел.¹

Попечительство о слепых и Попечительство о глухонемых, как и само Ведомство учреждений императрицы Марии, сравнительно благополучно пережили свержение своих покровителей в феврале 1917 года. В марте 1917 г. Ведомство учреждений императрицы было формально упразднено. Собственная его Императорского Величества канцелярия по учреждениям императрицы Марии была преобразована в Управление Маринскими благотворительными заведениями. В его ведении остались все прежние структурные подразделения, благотворительные общества и учреждения призрения.

В 1893 г. в России возникло общество защиты детей от жестокого обращения, строившее убежища и общежития с мастерскими. Кроме того, в конце XIX в. активно учреждаются дома трудолюбия, для людей нуждающихся в работе. Главная цель домов трудолюбия заключалась не только в предоставлении нуждающимся временной работы и обучении профессии, но и в их нравственном перевоспитании, для дальнейшей самостоятельной трудовой жизни.

¹ См.: Фирсов, М.В. Указ. соч. - С. 248.

В 1895 г. Николаем II был подписан указ об учреждении под покровительством императрицы Александры Федоровны Попечительства о домах трудолюбия и работных домах. Впоследствии эта благотворительная организация стала именоваться «Попечительством о трудовой помощи». Перед домами трудолюбия ставилась задача помогать бездомным, вышедшим из больниц, *освобожденным из мест заключения*, впадшим в крайнюю бедность и не имеющим заработка людям, путем обеспечения их работой и приютом¹. К началу XX в. в России действовало около 140 домов трудолюбия.

Вместе с детскими приютами трудолюбия, пунктами раздачи работы на дом, профессиональными училищами и мастерскими и др. к 1912 г. работало более 700 заведений трудовой помощи двух типов. К первому типу относились дома с хорошо оборудованными производственными мастерскими, где предоставлялась трудовая помощь здоровым квалифицированным рабочим, временно ставшими безработными. Второй тип домов трудолюбия был предназначен для не подготовленных к профессиональному труду и «слабосильных» людей, которым оказывалась временная трудовая помощь с целью получения ими определенного заработка².

В конце XIX в. достигла своего расцвета *социальная реабилитация в приходах* – в приютах для детей и богадельнях для престарелых. Цель детских приютов состояла в призрении детей-сирот, поправить их здоровье соответствующим жизненным условиям помещением, достаточным питанием и внимательным уходом; затем посредством школы дать им первоначальное образование, а посредством воспитания и постоянного надзора побудить, развить и укрепить нравственное чувство, любовь к труду, послушанию и порядку. Наконец, обучить какому-либо ремеслу или определить в какие-либо училища, мастерские, предоставив возможность материального обеспечения в последующей жизни, по выходе из приютов. На летнее время дети

¹ Холостова, Е.И. Указ. соч. - С. 153-154.

² Там же. - С. 155-156.

вывозились за город – на дачи, где они знакомились с природой и трудились на приусадебных участках¹.

Приведенные факты свидетельствуют о наличии элементов большинства видов социальной реабилитации в социально-помогающей деятельности в России в XVII-XIX вв., таких как социально-педагогическая, социально-психологическая, социально-бытовая и др. Можно даже выделить отдельные меры, свидетельствующие о появлении социально-культурной реабилитации, главным образом, в отношении детей.

Зарождение социальной реабилитации алкоголиков

К числу наиболее серьезных российских проблем относится проблема алкоголизации населения, которая периодически привлекает к себе пристальное внимание государства и общества. Проблема социальной реабилитации алкоголиков является наиболее трудной, может быть, именно поэтому внимание к социальной реабилитации алкоголиков прослеживается только с XIX в., с момента либерализации российского общества (1861 г.) впервые задумавшегося над своим будущим.

Проблема алкоголизма уже в конце XIX в. привлекала к себе значительное внимание российских исследователей различных отраслей науки². Так, на первом съезде российских психиатров (1887 г.) ученый-психиатр И.М. Мержеевский потребовал от царского правительства принятия мер по борьбе с хроническим алкоголизмом.

В 1894 г. по инициативе Министерства Финансов происходит учреждение Попечительств о народной трезвости. За пять лет было создано 18 губернских, 6 особых и 184 уездных попечительств, на местах работали 5,3 тысяч участковых попечителей, объединявшие усилия 20,5 тысяч членов. Попечительства о народной трезвости обладали значительными средствами, которые выделялись из

¹ Воронова, Е.А. Духовное состояние Российского общества и благотворительность (историко-социологический анализ)/ Е.А.Воронова. - СПб., 2005. - С. 38-39.

² Дюмидов, И. Алкоголизм, как фактор преступности несовершеннолетних/И.Дюмидов // Дети-преступники: сб. статей. - М., 1912. - С. 353-366; Успенский, С. Законодательные меры по борьбе с пьянством/ С.Успенский. - М., 1912.

казны. Петербургское попечительство имело свои театры, столовые, гостиницы, были организованы амбулатории для лечения алкоголиков. В 1903 г. в Москве попечительство о народной трезвости открыло первую амбулаторию, а с 1906 г. снабжало неимущих больных медикаментами бесплатно. Таким образом, попечительства о народной трезвости имели возможности реализовать инициативу правительства по организации и распространению борьбы с пьянством в обществе, но речь не шла о полном искоренении пьянства, поэтому возникло мнение о формальности их деятельности. Несмотря на это именно в попечительствах впервые стала осуществляться *социально-медицинская реабилитация* российских пьяниц.

После введения винной монополии и утверждения «Устава попечительств о народной трезвости» борьба с пьянством развернулась в городах и уездах империи. Одновременно с попечительствами о народной трезвости в борьбу с пьянством включились общественные организации. В мае 1895 г. доктор С.Н. Данилло, выступая в «Русском обществе охранения народного здоровья», предложил создавать для алкоголиков лечебные колонии. Доктор М.Н. Нижегородцев предложил учредить особую комиссию по изучению алкогольного вопроса. Члены общества последнее предложение одобрили, и на этом дело остановилось.

15 декабря 1897 г. Л.И. Дембо обратил внимание на то, что постановление об учреждении особой комиссией по изучению алкогольного вопроса в «Русском обществе охранения народного здоровья» осталось невыполненным. На предварительном совещании биологической секции этого общества было принято решение, что желательно «не ограничиваться выработкой Устава лечебных колоний для алкоголиков», а исследовать алкоголизм как явление в полном объеме. Председателем Комиссии был избран М.Н. Нижегородцев, которому поручили ее формирование. Создание комиссии привело к изменению смысловой направленности борьбы с пьянством, которая из социально-политической плоскости перешла в плоскость культурно-гуманитарную.

Однако дальше этих благих пожеланий деятельность в области социальной реабилитации алкоголиков не пошла. Этому помешали как объективные причины (российский государственный бюджет этого периода можно образно назвать «пьяным»), так и субъективны – бедность и нищету основной массы российского населения, традиционно ищущего выхода из тупика от социальных невзгод в вине.

В целом же, развитие социальной реабилитации в рамках общественного призрения и благотворительности включало в себя меры по интеграции различных категорий населения (инвалидов войны и труда, малоимущих, женщин и др.) в различные сферы деятельности, воспитанию и профессиональному обучению детей и инвалидов.

Среди основных недостатков социальной реабилитации можно назвать отсутствие профессиональных специалистов реабилитологов (за исключением медицинской и социально-педагогической реабилитации), ни одно учебное заведение в то время не готовило подобного рода специалистов.

В целом, нельзя сказать, что складывающаяся система социальной реабилитации удовлетворяла потребностям времени, скорее, наоборот, она значительно отставала, но в своих основных параметрах она могла стать фундаментом для ее дальнейшего развития. Она имела необходимый ресурс для того, чтобы стать более совершенной и эффективной.

2.5. Основные направления социальной реабилитации в XX в.

**Четвертый этап
развития социальной
реабилитации (начало
XX в. – 1917 г.).**

Начало XX в. открыло новый период в развитии различных видов социальной реабилитации. Именно в этот период впервые появляется само определение понятия *«реабилитация»*, данное

Францем Йозефом Раттер фон Бус в книге «Система общего попечительства над бедными» (1903 г.)¹. Реабилитация в это время понимается как предоставление больным и инвалидам возможности трудиться. В то же время в научных исследованиях и в практической работе преобладающей являлась идея, согласно которой больной или инвалид, прошедший курс реабилитации, дальнейшей своей деятельностью должен доказать право на социальную полноценность. По отношению к лицам с физическими уродствами термин «реабилитация» был использован в 1918 г. при основании в Нью-Йорке института Красного Креста для инвалидов.

Широкое развитие во многих городах России получает трудоустройство лиц с ограниченной трудоспособностью, обремененных семей женщин или не имеющих специальности подростков. Так, в Москве в 1902 г. совет Пречистенского участкового попечительства о бедных открыл посредническую контору по трудоустройству. При попечительствах стали создаваться учебные и производственные мастерские².

Особую роль в развитии *социальной реабилитации инвалидов труда* сыграли страховые законы, принятые в России в период 1903-1912 гг., в первую очередь касавшиеся обеспечения рабочих на случай увечий. Именно на их основании стали проводиться специальные мероприятия по *социально-медицинской и профессиональной реабилитации* лиц, утративших трудоспособность. Были созданы специальные лечебные заведения для реабилитации инвалидов труда и возвращения их в производство в зависимости от степени утраты трудоспособности.

¹ Фирсов, М.В. Указ. соч. - С. 538. После I мировой войны в связи с необходимостью максимального использования трудовых ресурсов, концепция общественного призрения самостоятельного характера уступает место идеям обеспечения больным и инвалидам определенной степени экономической самостоятельности. Термин реабилитация медицинский, заимствованный из юридической практики и обозначающий восстановление доброго имени и в прежних правах неправильно обвиненного (в юридической практике этот термин впервые был применен к Жанне Д'Арк). К.К. Платонов отмечает, что в широкую медицинскую теорию и практику это понятие пришло из психиатрии, где сохранило личностный смысл. По его определению, реабилитация личности – это восстановление личностью потерянных вследствие заболевания способностей или компенсация их на основе пластичности (психологическая компенсация).

² Холостова, Е.И. Указ. соч. - С. 113.

Кроме того, инвалиды труда впервые законодательно получили право на гарантированные пособия и пенсии по временной и постоянной утрате трудоспособности, которые можно рассматривать как элемент *социально-экономической реабилитации*.

**Основные направления
социальной
реабилитации
инвалидов Первой
мировой войны**

В период русско-японской войны (1904-1905 гг.), а затем и первой мировой войны (1914-1918 гг.) появился огромный контингент, с одной стороны, осиротелых семей, а с другой – возвращающихся с войны инвалидов. Инвалиды вынуждены были побираться, нищенствовать. Лишь 25 июня 1912 г. был принят закон о пенсиях, по которому право на пенсию получили инвалиды войны, потерявшие трудоспособность вследствие полученных ими ран, внутренних или внешних повреждений либо болезней во время службы. Военные инвалиды получили право на пенсию независимо от их материального положения¹.

Масштабы первой мировой войны потребовали нового уровня решения проблемы оказания помощи раненым и увечным воинам. Государство явно не справлялось с оказанием помощи военным инвалидам. Помощь Александровского комитета о раненых и Красного креста была обставлена такими бюрократическими формальностями и волокитой, что солдаты-инвалиды покидали госпитали с 1-2 копейками в кармане и должны были нищенствовать по дороге на родину. В тыловых губерниях Российской империи также не было специальных органов оказывающих помощь инвалидам, и никто не знал их точного количества. Даже к началу 1917 г. не имелось регистрации всех военных инвалидов; ни разу не производилась перепись солдат-инвалидов с указанием их профессий и степени инвалидности. Точной цифры военных инвалидов в этот период не знал никто. Называлась цифра от нескольких сотен тысяч до 1,5 млн. человек.

¹ Вестник общества повседневной помощи пострадавшим на войне солдатам и их семьям. 1908. - № 1; Пенсии и пособия нижним воинским чинам и их семействам: сб. законов и распоряжений. - М., 1916.

Наиболее эффективно в период войны занимались *социально-реабилитационной деятельностью* солдат-инвалидов Всероссийский земский союз помощи больным и раненым воинам и Всероссийский союз городов. Эти союзы и созданные при них общественные организации занимались открытием госпиталей, учебных курсов и мастерских для увечных солдат, то есть они осуществляли как *социально-медицинскую, так и профессиональную реабилитацию*. Особо остро в условиях войны встал вопрос о *технических средствах реабилитации (в частности протезах)*. Многие солдаты были лишены рук, ног, были искалечены другие части тела.

2 октября 1915 г. Медицинский Совет МВД постановил, что помощь увечным должна заключаться в лечении, восстановлении и поддержании трудоспособности, организации трудовой помощи и призрения, которая должна быть приближена к нуждающимся. В октябре 1916 г. на московском совещании представителей земств по вопросам осуществления земствами помощи увечным инвалидам было принято решение об оказании «трудовой помощи» инвалидам. Было отмечено, что необходимо «поднять материальную обеспеченность последних и поднять их в собственных глазах, предоставив возможность сделаться ценными и деятельными членами общества»¹. Не менее остро стоял вопрос и об изготовлении протезов, которых не хватало, и которые были чрезвычайно дороги.

В условиях войны выросло значение трудоустройства и не только бывших солдат, но и прочих нуждавшихся. Во многих городах были организованы специальные бюро или комиссии по трудовой помощи, которые стали создавать рабочие места для семей военнослужащих, путем организации специальных мастерских, бюро труда или посреднических бюро. В этот же период возникает трудовое устройство инвалидов войны².

¹ Труды совещания представителей земств по вопросам осуществления земствами помощи увечным воинам, состоявшегося в Москве 5-7 октября 1916 г. - М., 1917.

² Для инвалидов войны издавались специальные брошюры, например: «Материал организации ремесленного и профессионального обучения увечных воинов» и «Ремесленные курсы для увечных воинов».

Открывались специальные учебные мастерские, так, в Тамбове в 1916 г. были открыты мастерские для обучения воинов-инвалидов сапожному и портняжному мастерству, куда поступали инвалиды со всей губернии. В Москве действовал городской Попечительный об увечных воинах совет, ведавший восстановлением трудоспособности инвалидов путем создания соответствующих лечебных учреждений, обучения раненых грамоте и ремеслам.

Таким образом, в годы первой мировой войны социальная реабилитация инвалидов становится более широкой, она включает в себя как социально-медицинскую, так и профессиональную и социально-экономическую реабилитацию. Однако, целостной системы реабилитации инвалидов войны создано не было, особенно это относилось к проблеме протезирования. Многие солдаты на фронте считали, что лучше умереть, чем остаться калекой¹.

После февральской революции 1917 г. постепенно началось сворачивание помощи инвалидам войны. Однако революционная эпоха дала импульс развитию собственных общественных организаций инвалидов, которые стали брать инициативу в свои руки. Повсеместно стали возникать региональные, городские союзы и отделы увечных воинов.

29 июня 1917 г. постановлением Временного Правительства при Министерстве государственного призрения, был учреждён Временный Общегосударственный Комитет помощи военно-увечным и намечено создание местных комитетов (городских, уездных и волостных). По постановлению Временного правительства от 11 октября 1917 г. размер пенсий был повышен, примерно в два и более раза. Но, во-первых, инфляция уже обгоняла это повышение пенсий, а во-вторых, это постановление оставалось только на бумаге до 17 декабря 1917 г., когда уже СНК приказал приступить к выдаче процентных надбавок к пенсиям увечных солдат. Лишь после 21 января 1919 г. на солдат старой армии были распространены декреты 7 августа и 10 октября 1918 г. о повышении пенсий.

¹ Тиркова, А.В. Увечные воины/ А.В.Тиркова. - Пг., 1917. - С.7.

Важной проблемой повседневной жизни инвалидов было их психическое состояние, которое обусловило необходимость *социально-психологической реабилитации инвалидов войны*, да и в целом бывших военных. Так, ветераны первой мировой войны в 20-е гг. XX в., по наблюдениям врачей, страдали травматическими неврозами, другими нервными заболеваниями, страдали припадками, повышенной возбудимостью¹. Многие из таких увечных воинов так и не смогли приспособиться к обычной жизни после войны, а слабая социальная поддержка, а порой и почти полное отсутствие таковой, приводили их к самоубийствам, злоупотреблению алкоголем и наркотиками, стремлению уединиться и краху семейной жизни. Как отмечала врач Е.Н. Каменева, на одну пенсию жить инвалиду было трудно, заработать денег дополнительно он уже не мог, и дело часто заканчивалось разводом. Военные инвалиды часто сходились со случайными женщинами, проститутками или инвалидками – такими же нервными, неуравновешенными, как они, и семейная жизнь складывалась для них неудачно. Инвалиды войны считали, что они бесполезный для государства элемент, что все смотрят на них как на паразитов. Это только усиливало раздражительность, озлобление, приводило к буйству, ухудшению состояния их здоровья.

Советская власть ликвидировала старые органы призрения увечных солдат и создавала собственные структуры². 19 ноября 1917 г. упразднены общества помощи инвалидам, 24 января 1918 г. – Александровский Комитет о раненых. После роспуска губернских и уездных воинских присутствий были созданы отделы военно-увечных солдат при местных Советах. В ноябре 1917 г. образован комитет «Союза увечных воинов». Советская власть создала единые органы социального обеспечения, в ведении которых были детские дома, дома инвалидов, престарелых.

¹ Каменева, Е.Н. Нервное здоровье инвалидов войны: научно-популярный очерк/ Е.Н.Каменева. - М., 1928. - С.14-15.

² Ксенофонтов, И.Н. Состояние и развитие социального обеспечения в РСФСР/ И.Н.Ксенофонтов. - М., 1925.

Таким образом, можно отметить, что социальная реабилитация инвалидов войны в первые десятилетия XX в. была далека от совершенства и значительно отставала от требований времени, не создавала достойных условий жизни для военных инвалидов.

**Социальная
реабилитация слепых
в годы Первой
мировой войны**

Грянувшая в 1914 г. первая мировая война привела к дальнейшему развитию *социальной реабилитации слепых*. Ослепший художник В.И. Нечаев (1877-1933 гг.), в 1916 г. возглавил движение за создание Всероссийского союза слепых. Именно он задумался над вопросами строительства реабилитационной, просветительской и культурной работы в условиях увеличивающегося притока потерявших зрение военнослужащих. Им было составлено «Воззвание к слепым», опубликованное в газете «Русские ведомости» и журнале «Слепец»¹. В.И. Нечаев совместно с членами инициативной группы, в которую входили писатель Б.А. Розов, настройщик А.Н. Хамов, сестра художника Л.И. Нечаева, ослепшие на фронте солдаты и офицеры, написал и отредактировал Устав Всероссийского союза слепых, опубликованный после Февральской революции. Воззвание Союза и его Устав явились первыми печатными документами, сформулировавшими требования незрячих России, их протест против существующей практики призрения инвалидов, показавшими рост политического самосознания слепых.

**Пятый этап развития
социальной
реабилитации (октябрь
1917-1991 гг.).**

На всем протяжении советской истории преимущественное внимание в *социальной реабилитации* по-прежнему уделялось *инвалидам войны и труда*, как наиболее обширной категории населения, в первую очередь нуждающейся в помощи. В первые годы советской власти стало происходить становление правовых основ инвалидности как нарушения способностей к профессиональному труду, и теоретических основ реабилитации

¹ Воззвание к слепым // Русские ведомости. - 1916. - 20 февр. - С. 5.

как комплекса мер, направленных на восстановление нарушенных функций организма человека¹.

Начало формирования системы социальной помощи инвалидам в РСФСР положено 1 ноября 1917 г. на основании Правительственного сообщения «О социальном страховании», по которому пенсия инвалидов увеличивалась с 1 января 1917 г. на 100% за счёт пенсионного фонда. Социальное обеспечение инвалидов осуществлялось целиком за счёт средств государственного бюджета. Основное место в системе социального обеспечения заняли пенсии инвалидам из числа красноармейцев и красногвардейцев и пенсии членам их семей по случаю потери кормильца. Развитие в первые годы советской власти именно этих видов пенсионного обеспечения было связано с гражданской войной и интервенцией, которые привели к колоссальным человеческим жертвам. В стране насчитывались миллионы инвалидов войны и семей, потерявших кормильца. Именно они, по мнению властей, особенно остро нуждались в материальной поддержке со стороны государства. Подобное отношение к инвалидам развивалось во всем мире. В 1922 г. специалисты различных стран, занимающиеся реабилитацией инвалидов объединяются в международную организацию «Международная реабилитация».

В 1920-е гг. в СССР был выдвинут лозунг «оздоровления труда». Под «оздоровлением труда» понималось тогда не только улучшение условий самого производства, но и изменение быта трудящихся: совершенствование и оздоровление жилищных условий, увеличение заработной платы, рациональное распределение времени труда и отдыха, улучшение питания и т. п. Именно в те годы были разработаны основные теоретические

¹ В 1858 г. Н.И. Пироговым была предложена трёхразрядная классификация военной инвалидности. В 1905 г. П.В. Васильев попытался научно обосновать четырехгрупповую классификацию инвалидности, характеризую утрату трудоспособности по степеням. Вплоть до XIX в. классификация в основном касалась экспертизы раненых военнослужащих. В начальном представлении понятие «инвалид» относилось к военнослужащим, пострадавшим во время военных сражений. Впервые трактовка понятия «инвалидность» приведена в энциклопедическом словаре в 1912 г. как неспособность к труду вследствие потери здоровья, беспомощность, убогость.

положения диспансеризации; созданы новые виды лечебно-профилактических учреждений – специализированные диспансеры (туберкулезные, психоневрологические, наркологические, венерологические), ночные и дневные санатории, профилактории, диетические столовые; введено диспансерное обслуживание рабочих крупных промышленных предприятий; начато диспансерное наблюдение матери и ребенка. На базе диспансеров стали проводиться научные исследования по изучению здоровья и *социальной реабилитации* трудящихся. На ряду с традиционными видами социальной реабилитации (социально-экономической, социально-бытовой, социально-медицинской, профессиональной) в 1920-е гг. появляется и совершенно новое направление в социально-реабилитационной деятельности – *санаторно-курортное обслуживание трудящихся*, ставшее в дальнейшем одним из краеугольных камней системы оздоровления рабочих и служащих в СССР.

В 1920-1930-е гг. большую роль в развитии социальной реабилитации трудящихся стало играть социальное страхование. Был принят целый ряд документов о предоставлении застрахованным различных реабилитационных услуг. Например, распоряжением НКЗ и НКТ РСФСР от 19 апреля 1924 г. «О порядке снабжения застрахованных протезами и ортопедическими аппаратами» было установлено право на бесплатное протезирование и снабжение ортопедическими предметами всех застрахованных, членов их семей, а также инвалидов труда и членов их семей, получающих пенсию от соцстраха. Именно в 1920-е гг. налаживается отечественное производство различных протезов. Если в 1919 г. выпускалось 3000 протезов, то уже в 1926 г. более 18 тыс.

Одним из важнейших направлений социальной реабилитации в 1920-1930-е гг. стала социально-педагогическая реабилитация беспризорных и безнадзорных детей. *Психолого-дефектологические подходы* в социальном воспитании, как одно из направлений *социальной реабилитации*, были связаны с работами таких ученых как В.П. Кащенко (1870-1943 гг.) и Л.С. Выготский (1896-1934 гг.), которые заложили основы социально-

педагогической реабилитации в России. Эти подходы распространялись как на беспризорных детей, асоциальных подростков, детей сирот, умственно отсталых детей. Так и на инвалидов. Эти подходы к реабилитации носили не только практико-ориентированный характер, но и уделяли большое внимание психоанализу и социальной психологии. Проблемы социального воспитания рассматривались этими учеными как проблемы социальной реабилитации, где интегрирование дефективных детей как полноправных граждан в общество являлось важнейшей задачей. Л.С. Выготский определял отечественный путь социального воспитания в том, «чтобы ввести ребенка в жизнь... создать компенсацию его физического недостатка... чтобы нарушение социальной связи с жизнью было налажено каким-то другим путем».

**Разработка проблем
инвалидности в
теории и практике
социальной
реабилитации**

Уже в 1920-е гг. В.П. Кащенко и Л.С.Выготский высказались за предоставление инвалидам равных прав и возможностей в социуме, что стало обсуждаться на западе лишь в 1960-е гг.

Задолго до дискуссии западных ученых о соотношении социальной и медицинской реабилитации, они отстаивали позиции социальной реабилитации. *Социальная реабилитация инвалидов* с точки зрения Л.С. Выготского должна была строиться на основе концепций социальной активности, включавшей в себя «завоевание социальной позиции» в обществе, когда человек, имеющий «дефект», ощущает себя личностью и своей активной трудовой деятельностью доказывает свою «социальную полноценность». В этом отношении общество должно создать все условия для реализации этих задач.

Для осуществления процедуры установления инвалидности в СССР был создан специальный организационно-структурный институт – врачебно-трудовая экспертиза, первоначально как компонента страховой медицины.

В СССР в зависимости от потери трудоспособности в 1921-1932 гг. были определены шесть групп инвалидности: 4-6 считались рабочие, а с 1932 года – три – 1, 2, 3, которые

устанавливались временно (на 6-12 месяцев) или бессрочно. Инвалиды обеспечивались государственной пенсией, необходимым лечением, протезами, создавались условия для их трудоустройства.

Постановлением СНК от 8 декабря 1921 г. была введена шестигрупповая классификация инвалидности:

- I группа – инвалид не только не способен ни к какой профессиональной работе, но нуждается в посторонней помощи;

- II группа – инвалид не способен ни к какой профессиональной работе, но может обходиться без посторонней помощи;

- III группа – инвалид не способен ни к какой регулярной профессиональной работе, но может в некоторой степени добывать себе средства к существованию случайными и лёгкими работами;

- IV группа – инвалид не может продолжать свою прежнюю профессиональную деятельность, но может перейти на новую профессию более низкой квалификации;

- V группа – инвалид должен отказаться от прежней профессии, но может найти новую профессию такой же квалификации;

- VI группа – возможно продолжение прежней профессиональной работы, но только с пониженной производительностью.

Данная классификация инвалидности получила наименование «рациональной» так как вместо процентного метода вводила определение трудоспособности, исходя из возможности для инвалида, в зависимости от состояния здоровья, выполнять какую-либо профессиональную работу или же работу в своей прежней профессии. Так начал утверждаться принцип определения тяжести нарушения функций у больного и сопоставления их с требованиями профессионального труда, предъявляемыми к организму работающего. Эта система, определяя инвалидность даже у лиц с незначительным снижением трудоспособности (VI, V и отчасти IV группы) давала, при существовавшей тогда безработице, возможность получить работу и пользоваться определёнными льготами, предоставляемыми государством инвалидам. Право на пенсионное обеспечение имели инвалиды только первых трёх

групп. Однако и после этих изменений шестигрупповая классификация не смогла полностью удовлетворять требованиям, предъявляемым к экспертизе трудоспособности в условиях индустриализации экономики, ликвидации безработицы и высокой потребности в рабочей силе.

По постановлению СНК РСФСР «О социальном обеспечении инвалидов» (1921 г.) право на пенсию по инвалидности получали все рабочие и служащие, а также военнослужащие в случае наступления инвалидности по причине профессионального заболевания, трудового увечья, общего заболевания или старости. Пенсионное обеспечение инвалидов труда было упорядочено в Положении ВЦИК и СНК (1928 г.). Размеры пенсий устанавливались в зависимости от группы и причины инвалидности, производственного стажа и размера заработной платы.

Кроме того, увечные военнослужащие имели льготы: налоговые, коммунальные, медицинские, в сфере образования. Трудоустройство части инвалидов достигалось путем организации артелей и кооперативов. Необходимо заметить, что в 20-30-е гг. XX в. проявлялся классовый подход к организации социальной помощи, а следовательно и социальной реабилитации. Так, не следовало трудоустраивать и обучать инвалидов, принадлежащих к социально-чуждым элементам. К числу таких относились инвалиды белых армий, кулаки, бывшие помещики, жандармы и т.д. Ряд документов о социальных гарантиях бывших военнослужащих был принят в 1921, 1924, 1926, 1931, 1938 гг. Но общесоюзный закон о пенсиях бывшим военным в СССР вплоть до 1940 г. отсутствовал. Именно поэтому, более 1 млн. инвалидов войны в 20-е гг. XX в. оставались без всякой помощи, еще 500 тыс. получали явно недостаточную пенсию¹.

6 июля 1928 г. было утверждено «Положение о врачебно-экспертных комиссиях», БВЭ переименованы во врачебно-экспертные комиссии (ВЭК), которые организовывались органами

¹ Навстречу. Литературно-художественный сборник. К неделе инвалидов войны. - М., 1923. - С.12.; Сенявская, Е.С. Психология войны в XX веке. Исторический опыт России/ Е.С.Сенявская. - М., 1999.

здравоохранения, и был определен круг решаемых ими задач (установление наличия инвалидности, степени, характера и причины инвалидности, определение способов восстановления трудоспособности путем долечивания, переобучения, установления необходимости протезирования инвалидов, связи инвалидности с получением инвалидами трудового и профзаболевания). В 1930-е гг. врачебно-трудовая экспертиза была передана из ведения органов здравоохранения органам социального страхования и социального обеспечения.

Большой вклад социально-медицинскую реабилитацию внес Центральный научно-исследовательский институт организации труда инвалидов (1930 г.). 16 марта 1931 г. при НКСО РСФСР был учрежден Совет по трудовому устройству инвалидов, где решением правительства за инвалидами должно было быть забронировано на промышленных предприятиях до 2% от общего числа рабочих мест. Такие же советы были созданы на местах: в областях, районах, городах. Все это обеспечивало определенную гарантию трудоустройства и социального обеспечения инвалидов.

В 1931 г. в Москве создается институт экспертизы трудоспособности, а в 1932 г. – Центральный институт трудоустройства инвалидов¹. В 1932-1934 гг. создается научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности в Харькове, филиалы ЦИЭТИНа в Ростове-на-Дону, Иванове, Горьком и Свердловске. В центре внимания научно-исследовательской работы институтов было решение проблем экспертизы трудоспособности и социально-трудовой реабилитации инвалидов.

В 1932 г. реализуя постановление СНК РСФСР об улучшении трудоустройства инвалидов и подготовки квалифицированных кадров врачей-экспертов, руководство здравоохранения Ленинграда организовало НИИ по изучению организации труда инвалидов и НИИ врачебно-трудовой экспертизы и профессиональной консультации. В 1935 г. оба института

¹ В 1937 г. объединяются в Центральный научно-исследовательский институт экспертизы трудоспособности и организации труда инвалидов (ЦИЭТИН) и переходит в подчинение НКСС РСФСР.

объединили в один институт, занимающийся вопросами *социально-трудовой реабилитации инвалидов*, и совершенствованием методов врачебно-трудовой экспертизы¹.

Важнейшим фактором, определившим все дальнейшее развитие врачебно-трудовой экспертизы и социальной реабилитации инвалидов, явилась замена в 1932 г. шестигрупповой на трёхгрупповую классификацию инвалидности:

- к I группе относились лица, утратившие полностью трудоспособность и нуждающиеся в постороннем уходе;

- ко II группе – утратившие полностью способность к профессиональному труду как по своей, так и по какой бы то ни было другой профессии;

- к III группе – нетрудоспособные к систематическому труду по своей профессии в обычных условиях работы для этой профессии, но могущие использовать свою остаточную трудоспособность: а) либо не на регулярной работе, б) либо при сокращённом рабочем дне, в) либо в другой профессии со значительным снижением квалификации².

Замена шестигрупповой классификации трёхгрупповой была осуществлена не механически – ликвидацией IV, V и VI групп, которым пенсии не назначались, а путём существенной переработки формулировок групп инвалидности, в первую очередь III группы, в которую фактически были включены критерии ликвидированной IV группы – возможность работать «в другой профессии со значительным снижением квалификации». Таким образом, перестали признаваться инвалидами лица, фактически сохранившие свою трудоспособность, а с другой стороны, – лица с ограниченной трудоспособностью стали относиться к III группе, при которой инвалиды получали пенсию³.

¹ В настоящее время Институт проблем медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов.

² Трудовое устройство инвалидов. Пособие для инспекторов отделов социального обеспечения. - М., 1952. - С. 56.

³ Эта трёхгрупповая классификация инвалидности, уже в 1930-х гг. сыгравшая немалую роль в упорядочении врачебно-трудовой экспертизы, существует с некоторыми изменениями до настоящего времени.

Новая классификация установления инвалидности не была столь громоздкой, как раньше, определяла степень инвалидности по «возможности – невозможности» индивида выполнять трудовые, профессиональные обязанности. Кроме этого при назначении инвалидности учитывалась возможность нуждающегося к самообеспечению. На основе этой классификации определялась степень инвалидности субъекта и предоставлялись ему те или иные трудовые места.

Правовая и идеологическая семантика категории инвалидности, сложившаяся в 1930-е гг., кардинально изменила смысл понятия «инвалидность», замкнув его на производстве, а не на здоровье. Высшей целью отныне провозглашалась мобилизация рабочих сил для строительства социализма. Соответственно инвалидность (а вместе с ней и право на государственную пенсию) давалась с этого момента не за обычные телесные увечья, а только при полной потере трудоспособности, причем на срок не больше одного года. Таким образом, действовавшая ранее связь между болезнью и трудоспособностью утратила свою силу. Трудоустройство приобрело приоритетное значение среди всех мер социального обеспечения инвалидов и даже превратилось в их единственную цель.

Профессиональная реабилитация инвалидов в системе кооперации	Огромным достижением советской власти явилось то, что в 20-30-е гг. XX в. активно развивалась <i>социальная реабилитация участников первой мировой и гражданской войн в системе кооперации</i> . Если в 1921-1923 гг. артели инвалидов были разрозненными «подразделениями» промысловой или потребительской кооперации, то с 1923 г. она становится самостоятельной ветвью кооперативного движения России. I Всероссийское совещание инвалидной кооперации 13 февраля 1923 г. объявило о создании ВИКО – Всероссийского инвалидного производственно-потребительского коопобъединения и ГИКО – губернских инкоопобъединений.
---	---

Главной задачей ВИКО стало трудоустройство инвалидов путем расширения сети собственных артелей и цехов для

надомников, а также строительство детских садов, санаториев, профессиональных школ и сооружений. Артели ВИКО существовали на полном хозрасчете: на все свои нужды, в том числе и на развитие производства, инвалиды зарабатывали сами. Если в 1922 г. на 253-х курсах обучалось 37 тыс. инвалидов и было создано 12 сельхозколоний, 400 мастерских на 8 тыс. мест, то на 1 октября 1925 г. кооперация инвалидов насчитывала 4,2 тыс. артелей с 52 тыс. членов. Низовая сеть имела 4253 предприятия и характеризовалась разнообразием форм хозяйственной деятельности: инвалиды были заняты в 30-ти отраслях народного хозяйства от хлебопечения до дегтярного производства. Преобладающим видом предприятий являлись хлебопекарни (15% от общего числа всех предприятий). Кроме того, кооперация инвалидов имела 1485 магазинов и лавок, 1261 ларек. Широкое развитие в кооперации инвалидов получили предприятия общественного питания, их на 1 октября 1925 г. во Всекоопинсоюзе насчитывалось 1126 единиц. Таким образом, кооперация инвалидов была поставлена на службу социальной защиты и социальной реабилитации «военноувечных» и инвалидов войны и труда¹. Одновременно оказывалась медицинская помощь инвалидам, пенсионное обеспечение, создавались инвалидные артели, предоставлялись налоговые и другие льготы². Развивалась охрана труда инвалидов, обучение доступным инвалидам профессиям, а

¹ Бруштейн, С.А. Проблемы трудового устройства инвалидов/ С.А.Бруштейн. - М., 1933; Гончарук, Н.Т. Организация артели инвалидов и основные задачи ее выборных органов/ Н.Т.Гончарук. - М.:Л., 1933; Верабиловский, П.П. За использование труда инвалидов в колхозах/ П.П.Верабиловский. - М., 1931; Трудоустройство пенсионеров соцстраха: [статья, постановления, инструкции]/ под общ. ред. З.Э. Григорьева. - Л., 1935; Инвалиды работают: сб. статей / под общ. ред. А.С. Ефимец. - М., 1933; Ротенберг, А.А. Возвращение инвалидов к труду/ А.А.Ротенберг. - Харьков, 1926; Полищук Д.А. О трудоустройстве лиц ограниченной трудоспособности/ Д.А.Полищук. - Горький, 1935; Милютин, Н.А. Трудовое устройство инвалидов/ Н.А.Милютин. - М., 1923.

² Жизнь и быт инвалидов: сб. очерков о жизни инвалидов. - М., 1924; Положение о государственном обеспечении инвалидов войны и военной службы. - М., 1934; Ермолаев, И.И. Льготы и преимущества инвалидам войны и другим лицам, состоящим на социальном обеспечении/ И.И.Ермолаев. - М., 1931; Самсонов, А.А. Обеспечение инвалидов войны и крестьян престарелого возраста/ А.А.Самсонов. - М., 1928; Работа на дому инвалидов I и II группы: инструкторско-методическое пособие врачей ВТЭК, работников отделов трудоустройства и кооперации инвалидов. - М., 1939; Роси, М. Как обеспечить инвалидов в деревне/ М.Роси. - М., 1925.

также подготовка и переподготовка кадров в системе кооперации инвалидов¹.

В декабре 1939 г. ВИКО был преобразован во Всероссийский союз кооперации инвалидов (Всекоопинсоюз). Структура Всекоопинсоюза предшествовала современной структуре ВОИ. Все вопросы решались демократическим путем и правом голоса обладали только инвалиды. К концу 1950-х гг. промкооперация инвалидов объединяла более 4200 артелей с числом работников 219 тыс. чел. В 1956 г. правительство приняло постановление, по которому большое число предприятий отходило к государственной промышленности, а в 1960 г. артели были ликвидированы полностью. Это сказалось на росте безработицы, на падении материального и душевного состояния людей – государство забрало также более 100 школ, 18 санаториев, 41 дом отдыха и др. Так был нанесен сильнейший удар по инвалидному движению в России. В отличие от инвалидов-опорников производство Общества слепых в эти годы не только устояло, но и наоборот самостоятельная деятельность его расцвела. Важную роль в этом сыграла сеть УПП (учебно-производственных предприятий).

Совершенствование системы социальной реабилитации слепых

В декабре 1922 г. в Москву из Саратова по распоряжению ЦК ВКП (б) приезжает Б.П. Мавромати (1897-1938), слепой с детства, юрист по образованию, получивший назначение на должность политического руководителя дома для слепых детей (будущая Московская школа №1), но, по сути, ему поручается кураторство всей работы с незрячими. При его активном участии целые группы слепых рабочих привлекаются в металлообрабатывающую промышленность. «Вечерняя Москва» в статье «Детище слепых на

¹ Сокольский, А.М. Охрана труда в условиях развития промышленности/ А.М.Сокольский. - Харьков, 1926; Иванов, А.Я. Работа по охране труда на предприятиях: что должна знать и как работать комиссия по охране труда инвалидов/ А.Я.Иванов. - Л., 1929; Каплун, С.И. Женский труд и охрана его/ С.И.Каплун. - М., 1921; Бухов, М.А. Как охраняется труд работниц по советским законам/ М.А.Бухов. - М., 1924; О порядке отбора, направления и приема инвалидов в центральные профтехшколы, сельскохозяйственный и лесной техникум НКСО для инвалидов. - М., 1930; Справочник по трудовому устройству и обучению инвалидов. - М., 1933; Где учиться инвалидам. - М., 1936.

Механическом заводе имени Красина» писала: «На бывшем Винтеровском заводе организованы рабочие места для слепых. Механический завод технопродукта поставил задачу приучить слепого к обработке металлов и изучить возможность для более широкого использования их в металлообрабатывающей промышленности. Пущены две мастерские бывшего Винтеровского завода, замершего с 1917 года. Оборудование – старье, починенное самими же слепыми. Из 164 рабочих 97 совершенно слепых, 39 прочих инвалидов и только 28 здоровых. Слепые выполняют работу на штамповальных и шлифовальных станках, а часть из них работает у тисков. Поразительно, на заводе не было ни одного, даже незначительного несчастного случая. О труддисциплине здесь не говорят, она на высоте». Данная статья говорит о том, что профессиональная реабилитация незрячих в советской России стала объектом самого пристального государственного и общественного внимания.

Большое значение в развитии социальной реабилитации слепых сыграло Всероссийское общество слепых (ВОС), взявшее на себя заботу и ответственность за трудоустройство инвалидов с нарушением органов зрения. 6 апреля 1925 г. состоялся учредительный съезд ВОС, определивший задачи обществом на ближайшее время и на перспективу. Основными были названы образование и последующее трудоустройство инвалидов по зрению. Для подростков и взрослых в областных и губернских городах было рекомендовано организовывать профессиональные и технические школы для обучения слепых ремеслам. Председателем президиума Центрального Совета ВОС был избран В.А. Викторов (1893-1977 гг.), инициатор движения «В ногу со зрячими». Характеристикой движения могут служить слова из одноименного журнала ВОС, писавшего, что «между зрячими и слепыми людьми нет никакой разницы, вся разница заключается только в том, что слепой человек имеет для ориентировки не пять органов чувств, а четыре»¹. На этом основании отвергалась любая специфика жизнедеятельности инвалида по зрению. Закрывались артели

¹ Коваленко, Б.И. Возвращение ослепших к трудовой жизни/ Б.И.Коваленко. - М., 1946. - 191 с.

слепых, а незрячие на общих основаниях должны были работать на промышленных предприятиях. Поэтому в 1930-е гг. количество занятых на производстве слепых резко упало, и если раньше их были тысячи, то в результате такого подхода счет шел на сотни и даже десятки. Вместо организации новых специальных школ, слепых и слабовидящих ребят рекомендовалось направлять в обычные учебные заведения, где не было ни подготовленных педагогов, ни разработанных методик и учебников. И даже когда на государственном уровне стало ясно, что это движение провалилось, смена курса происходила крайне медленно и далеко не по инициативе ВОС. Лишь после Великой Отечественной войны спецшколы для слепых и слабовидящих стали обретать статус полных средних, до этого были просто семилетки, а чтобы получить аттестат и возможность учиться в вузах, незрячие юноши и девушки вынуждены были садиться за парты рабфаков, где тоже работать с ними не умели. Вот почему в довоенных вузах учились только лишь считанные единицы слепых студентов.

ВОС в своей многоплановой и разносторонней деятельности (1950-е гг.) и в период налаживания производства не могло уделять должного внимания адресной реабилитационной помощи незрячим в силу объективных причин и обстоятельств (недостаточная материальная база, нехватка площадей, отсутствие опыта и недопонимание сути реабилитационной работы). Вопросы профессионально-трудовой реабилитации незрячих в 1960-1970-е гг. традиционно решались через получение ими рабочих профессий и трудоустройства на учебно-производственных предприятиях ВОС. Только в 1970-е гг. у руководства ВОС появилась возможность обратить более пристальное внимание на состояние реабилитационной работы с инвалидами по зрению 1-й и 2-й группы. К этому времени ВОС уже располагало солидными материальными и финансовыми ресурсами, которые были сформированы из средств заработанных предприятиями слепых. Приобщение десятков тысяч слепых к общественно полезному труду и создание для этого специальных условий на материально-технической базе ВОС было возможно осуществить только при понимании проблем незрячих людей со стороны государства.

Министерство социального обеспечения России, курируя деятельность ВОС практически делегировало ему свои полномочия по организации труда и быта незрячих. ВОС в своей системе предоставляло возможность, по крайней мере, всем инвалидам по зрению (1 и 2 группы) хотя бы минимально заработать на рабочем месте, а для образованных и способных специалистов руководство старалось, по возможности, подобрать достойную работу.

Учитывая, что в то время в стране ещё не было стройной системы реабилитации инвалидов, руководители и практические работники общества слепых создавали и совершенствовали систему социальной реабилитации инвалидов по зрению в ВОС, не дожидаясь разработки общегосударственной. Реализованная в практической жизни тысяч незрячих России и по примеру ВОС в бывших республиках СССР модель структуры ВОС и реабилитационной работы с незрячими всегда вызывала интерес зарубежных специалистов. Основным руководящим документом по социальной реабилитации незрячих «Положением о службе социальной реабилитации во Всероссийском обществе слепых» регламентировалась и координировалась коррекционная и культурно воспитательная работа с инвалидами по зрению. С целью упорядочения управленческих усилий руководителей учреждений, предприятий и местных организаций ВОС в целом в начале 1980-х гг. на предприятиях ВОС была введена должность *реабилитолога*.

Однако, функционируя в условиях партийно-государственного регламентирования всех сторон деятельности учреждений организаций и предприятий, – ВОС приходилось буквально «выкручиваться», чтобы обойти препоны, в частности по преодолению строгого ведомственного надзора за перечнем должностей типового штатного расписания для промышленного предприятия. В результате должность реабилитолога на предприятии ВОС официально именовалась *«инженер по социально-трудовой реабилитации»*. Такое официально разрешённое название должности воспринималось на местах буквально, и это серьёзно ограничило возможность реализации самой идеи всесторонней восстановительной работы с инвалидами.

Высшее же руководство ВОС, располагая информацией о международном опыте в области теории и постановки реабилитационной работы с инвалидами, пыталось встроить в организационную структуру и производственную модель собственных предприятий систему социальной реабилитации инвалидов по зрению. С другой стороны руководители и практические работники на местах, управляя трудовыми коллективами по традиционной схеме, не могли, а может быть и не желали работать с незрячими людьми по новому, то есть наряду с коллективными формами воспитания незрячих, использовать индивидуальные. Отсюда пришло понимание того, что при сохранении и уважении традиционных форм работы с инвалидами всесторонняя реабилитация их должна проводиться специалистами. Главным же организатором в работе с незрячими по мнению ВОС на местах должен быть тифлореабилитолог.

В целом же, следует отметить, что проблема реализации интеллектуального потенциала, развития творческих способностей, получения доступных профессий для инвалидов по зрению на государственном уровне решалась неэффективно. Ситуация изменилась лишь в 1990-е гг. после открытия в стране средних специальных учебных заведений в Кисловодске, Курске и в Москве, а также после принятия Закона РФ 1995 г. «О социальной защите инвалидов» и ряда других законодательных и нормативных актов, когда для инвалидов, поступающих в вузы страны, государство стало предоставлять льготы.

Развитие социально-педагогической реабилитации глухих детей в советский период

Как уже отмечалось, интенсивное появление школ для слабослышащих происходит в начале XX в. в 1926 г. учреждается Всероссийское общество глухих (ВОГ), взявшее на себя заботу о трудоустройстве глухих и их социально-педагогической и профессиональной реабилитации. В течение первой половины XX века происходит научная разработка системы их обучения и воспитания, завершившаяся к середине 1960-х гг. Отечественная школа для слабослышащих детей – относительно молодой тип специальных образовательно-воспитательных и

реабилитационных учреждений. Как подлинно специальное учреждение она насчитывает всего лишь несколько десятилетий своего существования. Если в качестве важнейшего признака действительно специального характера учреждения для аномальных детей принять наличие научно обоснованных принципов их комплектования (определение контингента учащихся, подлежащих приему в данное учреждение), то время рождения школы слабослышащих можно обозначить концом 1940-х – началом 1950-х гг. Именно к этому периоду относится принятие государственными органами народного образования психолого-педагогической классификации лиц с недостатками слуха, разработанной Р.М. Боскис, в качестве научного обоснования для построения дифференцированной сети учреждений, в одном из которых и должны были воспитываться дети с частично нарушенным слухом и возникшим на этой основе речевым недоразвитием разной степени.

Последующие полтора-два десятилетия были годами интенсивной разработки научных основ дидактической системы, адекватной особенностям развития слабослышащих детей и задачам преодоления последствий частично нарушенного слуха. В 1960-е гг. школа слабослышащих получила всю необходимую документацию, регламентирующую и обеспечивающую ее деятельность (положение о школе, учебные планы, программы, учебники для учащихся, пособия для учителей), что создало условия для реализации научных разработок в практике обучения и воспитания слабослышащих, то есть для реального оформления и развития школы специального типа. Таким образом, если 1960-е гг. считать годами становления школы слабослышащих как нового образовательно-воспитательного учреждения, то время существования отечественного подлинно специального обучения детей данной категории с недостатками слуха окажется ограниченным всего тремя-четырьмя последними десятилетиями XX в. и первыми годами XXI в.

**Социальная
реабилитация в годы
Великой
Отечественной войны**

В 40-60-е годы XX столетия проблема социальной реабилитации инвалидов вновь встает «в полный рост», что было

связано с последствиями Великой Отечественной войны, когда десятки миллионов людей вернулись с фронта искалеченными и инвалидами¹. Появилась объективная необходимость социальной реабилитации раненых, возвращения к производственной деятельности инвалидов, создания домов инвалидов и трудовых интернатов, расширения сети детских домов для детей, оставшихся без родителей.

В годы Великой Отечественной войны вопрос об инвалидах и семьях военнослужащих вновь встал с особой остротой². В тыловые регионы СССР, особенно в сельскую местность, непрерывным потоком возвращались с фронта инвалиды. Их присутствие существенно осложняло обстановку на местах. Необустроенность, голод, болезни, равнодушие и злоупотребления местных властей, – все это порождало массовое раздражение и недовольство инвалидов, принимавшее порою деструктивную направленность. Инвалиды-фронтовики возвращались домой с фронта, кто без рук, кто без ног, не имея средств к существованию, они попрошайничали, появлялись на рынках и старались сбыть свои медали и шинели.

Во время войны было демобилизовано около 3,8 млн. солдат с ранениями и по состоянию здоровья, из них 2 млн. 576 тыс. покинули армию как непригодные к службе инвалиды. Остается неизвестным, сколько из них было вылечено или умерло от ранений. Существуют данные, согласно которым весной 1945 г. на территории всего СССР насчитывалось около 2 млн. инвалидов войны³. Поскольку после войны к ним добавились лица из демобилизованных, репатрированных и партизан, то количество инвалидов должно было бы существенно превышать эти

¹ Грицкевич, Д.И. Теоретические и организационные основы трудового устройства инвалидов в промышленности/ Д.И.Грицкевич. - М., 1966; Галкин, Н.Н. Основы трудового устройства в машиностроении инвалидов с поврежденными руками/ Н.Н.Галкин. - М., 1952; Емельянов, М.А. Сборник законодательных и инструктивных материалов для предприятий районной, местной промышленности, промысловой, потребительской кооперации и кооперации инвалидов/ М.А.Емельянов. - Ростов н/Д, 1948; Захаревич, П.Б. Забота об инвалидах и семьях военнослужащих/ П.Б.Захаревич. - М., 1947.

² Возвращение к трудовой деятельности инвалидов Отечественной войны: сборник постановлений и инструкций / под ред. Н.М.Ободина. - Л., 1943.

³ РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 117. Д. 511. Л. 106.

показатели. По минимальным подсчетам, оно должно было бы составлять 2,7 млн. чел.¹

В решении проблемы социальной реабилитации инвалидов этого периода было несколько направлений: определение категории нуждающихся, организация выплаты пенсий и пособий, трудоустройство инвалидов, членов их семей и остро нуждающихся, профессиональная переподготовка или обучение инвалидов, мобилизация общественности для оказания помощи остро нуждающимся инвалидам и их семьям и семьям, потерявшим на фронтах своих кормильцев.

Если в довоенный период инвалиды с локальными поражениями опорно-двигательного аппарата составляли 8%, то в 1945 г. среди инвалидов Отечественной войны – 85%. Эти инвалиды отличались от довоенного контингента тем, что любая работа, доступная при имеющемся анатомическом дефекте, не являлась им противопоказанной по состоянию здоровья, что создавало очень широкие возможности для трудового устройства².

9 августа 1941 г. НКСО РСФСР потребовал от ВТЭК особой строгости при обследовании инвалидов³. Запрещалось давать инвалидность тем лицам, кто еще мог работать по старой профессии, даже в случае потери одного глаза или конечностей. Лишь в тех случаях, когда нарушения функций были настолько сильными, что пострадавшие были способны выполнять только малоквалифицированную работу, с урезанной заработной платой и облегченными условиями труда, разрешалась выдача инвалидности третьей группы.

В результате в первые два года войны многочисленные инвалиды III группы лишились инвалидности и предусмотренных

¹ Совершенно неизвестно, сколько женщин было среди инвалидов Великой Отечественной войны, тем более что данные Генерального штаба вообще не учитывают категорию пола. Даже данные о количестве женщин, служивших в Красной армии, сильно различаются между собой; См.: Мурманцева В.С. Женщины в солдатских шинелях/ В.С.Мурманцева. - М., 1971. - С. 9.

² Очередные задачи органов социального обеспечения. Материалы Всероссийского совещания руководящих работников социального обеспечения (май 1945 года). - М., 1945. - С.25; ГАРФ. Ф. 5451. Оп. 29. Д. 166. Л. 116-117; РГАСПИ. Ф. 17. Оп. 117. Д. 511. Л. 107.

³ Инструктивное письмо о работе ВТЭК в условиях военного времени, 9 августа 1941 г. // ГАРФ (РСФСР). Ф. А-413. Оп. 1. Д. 234. Л. 182-183.

для них пенсий. В данном случае, помимо потребности в рабочих руках, определенную роль сыграли затраты на резко возросшее число инвалидов. С осени 1943 г. органы социального обеспечения активно занялись сокращением доли инвалидов II группы. Систематические досрочные массовые медицинские обследования по всей стране привели к снижению квоты с 52,7% в 1942 г. до 35,4% в 1944 г.) и в итоге до 21,1% в 1948 г. Эта политика коснулась сотен тысяч инвалидов, многие из которых имели несколько ранений. Отныне они подлежали обязательному трудоустройству и усиленному государственному контролю, нацеленному на пресечение «спекулянтства», якобы распространенного среди вернувшихся с фронта инвалидов.

Таким образом, политика советской власти в отношении инвалидов войны носила в этот период двойственный характер. Широко проводились реабилитационные мероприятия и вместе с тем искусственно многие инвалиды лишались социально-экономической поддержки со стороны государства (пособий и пенсий) и фактически принуждались трудоустроиваться для того чтобы выжить.

В годы войны в социальное обеспечение были внесены существенные изменения. Применительно к новой обстановке военного времени были созданы специальные государственные органы по материальному обеспечению и бытовому устройству семей военнослужащих, расширен круг обеспечиваемых пенсиями, пособиями и введены льготы отдельным категориям граждан, в том числе инвалидам войны. Несмотря на резкий расход на оборону, нормы пенсии не снижались. 31 января 1944 г. СНК утвердил «Инструкцию о порядке назначения и выплаты пенсий по инвалидности военнослужащим рядового, сержантского и старшинского состава». Инвалидам, «не связанным с сельским хозяйством», но до войны работавшим, пенсия назначалась по I группе инвалидности в размере 100% от зарплаты, по II группе – 75%, по III – 50%. Для «связанных с сельским хозяйством», то есть для жителей деревень, процент был – соответственно – 80, 60 и 50. Но среди инвалидов преобладающее количество молодежи ушло на фронт сразу после окончания школы, из училищ, техникумов и

вузов, не имея рабочего стажа. Для них назначалась фиксированная пенсия: в городе по I группе инвалидности – 150 руб., по II – 120, по III – 90. В деревне – соответственно – 120, 96 и 72. В то же время булка хлеба стоила на рынке от 100 рублей, мужские брюки – 500 руб.

I и II группы составляли безногие, безрукие, слепые, частично парализованные фронтовики. В III группу жесткая советская экспертная система включала одноруких, одноногих, контуженных с частичными потерями слуха, голоса, зрения. По пункту 62 данной инструкции «инвалидам войны, отнесенным к III группе инвалидности, отдел собес вместе с пенсионным удостоверением вручает документ о направлении на работу... Если в течение двухмесячного срока инвалид III группы не представит удостоверение или справки о работе, то дальнейшая выплата пенсии приостанавливается...». Пункт 64 отмечал, что «инвалидам III группы кустарям и ремесленникам, не работающим на государственных предприятиях, пенсия не выплачивается»¹. После окончания войны количество инвалидов, в том числе и не получивших по каким-то причинам III группы, определялось приблизительной цифрой в 12,5 млн. человек.

Уже в военное время законодательством были установлены льготы в области социального обеспечения бывшим воинам. Работающим на предприятиях и в учреждениях сохранялась выплата пенсий, независимо от размера заработной платы, а работающим в колхозах – независимо от размера их дохода, пособия по временной нетрудоспособности выплачивались независимо от стажа непрерывной работы в размере 100% заработной платы. Инвалиды Великой Отечественной войны освобождались от оплаты за обучение в техникумах и вузах. Руководители хозяйственных и советских организаций обязывались в первую очередь предоставлять им жилплощадь, бесплатно выделять лес для индивидуального жилищного строительства.

Кроме того, инвалиды войны I и II групп освобождались от уплаты военного налога и от обложения налогом на холостяков,

¹ Эта инструкция без всякого из нее изъятия оставалась в силе вплоть до 1981 г.

одиноких и малосемейных граждан СССР. Хозяйства колхозников и единоличников, в состав которых входили инвалиды войны и I и II групп, полностью освобождались от сельхозналога.

Важным видом социальной помощи бывшим фронтовикам явились их трудоустройство, производственное обучение и переквалификация. На это была направлена и государственная политика. Хотя в ноябрьском постановлении правительства 1941 г. подтверждалось право инвалидов войны на трудоустройство на предприятия, в учреждения и кооперативы, уже спустя некоторое время это право превратилось не только в обязанность, но и в принудительную меру. Партия и правительство ожидали от инвалидов, что они будут трудиться в тылу так же, как и на фронте, где, собственно, было их место.

В постановлении СНК СССР от 6 мая 1942 г. «О трудовом устройстве инвалидов» указывалось на необходимость организации массового обучения инвалидов новым специальностям, а также на устройство нуждающихся из них в дома инвалидов. Эта задача была возложена на наркоматы социального обеспечения союзных республик, в краевых и областных отделах соцобеспечения создавались сектора по трудоустройству инвалидов.

В условиях войны исполнить таковое было просто нереально. Что могли сделать безрукие, безногие в условиях напряженной работы тыла. Да и кто бы стал с ними возиться, когда «все для фронта, все для победы». Почти повсеместно инвалиды, вернувшиеся на производство, были предоставлены самим себе. По закону предусматривалась многоступенчатая система помощи и реинтеграции, включая необходимую переквалификацию. Но на деле «реинтеграция» инвалидов становилась непосредственным результатом того безвыходного положения, в котором они оказались. Они были попросту вынуждены соглашаться на любую работу, которая им предлагалась. Ни немногочисленные и плохо оснащенные учебные заведения собесов, ни предприятия, находившиеся под прессом выполнения плана, не были в состоянии или вовсе не стремились обеспечить переквалификацию инвалидов. В конечном счете, больше половины инвалидов остались поначалу

вообще без переподготовки, и предположительно лишь 15% прошли переквалификацию.

В результате большинство инвалидов должно было довольствоваться подсобной работой, оплата которой достигала всего лишь 1/3 обычного заработка¹. К тому же работа сторожем и вахтером не предусматривала доплат за перевыполнение нормы. Кроме того, низкое положение в трудовой иерархии означало ограниченный доступ к имевшимся на предприятиях ресурсам социального обеспечения. Особенно отчетливо это было заметно при распределении жилой площади, которая в годы войны приобрела особую ценность. Хотя согласно постановлению правительства инвалиды войны должны были в первую очередь обеспечиваться жильем, предприятия заботились, прежде всего, о здоровых, квалифицированных рабочих руках, в которых они нуждались. Для инвалидов оставались бараки со вшами, без воды и электричества, без отопления и даже нередко без кроватей.

К осени 1942 г. в РСФСР были трудоустроены 70% инвалидов III группы и 43,6% инвалидов II группы, из них в колхозах и совхозах 58%, в учреждениях – 25%, на промышленных предприятиях – 13% и 4% – в кооперации инвалидов. В различных отраслях народного хозяйства существовала сеть курсов для обучения инвалидов различным профессиям, практиковалось индивидуальное ученичество. Вместе с тем в первое время в ряде районов страны имелись случаи неправильного отношения к инвалидам со стороны органов социального обеспечения, руководителей предприятий.

На улучшение работы по трудоустройству ветеранов войны было направлено специальное постановление СНК СССР от 20 января 1943 г. «О мерах по дальнейшему трудоустройству инвалидов Отечественной войны», обязывающие республиканские наркоматы социального обеспечения устроить на производство всех неработающих инвалидов III группы. Это было связано с производственным обучением и переквалификацией в

¹ Материальное обеспечение при инвалидности, старости, за выслугу лет и по случаю потери кормильца. Сборник указов, постановлений и распоряжений правительства, приказов и инструкций министерств и ведомств. - М., 1948. - С. 510-511.

профессиональных школах и учебных мастерских, предоставлением путевок на санаторно-курортное лечение, протезированием и т. д.

По неполным данным НКСо РСФСР в 1943 г. различные курсы и школы окончили 38,8 тыс. человек. Однако, как отмечалось в годовом отчете наркомата, план подготовки не был выполнен, хотя сроки обучения были сокращены. В 1944 г. обучение и переквалификация бывших воинов в системе социального обеспечения проводились в 42 профшколах с различными профилями обучения. Подготовка велась по 16 специальностям. За год свыше 40 тыс. инвалидов были обучены различным профессиям и ремеслам.

Безусловно, особую роль в решении проблем трудоустройства инвалидов сыграли предприятия инвалидной кооперации инвалидов. В 1945 г. на первом плане, в деятельности кооперации инвалидов оставалась задача социальной реабилитации инвалидов Великой Отечественной войны. В течение всей войны эта система уделяла большое внимание трудоустройству инвалидов и удовлетворению их материальных нужд.

Социальная реабилитация инвалидов войны в послевоенные годы

Вследствие разочарования в своей жизни среди большей части инвалидов войны получал распространение алкоголизм. Другая часть инвалидов изобретала способы активного выживания, которые были в ходу и в других европейских обществах, прошедших через войну. По меньшей мере вплоть до денежной реформы в декабре 1947 г. неотъемлемой частью картины повседневной жизни советских городов, формировавшей общественное восприятие, были инвалиды, просящие милостыню на вокзалах, рынках, перед (кино)театрами и в других общественных местах или агрессивно попрошайничающие и пытающиеся при помощи разных нелегальных махинаций свести концы с концами¹.

¹ Hessler J. A Social History of Soviet Trade, Trade Policy, Retail Practices, and Consumption, 1917-1953. Princeton, NJ, 2004; Jones J. «People Without a Definite Occupation»: The Illegal

В 1948 г. вводится новое Положение о врачебно-трудовых экспертных комиссиях. В соответствии с этим Положением был расширен круг задач, стоящих перед ВТЭК, получивших профилактическую и реабилитационную направленность: содействие восстановлению трудоспособности инвалидов (восстановительное лечение, протезирование, профессиональное обучение, переквалификация), определение для инвалидов условий и видов труда, доступных по состоянию здоровья и в связи с физическим дефектом (перевод на другую работу, освобождение от сверхурочных работ и от работы в ночных сменах), изучение условий труда инвалидов непосредственно на предприятиях, в учреждениях и организациях, а также выявление работ и профессий, доступных инвалидам, проверка правильности использования инвалидов на работе в соответствии с заключением ВТЭК.

В 1954 г. на основании результатов научных исследований и обобщения опыта работы в области врачебно-трудовой экспертизы и трудового устройства инвалидов была разработана Инструкция по определению групп инвалидности, утвержденная Министерством здравоохранения СССР и ВЦСПС в 1956 г. В этом документе сохранилась трехгрупповая классификация инвалидности, но в формулировку каждой группы были внесены существенные коррективы. При определении степени утраты трудоспособности учитывались характер и степень выраженности нарушенных функций, течение заболевания, компенсаторные возможности организма, профессия и условия труда больных. Вводилось понятие о «выраженном дефекте». В Инструкции предусматривалась также возможность определения трудовых рекомендаций инвалидам I и II группы, но лишь в специально созданных или индивидуально организованных условиях.

В начале 1960-х гг. был принят ряд законов, существенно повлиявших на улучшение пенсионного обеспечения инвалидов¹.

Economy and «Speculators» in Rostov-on-the-Don, 1943-48 / J.Jones// Raleigh D.J. (Ed.). *Provincial Landscapes*. Pittsburgh, PA, 2001. P. 236-254.

¹ Закон о государственных пенсиях, принят Верховным Советом СССР 14 июля 1956г., Закон о пенсиях и пособиях членам колхозов, принят 15 июля 1964 г.

Бесплатная медицинская помощь, бесплатное образование и другие блага, предоставляемые за счёт общественных фондов потребления всему населению Советского Союза, в равной степени являлись достоянием инвалидов. Этим целям служила также государственная система трудового устройства инвалидов, позволяющая им по их желанию трудиться в условиях, которые не противопоказаны им по состоянию здоровья. В этот период впервые было создано единое законодательство о государственных пенсиях, выплачиваемых как за счёт средств социального страхования, так и за счёт государственных ассигнований из органов социального обеспечения. Это единое законодательство охватывало все виды пенсий, в том числе и по инвалидности, назначаемых рабочим, служащим, приравненным к ним лицам, учащимся, военнослужащим срочной службы, членам творческих союзов, некоторым другим гражданам, а также членам семей всех этих категорий трудящихся.

С 1961 г. расширились функции Министерства социального обеспечения РСФСР. По новому положению в его компетенцию вошли кроме традиционных функций трудовое устройство и профессиональное обучение инвалидов, предоставление протезно-ортопедической помощи. К середине 1970-х годов в ведении Министерства социального обеспечения находятся 5 учебных заведений различного уровня на 1600 мест. На обучение принимаются инвалиды II и III групп – мужчины и женщины в возрасте от 16-ти до 35-ти лет с образованием 8-10 классов¹.

В 1970-е гг. в работах М.М. Кабанова и В.П. Белова пропагандировался *комплексный подход к социальной реабилитации инвалидов*, активное участие в реабилитационных мероприятиях самого больного, поэтапность реабилитации. Так, выделялись следующие стадии реабилитации инвалидов: медицинская (восстановительное лечение), профессиональная

¹ Котов, А.П. Переквалификация, профессиональное обучение и трудоустройство инвалидов/ А.П.Котов. - Киев, 1975; Ляшенко, А.Н. Развитие трудового и бытового устройства инвалидов в РСФСР/ А.Н.Ляшенко. - М., 1968; Комарова, Д.П. 50 лет советского социального обеспечения/ Д.П.Комарова. - М., 1968; Бурмыкина, О.Н. Становление кооперации и отношение к ней/ О.Н.Бурмыкина. - М., 1992.

(обучение и переобучение), социально-психологическая (психотерапия, направленная на восстановление утраченных связей со средой).

В начале 1970-х гг. дальнейшее развитие получает сеть домов-интернатов для престарелых и инвалидов, обеспечение инвалидов индивидуальными средствами передвижения и протезно-ортопедическими изделиями. Введены в эксплуатацию новые дома-интернаты на 50 тыс. мест; инвалидам Великой Отечественной войны выдано бесплатно 130 тыс. автомобилей «Запорожец» с ручным управлением¹. Протезирование и обеспечение спецавтотранспортом инвалидов с тяжелыми поражениями опорно-двигательного аппарата являлись реальными реабилитационными мероприятиями. Обеспечение инвалидов автотранспортом в нашей стране началось с 1956 г.

В докладе министра социального обеспечения РСФСР В.А. Казначеева в 1988 г. на учредительной конференции Всероссийского общества инвалидов было отмечено, что в Российской Федерации различными видами труда занято 890 тыс. инвалидов, или 30% от их общей численности. В стране в те годы имелось свыше 400 специализированных предприятий и 54 цеха для преимущественного трудоустройства инвалидов. Для обучения и переобучения инвалидов в системе Минсобеса РСФСР имелись 53 специализированных учебных заведения (11 техникумов и 42 профтехучилища). Одновременно в них обучалось около 8 тыс. лиц с ограниченными возможностями. Но даже при небольшом количестве обучающихся инвалидов невыполнение плана набора учащихся этими учебными учреждениями колебалось от 2,4 до 20%. В эти годы трудоустройство инвалидов III группы составляло 85%, инвалидов II группы – 10% и около 1% – инвалидов I группы.

Таким образом, в годы советской власти, несмотря на предпринимаемые меры, трудоустройство инвалидов носило ограниченный характер. Государство не видело особой необходимости осуществлять кардинальные меры по привлечению к труду инвалидов. Коренные изменения, которые произошли в

¹ Холостова, Е.И. Указ. соч. - С. 189-190.

начале 1990-х гг., привели к глубокому системному кризису: спаду промышленного производства, снижению уровня жизни населения, инфляции, криминализации. Появление рыночных отношений неизбежно повлекло за собой сокращение рабочих мест и появление безработицы. Стало вполне объяснимым стремление работодателей к внедрению современных технологий, механизации и автоматизации производства. Такая ситуация еще более усугубила далеко не идеальное положение работающих инвалидов, т.к. при ликвидации низкоквалифицированных рабочих мест, «на улице» оказались именно инвалиды, ранее как раз и занимавшие эти рабочие места.

Следует особо отметить, что в отличие от других государств, в СССР запрещалась организация ассоциаций ветеранов и инвалидов. Все спонтанно возникшие объединения такого рода были закрыты сразу же по окончании войны. Роль информационных бирж и мест встречи ветеранов и инвалидов какое-то время играли небольшие кафе, пивные и рестораны. Но и они были закрыты государственными органами в 1948 г. В 1950-1960-е гг. после ликвидации Всекоопинсоюза никаких инвалидных организаций, за исключением ВОС и ВОГ, в СССР не существовало. Комитет ветеранов ВОВ во главе с А. Маресьевым имел в основном пропагандистское значение и был одним из рупоров советской идеологии, в это же время рядовых ветеранов-калек, потерявших руки и ноги на полях сражений, везли умирать подальше от людских глаз.

Только на закате перестройки в СССР вышло Постановление ЦК КПСС о создании ВОИ. На местах началась подготовка по образованию региональных и местных оргкомитетов и первичных организаций, которой руководили органы соцобеспечения. Был принят проект, во многом копировавший уставы ВОС и ВОГ и допускавший членство инвалидов всех категорий, а не только опорников. 16 августа 1988 г. с участием 170 делегатов состоялась Учредительная конференция ВОИ. В 1998 г. ВОИ отметило свое десятилетие. Оно стало мощной и разветвленной организацией с 2,5 миллионами членов и 25 тысячами первичных организаций. В собственности ВОИ в 1990-е гг. находилось около 2000

предприятий, на которых работало 23 тыс. инвалидов. Цель организации и ее работа сводится к всесторонней реабилитации своих членов, в ее рамках в разных городах возникли оздоровительные, диагностические, реабилитационные, социально-трудовые, культурно-досуговые центры и спортивные клубы. Часть из них направлена на работу с детьми-инвалидами. В 1993 г. ВОИ стало членом Международной организации инвалидов и ее Европейской региональной организации, были установлены связи и разработаны двусторонние программы со многими национальными инвалидными организациями всего мира.

В 1990-е гг. во главу угла помощи инвалидам ставятся вопросы социальной реабилитации, включая доступность для инвалидов общественного транспорта, социально-культурных учреждений, решения жилищных проблем, бытовую помощь, организацию специальных домов и пансионатов для инвалидов, обеспечение вспомогательными техническими средствами, организацию базового обучения и не ограниченного, широкого круга иных сфер жизнедеятельности инвалидов¹.

В 1990 г. Верховным Советом СССР была принята концепция Государственной политики в отношении инвалидов и Закон «Об основных началах социальной защищённости инвалидов СССР». Несмотря на свою декларативность, эти документы содержали весьма прогрессивные идеи, главная из которых – перенос центра тяжести с пассивных форм поддержки на реабилитацию и интеграцию инвалидов в общество. В случае реализации эти

¹ Уденцов, Е.И. Состояние и перспективы научных исследований по проблеме «социально-трудовая реабилитация инвалидов»/ Е.И.Уденцов// Актуальные вопросы социально-трудовой реабилитации инвалидов. - М., 1993. - С. 11-17; Вавилов, Ю.Н. Инвалидный труд – на службу общества/ Ю.Н.Вавилов. - М., 2002; Дыскин, А.А. Принципы трудового устройства инвалидов, проживающих в сельской местности, способствующих их социально-бытовой реабилитации/ А.А.Дыскин// Профилактика инвалидности и реабилитации инвалидов. - Минск, 1982; Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия/ М.М.Кабанов. - СПб., 1998; Храпылина, Л.П. Основы реабилитации инвалидов/ Л.П.Храпылина. - М., 1996; Дементьева, Н.Ф. Дома-интернаты: от призрения к реабилитации/ Н.Ф.Дементьева, А.А.Модестов. - Красноярск, 1993; Дементьева, Н.Ф. Преемственность деятельности стационарных учреждений социального обслуживания по реабилитации инвалидов с психическими нарушениями/ Н.Ф.Дементьева, М.С.Казанов// Медико-социальная экспертиза и реабилитация. - М., 1999. - №1; Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия/ М.М.Кабанов. - СПб., 1998.

подходы могли бы существенно изменить положение инвалидов. Однако они не были ратифицированы в РСФСР, а дальнейшие события 1991 г. резко изменили социально-экономическое и политическое положение России.

**Социальная
реабилитация
слепоглухонемых**

Одним из значительных достижений советской власти в области социальной реабилитации стало развитие реабилитации слепоглухонемых.

Основоположником социальной реабилитации слепоглухонемых в СССР по праву считается выдающийся отечественный дефектолог И.А. Соколянский (1889-1960 гг.)¹. В 1923 г. И.А. Соколянский организует в Харькове обучение слепоглухонемых и начинает последовательную научно-исследовательскую работу в этой области. Приступая к работе с группой слепоглухонемых детей, И.А. Соколянский хотел создать новую систему обучения слепоглухонемых речи. На первый план в обучении он поставил задачу их умственного развития, для чего нужно было, прежде всего, создать доступные для слепоглухого ребенка средства общения – жесты, а не устную речь, как многие тогда полагали.

В 1925 г. И.А.Соколянский была начата новая экспериментальная работа со слепоглухонемыми детьми по так называемому «цепному методу», но на немецком языке. Цель этого эксперимента заключалась в проверке доказательства продуктивности предложенной методики. На немецком языке работа велась, для того чтобы исключить возможное влияние уже имеющихся у детей навыков чтения с губ. Все инструкции глухим детям давались на немецком языке устно, а затем письменно по аналогичной схеме. Меньше чем за месяц работы глухих детей I классов удалось научить пониманию устных и письменных инструкций на немецком языке, причем навыки оказались довольно стойкими². Американская журналистка Л. Вильсон, посетившая

¹ Басилова, Т.А. О Соколянском и его методах обучения глухих и слепоглухих детей, так интересовавших Выготского/ Т.А.Басилова// Культурно-историческая психология. - 2006. - №3.

² Сметухина, Н.И. Обучение глухонемых чтению и письму по методу воспитания «цепных сочетательно-двигательных реакций»/ Н.И.Сметухина, Р.Н.Офицера// Украинский вестник рефлексологии. - 1926. - №2.

харьковскую школу-клинику в то время так написала о своих впечатлениях: «Достигнутые же результаты прямо ошеломляют... Все воспитанники владеют основными навыками обслуживания, сами убирают постели, едят, как превосходно воспитанные люди, бодро и весело играют и совместно гармонично работают. По словам учителей, привитие повседневных навыков и включение в коллектив являются самой трудной работой, гораздо более трудной, чем обучение речи»¹. Клиника слепоглухих в Харькове просуществовала до 1938 г.

Теоретическим постулатом И.А. Соколянского явилось то, что слепоглухонемой ребенок обладает нормальным мозгом и имеет потенциальную возможность полноценного умственного развития. Собственными усилиями, как настаивал И.А. Соколянский, слепоглухонемой ребенок не достигает даже незначительного умственного развития, а без специального обучения остается на всю жизнь инвалидом. И.А. Соколянский выдвинул задачу создать у ребенка специфические средства общения и этими специально организованными средствами «сформировать все без исключения содержание человеческой жизни». Труды И.А. Соколянского оказали большое влияние на развитие *социально-педагогической и социально-культурной реабилитации слепоглухонемых детей*.

Большой вклад в развитие социальной реабилитации слепоглухонемых детей внес А.И. Мещеряков (1923-1974 гг.), выпускник философского факультета Московского университета, ученик выдающегося отечественного психолога А.Р. Лурия и с 1957 г. ближайший сотрудник И.А. Соколянского. Уже после смерти И.А. Соколянского, в 1963 г., благодаря усилиям А.И. Мещерякова и О.И. Скороходовой был открыт Загорский детский дом для слепоглухонемых детей², обеспечены стабильные организационные условия работы в экспериментальной группе слепоглухонемых детей НИИ дефектологии и в конце 1970-х гг. начата экспериментальная работа с умственно отсталыми

¹ Вильсон, Л. Новые школы в новой России/ Л.Вильсон// Хрестоматия по возрастной и педагогической психологии. - М., 1980. - С. 65-66.

² С 1939 г. в СССР не было подобной школы.

слепоглухонемыми детьми в Головеньковском доме-интернате (Тульская обл.) для слепых и слабослышащих.

Загорский детский дом для слепоглухонемых Министерства социального обеспечения РСФСР стал принимать детей с 1 сентября 1963 г. Там стали обучаться 50 слепоглухих детей из разных регионов РСФСР, а потом и всего СССР¹. По Положению о работе Детского дома вся диагностическая работа по отбору детей для обучения и по методическому руководству работой Детского дома была возложена на Лабораторию изучения и воспитания слепоглухих детей НИИ дефектологии АПН СССР.

Почти одновременно с организацией Детского дома для слепоглухонемых, под руководством А.И. Мещерякова была начата работа над проектом создания Учебно-производственного комплекса для слепоглухих детей и взрослых на 200 человек. По представлению А.И. Мещерякова учебно-трудовой комплекс должен был включать: детский дом, школу, предприятие с жилыми домами и клубом, где должны были жить слепоглухие всех возрастов. Они должны были разговаривать друг с другом тактильно, жестами и при помощи специальных аппаратов – телетакторов и коммуникаторов.

За рубежом в это время шли аналогичные процессы, что и в России, но более интенсивно и в своеобразной форме. Опыт жизни слепоглухих среди зрячеслышащих специально изучался как самими слепоглухими, так и зрячеслышащими исследователями. Изучались проблемы трудоустройства и адаптации слепоглухих среди зрячеслышащих, как детей, так и взрослых, проблемы общения слепоглухих со зрячеслышащими родственниками и т.д. Так на проблемы социальной адаптации инвалидов по слуху обратили внимание многие государства. В Галодетском университете (США) обучается около 2,5 тысячи глухих со всего

¹ В настоящее время в Сергиево-Посадском детском доме проживают 220 человек. 150 из них – несовершеннолетние. 16 ребят – сироты. Численность персонала – 360 человек (врачи, педагоги, воспитатели и др.). Кроме учебных и жилых корпусов в детском доме есть бассейн, спортивный и тренажерный залы, трудовые мастерские по производству продукции широкого потребления (мебельные гвозди, глиняная посуда, картонные коробки, постельное белье, щетки для одежды, шпатель, прищепки и т. д.). До 1992 г. детский дом имел статус всесоюзного, с 1992 г в него принимаются только граждане России.

мира. В Нью-Йоркском университете – 200 глухих студентов. В Японии в 1987 г. открыт специализированный колледж Цукуба для инвалидов по зрению и слуху. В Германии в 1978 г. организован Профессиональный центр для глухих в Эссене, где ведется обучение инвалидов на экономическом, физико-химическом, гуманитарном факультетах по 130 специальностям.

Социальная реабилитация алкоголиков и наркоманов

В начале XX в. происходит дальнейшее развитие *социальной реабилитации алкоголиков*. Систематические научные исследования алкоголизма и пьянства в России ведут свой отсчет с октября

1907 г. с момента открытия при Психоневрологическом институте амбулатории Общества призрения и лечения алкоголиков. В 1911 г. в структуре Психоневрологического института был учрежден Экспериментально-клинический институт по изучению алкоголизма (т.н. «Противоалкогольный институт», с начала 1914 г., именующийся в документах – «Наркоманическим институтом»)¹.

Институт имел амбулаторию и лечебницу, рассчитанную на значительное число кроватей. Еще до официального открытия в амбулаторию ежедневно приходило от 70 до 100 алкоголиков. Создание этого лечебного учреждения В.М. Бехтерев считал важнейшим делом своей жизни, так как в условиях распространенности алкоголя в стране, была необходима реабилитация страдающих алкоголизмом. Он отмечал, что «алкогольное оздоровление» должно иметь в виду, с одной стороны, меры лечебные, с другой – предупредительные, или профилактические. Первые состоят в устройстве лечебных учреждений и колоний для всех пострадавших от алкоголизма, как-

¹ Экспериментально-Клинический институт по изучению алкоголизма был единственным в мире учреждением по изучению влияния алкоголя на организм. За организацию это института Психоневрологический институт в 1912 г. получил высшую награду на международной выставке в Турине. В 1913 г. в Париже международный конгресс, рассматривавший вопросы борьбы с алкоголизмом, единогласно принял резолюцию о целесообразности придания Противоалкогольному Институту статуса международного исследовательского центра. В 1919 г. в помещениях Противоалкогольного института был организован Патолого-Рефлексологический институт, основная задача которого состояла в изучении «вопросов, связанных с психической травматизацией и развитием наркоманий».

то: клиник, лечебниц, убежищ, амбулаторий и рабочих колоний; вторые – в принятии всех мер, клонящихся к предупреждению развития пьянства и распространения алкоголизма, таких как пропаганда идей трезвости».

В Противоалкогольном институте лечение проводилось психическими и физическими методами, такими как внушение и психотерапия, которые не были до конца изученными, но главной целью было распространение идей трезвости посредством соответствующих курсов и лекций, так как психическое врачевание не мыслимо без нравственного перевоспитания личности, что предполагало образование обществ трезвости. Таким образом, обеспечивается не только полная автономность, планомерность и разносторонность научной разработки вопросов алкоголизма, но и появляется возможность пропаганды трезвости. Но, несмотря на применение В.М. Бехтеревым таких методов как внушение и психотерапия, он все же всегда считал, что самыми эффективными являются методы, основанные на просвещении людей относительно алкогольной проблемы и что в первую очередь нужно поднимать духовность личности, а потом браться за тело. Он указал на значение сочетания разных методик лечебного воздействия, типа – убеждение, внушение, самовнушение, – известного впоследствии как «триада Бехтерева». Именно В.М. Бехтеревым одним из первых понял необходимость *социально-психологической реабилитации алкоголиков*, так как причины алкоголизма во многом укоренены в психологии человека.

В 1920-е гг. наркомания, прежде всего кокаиновая, буквально захлестнула Советскую Россию. По данным исследователей 1920-х гг. употребление наркотиков отмечалось не только у взрослого населения, но и среди несовершеннолетних правонарушителей и беспризорников, охватывая значительную их часть – до 70% и выше¹. Однако к концу 1940-х гг. в СССР произошла почти полная ликвидация наркомании. В 1930-1940-е гг. проблема алкоголизации и наркомании населения и тем более, социальной реабилитации алкоголиков, по политическим причинам отошла на второй план.

¹ Зиман, Р.М. О кокаинизме у детей/ Р.М.Зиман// Вопросы наркологии. - М., 1926. - № 1. - С. 28.

Наркомания, которая имеет множество аспектов (медицинский, правовой, социальный и др.) до начала 1960-х гг. была преимущественно медицинской проблемой. Социальной проблемы наркомании в СССР в то время не существовало¹. Патологические формы наркомании практически не были известны не только населению, но и врачам. Поэтому никакой специальной профилактики наркомании в тот период не было, как не было и специальных организационных структур, которые могли бы её осуществлять. В них не было потребности и в конце 1950-х гг. большинство наркокабинетов были заняты лечением больных алкоголизмом.

Однако, в конце 1950-х – начале 1960-х гг. наркомания превращается в классическую социальную проблему. Развитие наркомании, побуждаемое теми же макросоциальными факторами, которые вызвали распространение пьянства, но, несравнимо уступая ему в массовости, как бы оставалось в тени, пока его новые черты не проявились в полной мере. В 1960-е гг. в законодательстве, в том числе и в новом Уголовном Кодексе (1960 г.) прописываются принудительные меры медицинского характера. В соответствии со ст. 62 УК РСФСР, в случае совершения преступления наркоманом, суд наряду с наказанием за совершенное преступление мог применить к нему принудительное лечение. Наркоманы, приговоренные к мерам наказания, не связанным с лишением свободы, подлежали принудительному лечению в медицинских учреждениях со специальным лечебным и трудовым режимом. При осуждении этих лиц к лишению свободы они подвергались принудительному лечению во время отбывания наказания, а после освобождения из места лишения свободы в случае необходимости продления такого лечения в медицинских учреждениях со специальным и трудовым режимом.

С начала 1970-х гг. в литературе впервые в советское время начинает широко изучаться лечение больных алкоголизмом,

¹ Поступной, А.Н. История и современная ситуация: мнение экспертов-наркологов/ А.Н. Поступной// Молодёжь и наркотики (социология наркотизма) / под ред. В.А. Соболева, И.П. Рущенко. - Харьков, 2000. - С. 222-254.

реабилитационный подход к этой проблеме¹. Результаты первых обобщений подобного рода были сделаны еще в 1968 г.² Однако активная разработка вопросов восстановительного лечения происходила в 1970-е гг. Отделение лечения алкоголизма и созданная в связи с постановлением Совета Министров СССР №272 (1978 г.) «О дополнительных мерах по усилению борьбы с пьянством и алкоголизмом» проблемная лаборатория по изучению алкоголизма явились фактически первыми в стране разработчиками вопросов психотерапии и медицинской психологии применительно к реабилитации больных алкоголизмом. Таким образом, к клиническому и биологическому направлению изучения аддикции добавились важные психотерапевтическое и медико-психологическое направления, в свое время предложенные В.М. Бехтеревым. Они выразились, в частности, в изучении роли личности и социальных факторов в формировании алкоголизма³, разработке приемов психотерапии больных алкоголизмом, роли медицинского психолога в наркологическом отделении⁴. Особенно важно то, что были выделены критерии оценки эффективности реабилитационной работы наркологического стационара.

На протяжении 1970-х – 1980-х гг. гг. устанавливается система взаимодействия наркологических учреждений с государственными органами и ведомствами, широко распространяются общественные формы борьбы, вначале с

¹ Кабанов, М.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом. Лечение и реабилитация больных алкоголизмом/ М.М.Кабанов// Труды НИИ им. В.М. Бехтерева. - Л., 1977. - Т. 84. - С. 5-11.

² Зеневич, Г.В. Психотерапия алкоголизма: метод. реком./ Г.В.Зеневич, С.С.Либих. - Л., 1968.

³ Немчин, Т.А. Личность и алкоголизм/ Т.А.Немчин, С.В.Цыцарев. - Л., 1989.

⁴ Гузиков, Б.М. Опыт групповой психотерапии больных алкоголизмом. Лечение и реабилитация больных алкоголизмом/ Б.М.Гузиков, А.А.Мейроян, В.М.Зобнев// Труды НИИ им. В.М.Бехтерева. - Л., 1977. - Т.84; Гузиков, Б.М. Групповая психотерапия в системе реабилитации больных алкоголизмом/ Б.М.Гузиков, А.А.Мейроян, В.М.Зобнев// Журн. невропатол. и психиатр. им. С.С.Корсакова. - 1989. - №8; Бокний, И.В. Групповая психотерапия больных алкоголизмом в амбулаторных условиях. Исследование механизмов психотерапии при первично-психических заболеваниях/ И.В.Бокний, С.В.Цыцарев// Труды НИИ им. В.М.Бехтерева. - Л., 1982. - Т.100; Ерышев, О.Ф. Организация противорецидивного лечения больных алкоголизмом в реабилитационном наркологическом стационаре/ О.Ф.Ерышев, Т.Г.Рыбакова// Вопр. наркол. - 1989. - №2; Они же. Реабилитация больных алкоголизмом на разных этапах формирования ремиссии: метод. реком. - СПб., 1993.

пьянством и алкоголизмом, а затем, по мере распространения – и с наркотиками. По мнению большинства наркологов, созданная система была адекватной сложившейся к этому времени ситуации. Она обладала достаточными ресурсами, а главное – нацеленностью на оказание возможной помощи каждому больному, доступностью этой помощи, отличалась стремлением предотвратить заболевание или хотя бы выявить его на ранней стадии. Деятельность её до конца восьмидесятых годов была достаточно эффективной.

В 1975 г. из психиатрических учреждений была выделена самостоятельная наркологическая помощь, располагающая широкой сетью внебольничных и стационарных учреждений, оказывающих лечебно-профилактическую, медико-социальную и медико-юридическую помощь больным алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями¹. Система наркологической помощи включала наркологические диспансеры, стационары, дневные стационары, лечебно-производственные мастерские, наркологические отделения на промышленных предприятиях и в сельском хозяйстве. Первичным звеном наркологической службы являлся наркологический кабинет.

Основным звеном наркологической службы являлся наркологический диспансер, который по мере надобности открывал отделения, кабинеты и наркологические пункты на территории других учреждений, в том числе на предприятиях промышленности, сельского хозяйства, приближая, таким образом, наркологическую помощь к населению. В состав наркологического диспансера входили участковые наркологические кабинеты, в которых проводились все лечебные, специальные и профилактические мероприятия данного участка и с помощью которых осуществлялась связь с организациями и учреждениями зоны обслуживания; наркологические кабинеты и фельдшерские наркологические пункты на промышленных предприятиях, в

¹ Уже к 1978 г. в СССР функционировало 70 самостоятельных наркодиспансеров, в том числе 25 областных, 7 – городских, 45 – межрайонных, насчитывалось одиннадцать тысяч больничных коек для наркобольных. Внебольничную помощь оказывали более полутысячи наркокабинетов, сотни фельдшерских наркопунктов и тысячи наркопостов, действовавших на общественных началах.

совхозах, строительных организациях, которые в условиях производства проводили поддерживающее и профилактическое лечение больных алкоголизмом, организовывали наглядную противоалкогольную пропаганду и др., кабинеты экспертизы опьянения, в которых производилось обследование на предмет опьянения и выдавалось соответствующее заключение; специализированные кабинеты (невропатолога, терапевта, психолога, психотерапевта и др.), ведущие прием больных по направлениям психиатров-наркологов; стационарные отделения диспансера, в которые наряду с больными алкоголизмом могли госпитализироваться больные с алкогольными психозами, тяжелыми абстинентными состояниями, алкоголизмом с сопутствующими соматическими заболеваниями; отделения при промышленных, строительных сельскохозяйственных и других предприятиях, куда госпитализировались больные алкоголизмом, не имеющие ограничений в выполнении трудовых процессов, для проведения активного лечения и трудового перевоспитания; дневные стационары для больных алкоголизмом, организуемые в соответствии с приказом МЗ СССР от 12 декабря 1980 г. в составе наркологических лечебно-профилактических учреждений, на договорных началах при промышленных предприятиях, в строительных организациях и в сельском хозяйстве. В дневном стационаре проводился весь комплекс активного противоалкогольного, а также поддерживающего лечения и реабилитации с обязательным привлечением больных к труду.

В задачи наркологического диспансера входило: выявление и учет больных алкоголизмом и наркоманиями, а также лиц, злоупотребляющих лекарственными веществами; оказание лечебно-диагностической, консультативной и профилактической помощи больным алкоголизмом, токсикоманиями, оказание этим больным квалифицированной, специализированной помощи; динамическое диспансерное наблюдение за больными алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями, изучение заболеваемости алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями среди населения; оказание социально-бытовой помощи больным алкоголизмом и наркоманиями; медицинское освидетельствование

лиц, направленных на принудительное лечение по поводу алкоголизма и наркомании, и осуществляемое в ЛТП, местах лишения свободы, а также проведение экспертизы временной нетрудоспособности, алкогольного опьянения и других видов экспертизы; мероприятия по социальной и трудовой реабилитации больных алкоголизмом, наркоманиями, токсикоманиями; участие в профилактических мероприятиях по борьбе с алкоголизмом и наркоманиями совместно с другими ведомствами, организациями и учреждениями и др.

С целью обеспечения соблюдения пациентами режима после курса лечения их ставили на учет в наркодиспансерах. Человек, находящийся на таком учете, в течение пяти лет должен был являться на прием к наркологу (для больных алкоголизмом этот период составлял три года)¹. При условии воздержания в течение пяти лет, в пределах которых человек должен был побывать у нарколога не менее 30 раз, наркопотребителя снимали с учета. Однако даже при однократном срыве срок наблюдения начинался заново. Учет в наркодиспансере также служил основанием для ограничения в правах, включая право управления транспортными средствами и право занимать определенные должности.

В осуществлении государственной политики по отношению к наркопотребителям врачи наркодиспансеров взаимодействовали с другими профильными учреждениями, в том числе с правоохранительными органами. Нормативно-правовые акты в области конфиденциальности медицинских данных прямо гласили, что информация о лицах, больных наркоманией или алкоголизмом не подлежит разглашению только в том случае, если человек «критически относится к своему состоянию, имеет твердые установки на лечение и аккуратно выполняет все врачебные

¹ Изначально лица с наркотической или алкогольной зависимостью направлялись в ЛТП в том случае, если они отказывались от лечения, продолжали злоупотреблять наркотиками или алкоголем, а также нарушали общественный порядок, трудовую дисциплину и правила социалистического общежития. Однако с 1985 г. в рамках развернутой при М.Горбачеве антиалкогольной кампании для направления в ЛТП стало достаточно только отказа от лечения и продолжения злоупотребления наркотиками или алкоголем. См.: Заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25 октября 1990 г. № 8 (2-10) «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией».

назначения». Информация о лицах, состоящих на учете, регулярно передавалась правоохранительным органам.

Стационарное лечение больных алкоголизмом проводилось в наркологических больницах и специализированных отделениях психиатрических и общесоматических больниц, медсанчастей, в наркологических стационарах при крупных промышленных предприятиях и наркологических диспансерах. Показания для стационарного лечения больных алкоголизмом являлись все формы алкогольных психозов, не купируемые в амбулаторных условиях тяжелые запойные состояния, выраженные соматические и неврологические осложнения алкоголизма, психические расстройства, случаи безудержного влечения к алкоголю, которые не поддаются лечению в амбулаторных условиях, кратковременные и нестойкие ремиссии. Минимальный срок лечения первично госпитализированных больных алкоголизмом должен был составлять 45 дней, наркоманией – 60 дней. Лечение состояло из курса дезинтоксикации с последующим амбулаторным наблюдением у врача-нарколога в течение пяти лет. Наркоманы и алкоголики, отказывавшиеся от лечения или продолжавшие употреблять наркотики или алкоголь, после его прохождения фактически приравнивались к уголовным элементам и могли быть направлены в ЛТП, где они проходили «трудовое перевоспитание».

На учете наркологических диспансеров в 1984 г. состояло 2,7 млн. больных алкоголизмом (около 2% населения). Однако их реальное число было значительно больше, приблизительно в 2-3 раза. В системе МВД С 1964 г. существовало принудительное, по решению суда, лечение алкоголиков с социально неприемлемым поведением в медицинских выпрезвителях, лечебно-трудовых профилакториях (ЛТП), наркологических отделениях при исправительно-трудовых колониях¹. Постановление суда о принудительном лечении в ЛТП выносилось на основании акта судебно-наркологической экспертизы, в котором указывалась необходимость принудительного лечения, возможность

¹ Улицкой, С.Я. Развитие организации принудительного лечения алкоголиков в советском государстве: в помощь лектору: методическое пособие/ С.Я.Улицкой. - Владивосток, 1974. - 13 с.

использования активных методов противоалкогольного лечения, способность больного к физическому труду. Пребывание в ЛТП не являлось лишением свободы; при успешной работе период пребывания в профилактории засчитывался в трудовой стаж. Порядок проведения принудительного лечения и его сроки определялись соответствующими законодательствами союзных республик. Через ЛТП в 1970-80-х гг. прошло более 2 млн. человек, в подавляющем большинстве – алкоголиков¹. Первый ЛТП был открыт в Казахской ССР². Затем такие заведения стали открываться в других республиках. 22 июля 1970 г.

Приказом МВД СССР было введено положение «О медицинских вытрезвителях при органах внутренних дел». 21 августа 1972 г. указом Президиума Верховного совета СССР было утверждено положение о комиссиях по борьбе с пьянством³. Именно эти комиссии получили право принудительно отправлять алкоголиков в ЛТП. 25 августа 1972 г. Президиум Верховного совета РСФСР специальным указом ввел в Уголовный кодекс статью о принудительном лечении и трудовом перевоспитании больных наркоманией⁴. Наркоманов обязали проходить лечение в лечебно-профилактических заведениях. Уклонявшихся направляли в ЛТП по суду на срок от шести месяцев до двух лет. Вопрос о направлении указанных лиц в ЛТП решался народным судом, а материалы для суда готовились и направлялись милицией.

В марте 1974 г. вышел указ Президиума Верховного Совета РСФСР «О принудительном лечении и трудовом перевоспитании хронических алкоголиков». Им устанавливалось, что в ЛТП должны направляться лица, «уклоняющиеся от лечения или продолжающие пьянствовать после лечения, нарушающие трудовую дисциплину, общественный порядок или правила социалистического общежития». Срок пребывания в ЛТП

¹ Пелипас, В.Е. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля: опыт и перспективы/ В.Е.Пелипас, И.О.Соломоновичина, М.Г.Цетлин. - М., 2005.

² В 1993 г. Верховный Совет РФ принял решение о ликвидации ЛТП, вступившее в силу с 1 июля 1994 г. В настоящее время ЛТП существуют в Белоруссии и Туркмении.

³ Ястребов, А.В. Алкоголь и правонарушения/ А.В.Ястребов. - М.: Высшая школа, 1987. - С. 77-79.

⁴ Вопросы наркологии. - 1988. - № 4. - С. 30.

устанавливался от 1 года до 2 лет, решение о направлении в него принимал местный судья. Лечебными как и профилактическими эти учреждения назывались совершенно формально. Лечение в виде приема больших доз препарата антабус в первый месяц пребывания, было, по сути, частью наказания за пьянство. Режим содержания в ЛТП, находившихся в ведении Министерства внутренних дел, напоминал режим в подведомственных тому же министерству исправительно-трудовых колониях¹. Побег из ЛТП считался уголовным преступлением и наказывался лишением свободы сроком до года. В 1987 г., в период антиалкогольной кампании, за незаконное употребление наркотиков была введена уголовная и административная ответственность².

Указом Президиума Верховного Совета РСФСР от 6 августа 1986 г. было введено в действие «Положение о лечебно-воспитательном профилактории для больных наркоманией» (ЛВП). В ЛВП по решению суда направлялись больные наркоманией дети в возрасте от 16 лет, «уклоняющиеся от обязательного лечения в лечебно-профилактических учреждениях органов здравоохранения или продолжающие после прохождения такого лечения употреблять наркотические вещества». Несмотря на то, что большинство койко-мест ЛВП пустовали, названные специализированные учреждения внесли определенный позитивный вклад в дело предупреждения детской наркомании.

В начале 1990-х гг. отношение государства к проблеме наркозависимости претерпело ряд важных изменений. В 1990 г. Комитет конституционного надзора СССР признал неконституционными систему ЛТП и уголовную ответственность за незаконное употребление наркотиков. Комитет указал, что принудительное помещение в ЛТП лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией, представляет собой «изоляция человека от общества на довольно длительный срок, что сближает эту меру с

¹ Заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25 октября 1990 г. № 8 (2-10) «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией».

² Указ Президиума Верховного Совета СССР от 22 июня 1987 года «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты СССР».

уголовным наказанием – лишением свободы», и что «лечение больных алкоголизмом и наркоманией, не совершивших правонарушений, должно производиться на добровольных началах в медицинских, а не в исправительных учреждениях»¹.

25 октября 1990 г. Комитет Конституционного надзора СССР вынес Заключение «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией». В Заключении говорилось о недопустимости рассматривания употребления наркотиков в качестве административного правонарушения или преступления. В п. 2 названного документа утверждалось, что уголовная ответственность за потребление наркотиков без назначения врача, не соответствует Конституции СССР, ст. 3 Основ уголовного законодательства Союза ССР и союзных республик и поэтому утрачивает силу. Граждане, осужденные за такие действия, должны были подлежать освобождению от наказания.

Незамедлительно во исполнение Заключения в РСФСР и других союзных республиках СССР в экстренном порядке издаются соответствующие указы, на основании которых лица, осужденные за потребление наркотических средств без назначения врача в порядке ст. 224³ УК РСФСР, освобождались от наказания. Ведущим наркологам страны пришлось выступать в Верховном Совете СССР и обосновывать неправомерность упомянутых выше действий Комитета Конституционного Надзора. В итоге данное «Заключение» было отменено.

**Появление новых
видов социальной
реабилитации в 80-90-е
гг. XX в.**

В 80-90-е гг. XX в. локальные вооруженные конфликты, техногенные катастрофы привели к новому всплеску развития социальной реабилитации². В

¹ Заключение Комитета конституционного надзора СССР от 25 октября 1990 г. № 8 (2-10) «О законодательстве по вопросу о принудительном лечении и трудовом перевоспитании лиц, страдающих алкоголизмом и наркоманией».

² Горбунова, Н.А. О трудовом устройстве инвалидов на предприятиях, перешедших на хозяйственный расчет, самофинансирование и самоокупаемость/ Н.А.Горбунова. - М., 1988; Гринвальд, И.М. Реабилитация больных и инвалидов на промышленных предприятиях/ И.М.Гринвальд, Щенцова. - М., 1986; Котельников, В.М. Задачи органов социального обеспечения РСФСР по дальнейшему совершенствованию организации социально-трудовой реабилитации инвалидов/ В.М.Котельников// Актуальные вопросы социально-

это период активно развивается *социально-психологическая реабилитация*¹. С момента возникновения военных конфликтов любой человек, оказавшийся вовлеченным в вооруженное столкновение, получает неизлечимую психическую травму, а его возвращение в мирную жизнь и к нормальному функционированию требует значительных усилий со стороны общества. Но в особенности эта проблема остро стоит перед активными участниками вооруженных конфликтов, сражающихся с оружием в руках². *Социальная реабилитация участников вооруженных конфликтов* включала в себя следующие элементы: медицинскую, психологическую, политическую, социально-экономическую, правовую, профессионально-трудовую, нравственную, социально-культурную реабилитацию.

трудовой реабилитации инвалидов: материалы респ. науч.-практич. конф. (2-3 ноября 1981 г.). - М., 1983. - С. 3-10; Либман, Л.Р. Совершенствование трудовой деятельности инвалидов как основа их социальной реабилитации/ Л.Р.Либман// Экономические науки. - М., 1988. - С. 25-28.

¹ Николаева, Л.Ф. Пути развития реабилитационного направления здравоохранения/ Л.Ф.Николаева// Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физкультуры. - 1989. - № 1. - С. 1-6; Петренко, Э.П. Методологические и организационные вопросы реабилитации/ Э.П.Петренко// Сов. здравоохранение. - 1990. - № 1. - С. 7-9; Рогова, М.А. Организация восстановительного лечения и долечивания в СССР и за рубежом/ М.А.Рогова. - М., 1982; Болтейко, В.В. Социально-трудовая реабилитация инвалидов молодого возраста на промышленных предприятиях/ В.В.Болтейко, В.В.Петрова, Г.Д.Мебришвили. - М., 1988; Заборовский, Э.И. Реабилитация инвалидов – главный путь и принцип их социальной защиты/ Э.И.Заборовский// Тезисы докладов конф., 23-24 апреля 1991 г. - Минск, 1991; Костин, Л.Д. Новый этап кооперативной и индивидуальной трудовой деятельности/ Л.Д. Костин// Социалистический труд. - 1988. - № 7. - С. 3-12; Лукьяненко А.М. Проблемы экспертизы, реабилитации и трудоустройства инвалидов/ А.М.Лукьяненко. - М., 1982.

² Клинбурский, А.В. Социальная реабилитация потерпевшего поколения: сборник/ А.В.Клинбурский, М.Н.Топалов. - М., 1993; Коронников, А.В. Социальная защита военнослужащих: становление, развитие и правовое регулирование/ А.В.Коронников. - М., 1995; Дыскин, А.А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан/ А.А.Дыскин, Э.И.Тановкина. - М., 1996; Морозов, В.В. Механизм социально-экономической реабилитации/ В.В.Морозов, И.М.Голова. - Екатеринбург, 1995; Абдурахманов, Р.А. Психологические проблемы послевоенной адаптации ветеранов Афганистана/ Р.А.Абдурахманов// Психологический журнал. - 1992. - Т. 13. - № 1. - С. 131-134; Климович, А.М. Особенности ВТЭ бывших военнослужащих Советской Армии, получивших ранения, травмы, увечья, заболевания при выполнении Интернационального долга: методические рекомендации/ А.М.Климович, О.А.Логвинова. - Минск, 1998; Мякотных, В.С. Патология нервной системы у ветеранов Афганистана/ В.С.Мякотных. - Екатеринбург, 1994; Сыдям, С.И. Психологические последствия воздействия боевой обстановки/ С.И.Сыдям, Р.А.Абдурахманов. - М., 1992.

Тенденции к распаду СССР, обозначившиеся уже в конце 80-х гг. XX в. поставили на повестку дня проблему *социальной реабилитации вынужденных переселенцев и мигрантов*, необходимость развития социально-психологической, социально-культурной и социально-медицинской их реабилитации. Однако, эта проблема стала решаться только в конце 1990-х начале 2000-х гг. и то лишь в постановочной форме.

Шестой этап развития социальной реабилитации (1991 – по настоящее время)

В СССР осуществлялись определенные социально-реабилитационные меры по отношению ко многим категориям населения (инвалида войны и труда, детям, алкоголикам и наркоманам). Нельзя идеализировать существовавшую в советскую время систему реабилитации, которая имела как достоинства, так и весьма существенные недостатки, главным из которых была ее декларативность.

Социально-реабилитационная деятельность не находила достаточно широкого применения на практике, в результате чего медикаментозные подходы имели более широкое распространение, что не соответствовало международным стандартам социальной реабилитации.

Наиболее широко проводились мероприятия по социальной реабилитации инвалидов. Меры по использованию профессиональных возможностей лиц с нарушенной трудоспособностью в условиях гарантированности социальной защиты со стороны государства были достаточно серьезны. Профессиональная реабилитация инвалидов до 1985 г. оценивалась как решенная достаточно успешно. В стране существовала сеть специализированных учебных заведений для инвалидов (ПТУ и техникумы-интернаты для инвалидов), в 1990 г. был создан специальный вуз для инвалидов. На предприятиях общего типа была установлена 2% квота рабочих мест для инвалидов, созданы около 1,5 тыс. специализированных предприятий (цехов, участков),

использующих труд инвалидов. В целом около 85% инвалидов III группы и 25% инвалидов I и II групп работали¹.

Вместе с тем, работа по профессиональной ориентации, образованию, производственной адаптации и трудоустройству инвалидов была явно недостаточной. Какое-то влияние на изменение отношения к инвалидам сыграло провозглашение ООН 1981 года – Годом инвалида, а периода 1983-1992 гг. – Десятилетием инвалидов. В начале отмеченного Десятилетия ООН также была принята «Всемирная программа действий в отношении инвалидов».

То, что инвалид должен иметь те же права, что и здоровый человек, пользоваться теми же благами, не находило должного законодательного закрепления и практической реализации. Большинство инвалидов не могли реализовать ряд конституционных прав, в первую очередь из-за неприспособленности транспортных средств и строений для передвижения инвалидов-колясочников, неготовности, например, учебных заведений к их обучению, отсутствия учебных программ, отражающих специфику обучения инвалидов. С другой стороны, сохранившееся у граждан чувство сострадания часто оказывало инвалидам на бытовом уровне неocenимую помощь. До начала 2000-х гг. в России не проводилось, да и сейчас, не проводится какой-либо целостной политики по социально-культурной интеграции инвалидов в общество.

В 1988-1993 гг. строительство и ввод в действие новых государственных спецпредприятий для инвалидов практически были прекращены. К 1993 г. ситуация с профессиональной реабилитацией инвалидов стала кризисной. Из-за отсутствия нового законодательства, высоких налогов и снижения объема производства произошло сокращение на промышленных предприятиях рабочих мест, занятых инвалидами (по РФ – на 40%). Среди инвалидов III группы число работающих сократилось до

¹ Пузин, С.Н. Актуальные проблемы медико-социальной экспертизы инвалидов/ С.Н.Пузин, Д.В.Андреев //Деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: материалы Российской научно-практической конференции (семинара), Москва, 17-18 июля 2003 г. - М., 2003. - С. 126.

55,6%, среди инвалидов II и I группы – до 6,8 и 5,9% соответственно.

В 1990-е гг. были разработаны и приняты законодательные акты по проблемам инвалидов, адаптированные к новым реалиям. В Указах Президента Российской Федерации 1992-1996 гг. была изложена программа действий, направленных на поэтапное решение проблемы инвалидов. Определенные изменения в современной государственной политике в отношении инвалидов стали происходить в связи с принятием 24 ноября 1995 г. федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», в котором впервые в отечественном законодательстве приоритетом социальной политики государства в отношении инвалидов становится реабилитация, то есть система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение и возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации является восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

В соответствии с положениями пункта 2 статьи 9 федерального закона «О социальной защите инвалидов» реабилитация инвалидов включает в себя:

1) медицинскую реабилитацию, состоящую из восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезирования и ортезирования;

2) профессиональную реабилитацию инвалидов, состоящую из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально-производственной адаптации и трудоустройства;

3) социальную реабилитацию инвалидов, состоящую из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации¹.

¹ Радута, В.И. Правовые аспекты категории «реабилитация инвалидов»/ В.И.Радута// Деятельность специалиста по социальной работе в учреждениях медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов: материалы Российской научно-практической конференции (семинара), Москва, 17-18 июля 2003 г. - М., 2003. - С.117-118.

Во исполнение этого закона государственными органами Российской Федерации были приняты постановления по вопросам об учреждении органов медико-социальной экспертизы, признании лица инвалидом, индивидуальной программе реабилитации инвалида, образовательных аспектах инвалидов и др.

В условиях рыночной экономики между инвалидом и государством возникает на рынке труда определенная ответственность: инвалид должен постоянно совершенствовать свою рабочую силу в интересах получения работы, а государство должно обеспечить надлежащие условия для получения инвалидом профессионального образования, переподготовки и повышения квалификации. На снижение использования труда инвалидов в производственных предприятиях оказало отмена с 1 января 2000 г. льготы по НДС, а также ликвидация в 2001 г. Фонда занятости, которая привела к разрушению механизма создания новых рабочих мест для инвалидов. Предприятия были лишены возможности проведения реабилитационных мероприятий для инвалидов. Изучение потребности инвалидов профессиональной реабилитации показало, что в профессиональной ориентации нуждаются более 20%, в профессиональном обучении – около 10%, в переобучении – свыше 6%, в переквалификации – около 8%, в трудовом устройстве около 59%, в трудовой адаптации – 25% от общего числа инвалидов.

Определенные изменения в 1990-е гг. стали происходить и в отношении инвалидов по слуху, зрению, слепоглухонемых. Из стран бывшего СССР наиболее высокий уровень и богатый опыт профессиональной подготовки инвалидов – в России. Из всего количества инвалидов только 6% получают начальное профессиональное образование, 4% – среднее профессиональное образование и 2,5% – высшее профессиональное образование. В начале 2000-х гг. в России функционировало 14 специализированных учреждений среднего профессионального образования инвалидов, Начальное профессиональное образование предоставляли 24 специализированных учреждения. По распоряжению правительства в 1992 г. был открыт Новосибирский институт социальной реабилитации, который через три года

включили в состав Новосибирского государственного технического университета. Кроме этого университета профессиональной подготовкой глухих и слабослышащих занимаются 6 лицеев, 6 колледжей, 9 вузов, в том числе МВТУ им. Баумана, Московский педагогический государственный университет, Московский государственный открытый педагогический университет, Московский городской педагогический университет, Московский заочный народный университет искусств, Московский государственный гуманитарный институт-интернат для инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы, Московский городской психолого-педагогический институт, Московский государственный социальный университет (ныне – РГСУ).¹

Позитивным изменениям в отношении профессионального образования инвалидов способствовало, во-первых, принятие в 2003 г. Концепции профессионального образования инвалидов. Во-вторых, создание системы новых образовательных учреждений профессионального образования для отработки и внедрения инновационных моделей работы с обучающимися студентами из числа инвалидов, охватывающей все федеральные округа Российской Федерации.

Так, по итогам проведенного в 2003-2004 гг. конкурса были определены пять федеральных головных учебно-методических центров по высшему профессиональному образованию инвалидов, окружные учебно-методические центры: семь по высшему профессиональному образованию, по одному в каждом из федеральных округов, 18 – по среднему и 26 – по начальному профессиональному образованию.

В рамках направления «Доступность образования для лиц с отклонениями в развитии» федеральной программой развития образования в 2002–2005 гг. была оказана помощь в укреплении материально-технической базы, прежде всего, именно этих федеральных и окружных учебно-методических центров. Так, в 11 вузов было поставлено оборудование специальных аудиторий и оно адаптировано для обучения инвалидов. В 16 колледжей и

¹ Пузина, С.Н. Указ. соч. - С. 127.

техникумов поступило медико-диагностическое оборудование и спортивно-оздоровительные тренажеры, в 10 учреждений национального образования – оборудование мастерских, прежде всего швейных.

Результатом такой работы стало увеличение в разы численности обучающихся и студентов из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья. Если в 2001 г. по всем формам в 250 вузах России обучалось чуть более 5 тыс. инвалидов, то в 2006 г. только в 300 подведомственных Минобрнауки вузах занимается около 18 тыс. студентов-инвалидов. Почти 13 тыс. из них являлись инвалидами I и II групп. В учреждениях среднего профессионального образования обучалось свыше 16,5 тыс., в учреждениях начального профессионального образования – около 21 тыс. лиц с ограниченными возможностями здоровья. Среди инвалидов, получивших среднее и высшее профессиональное образование, трудоустраивается до 60 процентов, а среди остальных категорий инвалидов их не больше 13–15 процентов.

В целом, если говорить по отдельным направлениям групп людей с ограниченными возможностями здоровья, то в России накоплен достаточно серьезный опыт профессиональной подготовки незрячих и слабовидящих в вузах. Хотя развитие этого направления осложнено преобладающей сегрегационной моделью обучения и воспитания в специальной коррекционной школе.

Наиболее предпочтительной в социально-психологическом плане образовательной областью для студентов с глубокими нарушениями зрения является сфера гуманитарного образования. В этом плане определенные успехи, к примеру, в РГПУ им. Герцена, где на базе факультета коррекционной педагогики создан ресурсный центр по оказанию поддержки инвалидам по зрению в условиях вузовского образования.

Специальная компьютерная техника с брайлевским дисплеем, адаптированная для незрячих, говорящая и рельефно-точечная книги, увеличивающее устройство для слабовидящих распространяются в образовательных учреждениях Москвы, Санкт-Петербурга, Екатеринбурга, Нижнего Новгорода, Новосибирска и Саратова. В настоящее время в вузах страны обучается около 1,5

тыс. студентов-инвалидов по зрению, свыше 5 тыс. незрячих специалистов работают по полученной специальности. Вместе с тем надо сказать, что все-таки трудоустройство в целом, трудоустройство этой категории лиц, также как и трудоустройство инвалидов-опорников, пока затруднено.

Большие изменения произошли и в отношении социальной реабилитации алкоголиков и наркоманов. Проблема наркомании буквально захлестнувшей Россию, стала более актуальной, чем проблема алкоголизма. В 1993 г. в России были приняты Основы законодательства об охране здоровья граждан, гарантировавшие конфиденциальность медицинской информации для всех категорий пациентов, вводившие принцип добровольности лечения на основе информированного согласия и запрещающие любую дискриминацию по признаку состояния здоровья¹. Аналогичные положения закреплены и в законе о психиатрической помощи 1992 г.² В 1993 г. Верховный совет утвердил также новую концепцию политики в отношении незаконного употребления наркотиков, предполагавшую кардинальный отход от советской традиции в пользу баланса интересов охраны правопорядка и общественного здравоохранения. В документе был предложен комплекс правоохранительных и просветительских мер с акцентом на профилактику и усилия по изменению социо-культурных стереотипов. Предлагалось также создать государственное ведомство, которое занималось бы вопросами социальной поддержки и реабилитации наркозависимых лиц. Наконец, в отношении лиц, совершивших незначительные преступления в связи с наркотиками, рекомендовалось применять в первую очередь лечение, а не меры карательного характера³. Однако, данная концепция так и осталась заявлением о намерениях. На практике ничего не изменилось. Количество наркодиспансеров и кабинетов в России в 1990 г. составляло (316 и 1943

¹ Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г., главы 4 и 6.

² Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1.

³ Концепция государственной политики по контролю за наркотиками в Российской Федерации, утверждена постановлением Верховного Совета РФ № 5494-1 от 22 июля 1993 г.

соответственно)¹. В современной России система диспансеров в значительной степени была разрушена (211 в 1999 г.), а число врачей-наркологов сократилось с 7,1 тыс. (1990 г.) до 4,8 тыс. (1999 г.). Наркологические кабинеты сохранились, но принудительное лечение алкоголиков было ликвидировано. Появилась очень ограниченная частная лечебная помощь и госпитальное лечение алкоголиков при диспансерах.

В современной России объектами социальной реабилитации стали и многие другие категории населения. Как отмечалось, в 1990-е гг. актуализировались многие проблемы связанные с социальной реабилитацией таких категорий населения как *вынужденные переселенцы и мигранты, участники боевых действий*. После распада СССР в Россию въехало несколько миллионов человек, оторвавшихся от своих корней и нуждающихся во всех видах социальной реабилитации. Следует отметить, что именно за счет мигрантов население России все еще составляет значительную долю – около 142 млн. чел. Интеграция мигрантов в российскую социо-культурную среду в этих обстоятельствах одна из важнейших задач современной социальной политики.

Также по официальным данным, в настоящее время в России проживает более 77 тыс. инвалидов войны и локальных конфликтов, более 120 тыс. инвалидов, бывших военнослужащих, получивших увечья в период выполнения своего воинского долга. Они также естественно нуждаются в комплексе социально-реабилитационных мер.

Еще одной категорией населения, ставшей объектом социальной реабилитации в 90-е гг. XX в. явились бывшие

¹ В 1948 г. в Дании было замечено, что рабочие одного из заводов, производивших резину, неохотно посещают кафе и бары, ссылаясь на то, что употребление алкоголя вызывает у них неприятные изменения в организме. Проведенные исследования и химические анализы идентифицировали причину, которой дано было название тетурам. Тетурам вводили в организм человека в виде солей различных кислот и в чистом виде, провоцируя у алкоголиков аллергическую реакцию на спиртное, пытались воспитать, таким образом, устойчивую реакцию отторжения. Однако, использование тетурама давало кратковременный эффект, и во Франции в 1955 г. был предложен способ пролонгирования, то есть удлинения времени действия тетурама – его имплантация, введение подкожно хирургическим путем. См.: Гузиков, Б.М. Преодоление алкоголизма/ Б.М.Гузиков, А.А.Мейрович. - Л., 1986. - 79 с.

заклученные. На всем протяжении советской истории пенитенциарная система носила сугубо карательный характер, несмотря на декларативные заявления о необходимости перевоспитания преступников, все это оставалось на словах. Лишь в 90-е гг. XX века в связи с развитием социальной работы в пенитенциарной системе это отношение изменилось, но и сейчас мы можем говорить лишь о наметившейся тенденции по гуманизации отношения к бывшим заключенным, которая может быть и пресечена.

Социальная реабилитация за рубежом

В настоящее время на западе реабилитацию в целом понимается как восстановление утраченных у людей функций и способностей. Одни формы и методы реабилитации сложились давно, другие стали возможны лишь благодаря последним достижениям науки и техники. Идеи реабилитации претерпели с момента своего возникновения значительную эволюцию. Сначала они были связаны с благотворительной деятельностью и предусматривали постоянную заботу об инвалиде. После первой мировой войны в порядке благотворительности организуются профилактории для инвалидов войны, а также специальные школы для детей-калек. В дальнейшем развитие идей реабилитации происходило в связи с необходимостью ликвидации последствий второй мировой войны с целью скорейшего восстановления трудоспособности инвалидов, их профессиональной ориентации.

В 1950-х гг. концепция реабилитации стала находить все более широкое отражение в практической и научной деятельности международных и национальных организаций. В 1950 г. социально-экономический совет ООН одобрил резолюцию «Социальная реабилитация инвалидов» (309/XI/E), в которой поднимался вопрос международного планирования и разработки программы реабилитации физически неполноценных лиц. Через 15 лет Социально-экономический совет ООН одобрил новую резолюцию, где шла речь о реабилитации инвалидов вообще, а не только о лицах с физическими недостатками или уродствами.

Дальнейшая трансформация идей и задач реабилитации связана с рядом новых принципиальных факторов, среди них:

- социально-экономические изменения в жизни современного общества;
- социально-демографические процессы;
- изменение характера патологии – рост хронических заболеваний, сердечно-сосудистых, онкологических и др. приводящих нередко к инвалидности;
- увеличение травматизма, связанного с индустриализацией общества и техническим прогрессом.

Все больше внимания уделяет реабилитации инвалидов ООН ее специальные организации – Международная реабилитация и др., которые объединились во Всемирный совет по делам инвалидов.

Число лиц с физическими и психическими недостатками в мире достигает 400 млн. человек, что составляет около 10 % населения. ВОЗ считает, что основные службы реабилитации могут улучшить состояние здоровья 1,5% населения развивающихся стран. В основном это лица с ограниченными функциями двигательного аппарата, зрения, слуха и с затруднениями в обучении.

Можно утверждать, что в таких странах, как США, Германия, Польша, Югославия, Дания и других, с начала 1960-х гг. сложилось представление, что потребность в реабилитации возникает у людей в большинстве случаев по поводу заболеваний¹. Активно разрабатываются проблемы реабилитации больных и инвалидов в Чехии и Словении, Польше, Болгарии, США, Германии, Англии, Финляндии, Швеции, Бельгии, Японии и других странах, где в настоящее время созданы оптимальные функционирующие структуры реабилитации инвалидов и лиц пожилого возраста. Реабилитация за рубежом осуществляется в стационарных и амбулаторных медицинских учреждениях и так называемых дневных клиниках. К стационарным учреждениям относятся реабилитационные центры, реабилитационные отделения,

¹ Кузикова, В.В. Социальная реабилитация инвалидов в странах Восточной Европы/ В.В.Кузикова// Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты. М., 1990. - Вып. II. - С.31-34.

отделения крупных больниц. Так, в США функционируют около 30 центров, в Великобритании – 27, Италии – 60, Дании – 12. В США, Германии и других странах медицинские центры реабилитации организуются по месту жительства.

В Польше первая программа реабилитации появилась в 1969 г. Согласно этой программе во всех воеводствах созданы реабилитационные консультации, в рамках районного и городских объединений здравоохранения (ZOZ) – стационарные и амбулаторные реабилитационные отделения. В крупных воеводских городах работают воеводские центры реабилитации (ЦР) на базе поликлинических и стационарных реабилитационных учреждений. С 1975 г. в масштабе Польши обеспечивается специализированный надзор по реабилитации, функционирует национальная группа экспертов по реабилитации, полномочный срок их деятельности 4 года¹. В 1982 г. организована реабилитация на дому специальными бригадами. Технически решение этой проблемы осложняется необходимостью специальной подготовки врачебного персонала и коллективов, разработки новых технологий, наличия транспорта и др. Наряду с развитием ЦР, обеспечивающих реабилитацию отдельным группам населения, была предложена идея ее организации на периферии. Эту модель назвали «community-based-rehabilitation», то есть реабилитация, основывающаяся на общественности. Модель существенно дополняет функционирующую систему комплексной реабилитации. Организация реабилитации на коммунальном уровне выходит за пределы деятельности здравоохранения. К осуществлению ее привлекается все местное население, администраторы, архитекторы, семьи, народное образование, транспортные службы, торговля. Реабилитация должна быть общедоступной и бесплатной. Наблюдения (в течение нескольких лет) подтвердили обоснованность этой модели. В малых учреждениях в реабилитационный коллектив входят специалист по реабилитации и физиотерапевт. Более крупные отделения и службы ведут все аспекты комплексной реабилитации.

¹ Матвин, Б. Организация лечебной реабилитации в Польской республике/ Б.Матвин// Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физкультуры. - 1987. - №5. - С.61-63.

Изучение специальной литературы позволило сделать вывод, что формы организации реабилитации в разных государствах различны, но цели и задачи, стоящие перед ними, одни и те же. Так, в Чехии и Словении, кроме традиционных форм лечения и обслуживания инвалидов в ЦР и отделениях при больницах, функционирует центр комплексной реабилитации в Северной Моравии. В этот центр входят институт социального обеспечения лиц с физическими недостатками и клиника реабилитации. В республике существуют «Станции восстановительного лечения» при поликлиниках или больницах, куда включен ряд служб для лечения физиотерапевтическими методами, лечебной физкультурой и трудотерапией.

С 1980 г. Институт народного здоровья в Братиславе осуществляет программу реабилитации на дому. Создана специальная группа в составе врача и инструктора. Подобные мероприятия проводятся в центрах с населением около 60 тыс. жителей. В 1980-1985 гг. на дому прошли первую фазу реабилитации 30094 больных. В мировой практике имеется опыт создания центров медицинской реабилитации (ЦМР) смешанного типа, рассчитанных на лечение стационарных и амбулаторных больных.

В США, Германии, Финляндии и других странах получила развитие реабилитация гериатрических больных. В Германии существует около 200 специализированных центров, занимающихся реабилитацией таких заболеваний, как ревматизм, болезни сердца и сосудов, диабет и др. В настоящее время все большее значение приобретает общая геронтологическая реабилитация, которую авторы определяют как комплекс физиотерапевтических, санитарно-просветительных мер, групповой психотерапии, собственно мер реабилитации, социального консультирования¹.

В Финляндии в составе центров здравоохранения функционируют подразделения реабилитации. Так, в общине Sipoo, кроме амбулатории, стационара общего профиля, имеется

¹ Полунина, В.С. Международное сотрудничество в области реабилитации/ В.С.Полунина// Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физкультуры. - 1989. - №4. - С.66-68.

отделение на 40 коек для проведения реабилитации престарелым после перенесенных инсультов. Инвалидам компенсируются расходы на приобретение приспособлений, необходимых для реабилитации (кресла-каталки, костыли и др.), и лечение из фондов страховой медицины¹.

Изменения в здравоохранении США в 1980-е гг. способствовали более тесной координации всех служб и рациональному разделению функций между ними. Формируется многозвеньевая цепь специализированных медицинских учреждений по схеме: первичная диагностика – специализированное обследование – интенсивная терапия-долечивание и медицинская реабилитация – реадaptация и социально-медицинский патронаж. Получают развитие разного рода амбулатории, консультативно-диагностические центры, комплексные ЦР и др.²

Согласно данным Американской больничной ассоциации, потребность в стационарном обслуживании лиц пожилого возраста возросла на 15% (1980-1989 гг.). Основной целью пребывания хронических больных и пожилых в больницах являются реабилитация, отсрочка ухудшения состояния здоровья или его поддержание, улучшение способности к повседневной деятельности. Примером может служить объединение двух больниц в Милуоки в гериатрический центр, который оказывает помощь при острых и хронических заболеваниях, амбулаторную первичную помощь на дому, дневную реабилитацию. В дневную реабилитационную больницу больные доставляются специальным транспортом 3 раза в неделю. Отмечено, что такая модель может быть применена и в городах.

Представляет интерес опыт работы как государственных, так и частных реабилитационных учреждений. Например, в США ЦР функционируют при больницах или как самостоятельные

¹ Демин, А.К. Особенности организации медико-социальной помощи в Финляндской республике/ А.К.Демин, А.И.Лазаренко// Сов. здравоохранение. - 1990. - №9. - С. 65-69.

² Шаховский, К.П. Современные тенденции в организации здравоохранения США. Новые организационные формы оказания медицинской помощи на примере США: Обзор литературы/ К.П.Шаховский, А.Я.Воронов, И.М.Юновидов// Медицинский реферативный журнал. Разд. 16. - 1990. - № 11. - С. 14-17.

учреждения. Чаще всего ЦР организуются по месту жительства. При организации реабилитационных подразделений в США обращается внимание на их окупаемость. Управление реабилитационного обслуживания США подчеркивает, что на каждую тыс. долларов, затраченную на реабилитацию инвалида, может быть возвращено обществу 35 тыс. долларов в процессе труда реабилитированного инвалида. Но даже при таких условиях только 50% инвалидов трудоспособного возраста предоставляется право трудиться. В университетах и колледжах США только для плохослышащих граждан действует более 150 федеральных и региональных программ высшего и среднего профессионального образования, которыми охвачено свыше 15 тысяч глухих.

В западных странах большое внимание уделяется разработке реабилитационных технологий. В них выделяют следующие направления: регулируемые системы для посадки и расположения больного, система коммуникации, сенсорные устройства, индивидуальные средства передвижения, функциональная электростимуляция. Наряду с перечисленными мерами обращают внимание на роль трудотерапии и психологической адаптации больных после сложных операционных вмешательств. В Канаде в программы реабилитации инвалидов входит переучивание и восстановление навыков самостоятельного передвижения. Считают, что неприемлемо создание изолированных от внешнего мира домов инвалидов, исключаяющих максимально полное участие инвалидов в жизни общества и производственном процессе.

Подводя итог вышеизложенному, следует отметить, что основными учреждениями комплексной реабилитации за рубежом являются специализированные многопрофильные и смешанные (для амбулаторных и стационарных больных), ЦР, организуемые в больницах и амбулаторных учреждениях по месту жительства, в дневных клиниках, центрах здравоохранения, дневных профилакториях и др. Созданы реабилитационные консультации, станции восстановительного лечения, реабилитационные группы, проводится реабилитация на дому, на коммунальном уровне. К участию в реабилитации, особенно на коммунальном уровне, привлекается местное население. На этом уровне

реабилитационные мероприятия часто выходят за пределы деятельности учреждений здравоохранения. К реабилитации наряду с инвалидами в большинстве государств привлекаются больные. Отмечается высокая окупаемость реабилитационных мероприятий.

В западных странах в 1980-1990-е гг. также произошли определенные изменения в понимании социальной реабилитации. Во всех развитых странах идет изучение этой проблемы в теоретическом и практическом аспектах. Зарубежные исследователи подчеркивают, что реабилитация инвалидов – это общегосударственная проблема, а не только один из важных разделов здравоохранения и социального обеспечения. Во многих странах существует разработанная система реабилитации, изданы специальные законодательные акты, получили развитие центры, больницы и отделения реабилитации, в которых производится подготовка соответствующих кадров и осуществляется медицинская, социальная и профессиональная реабилитация различных контингентов инвалидов.

В 1990-е гг. во многих странах западной Европы были инициированы социальные реформы, направленные на расширение социально-реабилитационной деятельности, на привлечение к ней как государственных, так и общественных организаций, активизацию негосударственного сектора. Так, во Франции стало активнее развиваться социальная реабилитация в отношении детей. Большое значение приобрела *эрготерапия* (трудотерапия), которая возникла там еще в 1917 г. В Великобритании Армия спасения стала активно заниматься социальной реабилитацией бездомных. В этой же стране более интенсивно стала развиваться уже упоминавшаяся трудотерапия. Аналогичные процессы происходили и в объединенной Германии, странах Бенилюкса и бывших социалистических государствах восточной Европы.

В 1994 г. в Конституцию Германии была внесена поправка о том, что любой гражданин, перенесший тяжелый недуг в результате чрезвычайной ситуации, имеет право на реабилитацию, поскольку слово «реабилитация» в переводе с латыни означает «снова иметь» или «восстановить». Реабилитация в Германии – это

система государственных целенаправленных мероприятий. Процесс реабилитации представляет из себя цепочку, каждое звено которой направлено на оздоровление конкретного человека.

Можно отметить, что в большинстве европейских стран теория и практика социальной реабилитации находятся в постоянном развитии. Появляются совершенно новые виды социальной реабилитации, например, такие как *сексуальная реабилитация инвалидов*. Таким образом, социальная реабилитация как специальная отрасль человеческой теории и практики находится все еще в процессе разработки.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Кто и когда ввел в научный оборот понятие «реабилитация»? Что понималось под реабилитацией первоначально?
2. Какие виды социальной реабилитации исторически возникли ранее всего?
3. Перечислите основные элементы социальной реабилитации характерные для древних государств (древнего Рима, Византии и др.)?
4. Какие примеры свидетельствуют о наличии элементов социально-бытовой и социально-медицинской реабилитации в Новое время?
5. Охарактеризуйте основные виды (элементы) социальной реабилитации у славян в архаический период.
6. Что общего и особенного между понятиями призрение, «благотворительность» и «социальная реабилитация»?
7. Охарактеризуйте особенности этапов в развитии социальной реабилитации.
8. Назовите основные типы учреждений введенных в России «Регламентом о Главном магистрате» и какие реабилитационные функции они могли осуществлять?
9. Инвалиды войны как главный объект социальной реабилитации в период XVII-XIX вв.
10. Раскройте основные особенности социального положения военных инвалидов в России.

11. Опишите основные виды социальной реабилитации в отношении различных категорий детей (слепых, глухих, сирот и др.) в XIX в. Назовите их достоинства и недостатки.
12. Охарактеризуйте основные направления социальной реабилитации инвалидов в годы Первой мировой войны.
13. В чем заключалась роль общественных организаций в социально- реабилитационной деятельности в период Первой мировой войны?
14. В чем заключалась социально-психологическая реабилитация в начале XX века?
15. В чем состоит специфика социально-реабилитационной деятельности советской власти в первой половине XX века?
16. Врачебно-трудовая экспертиза и ее роль в развитии социальной реабилитации в СССР.
17. Какую роль в профессиональной реабилитации инвалидов сыграла кооперация?
18. Покажите основные направления социальной реабилитации инвалидов в период Великой Отечественной войны и в послевоенные годы.
19. Какие социально-реабилитационные мероприятия проводились в СССР в отношении слепоглухонемых, алкоголиков и наркоманов?
20. Охарактеризуйте современное состояние социальной реабилитации в России?
21. Каковы отличия социально-реабилитационной деятельности в СССР от современной?

Литература

1. Басилова, Т.А. О Соколянском и его методах обучения глухих и слепоглухих детей, так интересовавших Выготского/ Т.А.Басилова// Культурно-историческая психология. – 2006. – №3. – С. 16-21.
2. Возвращение к трудовой деятельности инвалидов Отечественной войны. Сборник постановлений и инструкций / под ред. Н.М. Ободана. – Л., 1943. – 197 с.

3. Воронова, Е.А. Духовное состояние Российского общества и благотворительность (историко-социологический анализ)/ Е.А.Воронова. – СПб., 2005. – 96 с.
4. Кабанов, М.М. Принципы реабилитации больных алкоголизмом. Лечение и реабилитация больных алкоголизмом/ М.М.Кабанов// Труды НИИ им. В.М. Бехтерева. – Л., 1977. – Т. 84.
5. Каменева, Е.Н. Нервное здоровье инвалидов войны: научно-популярный очерк/ Е.Н.Каменева. – М., 1928. – 314 с.
6. Камсюк, Л.Г. Организация медико-социальной реабилитации в социалистических странах/ Л.Г.Камсюк, Л.В.Михеева// Сов. здравоохранение. – 1987. – №9. – С. 73-84.
7. Кинсбургский, А.В. Социальная реабилитация потерянного поколения: сборник/ А.В.Кинсбургский, М.Н.Топалов. – М., 1993. – 286с.
8. Коваленко, Б.И. Возвращение ослепших к трудовой жизни/ Б.И.Коваленко. – М., 1946. – 212 с.
9. Колобов, А.В. Римские легионы вне полей сражений (Эпоха раннего принципата): учебное пособие/ А.В.Колобов. – Пермь, 1999. – 214 с.
10. Ксенофонтов, И.Н. Состояние и развитие социального обеспечения в РСФСР/ И.Н.Ксенофонтов. – М., 1925. – 197 с.
11. Кузикова, В.В. Социальная реабилитация инвалидов в странах Восточной Европы/ В.В.Кузикова// Социология в медицине: теоретические и научно-практические аспекты. – М., 1990. – Вып. II.
12. Модестов, А.А. Дома-интернаты: от призрения к реабилитации/ А.А.Модестов. – Красноярск, 1993. – 96 с.
13. Пелипас, В.Е. Принудительное и обязательное лечение больных наркологического профиля: опыт и перспективы/ В.Е.Пелипас, И.О.Соломоницина, М.Г.Цетлин. – М., 2005. – 137 с.
14. Сизова, А. Анна Александровна Адлер/ А.Сизова// Всерос. о-во слепых. – М., 1996. – 59 с.
15. Феоктистова, В.А. Очерки истории зарубежной тифлопедагогики и практики обучения слепых и слабовидящих детей/ В.А.Феоктистова. – М., 1981. – 317с.

16. Фирсов, М.В. История социальной работы: учебное пособие/ М.В.Фирсов. – М., 2007. – 328 с.
17. Холостова, Е.И. Генезис социальной работы в России: учебное пособие/ Е.И.Холостова. – М., 2008. – 327 с.
18. Чиненный, С.А. Пенсия не милость, а долг государства/ С.А.Чиненный// Военно-исторический журнал. – 1999. – № 5. – С. 23-39.
19. Щербинин, П.П. Особенности призрения увечных воинов в России в XVIII – начале XX в./ П.П.Щербинин// Армия и общество: материалы международной научной конференции. – Тамбов, 2002. – 182 с.
20. Щербинина, Ю.В. Особенности формирования системы социальной защиты военнослужащих в XVIII-XIX вв./ Ю.В.Щербинина// Гуманитарные науки: проблемы и решения. межвуз. сб. науч. ст. – СПб., 2005. – Вып. 3.

РАЗДЕЛ 3. ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СПЕЦИАЛИСТА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ В СИСТЕМЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

3.1. Роль и место специалиста социальной работы в процессе реабилитации

Специалист социальной работы является специалистом в области жизненных отношений и обстоятельств, где в принципе нет готовых решений возникших проблем. Парадокс профессии заключается в том, что, с одной стороны, социальный работник обеспечивает значимые изменения, с другой, – делает все, чтобы клиенты продолжали успешно действовать без него. Суть социальной работы заключается в том, чтобы достигнуть актуализации потенциала самопомощи лиц, оказавшихся в сложной жизненной ситуации, и создать такие условия, в которых клиенты могут в максимальной мере проявить свои возможности и достигнуть такого результата, когда необходимость в помощи социального работника отпадет. Как следствие, социальная работа находит реализацию в социальном обслуживании, реабилитации, социальном патронаже и других областях.

Особую роль специалисты социальной работы играют в процессе социальной реабилитации, так как их деятельность сопровождает весь реабилитационный процесс. Рассматривая цель социальной реабилитации как интеграцию индивида в общество, можно согласиться с мнением, что «основная задача социального работника – социальная реабилитация дезадаптированных групп населения»¹. В этом случае возможными клиентами социального работника могут быть:

- 1) безработные;
- 2) лица, дезадаптированные вследствие болезни или длительного лечения, и их родственники;
- 3) лица, дезадаптированные вследствие пребывания в пенитенциарных учреждениях;

¹ Социальная работа: введение в профессиональную деятельность. – М., 2005. – С.208.

- 4) семьи с детьми-инвалидами;
- 5) лица, пережившие посттравматический стресс, и члены их семей;
- 6) дети из детских домов и закрытых воспитательных учреждений, а также из асоциальных и антисоциальных семей;
- 7) лица, дезадаптированные вследствие пребывания в деструктивных культах;
- 8) пенсионеры;
- 9) дети и подростки с девиантным поведением (употребляющие наркотики, алкоголь, совершавшие суицидальные попытки, делинквентные и противоправные действия).

Как видно, контингент лиц, проходящих социальную реабилитацию, очень широк. Но наиболее ярко роль социального работника проявляется в процессе реабилитации лиц с ограниченными возможностями. Рассмотрим роль специалиста социальной работы в реабилитации инвалидов.

**Деятельность
специалиста социальной
работы в
реабилитационном
учреждении**

В штате любого реабилитационного учреждения имеется должность специалиста социальной работы. В процессе реабилитации он участвует в адаптационном обучении инвалидов; проводит мероприятия по подбору для инвалида технических средств реабилитации и обучение пользованию ими; руководит мероприятиями по обучению инвалидов самообслуживанию, социальной независимости, социальному общению, передвижению, ориентации.

Во время первичной консультации инвалида специалист социальной работы знакомится с ним, изучает индивидуальную программу реабилитации (ИПР), амбулаторную карту реабилитации, затем проводит реабилитационную диагностику, заполняя в амбулаторной карте реабилитации социально-средовые данные.

Из всех ограничений жизнедеятельности, являющихся критерием инвалидности, наиболее значимо для человека ограничение способности к самообслуживанию и в связи с этим роль социального работника в обучении инвалида, в помощи в

восстановлении навыков самообслуживания особенно значима. Здесь, по существу, речь идет о социально-бытовой реабилитации. Социальный работник должен не просто что-то делать вместо инвалида, а обучать его обслуживать себя, активизировать и стимулировать его самостоятельность, что способствует социальной адаптации и интеграции инвалида.

При проведении социально-средовой диагностики специалист по социальной работе изучает:

- участие инвалида во всех обычных общественных взаимоотношениях (семья, друзья, соседи и коллеги): общение с окружающими, возможность пользования телефоном, телевизором, радио, компьютером, возможность чтения книг, журналов и др.;
- ролевое положение инвалида в семье, межличностные отношения вне дома;
- соблюдение инвалидом морально-этических, социально-правовых, санитарно-гигиенических норм;
- возможность инвалида заниматься культурой, физкультурой, спортом, туризмом и др.

При проведении социально-бытовой диагностики специалист по социальной реабилитации изучает:

- семейное положение инвалида, психологический климат в семье, его социально-экономическое положение, жизненные установки, благоустроенность жилья, наличие вспомогательных приспособлений для самообслуживания, способность инвалида выполнять обычные житейские процедуры, в том числе такие действия, как уборка квартиры, ручная стирка, выжимание и глажка белья, возможность встать с постели, лечь в постель, одеться и раздеться, умыться, принять ванну, принять пищу, пользоваться туалетом или судном, ухаживать за зубами, стричь волосы, ногти, брить бороду и усы, готовить пищу, передвигаться по дому и вне дома и др.;
- способность обеспечивать персональную сохранность (пользоваться газовыми и электрическими домашними приборами, спичками, кранами, лекарствами и др.);

- способность вести независимое существование (посещать магазины, предприятия бытового обслуживания, совершать покупки, обращаться с деньгами).

В том случае, если в ИПР инвалида указаны мероприятия по адаптации жилья инвалида и его обеспечению техническими средствами, специалист социальной работы планирует (вместе с инвалидом) дату его социального обследования на дому.

Специалист по социальной реабилитации, проводя социальное обследование инвалида на дому, должен осуществлять:

- оценку социально-бытовых условий;
- оценку способности инвалида самостоятельно удовлетворять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность и навыки личной гигиены.

По окончании первичной консультации специалист социальной работы должен:

- заполнить раздел о социальной диагностике и потребности в реабилитации в амбулаторной карте реабилитации инвалида;
- отметить в реабилитационном маршруте инвалида те мероприятия по социальной реабилитации, которые будут выполняться с помощью специалиста по социальной работе;
- отметить в реабилитационном маршруте дату обследования инвалида на дому.

Адаптационное обучение инвалида проводится социальным работником совместно со специалистом по реабилитации и психологом в форме занятий (лекций) в течение 7-10 дней. Программа обучения включает вопросы: об особенностях течения заболевания, мероприятиях по изменению образа жизни, диеты, величины физических и психических нагрузок; о возникающих в результате нарушения здоровья ограничениях жизнедеятельности, связанных с ними социально-психологических, физиологических и экономических проблемах; видах и формах социально-бытовой помощи инвалиду, методах ухода за инвалидом, видах технических средств реабилитации и особенностях их эксплуатации; видах реабилитационных учреждений, их местоположении и спектре оказываемых ими услуг и т.д. Группы адаптационного обучения формируются по нозологическому принципу. По окончании

адаптационного обучения инвалид и его семья получают знания, умения и навыки «жизни с инвалидностью».

Социальным работником осуществляется и обучение инвалида самообслуживанию. Обучение проводится в учебной комнате (классе), имеющей соответствующее оснащение. Группы инвалидов, а также методические приемы их обучения, формируются в зависимости от вида функциональных нарушений, например, для обучения инвалидов с умственной отсталостью используются криптограммы, а для инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата – технические средства реабилитации. Для обучения социальным навыкам могут применяться вспомогательные средства (программы обучения личным навыкам, способности выполнять бытовую деятельность и др.). Для обучения навыкам самообслуживания может использоваться жилой модуль, оснащенный техническими средствами реабилитации. Сроки обучения для инвалида индивидуальны.

Обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации осуществляет специалист социальной работы, социальный работник, техник по техническим средствам реабилитации. При необходимости (в сложных случаях) привлекается врач-специалист по реабилитации.

Обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации включает:

- подбор модели технического средства с учетом ИПР;
- обучение инвалида (если нужно – членов его семьи) навыкам пользования техническим средством;
- мелкий ремонт и сервисное обслуживание технического средства.

В отделении социальной реабилитации должны быть помещения, оснащенные техническими средствами реабилитации, так называемый «жилой модуль», содержащий прихожую, жилую комнату, спальню, кухню, туалетную комнату с ванной, комнату средств передвижения.

**Организация
специалистом
социальной работы
жизни инвалида в быту**

Обслуживание инвалида на дому может выявить необходимость организации жизни инвалида в быту, включая архитектурно-планировочное решение проблемы адаптации помещения к потребностям инвалида. Оно может включать перепланировку жилых помещений и санитарно-гигиенических помещений с заменой раковин, унитаза, душа, ванны или их переоборудование; переоборудование газовой (электро-) плиты; установку дополнительной сигнализации (в том числе домофона); снятие порогов; расширение дверных проемов; установку поручней; установку пандусов и др. Организацию этой работы осуществляет специалист социальной работы и архитектор.

Эффективность мер социальной реабилитации значительно повышается при адресной социальной помощи инвалиду, которая возможна при проведении *социальной диагностики*. Социальная диагностика состоит из двух блоков: оценки видов и степени выраженности социальной недостаточности и оценки частных характеристик инвалида и его семьи.

Социальная недостаточность – это социальные последствия нарушения здоровья, которые приводят к ограничению жизнедеятельности, невозможности выполнять (полностью или частично) обычную для человека роль в социальной жизни и обуславливающие необходимость в социальной защите. Имеется семь видов социальной недостаточности: социальная недостаточность из-за нарушения физической независимости, мобильности, обычной деятельности, способности к обучению, профессиональной деятельности, экономической самостоятельности, интеграции человека в общество.

К частным характеристикам инвалида и его семьи относятся: информация о возрасте инвалида, составе семьи, месте проживания, характеристика его жилищных условий, наличие коммунальных удобств, наличие ТСР, доход на одного члена семьи, работает или не работает инвалид, его социальные контакты.

Проведение социальной диагностики дает возможность определить необходимость конкретных мероприятий социальной

реабилитации индивидуально для каждого человека по трем направлениям: социально-средовой ориентации, социально-бытовой реабилитации и по нуждаемости человека в социальных услугах.

Оценку эффективности социальной реабилитации целесообразно проводить, используя балльную оценку. Критерий эффективности социальной реабилитации – увеличение уровня социализации человека, его способность адаптироваться и сотрудничать в обществе.

3.2. Функции и роли социального работника в социальной реабилитации

Социальная реабилитация в современных условиях развития данного направления деятельности в социальной работе с людьми предъявляет серьезные требования к организатору реабилитационной деятельности – специалисту социальной работы. Не случайно квалификационный справочник содержит весьма длинный перечень его разнообразных должностных обязанностей¹. Итак, специалист социальной работы:

1) выявляет на предприятиях, в микрорайонах семьи и отдельных лиц, нуждающихся в социально-медицинской, юридической, психолого-педагогической, материальной и иной помощи, в охране нравственного, физического и психического здоровья;

2) устанавливает причины возникших у них трудностей, конфликтных ситуаций, в том числе по месту работы, учёбы и т.д., оказывает содействие в их разрешении и обеспечивает социальную защиту;

3) содействует интеграции деятельности различных государственных и общественных учреждений по оказанию необходимой социально-экономической помощи населению;

¹Социальная работа/ под общей редакцией проф. В.И. Курбатова. – Ростов н / Д: "Феникс", 2000. – С.105.

4) оказывает помощь в семейном воспитании, заключении трудовых договоров о работе на дому женщинам, имеющим несовершеннолетних детей, инвалидам, пенсионерам;

5) проводит психолого-педагогические и юридические консультации по вопросам семьи и брака, воспитательную работу с несовершеннолетними детьми с асоциальным поведением;

6) выявляет и оказывает содействие детям и взрослым, нуждающимся в опеке и попечительстве, устройстве в лечебные и учебно-воспитательные учреждения, получения материальной, социально-бытовой и иной помощи;

7) организует общественную защиту несовершеннолетних правонарушителей, в необходимых случаях выступает в качестве их общественного защитника в суде;

8) участвует в работе по созданию центров социальной помощи семье (усыновление, попечительство и опека, социальная реабилитация), приютов, молодёжных, подростковых, детских и семейных центров, клубов и ассоциаций, объединений по интересам и т.д.;

9) организует и координирует работу по социальной адаптации и реабилитации лиц, вернувшихся из специальных учебно-воспитательных учреждений и мест лишения свободы¹.

Как видно, многие из этих требований напрямую связаны с процессом социальной реабилитации. Осуществление выше названных требований происходит на основе реализации функций деятельности социального работника. По мнению Н.Б. Шмелевой, функциональная природа социальной работы представляет собой «один из самых многоплановых и трудоемких видов профессиональной деятельности. Социальный работник осуществляет все многообразие функций организации, координации, обеспечения, поддержки (психологической и физической), правовой и административной помощи, коррекции и

¹ Дополнение в Квалификационный справочник должностей руководителей, специалистов и служащих, утверждённый постановлением Государственного комитета СССР по труду и социальным вопросам. - М., 1991.

др.»¹. Рассмотрим функции социального работника, описанные в научной литературе.

Профессиональные функции специалиста социальной работы

П.Д. Павленок перечисляет следующие профессиональные функции специалиста социальной работы²:

Диагностическая функция предполагает изучение социальным работником особенностей группы, слоя, отдельного человека, степени и направленности на них микросреды и постановку «социального диагноза».

Прогностическая функция реализуется путём программирования и прогнозирования влияния на объекты социальной работы всех социальных институтов общества, выработки определённой модели социального поведения этих объектов.

Предупредительно-профилактическая (или *социально-терапевтическая*) функция позволяет привести в действие социально-правовые, юридические, психологические, социально-медицинские, педагогические и другие механизмы предупреждения и преодоления негативных явлений, организовать социотерапевтическую, социально-бытовую, психолого-педагогическую, медицинскую, юридическую и иную помощь нуждающимся, обеспечить защиту прав семьи, женщин, подростков, детей, молодёжи.

Правозащитная функция в социальной работе предусматривает использование всего комплекса законов и правовых норм, направленных на оказание помощи и поддержки, защиту населения.

Социально-педагогическая функция – выявление интересов и потребностей людей в различных видах деятельности и привлечение к работе с ними различные учреждения, организации, общественные, творческие и другие союзы, специалистов, тренеров, организаторов культурно-досуговой деятельности и др.

¹Шмелева, Н.Б. Профессионально-личностное развитие специалиста социальной работы/ Н.Б.Шмелева. - Ульяновск, 1997. – С.43.

²Павленок, П.Д. Теория, история и методика социальной работы: учебное пособие/ П.Д.Павленок. – М.: Издательско-торговая корпорация "Дашков и К", 2005. – С.197–198.

Психологическая функция предполагает различные виды консультирования и коррекции межличностных отношений, помощь в социальной адаптации и социальной реабилитации всем нуждающимся.

Социально-медицинская функция проявляется в организации работы по профилактике здоровья, помощи в овладении основами первой медицинской помощи, культурой питания, санитарно-гигиеническими нормами, организации работы по планированию семьи, формировании ответственного отношения к репродуктивному и сексуальному поведению, содействию подготовке молодёжи к семейной жизни, развитию трудотерапии, способствованию формированию здорового образа жизни.

Социально-бытовая функция. Социальный работник обязан способствовать в оказании необходимой помощи и поддержки различным категориям населения (особенно инвалидам, людям пожилого возраста, молодым семьям и др.) в улучшении их жилищных условий, организации нормального быта.

Реализуя *коммуникативную* функцию, социальный работник устанавливает контакты с нуждающимися в той или иной помощи и поддержке, организывает обмен информацией, способствует включению различных институтов общества в деятельность социальных служб, помогает восприятию и пониманию другого человека, больных и здоровых, нуждающихся и не нуждающихся в помощи и поддержке.

Рекламно-пропагандистская функция социальной работы проявляется в организации рекламы социальных услуг, в пропаганде идей социальной защиты человека.

Нравственно-гуманистическая функция (как своеобразная концентрация определённых свойств, черт всех других функций) придаёт социальной работе высокие гуманистические цели, создаёт условия для достойного функционирования человека, групп и слоёв в обществе.

Реализация *организационной* функции состоит в том, чтобы способствовать организации социальных служб на предприятиях и в учреждениях, а также по месту жительства, привлекать к их работе общественность, направлять деятельность социальных

служб на оказание различных видов помощи и социальных услуг населению, в первую очередь слабо защищённым слоям и группам, отдельным личностям.

Отечественный ученый Панов А.М. выделяет следующие функции¹.

Диагностическая – установление причин возникающих у человека трудностей;

Аналитико-прогностическая – заключается в изучении тенденций социального напряжения в обществе, демографических ситуаций, причин социального и семейного неблагополучия, общественного мнения о состоянии социальной помощи и защиты, потребностей в ней, программировании и прогнозировании развития событий, процессов, происходящих в семье, группе людей, обществе и выработке определенных моделей социального поведения.

Системно-моделирующая – определение характера, объема, форм и методов социальной помощи людям, оказавшимся в сложной жизненной ситуации.

Активационная функция – содействие активации потенциала собственных возможностей отдельного человека, семьи или социальной группы, которые оказались в сложной жизненной ситуации.

Действенно-практическая – проявляется в помощи направленной на улучшение взаимоотношений между отдельными людьми и их окружением: консультирование, помощь в оформлении документов для принятия нуждающихся на постоянное или временное социальное обслуживание для опеки и попечительства, содействие в помещении нуждающихся в стационарные учреждения органов здравоохранения; представление в соответствующие органы и учреждения материалов и документов для предъявления иска о лишении родительских прав, оформление усыновления и т.д.

¹Панов, А.М. Социальная работа как наука, вид профессиональной деятельности специальность в системе высшего профессионального образования/ А.М.Панов// Российский журнал социальной работы. - М., 1995. - N 1. - С.3-5.

Правозащитная – использует законы и правовые акты, направленные на оказание помощи и поддержки населения, его защиту, содействует применению государственного принуждения и реализации юридической ответственности в отношении лиц, допускающих прямые или опосредованные противоправные воздействия на клиента.

Организационно-методическая – способствует организации социальных служб на предприятиях и по месту жительства, привлекает к их работе общественность и направляет их деятельность к оказанию различных видов помощи и социальных услуг населению; организует работу по взаимодействию клиента с медицинскими, образовательными, культурными, спортивными, правовыми учреждениями, обществами и благотворительными организациями; систематизирует информационные материалы, законодательства и иные правовые акты, организует их изучение среди населения.

Предупредительно-профилактическая (или *социально-терапевтическая*) - приводит в действие различные механизмы (юридические, психологические, медицинские, педагогические и др.) предупреждения и преодоления негативных явлений; организует оказание социотерапевтической помощи нуждающимся; обеспечивает защиту прав в обществе, оказывает помощь подросткам и молодежи в период социального и профессионального определения.

Нравственно-гуманистическая функция – обеспечивает уважение к человеческой личности; создает условия для достаточности человека как главного субъекта общества, содействует в становлении и реализации его интересов и потребностей.

Социально-медицинская – организует работу по профилактике здоровья, способствует овладению основами оказания первой медицинской помощи, содействует подготовке молодежи к семейной жизни, развивает трудотерапию и т.д.

Психологическая – оказание различных видов консультирования и коррекции межличностных отношений, помощь в социальной адаптации личности.

Социально-бытовая – способствует в оказании необходимой помощи и поддержки различным категориям населения (инвалидам, людям пожилого возраста, молодым семьям и т.д.) в улучшении их жилищных условий.

Социально-интегративная – объединение разных областей на решение проблем в социальной сфере, направление усилий специалистов различных профессий на социальную поддержку и защиту населения, выработку совместной комплексной программы самореализации личности.

Эвристическая – повышение своей квалификации и профессионального мастерства и др.

Е.И.Холостова определяет следующие функции¹:

– *воспитательная* – обеспечение целенаправленного влияния всех социальных институтов на поведение и деятельность клиента; ставится задача полноценного использования в воспитательном процессе средств и возможностей общества, воспитательного потенциала микросреды, потенциальных возможностей самой личности как активного субъекта воспитательного процесса;

– *организаторская* – организация той или иной деятельности, влияние на содержание досуга, помощь в трудоустройстве, профессиональной ориентации и адаптации, координация деятельности подростковых и молодежных объединений, организаторская работа во взаимодействии клиента с медицинскими, образовательными, культурными, спортивными, правовыми учреждениями, обществами и благотворительными организациями;

– *прогностическая* – программирование, прогнозирование, проектирование процесса социального развития конкретного микросоциума, деятельности различных институтов, участвующих в социальном формировании личности;

– *предупредительно-профилактическая* и *социально-терапевтическая* – социальный педагог и социальный работник совместно предусматривают и приводят в действие социально-

¹Холостова Е.И. Социальная работа: учебное пособие/ Е.И.Холостова. – М., 2005. – С.659-660.

правовые, юридические, психологические механизмы предупреждения и преодоления негативных влияний, организуют оказание социотерапевтической помощи нуждающимся, обеспечивают защиту их прав в обществе, оказывают помощь подросткам и молодежи в период их социального и профессионального определения;

– *организационно-коммуникативная* – способствуют включению добровольных помощников, самого населения микрорайона в социальную работу, в совместный труд и отдых, деловые и личностные контакты, сосредотачивают информацию и налаживают взаимодействие между различными социальными институтами в их работе с клиентом;

– *охранно-защитная* – используют весь арсенал правовых норм для защиты прав и интересов клиентов, содействия в применении мер государственного принуждения и реализации юридической ответственности в отношении лиц, допускающих прямые или опосредованные противоправные воздействия на клиента.

Н.Ф. Басов к вышеперечисленным функциям добавляет¹:

– *посредническую* функцию, которую часто называют основной функцией, когда специалист социальной работы, обеспечивает связь клиента со всеми необходимыми ему службами;

– *инновационную* функцию, когда специалист социальной работы в деятельности, направленной на преобразование социума, стремится к использованию наиболее эффективных методов и технологий работы. Чтобы совершенствовать систему социальной поддержки населения, деятельность специалиста должна носить инновационный характер, то есть включать себя новые методические, технологические компоненты;

– *мотивационная* функция социального работника выражается в создании мотивообразующих условий для включения клиента в деятельность по преодолению трудной жизненной ситуации, а не в том, чтобы решить за него его проблему.

¹Основы социальной работы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ под ред. Н.Ф.Басова. – М., 2004. – С.37-42.

Представленный обзор научной литературы показывает, что в настоящее время отсутствует единое понимание функций социального работника как в отношении всей его деятельности, так и процесса реабилитации в частности. Представленные выше классификации далеки от идеала, рядоположными в них являются функции, направленные на решение задач различного вида и уровня сложности. Например, гуманистическая функция соседствует с социально – педагогической, хотя принципы гуманизма пронизывает всю деятельность социального работника и являются основополагающими многих, представленных выше функций.

Таким образом, в представленных классификациях происходит пересечение выделенных функций между собой, что, естественно является недопустимым для научной классификации. Подобных примеров можно привести множество.

Что бы разрешить данное противоречие, необходим системный подход. Мы предлагаем построить иерархию уровней функций специалиста социальной работы по аналогии с моделью управленческих функций Р.Х.Шакурова. Первый уровень – это *«целевые функции»*; они образуют вершину иерархии и определяют задачи, которые решаются на более низком уровне. К ним можно отнести: функцию «социальной помощи и поддержки», функцию «социальной фасилитации и развития» и «профилактическую» функцию. Второй уровень – *«операционные функции»*. Они направлены на реализацию конкретных задач, и здесь можно выделить два подуровня: «общие функции» и «специфические функции». К первым относятся функции, направленные на организацию деятельности: диагностическая, проектировочная, коммуникативная, контрольно – оценочная и т.д. К «специфическим функциям» относятся социально – педагогическая, психологическая, социально – медицинская, правозащитная и др. Предложенная модель находится еще в стадии разработки, но уже сейчас позволяет построить непротиворечивую классификацию функций и дает возможность для социально-психологического анализа деятельности социального работника.

Из описанных выше функций можно выделить следующие, связанные непосредственно с процессом социальной реабилитации (таб. 3.1):

Таблица 3.1.

Функции, реализуемые специалистом социальной работы в процессе социальной реабилитации

Функции	Действия по реализации функции
1	2
<i>Аналитико-диагностическая:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - изучает и анализирует особенности физического, физиологического, психологического, социального развития клиента; - определяет причины, последствия, степень существующих у человека ограничений жизнедеятельности; - оценивает потенциальные возможности клиента к восстановлению социального функционирования, а также к саморазвитию и самореализации в новой жизненной ситуации; - выясняет позицию клиента по отношению к проявлению собственной активности в работе по преодолению депривационных обстоятельств, а также к самоизменению, самовоспитанию, саморазвитию в новой жизненной ситуации; - изучает особенности социальной среды, оказывающей влияние на личность человека, выявляет факторы, способствующие его самореализации.
<i>Прогностическая:</i>	<p>На основе анализа информации о клиенте и окружающем его жизненном пространстве социальный работник:</p> <ul style="list-style-type: none"> - программирует, прогнозирует, проектирует процесс социального влияния конкретного микросоциума, а также деятельность всех субъектов социального воспитания, оказывающих помощь в социальной адаптации, саморазвитии и

Функции	Действия по реализации функции
1	2
	<p>самовоспитании личности человека;</p> <ul style="list-style-type: none"> - определяет перспективы развития личности человека в процессе ресоциализации, прогнозирует динамику изменения позиции клиента в направлении самозменения, самовоспитания, саморазвития в новой жизненной ситуации; - планирует деятельность специалистов учреждений разной ведомственной принадлежности, принимающих участие в решении реабилитационных проблем клиента, оценивает собственные возможности в обеспечении оптимального изменения позиции клиента в направлении самостоятельного решения собственных проблем.
<p><i>Конструктивно</i> - <i>организационна</i> <i>я:</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - принимает участие в разработке индивидуальных (общественных) программ реабилитации граждан, организует их практическую реализацию; - координирует деятельность специалистов разного профиля и учреждений разной ведомственной принадлежности, осуществляющих комплексную реабилитацию, в процессе реализации индивидуальных программ реабилитации; - координирует деятельность общественных и благотворительных организаций, принимающих участие в реабилитации граждан; - организует работу по включению реабилитируемых в движение само- и взаимопомощи; - организует работу по включению реабилитируемых в трудовую и общественно-полезную деятельность; - создает условия для поддержания культурно-

Функции	Действия по реализации функции
1	2
	досуговой активности.
<i>Образовательн о- воспитательна я:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - обеспечивает целенаправленное влияние всех социальных институтов и общества в целом на поведение и деятельность человека с целью активизации его жизненной позиции; - создает условия для формирования в окружающей человека социальной среде актуальных знаний, умений, навыков, социально-педагогических отношений, способствующих полноценному социальному функционированию человека в обществе.
<i>Коррекционная:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - осуществляет коррекцию деятельности всех социальных институтов, оказывающих человеку помощь в процессе его социальной адаптации и ресоциализации; - осуществляет коррекцию всех воспитательных влияний, направленных на активизацию усилий человека в решении собственных проблем, его саморазвитие и самовоспитание; - осуществляет коррекцию базовых психологических характеристик (состояний, установок, отношений) личности человека с целью формирования у него активной жизненной позиции.
<i>Охранно- защитная:</i>	<ul style="list-style-type: none"> - способствуют приведению в действие социально-правовых, юридических, психологических механизмов предупреждения и преодоления негативных влияний в отношении реабилитируемых лиц в целом; - обеспечивают защиту прав и интересов реабилитируемых категорий граждан в обществе; - используя весь арсенал правовых норм, обеспечивает защиту прав человека в обществе; - содействует применению мер государственного принуждения и реализации юридической

Функции	Действия по реализации функции
1	2
	<p>ответственности в отношении лиц, допускающих прямые или опосредованные противоправные действия в отношении реабилитируемой группы лиц;</p> <p>- обеспечивает взаимодействие учреждений разной ведомственной принадлежности в процессе комплексного решения реабилитационных проблем клиента.</p>

Профессиональные роли специалиста социальной работы

Все функции деятельности социального работника реализуются в конкретном поведении специалиста, а если более точно, то в социальных ролях. В процессе реабилитационной работы он также выполняет различные социальные роли, помогающие ему добиваться положительных результатов реабилитации¹. Выделяют следующие профессиональные роли специалиста социальной работы².

Определитель клиента – это социальный работник, который устанавливает людей, группы лиц, находящихся в кризисных ситуациях, обнаруживает те условия их окружения, которые создают проблемы.

Посредник ("буфер") – этот социальный работник находится между двумя людьми, человеком и группой, двумя группами, с тем, чтобы помочь людям разрешить противоречия и продуктивно работать вместе.

Оценитель – социальный работник, который собирает информацию, оценивает проблемы людей, групп, сообществ; помогает принять правильные решения.

Мобилизатор – социальный работник, который приводит в движение, запускает, организует действия уже существующих или

¹Мартыненко, А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование/ А.В.Мартыненко. – М.: Наука, 1999.

²Деркач, А.А. Психология развития профессионала/ А.А.Деркач, В.Г.Зыкиев, А.К.Маркова. – М., 2001. – С.21.

новых групп людей для решения проблем. Мобилизация может выполняться и на индивидуальном уровне.

Учитель – социальный работник, который передает информацию и знания, а также помогает людям развивать свои умения, работает над тем, чтобы внести изменения в поведенческие стереотипы, навыки и восприятие людей или групп.

Консультант – социальный работник, который работает с другими работниками или агентами, чтобы помочь им улучшить умения в решении проблем клиентов.

Все профессиональные роли не являются обособленными, они перекрещиваются в каждом отдельном случае.

Рольевой репертуар, предлагаемый В.Г. Бочаровой, представлен следующим образом: адвокат, защитник интересов; участник совместной деятельности и одновременно ее ведущий организатор; помощник в решении проблем; терапевт, наставник; конфликтолог; аниматор; эксперт; общественный деятель¹.

Американские ученые выделяют также роли учителя социальных умений, консультанта².

Социальному работнику также отводят роли эксперта³ и фасилитатора.

Реализация выявленных функций и ролей становится возможной при наличии у специалиста социальной работы соответствующего набора специальных знаний, умений, навыков, профессионально-личностных качеств и характеристик, анализ которых необходим для определения целей и содержания подготовки специалиста социальной работы к деятельности по социальной реабилитации.

¹Бочарова, В.Г. Педагогика социальной работы/ В.Г.Бочарова. - М.: SvR-Apress, 1994.

²Сидоров, В.Н. Деятельность социального работника: роли, функции и умения/ В.Н.Сидоров. – М.: СТИ МГСУ, 2000.

³Мартыненко, А.В. Медико-социальная работа: теория, технология, образование/ А.В.Мартыненко. – М.: Наука, 1999.

3.3. Социально-реабилитационная компетенция специалиста социальной работы как фактор успешности процесса реабилитации

Ядром профессионального становления личности является формирование профессиональной компетентности, то есть развитие личности в процессе профессионального обучения, освоение профессии и выполнение профессиональной деятельности. Процесс формирования профессиональной компетентности индивидуально разнообразен, неповторим, однако в нем можно выделить качественные особенности и закономерности. Однако следует отметить, что сущностные характеристики профессиональной компетентности специалиста нельзя рассматривать изолированно от его личностных качеств, поскольку они носят интегративный, целостный характер, являются продуктом профессиональной подготовки в целом.

Под *профессиональной компетентностью специалиста социальной работы* понимается система знаний, умений и навыков, профессионально значимых качеств личности, обеспечивающих возможность выполнения профессиональных обязанностей определенного уровня. В модель профессиональной компетентности входят познавательные мотивы, ранее усвоенные профессионально значимые знания, избыточные или «несвоевременные» знания, аспекты подготовки, подлежащие усвоению, результативные диагностики и самодиагностики.

Таким образом, профессионально-личностная компетентностная модель специалиста должна обладать определенной степенью адекватности (соответствия) и описывать:

- набор компетенций (круг вопросов), которыми должен обладать специалист (выпускник вуза);
- совокупность видов деятельности и обобщенных задач, для выполнения которых он подготовлен;
- степень подготовленности к решению комплекса обобщенных задач применительно к широкому спектру объектов деятельности;

- содержание образования, которое направлено на достижение знаниево-деятельностных концептуальных установок образовательной системы (подсистемы);

- совокупность личностных качеств, которые необходимы для занятия определенным видом деятельности.

Подготовка специалиста по конкретной специальности должна отличаться глубиной освоения материала, связанного с перечисленными компетенциями.

Виды деятельности и обобщенные задачи профессиональной деятельности специалиста социальной работы вытекают из его компетентностной модели.

Для специалиста социальной работы характерными являются следующие виды деятельности:

- организационно-управленческая,
- исследовательско-аналитическая,
- научно-педагогическая.

Следовательно, специалист должен обладать основными компетенциями для решения организационно-управленческих задач при реализации социальной политики, владеть современными методами и приемами работы с клиентами, попавшими в трудную жизненную ситуацию.

Специалист социальной работы должен быть подготовлен к выполнению следующих видов задач профессиональной деятельности:

- осуществление профессиональной практической работы (посредничество, консультирование, специализируемая помощь и т.п.) в социальных службах, организациях и учреждениях;
- оказание социальной помощи и услуг отдельным лицам, социальным группам (семьям, различным половозрастным, этническим и т.п. группам населения);
- организация и координация социальной работы с отдельными лицами и различными группами населения (с особыми нуждами, с ограниченными возможностями, вернувшимися из специальных учреждений и мест лишения свободы и т.д.);

- участие в организационно-управленческой и административной работе социальных служб, организаций и учреждений;

- содействие интеграции деятельности различных государственных и общественных организаций и учреждений по оказанию необходимой социальной защиты и помощи населению;

- организация и координация социальной работы в учреждениях социального обслуживания, органах государственного и муниципального управления;

- организация и управление деятельностью учреждения социальной защиты или его подразделений;

- организация и управление деятельностью бригад разнопрофильных специалистов;

- координация взаимодействия различных учреждений для решения проблем клиентов и групп;

- решение социальных проблем в муниципальных органах власти;

- участие в формировании нормативно-правовой базы в социальной сфере;

- участие в контрольно-ревизионной деятельности социальных учреждений;

- осуществление контрольно-ревизионной деятельности по надзору за действиями на муниципальном уровне;

- участие в разработке социальной политики региона.

Перечень задач профессиональной деятельности для выпускников конкретного направления подготовки является основой для выработки состава компетенций, необходимых для их эффективной деятельности. Все эти компетенции, в свою очередь, являются основой для разработки содержания подготовки. Перечень и содержание компетенций используются также для проверки уровня подготовки выпускника.

Если гуманитарно-социальные, экономические и организационно-управленческие, естественнонаучные и математические, общепрофессиональные компетенции инвариантны для всех специалистов социальной работы, то специальные компетенции, вытекающие из обобщенных задач,

определяют профессионализм при решении конкретных задач. Специальные компетенции обеспечивают привязку подготовки специалистов к конкретным объектам и предметам труда для данного направления и включают, например, социально-правовую, социально-психологическую, социально-медицинскую, социально-педагогическую компетенции, необходимые специалистам социальной работы при решении проблем различных категорий клиентов.

Поскольку в настоящее время специалисты социальной работы не только осмысливают, но и решают практические задачи по оказанию социально-реабилитационной помощи отдельным людям для успешного решения их жизненных задач, реализации их интересов и стремлений, среди специальных компетенций, по нашему мнению, следует особо выделить социально-реабилитационную компетенцию, объединяющую в себе целый ряд специальных умений и навыков, способствующих повышению эффективности процесса социальной реабилитации.

Социально-реабилитационная компетенция – это совокупность объективно необходимых знаний, умений и навыков, профессионально значимых качеств личности, которые позволяют решать задачи профессиональной деятельности по социальной реабилитации различных категорий населения (дети, подростки, инвалиды, пожилые люди, осужденные и др.).

Как видно из данного определения, в структуру социально-реабилитационной компетенции включены три составляющие – когнитивная (знание и понимание), деятельностная (практическое и оперативное применение знаний) и личностная как совокупность психологических характеристик личности (профессионально значимые качества специалиста и его ценности), способствующих успешной реализации первых двух компонентов. Именно они и определяют содержание социально-реабилитационной компетенции.

В концептуальном плане наиболее перспективным является деятельностный подход к пониманию социально-

реабилитационной компетенции. С позиций этого подхода социально-реабилитационная компетенция специалиста социальной работы определяется содержанием его профессиональной деятельности и одновременно является предпосылкой ее успешности.

Таким образом, в качестве важной задачи теоретической и практической профессиональной подготовки будущих специалистов можно выделить формирование социально-реабилитационной компетенции у будущих специалистов социальной работы.

Рассмотрим содержание социально-реабилитационной деятельности специалистов социальной работы.

Для полноценной, активной жизни лица, нуждающегося в реабилитации, необходимо вовлечение его в общественно-полезную деятельность, развитие и поддержание связей с окружением, государственными учреждениями различного профиля, общественными организациями и управленческими структурами. По существу, речь идет о социальной интеграции, которая является конечной целью реабилитации.

Роль специалиста социальной работы состоит, в первую очередь, в том, чтобы с учетом возрастных интересов, личностно-характерологических особенностей организовать социальную реабилитацию нуждающихся в ней.

Деятельность специалиста социальной работы определяется и характером патологии клиента и соотносится с его реабилитационным потенциалом. Поэтому он должен владеть медико-биологическими знаниями. Для осуществления адекватной деятельности в социальных центрах необходимо знание особенностей структуры и функций этих учреждений.

Большое значение приобретают факторы, влияющие на социальную адаптацию молодых клиентов, которая предполагает наличие условий, способствующих реализации имеющихся и формированию новых социальных потребностей с учетом его резервных возможностей.

Трудоспособные лица, нуждающиеся в социальной реабилитации, имеют потребности в получении образования и

трудоустройстве, в реализации желаний в области развлекательного досуга и спорта, в создании семьи и др.

Степень социально-психологической адаптации клиентов социально-реабилитационных центров в значительной мере определяется их отношением к своей проблеме или болезни. В этих случаях важна роль специалиста социальной работы как психотерапевта, который использует различные методы отвлечения клиента от пессимистической оценки своего будущего, переключает его на обыденные интересы, ориентирует на положительную перспективу.

Для создания положительной терапевтической среды специалисту социальной работы необходимы знания не только психолого-педагогического плана. Нередко приходится решать вопросы и юридические (гражданского права, трудового регулирования, имущественные и др.). Решение или содействие в решении этих вопросов будет способствовать социальной адаптации, нормализации взаимоотношений клиентов, а, возможно, и их социальной интеграции.

Оказание содействия в поступлении инвалидов в учебное заведение является одной из важных функций участия социального работника в реабилитации этой категории лиц. Важным разделом деятельности социального работника является трудоустройство реабилитанта, которое может быть осуществлено в соответствии с рекомендациями специалистов.

При осуществлении реабилитации важную роль приобретает морально-психологическая поддержка клиентов. Крах жизненных планов, разлад в семье, лишение любимой работы, разрыв привычных связей, ухудшение материального положения – вот далеко неполный перечень проблем, которые могут дезадаптировать реабилитанта, вызвать у него депрессивную реакцию и явиться фактором, осложняющим собственно весь процесс реабилитации. Роль специалиста социальной работы состоит в соучастии, в проникновении в сущность психогенной ситуации клиента и в попытке устранить или хотя бы смягчить воздействие ее на его психологическое состояние. Социальный

работник должен, в связи с этим, обладать определенными личностными качествами и владеть знаниями психологии.

Таким образом, участие социального работника в реабилитации нуждающихся носит многоаспектный характер, который предполагает не только разностороннее образование, осведомленность в законодательстве, но и наличие соответствующих личностных особенностей, позволяющих клиенту доверительно относиться к этой категории специалистов.

Все это определяет сущность профессиональной подготовки будущего специалиста социальной работы, ее взаимосвязь с его ценностными ориентациями и личностными качествами.

Анализ профессиональных функций в области социальной реабилитации позволил выявить знания, умения и навыки, необходимые специалисту для ее осуществления. Таким образом, он должен:

- иметь хорошую профессиональную подготовку, знания в различных областях психологии, педагогики, физиологии, экономики и организации производства, законодательства;

- обладать определенной социальной приспособленностью (в связи с разнообразием контингента, нуждающегося в советах специалиста социальной сферы). Ему необходимо уметь контактировать и располагать к себе инвалидов, престарелых, людей, находящихся на реабилитации и т.д.;

- иметь профессиональный такт, способный вызывать симпатию и доверие у окружающих, соблюдать профессиональную тайну, деликатность во всех вопросах, затрагивающих интимные стороны жизни человека;

- обладать эмоциональной устойчивостью, быть готовым к психологическим нагрузкам, избегать невротических отклонений в собственных оценках и действиях и, несмотря на возможные неудачи (реакция не по существу, отказы ...), уметь добросовестно исполнять свой долг, оставаясь спокойным, доброжелательным и внимательным к подопечному;

– уметь принимать нужное решение в неожиданных ситуациях, четко формулировать свои мысли, грамотно и доходчиво их излагать¹.

В соответствии с требованиями специальности специалист социальной работы в области социальной реабилитации должен знать (когнитивный компонент социально-реабилитационной компетенции):

– анатомию и физиологию человека, физиологические и патологические процессы, происходящие в организме, в том числе в разные возрастные периоды;

– основные симптомы различных заболеваний взрослых и детей, клиническое течение и осложнения заболеваний;

– количественную оценку (по функциональным классам) последствий болезней на 3 уровнях, являющихся объектами реабилитации;

– организацию медико-социальной работы, санитарного просвещения, формы медико-социальной помощи населению;

– иметь представление о деятельности медико-социальных экспертных комиссий, экспертизу временной нетрудоспособности и инвалидности;

– теоретические и методические основы реабилитации, ее виды, методы и этапы реабилитации;

– основы прогнозирования реабилитационного потенциала;

– принципы организации реабилитационного процесса;

– методы и критерии оценки и контроля качества в сфере реабилитационной работы;

– специфику реабилитационной работы с различными субъектами социальной работы;

– структуры, способные оказать помощь в реабилитации клиента;

– нормативно-правовые документы, регламентирующие профессиональную деятельность специалиста, обязанности социального работника в реабилитационных учреждениях;

¹ Холостова, Е.И. Профессиональный и духовно-нравственный портрет социального работника/ Е.И.Холостова. – М., 1993. – 35 с.

- нормы законодательства, обеспечивающие социальную реабилитацию; нормативные документы, определяющие деятельность органов и учреждений по вопросам реабилитации;

- психологию развития человека, особенности процесса социализации личности, формы регуляции и саморегуляции социального поведения;

- основные методы и методики, используемые в индивидуальном консультировании и работе с группой, обеспечивающие наиболее полное раскрытие творческого потенциала личности;

- основы психологической диагностики, методы общей психологии в изучении психических процессов и состояний;

- основы коррекционной и реабилитационной педагогики.

Специалист социальной работы должен уметь (деятельностный компонент социально-реабилитационной компетенции):

- разработать индивидуальную программу реабилитации инвалида, подобрать адекватные методы реабилитации и последовательность их проведения, сроки реабилитации;

- оценить эффективность процесса реабилитации по функциональному, социально-бытовому и профессиональному восстановлению;

- оказывать первую медицинскую помощь; вести пропаганду здорового образа жизни;

- строить взаимоотношения и общение с людьми в конкретной ситуации с учетом их возраста, пола, религиозной принадлежности, социального статуса, психологических и физических особенностей, состояния;

- грамотно планировать и строить взаимодействие с лицами, организациями, способными оказать содействие в реабилитации клиента;

- находить, отбирать и использовать информацию, необходимую в реабилитационной деятельности; рационально планировать и оптимизировать свою работу, анализировать ее результаты, корректировать последующую деятельность;

- принимать управленческие решения, организовывать работу реабилитационных учреждений;

- проводить мероприятия по оказанию психолого-профорientационных услуг, способствующих развитию и освоению профессиональных навыков и умений клиента; решать вопросы его будущего трудоустройства в установленном порядке;

- соблюдать этические и деонтологические принципы в профессиональной реабилитационной деятельности;

- давать психолого-педагогическую характеристику личности; в конкретной ситуации выбирать метод психолого-педагогического воздействия и обосновывать свой выбор;

- анализировать социальные условия жизни человека, семьи или группы людей, давать рекомендации по улучшению условий;

- использовать передовой отечественный и зарубежный опыт реабилитационной деятельности;

- организовывать и осуществлять мероприятия по реабилитации инвалидов, протезно-ортопедическую помощь, обеспечивать их средствами передвижения;

- организовывать и своевременно информировать клиентов о текущих и новых нормативных актах по их социальному обеспечению и обслуживанию, полно и своевременно реализовывать представляемые им льготы и преимущества;

- стимулировать, побуждать человека к той или иной деятельности для решения его собственной проблемы; способствовать саморазвитию личности клиента, создавать условия наибольшего благоприятствования, психологического комфорта.

Теперь остановимся на личностном компоненте социально-реабилитационной компетенции специалиста социальной работы, включающем его личностные качества и ценности.

Роль личностных качеств, специфичных для специалиста социальной работы, несомненно, велика в его профессиональной деятельности в сфере социальной реабилитации. Среди них можно выделить такие, как гуманистическая направленность личности, личная и социальная ответственность, обостренное чувство добра и справедливости, чувство собственного достоинства и уважение достоинства другого человека, терпимость, вежливость,

порядочность, эмпатичность, готовность понять других и прийти к ним на помощь, эмоциональная устойчивость, личная адекватность по самооценке, уровню притязаний и социальной адаптированности, высокая духовная культура и нравственностью¹.

Раскрывая личностные качества социального работника, можно разделить их на три группы².

Первая группа – психологические характеристики, являющиеся составной частью способности к данному виду деятельности: особенности восприятия, памяти, воображения, мышления; требования к психическим состояниям: усталости, апатии, стрессу, тревожности, депрессии; вниманию как состоянию сознания; эмоциональным (сдержанность, индифферентность) и волевым (настойчивость, последовательность, импульсивность) характеристикам.

Некоторые из этих психологических требований являются основными, без них вообще невозможна качественная деятельность. Они входят в структуру задатков. Другие из психических характеристик играют, на первый взгляд, второстепенную роль. Если кто-то из специалистов социальной работы не отвечает психологическим требованиям этой группы, предъявляемой профессией, то отрицательные последствия этого несоответствия могут проявиться не так быстро, но при неблагоприятных условиях они практически неизбежны.

В работе с реабилитантами, как правило, психологические требования базируются на собранности и внимательности, понимании другого, проявлении таких волевых качеств, как терпение, самообладание и т.д. Без этих ведущих для данной профессии характеристик психики невозможна эффективная работа.

Ко второй группе качеств относятся такие психоаналитические качества, как самоконтроль, самокритичность, самооценка своих поступков. А также стрессоустойчивые качества

¹ Хасанова, Г.Б. Фундаментализация социального образования/ Г.Б.Хасанова. – Казань: Изд-во Казанск. ун-та, 2003. – С. 46-47.

² Шмелева, Н.Б. Профессионально-личностное развитие социального работника: спецкурс-спецпрактикум/ Н.Б.Шмелева. – М., Институт социальной работы, 1998. – С 41-44.

– физическая тренированность, самовнушаемость, умение переключаться и управлять своими эмоциями.

К третьей группе качеств относятся: коммуникабельность (умение быстро устанавливать контакт с людьми); эмпатичность (улавливание настроения людей, выявление их установок и ожиданий, сопереживание их нуждам); визуальность (внешняя привлекательность личности); красноречивость (умение внушать и убеждать словом) и другие.

Не каждый человек пригоден для деятельности в области социальной реабилитации; основным определяющим фактором здесь является система ценностей специалиста, которая, в конечном счете, определяет его профессиональную пригодность и эффективность практической деятельности. Анализ социально-реабилитационной деятельности специалиста позволил выделить те нравственные парадигмы и ценностные ориентиры, на которых строится конкретная социальная работа: жизнь, достоинство человека, гуманность, добро, любовь, благополучие людей, социальная справедливость, ответственность. Стиль поведения социального работника, обусловленный совокупностью его личностных качеств, его ценностными ориентациями и интересами, оказывает решающее воздействие на систему отношений, которую он формирует.

Социально-реабилитационная компетенция специалиста социальной работы обеспечивает его соответствие как субъекта деятельности самой деятельности, профессиональной группе, предмету деятельности:

– соответствие деятельности проявляется в успешности (эффективности, результативности) личности специалиста социальной работы при решении основных задач социальной реабилитации, в достижении ее ведущих целей, в высоком уровне адаптации к ней;

– соответствие профессиональной группе выражается в соответствии личности специалиста социальной работы групповым ценностям и нормам, в наличии ее влияния на других, веса в глазах других;

– соответствие предмету деятельности проявляется в удовлетворенности клиентов от взаимодействия с субъектом деятельности и степенью успешности разрешения возникших проблем.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

- 1) Какова сущность понятия «социально-реабилитационная компетенция специалиста социальной работы»?
- 2) Охарактеризуйте содержание социально-реабилитационной деятельности специалиста социальной работы.
- 3) Какими знаниями, умениями и навыками должен обладать специалист социальной работы для успешной деятельности в области социальной реабилитации?
- 4) Какими личностными качествами должен обладать специалист социальной работы для успешной деятельности в области социальной реабилитации?

Нормативно-правовые источники

1. Федеральный закон от 16.07.1999 N 165-ФЗ (ред. от 24.07.2009) «Об основах обязательного социального страхования» (принят ГД ФС РФ 09.06.1999) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
2. Федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗ (ред. от 25.12.2009) «О государственной социальной помощи» (принят ГД ФС РФ 25.06.1999) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2010) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Указ Президента РФ от 09.06.2010 N 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
4. Норматив численности работников, занятых социально-трудовой реабилитацией и культурно-массовым обслуживанием (утв. Постановлением Минтруда РФ от 15.02.2002 N 13) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. –

- Электрон. дан. – [М., 2010].
5. Постановление Минтруда РФ от 19.07.2000 N 53 (ред. от 24.11.2008) «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Центр психолого-педагогической помощи населению» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 6. Постановление Минтруда РФ от 19.07.2000 N 52 (ред. от 24.11.2008) «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения "Центр социальной помощи семье и детям» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 7. Постановление Минтруда РФ от 29.03.2002 N 25 (ред. от 23.01.2004) «Об утверждении Рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

Литература

1. Байденко, В.И. Компетенции в профессиональном образовании (К освоению компетентностного подхода)/ В.И.Байденко// Высшее образование в России. – 2004. – № 11. – С. 11-19.
2. Боденко, Б.Н. Социальный работник: миссия, профессия, должность/ Б.Н.Боденко// Работник социальной службы. – 1997. – №1. – С. 27-29.
3. Демин, В.А. Профессиональная компетентность специалиста: понятие и виды / В.А.Демин// Стандарты и мониторинг в образовании. – 2000. – № 4. –С.34-42.
4. Куприянов, Р.В. Теория и практика социальной реабилитации/ Куприянов Р.В., Шарифулина Д.Р., Берцкая Е.А. – Казань: КГТУ, 2005. – 312 с.
5. Овсяник, О.А. Особенности профессиональной компетентности социальных работников/ О.А.Овсяник. – М., 1998. – С.35-38.

6. Оганян, К.М. К проблеме подготовки социального работника и формирования профессиональной компетентности/ К.М. Оганян// Российский журнал социальной работы. – 1996. – №2. – С.15-17.
7. Хасанова, Г.Б. Фундаментализация социального образования / Г.Б.Хасанова. – Казань: Изд-во Казанск.ун-та, 2003. – 200 с.
8. Холостова, Е.И. Профессиональный и духовно-нравственный портрет социального работника / Е.И.Холостова. – М., 1993. – 35с.
9. Шмелева, Н.Б. Профессионально-личностное развитие социального работника: спецкурс-спецпрактикум/ Н.Б.Шмелева. – М., Институт социальной работы, 1998. – 70 с.

РАЗДЕЛ 4. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

4.1. Социальная реабилитация инвалидов и ее элементы

Понятие социальной реабилитации инвалидов

Понятие *социальная реабилитация* характеризует в обобщенном виде процесс усвоения индивидом определенной системы знаний, норм, ценностей, установок, образцов поведения, которые входят в понятие культуры, присущей социальной группе и обществу в целом, и позволяет функционировать индивиду в качестве активного субъекта общественных отношений.

Социализацию не следует сводить к образованию и воспитанию, хотя она и включает эти процессы. Социальная реабилитация личности осуществляется под влиянием совокупности многих условий, как социально-контролируемых и направленно-организуемых, так и стихийных, возникающих спонтанно. Она и есть атрибут образа жизни личности, и может рассматриваться как ее условие и как результат. Непременным условием социальной реабилитации является культурная самоактуализация личности, ее активная работа над своим социальным совершенствованием. Какими бы благоприятными ни были условия социальной реабилитации, ее результаты во многом зависят от активности самой личности.

Социальная реабилитация инвалидов представляет собой систему и процесс восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно-бытовой деятельности.

Одной из *главных целей* социальной реабилитации инвалидов является приспособление, адаптация к социальной реальности, что служит, пожалуй, наиболее возможным условием нормального функционирования общества.

Процесс социальной реабилитации – это процесс взаимодействия личности и общества. Данное взаимодействие включает в себя, одной стороны, способ передачи индивиду

социального опыта, способ включения его в систему общественных отношений, с другой стороны, процесс личностных изменений. Эта трактовка является наиболее традиционной для современной научной литературы, где под социальной реабилитацией понимается процесс социального становления человека, который включает в себя усвоение индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений. Сущность социальной реабилитации состоит в том, что в процессе ее человек формируется как член того общества, к которому он принадлежит.

Социальная реабилитация происходит в микросоциуме (семья) и в макросоциуме (общество). Инвалид, поставленный лицом к лицу только с членами семьи и врачами, у которых одна доминанта – его болезнь, постепенно изолируется от общества, и уж тут ни о какой его социализации речи быть не может.

Итак, *социальная реабилитация инвалидов* – это комплекс мер, направленных на создание оптимальной среды их жизнедеятельности, обеспечение условий для интеграции в общество.

Социальная реабилитация имеет также несколько элементов (этапов): социально-психологический, социально-педагогический, социально-экономический, социально-бытовой, социально-культурный, профессиональный (производственный).

Социально-психологическая реабилитация инвалидов

Эффективность реабилитации определяется не мерой соответствия заранее заложенным эталонам «нормы», как это принято в клинической практике, а становлением способности инвалида к дальнейшей самореализации,

саморазвитию. Личность, умеющая проявлять независимость от болезни и обстоятельств, сделать при необходимости свой жизненный выбор, вполне соотносимый с ее собственными, а не заданными и диктуемыми извне намерениями, мотивами, установками. Следовательно, важен диалог и подлинное сотрудничество с инвалидом.

Социально-психологическая реабилитация инвалида проводится психологом и психотерапевтом, включая

психологическое консультирование, психокоррекцию, социально-психологический патронаж семьи, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, психологический тренинг, привлечение инвалидов к участию в группах поддержки, клубах общения.

Психологическое консультирование должно обеспечить оказание клиентам квалифицированной помощи в правильном понимании и налаживании межличностных взаимоотношений, связанных со способами предупреждения и преодоления семейных конфликтов, с методикой семейного воспитания, с формированием семейных и супружеских отношений в молодых семьях и созданием в них благоприятного микроклимата и др.

Социально-психологическое консультирование должно на основе полученной от клиента информации и обсуждения с ним возникших у него социально-психологических проблем помочь ему раскрыть и мобилизовать свои внутренние ресурсы и решить его проблемы.

Психодиагностика и обследование личности должны по результатам определения и анализа психического состояния и индивидуальных особенностей личности клиента, влияющих на отклонение в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми, дать необходимую информацию для составления прогноза и разработки рекомендаций по проведению коррекционных мероприятий.

Психокоррекция как активное психологическое воздействие должна обеспечить преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении клиентов (неблагоприятных форм эмоционального реагирования и стереотипов поведения отдельных лиц, конфликтных отношений родителей с детьми, нарушений общения у детей или искажения в их психическом развитии и т.д.) для приведения указанных показателей в соответствие с возрастными нормами и требованиями социальной среды.

Социально-психологический патронаж должен на основе систематического наблюдения за клиентами обеспечить своевременное выявление ситуаций психического дискомфорта,

личностного (внутриличностного) или межличностного конфликта и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию клиента, и оказание им необходимой в данный момент социально-психологической помощи.

Психопрофилактическая работа представляет собой комплекс мероприятий, направленных на приобретение клиентом психологических знаний, формирование у него общей психологической культуры, своевременное предупреждение возможных психологических нарушений.

Психогигиеническая работа является комплексом мероприятий, направленных на создание условий для полноценного психологического функционирования личности (устранение или снижение факторов психологического дискомфорта на рабочем месте, в семье и других социальных группах, в которые включен инвалид).

Психологические тренинги как активное психологическое воздействие должны обеспечивать снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, прививать социально ценные нормы поведения людям, преодолевающим асоциальные формы жизнедеятельности, формировать личностные предпосылки для адаптации к изменяющимся условиям. Психологический тренинг может также включать когнитивный тренинг психических функций (память, внимание), в задачи которого входит «тренировка» психических функций посредством определенного рода нагрузок.

Привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения должно обеспечивать оказание им помощи в выходе из состояния дискомфорта (если оно есть), поддержании и укреплении психического здоровья, повышении стрессоустойчивости, уровня психологической культуры, в первую очередь в сфере межличностных отношений и общения.

Социально-педагогическая реабилитация инвалидов

Социально-педагогическая реабилитация предполагает организацию мер педагогической помощи в социализации инвалида.

Социализация инвалида – процесс

освоения инвалидом социально значимых норм, ценностей, стереотипов поведения, их корректировка при освоении различных форм социального взаимодействия. Под социализацией также понимается освоение инвалидами знаний, навыков, стереотипов поведения, ценностных ориентаций, нормативов, обеспечивающих их полноценное участие в общепринятых формах социального взаимодействия.

Обучение предусматривает предоставление помощи инвалиду в компенсации психологических изменений (когда врожденный или приобретенный дефект занимает центральное место в формировании и становлении личности), в формировании положительных установок на развитие других способностей инвалида, что будет компенсировать инвалидность.

Обучение должно быть направлено на овладение инвалидом стандартными схемами поведения и взаимодействия, на освоение инвалидом окружения и полноценного существования в нем. Обучение должно включать адаптационные консультирование и организацию социального участия инвалида, оно должно подготовить инвалида к адекватным ответам на требование окружения и активным воздействиям на него.

Процесс социализации имеет свои особенности в зависимости от вида инвалидизирующей патологии, пола и возраста инвалида, особенностей его социального положения. Так, например, у инвалидов с умственной отсталостью известную степень самостоятельности можно достичь с помощью интенсивного развития поведенческих навыков, заучивания и использования ими стереотипных наборов действия, необходимых в стандартных жизненных ситуациях. Специальный тренинг таких инвалидов должен обеспечить восприятие ими окружающего общества и реакцию на него в виде стереотипных для культуры представлений и действий.

Социализация людей, ставших инвалидами в зрелом возрасте (26-60 лет), требует переоценки ранее приобретенного опыта; освоения навыков и представлений, необходимых в связи с нарушением состояния здоровья и ограничением

жизнедеятельности; формированием новых механизмов жизнеобеспечения, социализации, коммуникации.

У инвалидов в возрасте 16-25 лет наличие ограничения жизнедеятельности может усугубить трудности жизнеобеспечения и общения, имеющиеся в этом возрасте, что может вызвать изменение личности, ее социальную изоляцию и привести к асоциальному поведению. Программы социализации инвалидов этого возраста должны быть направлены в сторону преодоления имеющихся ограничений жизнедеятельности, на поиск путей реализации собственных возможностей.

Для пожилых инвалидов (в возрасте старше 60 лет) программа социализации должны предусматривать набор социальных ролей и варианты культурных форм активности.

Социально-экономическое положение инвалидов (образование, квалификация, семья, экономическое положение, уровень урбанизации местности, где проживает инвалид, и др.) играет важную роль в его социализации. Неблагоприятное социально-экономическое положение инвалида нередко приводит к тому, что он остается без квалифицированной помощи, уровень их социализации – приспособление к сложившимся условиям.

Для ряда инвалидов (инвалиды военной службы, боевых действий и др.) процесс социализации связан с рядом сложных факторов. С одной стороны – высокая социальная активность, способность самоорганизации, с другой стороны – разочарование, опустошенность, неудовлетворенность отношением общества. Все это требует построения специальных программ обучения, применения специализированной технологии социализации.

Важнейшей задачей является также подготовка инвалидов к трудовой деятельности (трудотерапия). В процессе труда человек ощущает свою социальную значимость, вносит свою лепту в общее дело.

**Социально-
правовая
реабилитация
инвалидов**

Социально-правовая реабилитация предполагает оформление необходимых документов, консультирование по гарантиям, компенсациям и льготам, контроль за их обеспечением.

Социально-бытовая реабилитация инвалидов

Социально-бытовая реабилитация включает в себя социально-средовую ориентацию, социальную адаптацию и социально-бытовое устройство.

Социально-бытовая адаптация – это система и процесс определения оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности инвалидов в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним инвалидов.

Мероприятия по социально-бытовой адаптации включают:

- информирование и консультирование инвалида и его семьи;
- «адаптационное» обучение инвалида и его семьи;
- обучение инвалида: персональному уходу (самообслуживанию); персональной сохранности; овладению социальными навыками;
- обеспечение инвалида техническими средствами реабилитации и обучение пользованию ими;
- адаптацию жилья инвалида к его потребностям.

Социально-средовая ориентация – система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности.

Перечень основных мероприятий в области социальной реабилитации инвалидов определен «Примерным положением об индивидуальной программе реабилитации инвалида» (утвержденным Постановлением Министерства труда и социального развития РФ от 14 декабря 1995 г. № 14).

Мероприятия по социально-средовой ориентации включают:

- социально-средовое обучение;
- обучение общению, социальной независимости, навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом;
- оказание помощи в решении личных проблем;
- социально-психологический патронаж семьи.

Социально-средовое обучение проводится социальным работником, специалистом по социальной работе, психологом и

включает обучение социальному общению, социальной независимости и социализацию.

Программы обучения инвалидов общению должны быть построены в зависимости от вида инвалидизирующей патологии, характера и степени функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности. Обучение может включать занятия, групповые тренировки и игры. Занятия раскрывают правила общения в различных социальных структурах (на работе, дома, в учебном заведении, в общественных учреждениях и предприятиях и т.д.), а тренировки и игры моделируют различные жизненные ситуации (посещение друзей, дискотеки, кафе, прачечной и т.д.). Для этих целей могут использоваться учебные программы, социально ориентированные на развитие у инвалидов способностей и навыков общения в стандартных социокультурных ситуациях.

Обучение общению включает обучение инвалида пользованию техническими средствами коммуникации, информации и сигнализации, в том числе:

- оптическими средствами (лупы, бинокли и телескопы, расширители поля зрения, призматические очки и др.);
- телефонами (телефоны с текстовым вводом-выходом, в том числе телефоны с Брайлеровским текстом, громкоговорящие телефоны, индикаторы набора телефонного номера, головные телефоны); внутренними разговорными устройствами;
- средствами связи «лицом к лицу» (наборы и шаблоны букв и символов, генераторы голоса, головные усилители индивидуального пользования, слуховые трубки и др.);
- слуховыми средствами (слуховые средства ушные, заушные, вмонтированные в оправу очков, нательные; тактильные, т.е. трансформирующие звуки в вибрацию; слуховые средства с имплантантом и др.);
- средствами сигнализации (звуковой информатор («электронная сиделка»), системы подачи сигнала тревоги и др.).

Обучение общению предусматривает также снятие коммуникативных барьеров, характерных для инвалидов, возникающих вследствие ограничения возможности передвижения, слабой доступности для инвалидов объектов среды

жизнедеятельности, средств массовой информации, учреждений культуры. Поэтому в программу обучения общению входят занятия, представляющие инвалиду информацию об имеющихся в районе его проживания объектах инфраструктуры, отвечающих требованиям без барьерной пространственной среды, а также о транспортной службе для инвалидов. При необходимости, совместно со специалистами по социально-бытовой адаптации решаются вопросы обеспечения инвалида техническими средствами для передвижения. В процессе обучения инвалида могут быть решены вопросы его интеграции в межличностные коммуникативные структуры (группы общения в рамках ассоциаций инвалидов, клубы, службы знакомств и др.).

Включение инвалида в сеть массовой коммуникации может быть обеспечено путем предоставления ему информации о социальной литературе (для слепых, слабовидящих), специальных библиотеках (для инвалидов всех категорий, для инвалидов по зрению, по слуху).

Обучение социальной независимости направлено на формирование навыков самостоятельного проживания (распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности и др.). Обучение включает занятия и тренировки. Для обучения используются специальные технические средства (программы тренировки потребительских навыков, обращению с деньгами; программы обучения мерам безопасности, временным навыкам, тренинг с уличными знаками и др.).

Социально-бытовая адаптация предусматривает определение оптимальных режимов общественной и семейно-бытовой деятельности в конкретных социально-средовых условиях и приспособления к ним инвалидов.

Вместе с тем, как показывает практика, созданная система социального обслуживания пока не может компенсировать и преодолеть трудности, с которыми сталкивается инвалид, особенно на первых этапах адаптации к новым условиям существования и жизнеобеспечения.

Под формированием доступной среды жизнедеятельности для инвалидов подразумевается реконструкция в соответствии с нуждами инвалидов квартир, зданий, общественных, культурных и спортивных сооружений, новое строительство подобных объектов, модификация средств транспорта, связи и информатики.

**Социально-
экономическая
реабилитация инвалидов**

Все виды помощи, обеспечивающие социально-экономическую реабилитацию, можно сгруппировать в следующие.

1. Материальная помощь в денежной форме оказывается инвалидам в виде пенсий, пособий, компенсаций, дотаций, целевых выплат, а родителям детей-инвалидов в виде ежемесячных социальных пособий и компенсационных выплат.

В натуральной форме материальная помощь предоставляется в виде готовой пищи, продуктов питания, одежды, обуви, белья, предметов домашнего обихода. Бесплатное обеспечение лекарствами и медицинскими предметами установлено для детей-инвалидов и для инвалидов 1, 2 группы, ВОВ (для инвалидов третьей группы – с 50 % скидкой). Инвалиды также должны бесплатно снабжаться техническими средствами реабилитации, под которыми понимается многообразное устройство, приспособления, способствующие бытовой и психологической независимости человека и направленные на облегчение повседневной бытовой деятельности, на осуществление обучения, занятия трудом и другие области жизнедеятельности человека, ограниченного в своих возможностях (включает выдачу приспособлений для ванны, туалетов, приспособлений для приготовления пищи, выдача кресел-колясок, автомобилей, денежную компенсацию за ремонт машин).

2. Льготы. В соответствии с Федеральным законом от 30 ноября 2001 года №173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» и Федеральным законом от 30 ноября 2001 года № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» инвалидам с детства, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III и II степени, инвалидам, имеющим ограничение способности к трудовой

деятельности III степени, детям-инвалидам, детям в возрасте до 18 лет, потерявшим обоих родителей, и детям умершей одинокой матери выплачивается 100 процентов размера базовой части трудовой пенсии по инвалидности, предусмотренной подпунктом 1 пункта 1 статьи 15 Федерального закона «О трудовых пенсиях в Российской Федерации».

Кроме того, лицам, на иждивении которых находятся нетрудоспособные члены семьи, выплачивается надбавка по уходу за ним.

В соответствии с Федеральным законом от 30 ноября 2001 года №173-ФЗ «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» в страховой стаж наравне с периодами работы и (или) иной деятельности, которые предусмотрены статьей 10 настоящего Федерального закона, засчитываются период ухода, осуществляемого трудоспособным лицом за инвалидом I группы, ребенком-инвалидом или за лицом, достигшим возраста 80 лет.

В соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.95 г. № 181-ФЗ инвалиды имеют право на льготы, включая, например, льготы на бесплатное получение лекарственных средств и средств медицинской реабилитации; бесплатные санаторно-курортные путевки; прием вне конкурса при условии успешной сдачи экзаменов в государственные и муниципальные образовательные учреждения среднего профессионального и высшего профессионального образования и др. Закон говорит и о создании комплексной системы многопрофильной реабилитации инвалидов, включающей медицинский, социальный и профессиональный аспекты. Затрагивает он и проблемы подготовки профессиональных кадров для работы с инвалидами, в том числе и из самих инвалидов.

Социальное обслуживание включает в себя организацию питания, доставку продуктов, вещей, лекарств, содействие в получении медицинской помощи, поддержание надлежащих условий проживания, содействие в организации юридической помощи, организацию ритуальных услуг и другие виды помощи.

Использование перечисленных мер социальной помощи и защиты позволяет реализовать программу по социальной реабилитации инвалидов.

Социально-культурная реабилитация инвалидов Искусство и культура являются прекрасными образовательными и реабилитационными средствами, обеспечивающими развитие разнообразных жизненно важных познавательных навыков; повышение уровня самооценки личности; творческое самовыражение; развитие навыков общения; формирование активной жизненной позиции. Искусство способно сделать жизнь многих инвалидов богатой и содержательной.

Мероприятия по социально-культурной реабилитации должны осуществляться культорганизатором. К организации крупных мероприятий (фестивалей, концертов, конкурсов, театрализованных представлений, вечеров отдыха и др.) привлекаются и другие специалисты (социальные работники, врачи, психологи).

Мероприятия по социально-культурной реабилитации инвалидов могут включать концерты художественной самодеятельности; вернисажи выставок изобразительного творчества инвалидов; занятия музыкально-драматического коллектива; занятия вокальной студии; занятия в школе компьютерной грамотности; занятия в школе ремесел; занятие в студии рисования; занятие в кружках вышивания, художественного вязания, шитья, скульптуры; занятия в хореографической студии.

В социально-культурную реабилитацию входит также рекреация. Под *рекреацией* понимаются процессы восстановления жизненных сил и здоровья людей с помощью организации досуговых форм активности.

Социально-культурная реабилитация должна проводиться таким образом, чтобы стимулировать инвалидов к активным формам рекреации, что будет способствовать их социализации. Культурорганизатор может использовать традиционные формы рекреации (посещение театров, кинотеатров, музеев, концертных залов; просмотр развлекательных телепередач; участие в массовых

досуговых мероприятиях и др.). При этом обязательно должна учитываться доступность зданий для инвалидов. Возможны специфичные для инвалидов развивающие рекреационные формы (арт-терапия, хореографическое искусство для лиц с нарушением слуха, театрално-кукольное искусство для лиц с поражением опорно-двигательного аппарата, искусство скульптуры для лиц с нарушением зрения, живопись, графика, музыка для лиц с нарушением слуха, с поражением опорно-двигательной системы). Приемлемая и привлекательная досуговая деятельность должны обеспечить инвалидам возможность справиться с имеющимися ограничениями жизнедеятельности.

Рекреация должна обеспечивать интеграцию инвалида в общую социо-культурную среду, для чего культорганизатор и специалист по социальной реабилитации должны взаимодействовать с имеющимися в районе проживания инвалида специальными учреждениями культуры (клубами, библиотеками, театрами и др.), общественными организациями инвалидов, благотворительными обществами и др.

**Профессиональная
реабилитация
инвалидов**

Профессиональная реабилитация – это процесс и система восстановления конкурентоспособности инвалида на рынке труда, включает в себя профессиональную ориентацию, образование, профессионально-производственную адаптацию и трудоустройство. В случае социальной недостаточности (в виде ограничения способности к профессиональной деятельности) меры социальной реабилитации требуют наряду с профориентацией приспособления производства и режима труда к нуждам клиента (если это необходимо).

Профессиональная ориентация предполагает выбор человеком общественно необходимой профессии, наиболее соответствующей его индивидуальным возможностям, интересам, мотивам и не причиняющей вреда здоровью. При профессиональной ориентации должны решаться следующие задачи:

– информирование и консультирование инвалидов с целью выбора возможности обучения;

- ориентирование инвалидов в мире профессий (профессиональная информация, профессиональная консультация, профессиональная диагностика, психологическая поддержка);
- предоставление услуги по психологической поддержке инвалидов.

Профессиональная ориентация предусматривает комплексный подход с учетом медицинского, психологического и социального аспектов. В частности, медицинский аспект включает изучение и клиническую оценку состояния инвалида (диагноз и степень выраженности функциональных нарушений, компенсаторные возможности, клинический и трудовой прогноз, учет медицинских противопоказаний для различных видов работ).

Психологический аспект предполагает проведение психодиагностики не только для оценки функциональных возможностей инвалида (оценить память, внимание и др.), но и выделить особенности личности, которые определяют характер поведения человека – самооценку, самоотношение, иерархию ценностей, уровень притязаний, установки. Психодиагностика инвалидов для профориентации направлена на выявление сохранных высших психических функций, возможностей компенсации имеющихся нарушений, на определение условий и режимов деятельности, в которых возможна оптимальная работоспособность.

Профессиональное образование – это система и процесс овладения знаниями, навыками и умениями в области рекомендуемой профессиональной деятельности. Профессиональное образование не гарантирует занятости инвалида, но лишь высокий уровень профессионального образования делает инвалида конкурентоспособным на рынке труда и предоставляет ему равные шансы с другими гражданами. Государство обеспечивает инвалидам получение основного среднего (полного) общего образования, начального, среднего и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

В современных социально-экономических условиях инвалид, став специалистом, должен обладать высоким уровнем

профессионализма и компетентности, профессиональной мобильностью в условиях высокой динамики рынка труда.

Рациональное трудовое устройство – это система и процесс организации и правовой регламентации трудовой деятельности инвалидов, направленные на обеспечение условий для эффективной реализации их профессиональных способностей.

Рациональное трудоустройство означает адекватность условий и содержания труда психофизиологическим особенностям инвалида и социально-экономическую равноценность рекомендуемой ему профессиональной деятельности ранее исполняемой (в случае ее смены), либо исполняемой здоровым работником аналогичной работы (в случае первоначального выхода на рынок труда).

Профессионально-производственная адаптация – это система и процесс определения оптимального уровня производственных нагрузок, связанных с исполнением требований рекомендуемой профессиональной деятельности в условиях конкретного производства с приспособлением к ним инвалидов.

Рекомендации по профессионально-производственной адаптации играют важную роль в закреплении инвалидов на определенном производстве и определенном рабочем месте. Чем быстрее инвалид адаптируется к своей профессии и к производству в целом, тем комфортабельнее и уверенней он будет чувствовать себя в конкретных производственных условиях и тем вероятнее, что такое адаптированное рабочее место станет для него постоянным.

Важным моментом, способствующим профессионально-производственной адаптации инвалидов, является комплексность мероприятий (рекомендации по условиям труда, его безопасности, создание специальных рабочих мест и т.д.). При этом степень профессионально-производственной адаптации определяется специалистами при проверке, которую они осуществляют непосредственно на предприятии, по выполнению всего рекомендованного ими комплекса мероприятий по рациональному трудоустройству инвалидов.

Координация различных направлений социальной реабилитации осуществляется специалистами социальной работы, которые поддерживают связь с органами здравоохранения, образования, занятости, правовыми службами; организует необходимые консультации; активизируют социальный потенциал семьи; содействуют финансовой и материальной помощи семье.

Применяя разнообразные меры социальной реабилитации, необходимо объективно оценивать результаты их реализации. Следует учитывать, что эффективность социальной реабилитации достигается всем комплексом реабилитационных мер (медицинских, психологических, социальных, профессиональных). Степень их эффективности определяется уровнем социализации клиента, его способностью адаптироваться в обществе.

Как считают специалисты, *реабилитация инвалидов должна начинаться на самых ранних стадиях болезни*, осуществляться непрерывно до достижения в минимально возможные сроки максимального восстановления или компенсации нарушенных функций. В индивидуальных комплексных программах реабилитации инвалидов должны быть отражены не только основные аспекты реабилитации, но и реабилитационные меры, их объем, сроки проведения и контроля.

Реализация данных реабилитационных мероприятий осуществляется в реабилитационных центрах. Поскольку одним из ведущих принципов реабилитации является комплексность воздействий, реабилитационными могут называться лишь те учреждения, в которых проводится комплекс медико-социальных и профессионально-педагогических мероприятий. Хотя в последние годы в нашей стране и открываются все новые и новые центры реабилитации, однако их количество не достаточно. Не каждому инвалиду по карману оказываются расходы на прохождение отдельных курсов медицинской и социально-трудовой реабилитации. В этой связи заслуживает внимания опыт далекой Австралии, где инвалид, проходя курс социально-трудовой и медицинской реабилитации, получает надбавки к пенсии по инвалидности. И они практически полностью покрывают все расходы на эти цели.

Мы полагаем, что в перспективе государству необходимо уделять больше внимания повышению роли не только общественных организаций, но и неправительственных организаций, социальной политике, направленной на оказание социальной помощи и поддержки людям с ограниченными возможностями, так как многие из них помогают инвалидам с помощью различных реабилитационных мероприятий перейти к формированию независимой жизни.

4.2. Опыт социальной реабилитации инвалидов за рубежом

Вопросы разрешения проблем инвалидов были подняты в рамках регионального сотрудничества государств: 1983-1992 и 1993-2002 были объявлены Азиатско-тихоокеанскими десятилетиями инвалидов; 2000-2009 – Африканским десятилетием инвалидов; 2003-2012 – Десятилетием инвалидов арабских стран; 2003 год - Годом инвалидов в Европе.

В ряде государств, по праву называющих себя социальными, вопросы защиты прав инвалидов являются приоритетными. В этих странах проблемы инвалидов впервые актуализировали главы государств, как правило, внесшие большой вклад в сферу социальной заботы о своих гражданах. Наиболее отчетливо и эффективно это проявилось в США.

Социальная реабилитация инвалидов в США

Два крупных судебных дела о защите права детей-инвалидов на бесплатное и надлежащее образование в начале 70-х годов, увеличение количества инвалидов после Вьетнамской войны – все это побудило американское общество к принятию законодательных мер по защите прав инвалидов. В 1973 году был принят Закон «О реабилитации», который предусматривал недопущение дискриминации в государственных программах США при заключении контрактов с федеральным правительством.

В 1976 году Конгрессом США был принят Закон об образовании для всех детей-инвалидов. К этому моменту в стране

проживало более восьми миллионов детей с инвалидностью, более половины из них не получали надлежащих образовательных услуг, а миллион таких детей вообще не был охвачен школьной системой. Закон об образовании для всех детей-инвалидов имел большое значение, так как открыл двери школ для детей с инвалидностью и ввел ряд защитных мер, регулирующих предоставляемое им специальное образование.

В 1988 году Конгресс США принял Закон о помощи посредством технических средств лицам с инвалидностью, известный как «Тек-Акт». Согласно этому закону, физические ограничения признавались «естественным элементом человеческого существования», который «никоим образом не умаляет права каждого на независимость, самоопределение, содержательную карьеру или полное участие в общей экономической, политической, социальной, культурной и образовательной» жизни американского общества.

После принятия данных нормативно-правовых актов началось движение самих инвалидов против дискриминации. Большую роль в этом сыграли суды, принимавшие сторону инвалидов и накладывавшие строгие санкции в случае невыполнения норм новых законов. Специально созданные бригады строителей-подрядчиков по всем штатам Америки стали делать съезды и пандусы, улучшая доступность американских городов для инвалидов.

Позже были приняты еще законы, существенно улучшающие условия жизни инвалидов, предоставляющие равные права и равные возможности для лиц с какой-либо формой инвалидности (например, Закон «Об образовании лиц с отклонениями в развитии и здоровье» 1997 года).

16 декабря 2003 года Конгресс США принял закон, в котором оговаривается преимущество ветеранов и инвалидов вооруженных сил, а также фирм, где таковые работают, при заключении трудовых контрактов с федеральным правительством.

После принятия в США в 1990 году Закона «Об американцах-инвалидах» получила развитие так называемая инновационная модель социальной политики, или модель реализации гражданских

прав - антидискриминационная концепция социальной политики, проводимая по отношению к инвалидам.

Модель реализации гражданских прав является инновационной в том смысле, что впервые в истории в ней инвалиды рассматриваются как равноправные члены общества и его активные участники, и создаются предпосылки для их возвращения в обычную среду путем деинзоляции.

Разработанная в США модель реализации гражданских прав рассматривается как международный эталон социальной политики. В данной модели не только наиболее полно защищены гражданские права, способствующие повышению социального статуса и интеграции инвалидов в общество, но и определена как экономически выгодная для государства практика деинституционализации, то есть свертывания сети специализированных интернатов и учреждений стационарного типа и развития обслуживания инвалидов по месту жительства.

На сегодня базовым нормативно-правовым актом, защищающим права инвалидов в США, является упомянутый Закон «Об американцах-инвалидах», запрещающий дискриминацию инвалидов в трудовых отношениях, в государственных органах власти, в местах общественного пользования, торговле, на транспорте. Закон предписывает органам власти всех уровней обеспечивать для инвалидов «равный доступ к получению преимуществ от различного вида деятельности, программ и услуг». Это включает пользование государственными системами образования, здравоохранения, социальных услуг, нахождение в судах, на избирательных участках и городских собраниях. Закон обязывает предпринимать «разумные изменения политики, практики и процедур для избежания дискриминации в отношении инвалидов».

Кроме того, соответствующие государственные службы и строительные компании должны учитывать особенности инвалидов при возведении новых и реконструкции имеющихся зданий и строений, чтобы облегчить доступ в них людям, пользующимся инвалидными колясками. Администрация общественного транспорта не должна допускать дискриминации инвалидов при

предоставлении своих услуг. Ей полагается обеспечивать инвалидам надлежащие удобства при посадке - высадке и проезде или предоставлять специальные транспортные средства тем инвалидам, которые не в состоянии самостоятельно пользоваться обычными видами общественного транспорта.

Отдельный закон «О трудоустройстве инвалидов» регламентирует вопросы трудоустройства и запрещает дискриминацию инвалидов при приеме на работу, продвижении по службе, профессиональном обучении, оплате труда.

Успех американской модели заботы об инвалидах заключается не только в законодательном регламентировании деятельности сферы социальных услуг, но и в инициативах самого общества, направленных на то, чтобы люди с теми или иными физическими недостатками могли максимально ощущать себя полноценной и интегрированной частью общества. Так, Образовательный фонд телесети «WGBH» (Бостон) разработал систему расширения возможностей инвалидов по пользованию телевидением.

В США насчитывается 85 миллионов человек, которые либо из-за слабого слуха или зрения, либо из-за недостаточного знания английского языка не имеют надлежащего доступа к телевидению и радио. Существующий при «WGBH» Национальный центр за доступные СМИ (НКАМ) в сотрудничестве с Национальной федерацией слепых создал систему, благодаря которой крупнейшая общенациональная газета США «USA Today» распространяется синтезированным голосом по телефонным линиям специально для слабо видящих.

Значимое достижение американцев, открывшее возможность для людей со слабым слухом приобщиться к телевидению, – введение титров («кэпши»), чем занимается специальный «Кэпшн-центр». Еще с 1972 года «Кэпшн-центр» обеспечивает титрами телекомпании, производителей рекламы, музыкальных видеокассет США, Англии, Канады и Австралии. Система титров действует таким образом, что их принимают лишь телевизоры, оборудованные специальными декодерами. В 1990 году был принят поддерживаемый «Кэпшн-центром» Закон «О ТВ-декодерах», согласно которому с 1 июля 1993 года все телевизоры с размером

экрана более 13 дюймов по диагонали, произведенные для продажи в США, должны иметь встроенный декодер.

На сегодняшний день четыре важнейших коммерческих телеканала Америки «NBC», «ABC», «CBS» и «Фокс» снабжают титрами все свои программы, идущие в прайм-тайм, а также все детские программы, и до 60 часов выпусков новостей в неделю. Титрами снабжают многие передачи и крупнейшие кабельные каналы. Более 10 тысяч наименований видеокассет для домашнего использования также уже снабжены титрами, а практически все новые видео выпускаются с вариантом для слабослышащих. Ежегодно более 500 музыкальных видео и 7 тысяч 250 рекламных роликов также сопровождается титрами.

А с 1990 года при Образовательном фонде «WGBH» начала действовать «Описательная видео-служба» (DBC), которая делает программы общественного телевидения, видеокассеты и другие зрительные средства массовой информации доступными для слабовзрячих.

Развитая на Западе идея действенной и полной интеграции инвалидов в жизнь общества привела к оборудованию банкоматов специальными аудио- или видеосистемами. Первая машина, предназначенная для расширения услуг банкоматов для людей с дефектами зрения, была установлена в 1997 году канадским банком Royal Bank. В Америке такая технология впервые была применена два года спустя кредитным союзом San Francisco Credit Union. Вслед за ними аналогичные системы начали устанавливаться большинством крупных финансовых институтов, проявляющих таким образом свое внимание к людям с плохим зрением.

Эта идея стала в Америке настолько популярной, что в ближайшем будущем требование относительно установки финансовыми институтами банкоматов, оборудованных аудиосистемами, будет внесено в новую редакцию Закона о правах инвалидов. Royal Bank, первым применивший в банкоматах технологию голосового обслуживания, также действовал в рамках выполнения канадского Акта о правах человека, предусматривающего равные возможности для слабо видящих.

Показателями развитости социального общества и даже правового государства, в котором граждане имеют равные возможности, являются также: для людей с проблемным зрением – менее цветастые страницы интернета, для слабо слышащих – озвучивание услуг банкоматов и популярных фильмов и передач.

Полезен для изучения опыт работы Канады по трудоустройству инвалидов. В рамках специальной программы «Стратегия трудоустройства молодежи» предусматривается ряд мер по получению молодежью специального или высшего образования, трудоустройству, как-то, льготы для работодателей, трудоустраивающих молодых инвалидов, компенсация стоимости необходимого для лиц с ограниченной ответственностью оборудования. Программа студенческих займов предоставляет финансовые льготы для инвалидов-студентов.

Механизмы закрепления прав инвалидов в развитых странах различны: в Канаде принцип равноправия и запрета дискриминации инвалидов содержится в Конституции страны, в Германии – в Основном законе, специальном разделе Кодекса социального законодательства, законах «Об инвалидах», «Об единообразии мер по реабилитации», «О содействии инвалидам в пользовании общественным транспортом», «О борьбе с безработицей среди инвалидов», в Великобритании – в специальных законах «О недискриминации инвалидов», «О национальной помощи», «Об инвалидах», «О пособиях по пожизненной инвалидности и для работающих инвалидов», «О социальном обеспечении», в Венгрии – в законе «О правах инвалидов и обеспечении для них равных возможностей».

Социальная реабилитация инвалидов в Германии	В Германии с 1981 г. на Втором Германском телевидении идет трансляция передачи новостей «На этой неделе» с обзором важнейших событий, предназначенной, главным образом, для глухих и плохо слышащих людей. Сообщения, как и в обычных передачах, читает диктор, но на левой стороне экрана имеется постоянная вставка с сурдопереводчиком.
---	--

Германия располагает всеохватывающей дифференцированной системой социальной реабилитации. Через оказание социальной помощи ее получатель реинтегрируется в сообщество людей и даже получает независимость от нее (через предоставление работы, восстановление работоспособности путем попечительства, ухода и лечения). Получатель помощи в процессе его реинтеграции в сообщество людей обязан сам проявлять активность и, в тоже время, рычаги социальной помощи включаются лишь тогда, когда исчерпаны иные возможности оказания помощи нуждающимся в ней.

В Германии более 4 млн. человек получают различные виды социальной помощи. В это число не входят лица, получающие помощь в соответствии с другими законами (например, беженцы – в соответствии с законом о беженцах). Социальную помощь получают, в основном, одинокие и дети, пожилые люди с низкой пенсией, не позволяющей вести достойную человека жизнь, безработные, по болезни, инвалидности, а также все те, кто нуждается в уходе, если необходим уход.

Потребность в социальной помощи не зависит от того, по чьей вине (своей или нет) данный человек находится в трудной ситуации, которая может произойти с каждым. Просто ему необходима помощь и он ее получает, воспользовавшись правом человека попросить и получить социальную помощь, если нет других источников решения жизненных проблем.

Все виды помощи делятся на две большие группы: социальная помощь для поддержания минимального жизненного уровня (жизненной поддержки) и помощь в особых жизненных ситуациях, к которой можно отнести и санаторно-курортное лечение. Оба вида помощи реализуются через социальные службы земель.

Помимо видов социальной помощи, предусмотренных законодательством, во многих городах и общинах существуют дополнительные возможности участия инвалидов в социальной и культурной жизни общества (например, бесплатные абонементы, дающие скидку на проездные билеты или билеты в бассейн, на концерт, в музей, а также группы самопомощи).

Тем инвалидам или одиноким, кто не в состоянии выходить на улицу, а все необходимые контакты (например, с врачом) вынужден осуществлять по телефону, выплачивается одноразовое пособие за пользование телефоном. Поскольку нормальный образ жизни не исключает радио и телевидение, то по заявлению клиента социальная служба может освободить его и от абонентской платы за пользование радио и телевизором.

Свободное время и отпуска имеют для инвалидов особое значение, поскольку возмещают утрату социальных контактов в других отраслях. Еще в 1980-е гг. нередко случалось, что инвалиды-колясочники «доставлялись» до места отдыха в багажном вагоне. Постепенно в Германии стали перестраивать вокзалы и поезда в соответствии с потребностями инвалидов. Предлагаемые варианты проведения свободного времени и отпусков совместно с не инвалидами способствуют социальной интеграции инвалидов. Такое целенаправленное информирование осуществляют государственные организации и, кроме того, государство и федеральные земли финансируют строительство и оборудование общедоступных семейных баз отдыха.

TUI (Touristik Union International) – самый большой туристический концерн в Германии, который дополнительно к обычным каталогам выпускает массивное справочное издание «Информация для инвалидов и сопровождающих лиц». В нем можно найти информацию, например, о том, в каких местах отдыха учтены потребности глухих и слепых в проводниковых и информационных системах, где взять на прокат или приобрести дачу на колесах для лилипутов, где в местах отдыха имеются центры диализа, какие лестницы в гостиницах и т.д.

С 1 января 1995 г. в Германии было введено социальное страхование по уходу за нуждающимися. Одновременно стала создаваться мощная сеть служб и учреждений по уходу за нуждающимися, на которые ложилась обязанность квалифицированного удовлетворения этой растущей потребности, а с 1 апреля 1995 г. в Германии начали производить выплаты по уходу на дому.

Интересной формой социальной помощи в Германии являются возникшие в 1970-х гг. в старых землях станции социальной помощи, которые наряду с социальными услугами должны были улучшить временный уход и, особенно, специальные услуги по уходу за больными. Данная форма социальной помощи пользуется большим спросом и является средством быстрого реагирования на социальные проблемы населения.

В середине 1980-х гг. параллельно с социальными станциями начали возникать частные амбулаторные службы по уходу за клиентами. Эти частные службы могут заключать с государственными больничными кассами договоры об обеспечении домашнего ухода за больным или оказании ему хозяйственной помощи.

Широкое распространение получили стационарные учреждения дневного ухода, рассчитанные на людей, которые вследствие физического или душевного заболевания не в состоянии одни находится в квартире и в течение дня им необходима поддержка.

Во избежание необходимости в постоянном присмотре и уходе и в целях реабилитации, направленной на решение этой задачи, чаще всего требуется квалифицированная геронто-реабилитационная помощь. Интенсивная терапия, включающая в себя лечебную гимнастику, языковую терапию, механо- и трудотерапию, нередко помогает преодолевать хроническое старческое недомогание и обеспечивает настолько эффективную реабилитацию людей преклонного возраста, что они снова могут жить вместе со своими близкими или в специальном интернате, почти полностью обслуживая себя, либо становятся способны даже вести собственное хозяйство, оставаясь частично или полностью независимыми от постороннего ухода. В этом случае действует принцип оказания сначала амбулаторной, и лишь затем стационарной помощи.

Для реализации этого принципа, зафиксированного в нескольких параграфах 5-го тома Кодекса социального права и в § 39 Федерального Закона о социальной помощи, помимо более сильной реабилитационной ориентации общего амбулаторного и

стационарного медицинского обслуживания и интернатов для престарелых, создается тройственная система реабилитационных учреждений:

- гериатрические амбулаторные отделения в больницах и центрах социальной помощи с мобильными, в частности, лечебно-гимнастическими и другими службами, включая оказание дальнейшей интенсивной реабилитационной помощи после выхода из стационара;

- дневные клиники в качестве полустационарных учреждений для пациентов, которым амбулаторное лечение оказывается недостаточным, но в то же время уже нет необходимости в стационарном лечении;

- учреждения для оказания адекватной стационарной помощи (уход за кожей, лечебная гимнастика, психотерапия, лечение расстройств речи и другое) при лечении старческих и хронических заболеваний.

Возможности врачей по всемерному использованию реабилитационного потенциала пациентов преклонного возраста зависят от убежденности в том, что пожилые люди также вправе жить достойной человека жизнью в максимальной независимости от посторонней помощи.

Все государственные меры поддерживаются целым рядом частных благотворительных организаций.

Конституция Германии (1994 г.) гласит: «Никто не может подвергаться негативной дискриминации по причине своей инвалидности». Именно эта статья стала для государства основополагающей для обеспечения полноценной интеграции инвалидов в общество.

Услуги по реабилитации оказываются всем инвалидам, а также тем, кому угрожает инвалидность, при этом причина возникновения увечья не играет никакой роли. Помощь необходимо оказывать как пострадавшим в результате военных действий, так и пострадавшим в транспортных авариях или получившим производственные травмы, поскольку увечье вырвало их из трудовой жизни и возможности заниматься своей профессией. Это относится и к инвалидам с детства.

Для инвалидов осуществляются следующие реабилитационные мероприятия:

- *Медицинская реабилитация.*
- *Помощь, необходимая в профессиональной деятельности* (получении рабочего места или продолжение своей профессиональной деятельности с учетом нынешнего состояния; квалифицированная профессиональная ориентация, профессиональная адаптация, обучение, повышение квалификации или переподготовка, а также возможность завершения школьного образования для последующей переподготовки и другие виды помощи в трудовой деятельности).

Профессиональная подготовка инвалидов осуществляется в специальных учреждениях профессиональной реабилитации – центрах для первичной подготовки молодых инвалидов и центрах профессиональной реабилитации и переподготовки взрослых инвалидов, имеющих необходимые специализированные (медицинские, педагогические, психологические и социальные) службы. Все затраты на пребывание инвалида в таких межотраслевых реабилитационных центрах (включая стоимость проживания и питания) несут соответствующие страховые организации. Федеральное правительство оказывает этим центрам поддержку в приспособлении программ обучения к возрастающим требованиям рынка труда и новым технологиям с учетом склонностей и способностей реабилитантов.

Помимо этих центров особое значение имеют учреждения медицинско-профессиональной реабилитации, где пациенты, страдающие определенными (например, неврологическими) заболеваниями уже в ходе медицинской реабилитации делают первые шаги к профессии (подбор профессии и проверка трудовых навыков, подготовка к возобновлению трудовой деятельности или занятиям на курсах переподготовки.

- *Помощь в школьной и общественной адаптации*, цель которой – научить инвалидов обитанию в совершенно не приспособленной к имеющейся у них дисфункции среде. Поэтому образование должно оказывать индивидуальную и, направленную на интеграцию в социальной среде, помощь.

– *Финансовая помощь*, представляющая собой необходимые выплаты и прочие виды помощи для социально-трудовой реабилитации инвалидов и лиц, которым угрожает инвалидность (финансирование медицинских услуг, мер по содействию трудоустройству и профессиональному образованию, общей социально-трудовой реабилитации).

– *Учреждения* для обучения профессии лиц, нуждающихся в постоянном сопровождении, для переподготовки или повышения квалификации взрослых инвалидов, мастерские для инвалидов

Инвалиды вправе получить любую полезную для них информацию, а также компетентную, своевременную и обширную консультацию о возможностях проведения медицинской, профессиональной и иной дополнительной реабилитации. Для этого существуют специальные справочно-консультационные службы, порядок работы которых определен общим соглашением о предоставлении такого рода услуг, принятом в 1977 году. Кроме них, в особом порядке консультации инвалидам обязаны давать врачи и больницы, отделы здравоохранения и отделы социального обеспечения в рамках оказания персональной помощи.

В Германии принято три важных закона, гарантирующих права инвалидов и запрещающие увольнять инвалидов до достижения ими 30 лет:

1. «О равенстве прав инвалидов на работе». Благодаря его применению, безработица среди инвалидов была снижена на 25%.

2. «О реабилитации инвалидов и участии их в общественной жизни», реализация которого привела к созданию государственного каталога инвалидов, нуждающихся в первоочередной помощи, и лиц, являющихся потенциальными клиентами для социальной помощи.

3. «Об уравнивании прав инвалидов с другими гражданами страны». Он предоставил инвалидам множество страховок, помогающих им лечиться, учиться, содержать жилье и решать другие жизненные проблемы, а также установил квоты для инвалидов.

Общее руководство деятельностью по реабилитации инвалидов возложено на Федеральное управление по труду.

Политику государственных и частных организаций в Германии по отношению к инвалидам определяют такие понятия, как интеграция и реабилитация.

**Опыт социальной
реабилитации
инвалидов в других
странах Европы**

В Швеции, США, Норвегии, Финляндии, Великобритании, Канаде и Германии развита программа раннего вмешательства, цель которой – как можно раньше обнаружить ребенка, нуждающегося в помощи, и оказать ему эту помощь.

Во многих странах существуют специальные законодательные акты, регулирующие исключительно вопросы трудоустройства инвалидов, обеспечение равных прав и возможностей в этой сфере.

Основной целью существования подобных законов является реабилитация людей с ограниченными возможностями, интеграция их в общество и обеспечение необходимых условий для эффективной работы.

В подавляющем большинстве стран существуют законы, запрещающие прямую или косвенную дискриминацию по отношению к инвалидам начиная со стадии отбора сотрудников и трудоустройства и заканчивая процедурой освобождения от занимаемой должности. Во многих странах люди с инвалидностью, столкнувшиеся с дискриминацией по отношению к себе, имеют возможность требовать возмещение причиненного морального ущерба и упущенной экономической выгоды. В некоторых странах подобные вопросы решаются не только в судебном порядке, но и специально созданными комиссиями.

Важно отметить, что практика квотирования рабочих мест для инвалидов, подобно внедряемой у нас в стране, применяется и в других странах. Например, в Германии, Франции и Венгрии под законы о квотировании подпадают организации с более чем 20 сотрудниками, в Австрии и Польше – с хотя бы 25 сотрудниками. В Испании минимальное число сотрудников – 50. Квота для людей с инвалидностью в Германии составляет 5%, во Франции – 6%, В Люксембурге квота варьируется от 2% до 5% в зависимости от формы собственности и от количества сотрудников предприятия. В

Испании и Ирландии квота составляет 3%. В Японии квота составляет от 1,6% до 2%.

В некоторых странах за незаполнение квот организации выплачивают специальные взносы в целевые фонды, средства которых распределяются на создание рабочих мест для инвалидов, а также адаптацию существующих рабочих мест к нуждам людей с ограниченными возможностями. Некоторые государства стимулирует работодателей принимать на работу людей с тяжелыми формами инвалидности. К примеру, беря на работу человека, пользующегося инвалидной коляской, работодатель заполняет не одно, а два или даже три места в счет установленной квоты. Также подобное стимулирование применяется при приеме на работу инвалида, не имеющего опыта работы. Необходимо отметить, что работодатель должен стремиться создать необходимые специальные условия для людей с инвалидностью, которые работают в организации.

Государственная политика по отношению к инвалидам имеет целью: во-первых, обеспечить их максимальное участие в экономической и социальной жизни общества и в особенности стимулировать их трудоустройство и участие на рынке труда, во-вторых: обеспечить гарантированный доход, так чтобы люди с инвалидностью не лишались возможности жить достойно из-за своей инвалидности. Основной задачей политики проводимой большинством развитых стран стало совместить эти во многом несовместимые цели. Поскольку денежные пособия не всегда содействуют участию инвалида в обществе, не всегда стимулируют его к активному поиску работы, то в законодательстве многих стран кроме денежных выплат предусматриваются меры, гарантирующие участие лица в экономической и социальной жизни. В приложении приведен сравнительный анализ государственной политики Российской Федерации и ведущих мировых стран в области поддержки доходов и обеспечения социальных выплат людям с инвалидностью (Приложения 1, 2, 3).

Во многих странах применяются государственные субсидии предприятиям, использующим труд инвалидов. Субсидии, как правило, предоставляются только тогда, когда человек с

инвалидностью гарантированно получает такую же заработную плату, как и работник без инвалидности в аналогичной должности и имеет долгосрочный трудовой контракт. В основном субсидии предоставляются на оборудование рабочего места для человека с инвалидностью, приобретение специализированного оборудования и т.д. В некоторых странах работодатели получают льготы по взносам в фонды социального страхования.

Во многих странах люди с инвалидностью имеют преимущества при участии в различных тренингах и программах профессионального обучения, реализуемых на предприятиях. Также люди с инвалидностью могут участвовать в государственных программах профессионального обучения, без необходимости иметь статус безработного в течение определенного минимального периода.

В большинстве стран существуют специализированные предприятия, применяющие труд инвалидов. Однако такие предприятия расцениваются не как предпочтительное место работы для человека с инвалидностью, а как «запасной вариант» трудоустройства, когда не удастся найти место работы на общих для всех условиях. Также такие предприятия используют труд людей, имеющих серьезные нарушения, для которых физически невозможно или чрезвычайно затруднительно создать необходимые условия труда на обычном предприятии.

Во многих государствах учреждены координационные механизмы, контролирующие проведение государственной политики в отношении к инвалидам.

В Кипре действует Совет по вопросам реабилитации при министерстве труда и социального страхования, являющийся центральным органом по проблемам инвалидности.

В Финляндии Государственный совет по проблемам инвалидности является консультативным органом министерств и государственных учреждений.

Венгрия учредила правительственный консультативный орган в соответствии с законом XXVI 1998 года, касающимся прав и равных возможностей инвалидов.

Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии учредило в 1999 году Независимую целевую группу по правам инвалидов, которая опубликовала документ, озаглавленный «От изоляции к интеграции», являющийся основой для осуществления инициатив в области политики и программ.

Национальный совет по защите инвалидов Иордании, учрежденный в соответствии со Специальным законом о защите инвалидов (закон № 12 1993 года), обеспечивает программы защиты и профессиональной подготовки инвалидов и оказывает поддержку частному сектору и неправительственным организациям.

В 2001 году Мексика учредила при канцелярии Президента управление на уровне кабинета министров по проблемам поощрения и социальной интеграции инвалидов и создала Консультативный совет по вопросам привлечения инвалидов к процессу принятия решений и координации государственной политики в отношении инвалидов.

В Тринидаде и Тобаго Национальный координационный комитет по проблемам инвалидности оказывает правительству консультативные услуги по вопросам, связанным с инвалидностью.

Социальная реабилитация инвалидов в странах Азии	Новые механизмы защиты прав инвалидов разработаны в законодательстве стран Азии и Тихоокеанского региона. Многие государства данного региона содержат конституционные положения, разрешающие позитивную дискриминацию в пользу неимущих слоев общества, провозглашающие принципы полного участия и равенства инвалидов. Предусмотрено учреждение специальных фондов по реабилитации и занятости инвалидов. Для обеспечения доступа инвалидов к окружающей среде вводятся принудительные меры.
---	---

Особый интерес представляет фундаментальный Закон об инвалидах Японии, направленный на обеспечение независимости лиц с ограниченными возможностями. Кроме того, закон предусматривает принятие всеохватывающего плана по работе с инвалидами и предотвращению инвалидности.

Степень приоритетности решения проблем инвалидов во многом зависит от численности инвалидов и активности их движений.

Таким образом, забота об интеграции инвалидов в общество, во всем мире иницируемая, как правило, главами государств, включает не только строительство пандусов и съездов, но и целый ряд мероприятий по устранению всех возможных барьеров, а также создание отдельных государственных институтов, координирующих и контролирующих проведение государственной политики по отношению к инвалидам.

Несомненным достижением международных правовых документов, регулирующих отдельные аспекты жизнедеятельности инвалидов, является то, что они всецело направлены на поощрение принципа недискриминации людей с ограниченными возможностями. Такие же всеобъемлющие документы, как Всемирная программа действий в отношении инвалидов и Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, несмотря на то, что они не накладывают юридических обязательств на наше государство, являются морально-побудительной основой принимаемых законов, должны быть широко распространены среди самих инвалидов, государственных служащих, персонала, преподавателей учреждений для инвалидов.

Международные стандарты защиты прав инвалидов основаны на общем для всей системы защиты прав человека принципе универсальности прав человека и запрете дискриминации. Значение этого принципа для инвалидов заключается в идее создания «общества для всех», которое позволяло бы развить потенциал каждого без ограничения по признаку физического или умственного состояния.

Как следует из международных стандартов, реализация возможностей не может быть достигнута без целостного подхода в решении проблем инвалидов, основанного не только на мероприятиях медицинского характера. Принципиальное отличие нового подхода – изменение принципа «уязвимости» инвалидов на концепцию развития их социальной самодостаточности, предполагающую мероприятия по созданию условий адаптации

инвалидов в «обычных» социальных и экономических структурах. Международные стандарты изменили само понимание «инвалидности» как принадлежности к уязвимой группе населения, так как такое отношение к инвалидам препятствует их интеграции в жизнь общества.

Согласно международно-правовым документам процесс действенной и полной интеграции в жизнь общества в первую очередь основан на обеспечении доступности всех сфер общественной жизни, на содействии полноценному и эффективному участию инвалидов в процессе принятия решений. Финансовая реализация данных мероприятий во многих странах проходит за счет снижения ассигнований в результате проведения деинституционализации, то есть свертывания сети специализированных интернатов и учреждений стационарного типа и развития обслуживания инвалидов по месту жительства.

Практика деинституционации, основанная на модели развития гражданских прав, на представлениях об инвалидах как равноправных членах общества и успешно реализованная в США, общепризнанно является наиболее удачным опытом социальной политики в отношении инвалидов. Инновационная схема развития в этой области в США была эффективна во многом благодаря общественным инициативам.

Всемирным комитетом по инвалидам, Институтом Франклина и Элеоноры Рузвельт учреждена ежегодная международная премия за заботу об инвалидах имени Франклина Делано Рузвельта, вручаемая государству, которое достигло значительного прогресса в решении задачи полноценного участия инвалидов в жизни общества.

Некоторые исследователи уже свидетельствуют о конвергенции национальной политики в области инвалидности таких государств, как Великобритания, Мексика, Канада, США, Германия, Австралия, Израиль, Новая Зеландия, Япония и других.

4.3. Базовая и индивидуальная программы реабилитации

Понятия базовой и индивидуальной программ реабилитации

Проведение реабилитации инвалидов реализуется с помощью базовых и индивидуальных программ реабилитации. *Федеральная базовая программа реабилитации инвалидов* представляет собой гарантированный перечень медицинских, технических средств и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно за счет средств федерального бюджета.

Индивидуальная программа реабилитации инвалидов включает в себя комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий с учетом отдельных видов, объемов, сроков и порядка их реализации, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма или способность инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Индивидуальные программы имеют для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида реабилитационных мероприятий или от программы в целом, но это не дает ему права на получение компенсации стоимости реабилитационных мероприятий, предоставляемых бесплатно.

Государственная служба реабилитации представляет собой совокупность органов государственной власти независимо от ведомственной принадлежности, органов местного самоуправления и учреждений различного уровня. Ее *задачами* является:

- разработка предложений по дальнейшему развитию и совершенствованию Федеральной политики в области реабилитации инвалидов;
- реализация Федеральной (территориальной) политики в области реабилитации инвалидов;
- разработка проектов Федеральных (региональных) целевых программ по медико-социальной реабилитации инвалидов;
- создание и ликвидация реабилитационных учреждений;

- обеспечение координации деятельности различных ведомств в сфере медико-социальной реабилитации инвалидов;
- осуществление (при взаимодействии с соответствующими ведомствами) разработки федерального и территориального компонентов базовых программ медико-социальной реабилитации инвалидов;
- разработка федеральных (территориальных) стандартов по медико-социальной реабилитации инвалидов;
- организация развития производства технических средств реабилитации инвалидов;
- осуществление контроля за исполнением Федерального и регионального законодательства в области реабилитации инвалидов, государственных и региональных реабилитационных стандартов, бюджетной и финансовой дисциплины в государственной службе реабилитации инвалидов.

Исполнительными структурами, реализующими задачи государственной службы реабилитации, являются федеральные, территориальные и местные органы управления различной ведомственной подчиненности, в системах которых осуществляются мероприятия по медицинской, профессиональной и социальной реабилитации, производству технических средств реабилитации, развитию услуг.

Индивидуальная программа реабилитации инвалидов (ИПР) – комплекс оптимальных для инвалида, в том числе и ребенка-инвалида, реабилитационных мероприятий, включающих в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок их реализации, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности.

Общие принципы формирования и реализации ИПР: индивидуальность, непрерывность, последовательность, преемственность, комплексность. Формирование ИПР предусматривает проведение специалистами бюро МСЭ экспертно-реабилитационной диагностики, оценки реабилитационного

потенциала и реабилитационного прогноза и определения на их основе перечня реабилитационных мероприятий.

Содержание ИПР разрабатывается путем анализа комплекса медико-биологических и социальных факторов, определения на их основе потребности инвалидов в медико-социальной реабилитации и формирования ИПР с учетом мер, услуг и технических средств, предоставляемых системой реабилитации инвалидов в России и в конкретном регионе.

Комплексная оценка клинико-функциональных, психологических и социальных данных позволяет оценить вид и степень ограничений жизнедеятельности инвалида и служит основанием для определения содержания программ его медицинской, профессиональной и социальной реабилитации.

Программа медицинской реабилитации включает: мероприятия по восстановительной терапии, реконструктивной хирургии, протезированию, обеспечение инвалида техническими средствами медицинской реабилитации; предоставление санаторно-курортного лечения.

Разработка программы медицинской реабилитации основывается на:

- оценке клинико-функциональных данных (нозологической формы заболевания, осложнений, стадии, характера течения, характера и степени нарушения функций, клинического прогноза);
- оценке «базовых» характеристик инвалида: анатомо-физиологических (конституционно-анатомические особенности, возраст, пол, уровень физического развития и физической выносливости и др.) и психологических (характеристика основных психических функций, уровень сформированности волевых качеств; эмоциональная устойчивость, личностные особенности и др.);
- оценке вида ограничения жизнедеятельности;
- оценке клинико-функциональной (физиологической, психофизиологической и психологической) составляющей РП, т.е. совокупности сохранных функций и личностных особенностей организма, которые необходимо поддерживать и развивать в

процессе проведения реабилитационных мероприятий, касающихся восстановления определенных видов жизнедеятельности.

Оценка результатов выполнения программы медицинской реабилитации инвалидов должна быть основана на данных объективного обследования и субъективных показателях (жалобы больного, его самочувствие и др.), позволяющих определить, насколько проведенная программа позволила восстановить или компенсировать нарушенные функции и тем самым уменьшить или устранить имеющуюся социальную недостаточность.

Программа медицинской реабилитации формируется специалистами Бюро МСЭ в том случае, если не исчерпаны биомедицинский и личностный потенциалы лица с ограниченными возможностями. В качестве основы для ее составления должен использоваться план индивидуальной реабилитации, составляемый лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения (ЛПУ) с привлечением (при необходимости) в качестве консультантов ведущих специалистов. План индивидуальной медицинской реабилитации утверждается клинико-экспертной комиссией и в виде Приложения к направлению лечебно-профилактического учреждения на медико-социальную экспертизу по форме 088/у-97 представляется в Бюро МСЭ. Специалисты Бюро МСЭ данный план в необходимых случаях дополняют и корректируют с учетом данных реабилитационно-экспертной диагностики.

Выполнение программы медицинской реабилитации контролируется как Бюро МСЭ, так и органами здравоохранения. Программа медицинской реабилитации содержит раздел «Сведения о выполнении программы медицинской реабилитации», который заполняется ЛПУ. В разделе должны быть указаны сведения о видах, объемах, сроках выполнения мероприятий по медицинской реабилитации, а также данные о невыполненных мероприятиях и их причинах и результатах выполнения программы медицинской реабилитации.

Разработка программы профессиональной реабилитации инвалида, включающая профориентацию, профессиональное обучение, содействие в трудоустройстве, профессионально-

производственную адаптацию, а также рекомендации о показанных условиях труда базируется на:

- оценке «профессионально-трудовой» составляющей РП, включающей определение характеристик интегральной реакции организма инвалида на трудовую деятельность, оценку их значимости для трудовой деятельности и возможности ее продолжения, определение возможности адаптации к труду, путей поддержки адекватного состояния, разработки стратегии трудовой деятельности;

- оценке образовательного статуса инвалида, включающей комплексный анализ социальных характеристик, связанных с образовательной деятельностью, основных характеристик образовательной деятельности, а также определения соответствия требований, предъявляемых к инвалиду в процессе обучения, его профессионально значимым физиологическим, психофизиологическим и психологическим качествам, и определения развития в процессе обучения профессионально важных сенсорных, моторных и «мыслительных» навыков;

- оценке вида и степени ограничений жизнедеятельности.

Оценка результатов выполнения программы профессиональной реабилитации инвалидов должна предусматривать определение того факта, насколько проведенная программа обеспечила инвалиду возможность обучения, адаптации к трудовому процессу, а также его занятость.

Программа профессиональной реабилитации формируется специалистами Бюро МСЭ. Основой для ее составления являются сведения о реальных возможностях территориального рынка труда лиц с ограниченными возможностями, наличии конкретных рабочих и учебных мест для трудоустройства и обучения лиц с ограниченными возможностями. Эти сведения предоставляются в Бюро МСЭ не реже 1 раза в месяц территориальными отделами занятости во взаимодействии с территориальными органами социальной защиты и образования.

Сведения о выполнении программы профессиональной реабилитации заполняются службой занятости, образовательными учреждениями и работодателями. В них должны быть

представлены данные как о выполненных, так и невыполненных мероприятиях по профессиональной реабилитации, указаны причины невыполнения, а также результаты выполнения программы профессиональной реабилитации.

Программа социальной реабилитации включает мероприятия по социально-бытовой адаптации и социально-средовой ориентации, а также технические средства реабилитации и основывается на:

- оценке социально-бытового (самообслуживание, социальные навыки, персональная сохранность) и социально-средового (социальная независимость, социальное общение, возможность решения личных проблем, возможность заниматься физкультурой, спортом, культурно-досуговой и общественной деятельностью) статусов, включающей анализ основных характеристик социально-бытовой, социально-средовой деятельности, определение соответствия физиологических, психофизиологических и психических функций инвалида требованиям, предъявляемым к нему социально-бытовой и социально-средовой деятельностью;

- оценке «социально-бытовой» составляющей РП, включающей определение совокупности медико-биологических и социальных факторов, а также их взаимодействия с конкретными социально-бытовыми и социально-средовыми условиями, прогнозированием – когда и с помощью каких средств инвалид достигнет возможности самостоятельного обслуживания и проживания;

- оценке «социально-средовой» составляющей РП (возможности достижения самостоятельной общественной и семейной деятельности);

- оценке вида и степени ограничения жизнедеятельности.

Программа социальной реабилитации также формируется специалистами Бюро МСЭ. Основой для ее составления являются результаты обследования социально-бытовых условий жизни лица с ограниченными возможностями, проводимые специалистами Бюро МСЭ или территориальными органами социальной защиты, данные социальной экспертно-реабилитационной диагностики,

проводимой специалистами Бюро МСЭ, а также данные о содержании Гарантированного перечня реабилитационных мероприятий, услуг и технических средств реабилитации, предоставляемых лицам с ограниченными возможностями региона бесплатно.

Сведения о выполнении программы социальной реабилитации заполняются реабилитационным учреждением, центром технических средств и др. органами (учреждениями), обеспечивающими лиц с ограниченными возможностями техническими средствами и услугами по социальной реабилитации. В них должны быть представлены данные как о выполненных, так и невыполненных мероприятиях по социальной реабилитации, причины невыполнения и результаты реализации программы социальной реабилитации.

Хотя *программа психологической реабилитации* не является самостоятельным разделом индивидуальной программы реабилитации инвалида, однако психологические мероприятия входят составной частью во все разделы ИПР (и медицинскую, и профессиональную, и социальную).

При разработке программы психологической реабилитации инвалида принимаются во внимание состояние познавательных и операциональных функций инвалида, динамические характеристики его психической деятельности, состояние его эмоционально-волевой сферы, главное внимание при разработке психологической программы реабилитации инвалида должно быть сосредоточено на диагностике личностных особенностей.

Оценка результатов выполнения программы социальной реабилитации инвалидов должна предусматривать определение того факта, насколько проведенная программа обеспечила инвалиду возможность достижения самообслуживания, самостоятельного проживания, самостоятельной общественной деятельности.

Завершающим разделом программы реабилитации является блок, который содержит заключение о ходе выполнения программы, эффективности мероприятий, причинах их невыполнения или неполного выполнения и определяет пути

своевременной коррекции с учетом изменений психосоматического, социально-средового и профессионального статусов инвалида, а также социально-экономических условий и возможностей реализации индивидуальной программы реабилитации.

Разделение ИПР на три вида программ (медицинская, профессиональная и социальная) достаточно условно. Важнейшими остаются принципы единства и комплексности реабилитационного процесса, его целостности и вместе с тем строгой индивидуальности.

В соответствии с законодательными и нормативно-правовыми актами на учреждения государственной службы медико-социальной экспертизы возлагаются две основные задачи в сфере реабилитации инвалидов – разработка ИПР и контроль за их реализацией.

Вопрос о необходимости и целесообразности проведения реабилитационных мероприятий должен рассматриваться в обязательном порядке во всех случаях установления группы инвалидности при первичном или повторном освидетельствовании больного (инвалида).

Руководители предприятий, учреждений, организаций, не выполняющие мероприятия, определенные в ИПР, несут ответственность в соответствии с положениями статей 16, 21, 22, 24, 32 Федерального Закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и другими законодательными актами Российской Федерации. В случае возникновения конфликтной ситуации между инвалидом (или его законным представителем) и исполнителями ИПР спор разрешается в судебном порядке по заявлению истца.

Финансирование ИПР осуществляется за счет средств федерального бюджета, бюджетов субъектов Российской Федерации, государственных внебюджетных фондов и других источников, незапрещенных законодательством Российской Федерации. За счет средств Федерального бюджета финансируются мероприятия, услуги и технические средства, входящие в Федеральную базовую программу реабилитации инвалидов.

Вопросы корректировки ИПР рассматриваются в случае поступления соответствующей информации и предложений из учреждений, осуществляющих реабилитационные мероприятия.

Руководители бюро МСЭ ведут учет ИПР инвалидов, их выполнения, причин невыполнения, «эффективности», систематически анализируют эти данные, информируют соответствующий орган социальной защиты населения, а при необходимости – учреждения, осуществляющие реализацию ИПР, а также Главное бюро МСЭ.

Координация при управлении системой реабилитации осуществляется через Координационный совет по делам инвалидов при администрации территории, а также межведомственную координационную комиссию по делам инвалидов при территориальных органах местного самоуправления. При реализации ИПР координация деятельности реабилитационных учреждений осуществляется рабочей группой, созданной при территориальном органе социальной защиты, включающей специалистов социальной защиты по реабилитации, а также специалистов учреждений государственной службы реабилитации. Рабочая группа обеспечивает анализ хода выполнения ИПР и обеспечивает поиск оптимальных решений. Совместная деятельность реабилитационных учреждений также достигается через совместные межведомственные совещания, обсуждения, обмен информацией и пр.

Итак, разработка реабилитационных мероприятий начинается с освидетельствования лица с ограниченными возможностями Бюро МСЭК. При формировании ИПР должен соблюдаться порядок и условия, установленные нормативными актами.

При этом следует иметь в виду, что вопрос о необходимости и целесообразности проведения реабилитационных мероприятий должен рассматриваться в обязательном порядке во всех случаях установления степени инвалидности при первичном или повторном освидетельствовании больного на основании определения клинического прогноза, полноты ожидаемого восстановления или компенсации имеющихся категорий ограничений

жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и реабилитационно-экспертного заключения.

В этом случае, если лицу с ограниченными возможностями показано проведение реабилитационных мероприятий, специалисты Бюро МСЭ должны подробно и в доступной форме разъяснить освидетельствуемому цели, задачи, прогнозируемые результаты и социально-правовые последствия реабилитационных мероприятий и сделать запись об этом в акте освидетельствования с указанием даты проведения собеседования.

Необходимо твердо соблюдать правило о том, что ИПР составляется и реализуется только при согласии лица с ограниченными возможностями (его законного представителя). Отказ от ИПР в целом или от реализации ее отдельных частей освобождает соответствующие организации от ответственности за ее исполнение и не дает лицу с ограниченными возможностями права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий предоставляемых бесплатно.

ИПР составляется при освидетельствовании (переосвидетельствовании) лица с ограниченными возможностями или в течение 3-х месяцев с момента освидетельствования. Если после освидетельствования прошел больший срок, в том числе для лиц, имеющих степень инвалидности без указания срока переосвидетельствования, для составления ИПР необходимо представить в Бюро МСЭ направление лечебно-профилактического учреждения на медико-социальную экспертизу по форме 088/у-97 (при этом они проходят освидетельствование в Бюро МСЭ в таком же порядке, как впервые освидетельствуемые).

В случае согласия на проведение реабилитационных мероприятий лицо с ограниченными возможностями (его законный представитель) подает заявление на имя руководителя Бюро МСЭ с просьбой о разработке ИПР.

Срок разработки ИПР – один месяц с момента подачи заявления о ее разработке. При этом заводится карта индивидуальной программы реабилитации.

Разработка ИПР состоит из следующих этапов: проведение экспертно-реабилитационной диагностики, оценки

реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, определение перечня мероприятий, услуг и технических средств, позволяющих лицу с ограниченными возможностями восстановить нарушенные или компенсировать утраченные способности к выполнению бытовой, общественной и профессиональной деятельности.

Для заполнения соответствующих разделов ИПР специалисты Бюро МСЭ вправе запросить необходимые для этого сведения в соответствующем органе по социальной защите населения, где данное лицо состоит на учете. Они имеют право обращаться в учреждения, организации и предприятия любых организационно-правовых форм и форм собственности, осуществляющие деятельность по реабилитации лиц с ограниченными возможностями, с запросом о предоставлении информации и рекомендаций, необходимых для конкретизации мероприятий ИПР.

При необходимости Бюро МСЭ должно наметить программу дополнительного обследования, запись о которой вносится в Акт освидетельствования. При этом суть дополнительного обследования может касаться различных аспектов реабилитации, а поэтому может проводиться не только в органах здравоохранения, но и в других учреждениях (социальной защиты населения, образования, труда и занятости и т.д.), осуществляющих деятельность в этой области.

В этих случаях лицу с ограниченными возможностями должен выдаваться на руки письменный запрос в соответствующие учреждения, на предприятия с просьбой провести необходимое обследование и о результатах сообщить в 10-дневный срок в Бюро МСЭ.

При необходимости проведения сложной экспертно-реабилитационной диагностики в разработке ИПР может принимать участие Главное Бюро МСЭ, при этом срок разработки ИПР устанавливается со дня поступления документов в Главное Бюро МСЭ.

Сформированная ИПР должна быть подписана начальником Бюро МСЭ, его подпись должна быть заверена печатью. ИПР выдается на руки лицу с ограниченными возможностями, а её

копия в трехдневный срок пересылается в районное управление социальной защиты населения по месту получения пенсии лицом с ограниченными возможностями или по месту его постоянного проживания (если данное лицо пенсионруется не в органах социального обеспечения).

ИПР составляется на срок выполнения всех намеченных мероприятий (он может составлять от 6 месяцев до 1 года и более) с учетом реабилитационного прогноза и обязательной коррекции по результатам динамического наблюдения.

Лицо с ограниченными возможностями, для которого разрабатывается ИПР, имеет право знакомиться с проектом ИПР и обсуждать его, вносить обоснованные предложения по назначению исполнителя реабилитационных мероприятий, сроков и объемов их проведения, а также обращаться с просьбой исключить какие-либо мероприятия, если их отсутствие не влияет на выполнение остальных реабилитационных мероприятий, не ведет к прогнозируемому ухудшению здоровья и не препятствует реализации его реабилитационного потенциала.

В случае отказа лица с ограниченными возможностями подписать составленную ИПР, программа приобщается к акту освидетельствования в Бюро МСЭ и не выдается на руки.

При оформлении ИПР следует иметь в виду, что в соответствии с законодательством в нее включаются как реабилитационные мероприятия, предоставляемые бесплатно, так и платные. Поэтому в случае согласия лица с ограниченными возможностями самостоятельно (или с посторонней помощью) оплатить то или иное средство реабилитации, показанное ему, но не предусмотренное федеральной или региональной базовой программой, отметка об этом обязательно делается в ИПР перед подписью лица.

Контроль за реализацией ИПР осуществляется Бюро МСЭ при очередном освидетельствовании, а также при назначаемых в отдельных случаях освидетельствованиях в порядке динамического наблюдения.

Учреждения государственной службы МСЭ ведут учет разработанных и выданных ИПР с указанием № карты ИПР, даты

выдачи, Ф.И.О. лица с ограниченными возможностями, краткого содержания и даты направления в органы социальной защиты населения.

В случае несогласия с содержанием ИПР лицо с ограниченными возможностями (или его законный представитель) может подать письменное заявление в Главное Бюро МСЭ. Главное Бюро МСЭ не позднее месячного срока со дня получения заявления выносит окончательное решение.

Сведения о выполнении программы медицинской, профессиональной и социальной реабилитации заполняются реабилитационными учреждениями по окончании срока реализации ИПР перед направлением лица с ограниченными возможностями на переосвидетельствование или в случаях, когда необходимо внести коррекцию в ИПР и составить новый вариант ИПР.

Этапы реабилитационного процесса	<i>1-й этап</i> предусматривает углубленную проработку ИПР, проведение социальной, клинико-функциональной и психологической диагностики, оценку клинического, профессионально-трудового, социально-бытового и социально-средового прогноза; при необходимости уточнение (совместно с бюро МСЭ) рекомендаций о показанных условиях труда, в соответствии с ними осуществление выбора вида профессионально-трудовой деятельности, инвалид проходит прием у специалиста по реабилитации (врача), у врача по лечебной физкультуре и врача-физиотерапевта, у психолога, специалиста социальной работы, специалиста по профессиональной реабилитации. Врач по лечебной физической культуре и врач-физиотерапевт вносят коррективы в предварительно составленную специалистом по реабилитации программу восстановительной терапии и конкретизируют соответствующие методики аппаратной физиотерапии, кинезотерапии, лечебной гимнастики, механотерапии, бальнеотерапии и др. После всестороннего обследования лицо с ограниченными возможностями направляется на заседание реабилитационной комиссии, в которую входят специалист по реабилитации (врач), психолог, специалист
---	---

социальной работы, специалист по профессиональной реабилитации, заведующий отделением медицинской реабилитации, врач функциональной диагностики. Комиссия должна заседать 2 раза в неделю, она утверждает углубленную ИПР и осуществляет динамическое наблюдение за ходом реабилитации.

На первом этапе реабилитации проводится информирование и консультирование, оказывается юридическая помощь и осуществляется адаптационное обучение.

2-ой этап реабилитации включает: реализацию программы медицинской реабилитации, проведение профориентации, осуществление выбора профессии и обучение (курсовое или на рабочем месте), освоение новых профессиональных знаний, умений и навыков, проведение тренингов; создание специального рабочего места, обучение пользованию специальными приспособлениями, инструментами, техническими средствами реабилитации для труда; проведение социальной реабилитации; содействие в налаживании контактов с социально-реабилитационными службами.

3-й этап реабилитации включает рациональное трудоустройство на рабочем месте, в мастерских, продолжение социальной реабилитации, проведение социо-культурной реабилитации и реабилитации средствами физической культуры и спорта, реализацию мероприятий психологической реабилитации.

4-й этап реабилитации включает оценку эффективности проведенных реабилитационных мероприятий и содействие (при отсутствии противопоказаний) в переходе на открытый рынок труда.

4.4. Профессиональный аспект социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями

Одним из основных направлений поддержки инвалидов является профессиональный аспект социальной реабилитации, которая является важнейшей составной частью государственной политики в области социальной защиты инвалидов.

Профессиональная реабилитация – возвращение больного человека (или инвалида) к общественно значимому труду с использованием специальных реабилитационных мероприятий.

Профессиональная реабилитация является одним из элементов социальной реабилитации. Обычно профессиональная реабилитация имеет конечной целью рациональное трудоустройство инвалида, хотя многие определения этого вида реабилитации подразумевают приобретение инвалидом какой-либо профессии, которая дала бы ему право конкурировать на свободном рынке труда. Обе перечисленные цели имеют право на существование, так как среди инвалидов есть категории, которым никогда не быть конкурентоспособными на свободном рынке в силу специфики своих заболеваний. Поэтому именно эксперты бюро медико-социальной экспертизы должны просчитать все варианты и правильно сформулировать цель профессиональной реабилитации¹.

Одна из сторон профессиональной реабилитации инвалида – *трудовые рекомендации*, которые формулируют для него эксперты после этапа профессиональной ориентации и которые служат базой для выбора дальнейших мер профессиональной реабилитации. Трудовая рекомендация должна быть полной и включать описание всех факторов и элементов предстоящей трудовой деятельности. Она должна включать:

- противопоказанные по состоянию здоровья инвалиду факторы профессиональной деятельности или противопоказания к выполнению работы по прежней профессии;

- показанные инвалиду условия труда (тяжесть и напряженность, режим труда и отдыха, форму организации труда, санитарно-гигиенические факторы); в случае возможности продолжения инвалидом работы в своей профессии с уменьшением объема – необходимые ограничения в отношении отдельных должностных и функциональных обязанностей, плановых заданий, норм выработки и т.д.;

¹ Кавокин, С.Н. Профессиональная реабилитация и занятость населения / С.Н.Кавокин. – М., 1997. – 168 с.

- в необходимых случаях – особые требования к охране труда и технике безопасности (к работе на высоте, у движущихся механизмов, с электрооборудованием и др.);

- в показанных случаях необходимые для выполнения работы по профессии рабочие приспособления и специальные требования по организационно-технической и эргономической адаптации рабочего места применительно к особенностям патологии инвалида;

- перечень примерных профессий и видов труда.

Исходя из трудовых рекомендаций, в карте индивидуальной программы реабилитации указываются формы *приобретения новой профессии или переквалификации*. В них входят обучение на рабочем месте, получение профессии на краткосрочных курсах, обучение в учебных заведениях начального и среднего профессионального образования, а в отдельных случаях и высшего профессионального образования. При этом важно отметить, требуется ли обучение в специализированных учебных заведениях (или в специализированных для использования труда инвалидов производствах) или инвалид способен получить профессию в заведениях общего профиля.

Профессиональное образование в рамках концепции медико-социальной реабилитации инвалидов представляет систему и процесс овладения знаниями, умениями и навыками в области рекомендуемой профессиональной деятельности. Профессиональное образование не гарантирует занятости инвалида, но лишь высокий уровень профессионального образования делает инвалида конкурентоспособным на рынке труда и предоставляет ему равные шансы со здоровыми людьми.

Реабилитация инвалидов предусматривает признание принципа равных возможностей в области начального, среднего и высшего образования для детей, молодежи и взрослых в интегрированных структурах.

Методология образования инвалидов должна предусматривать развитие способностей инвалидов усваивать знания и приобретать новые навыки, при этом должны учитываться особенности

патологии, а для обучения при необходимости должны применяться вспомогательные средства.

В последнее десятилетие важнейшей тенденцией следует признать возрастание роли субъективности, личностной активности и ответственности человека во всех сферах жизнедеятельности, в том числе в профессиональной реабилитации и в профессиональном образовании, в частности. В отличие от традиционного подхода, когда развитие личности субъекта учения всегда рассматривалось как одна из рядоположенных задач или целей образования, новый подход предполагает утверждение высших личностных структур (мотивов, ценностей) как главных регуляторов учения, труда, развития. Этот подход как нельзя лучше согласуется с задачами профессиональной реабилитации инвалидов.

Профессиональное образование лиц с ограниченными возможностями

Профессиональное образование инвалидов должно не просто давать определенный набор знаний и умений своим учащимся, но должно готовить к решению реальных жизненных задач, к выполнению

обязательных социальных функций, развивать способность к самостоятельной постановке задач и к нахождению путей их оптимального решения, развивать способность к работе в коллективе, к жизни в современном обществе с присущими ему трудностями (безработицей и пр.). Основная задача – связать обучение с объективными потребностями учащихся, создать условия для самореализации их личности.

Однако законодательство в отношении инвалидов не учитывает, что работодателю нужен не инвалид, а работник. Полноценная трудовая реабилитация и состоит в том, чтобы сделать из инвалида работника, но для этого необходимы определенные условия. Эффективная последовательность – превратить инвалидов в работников, а затем трудоустраивать, но не наоборот. Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов являются важнейшими аспектами их профессиональной реабилитации.

Начальное и среднее профессиональное образование инвалидов осуществляется на сегодняшний день самыми разными учебными заведениями, как специализированными (для инвалидов), так и общими, где процент инвалидов незначителен. Специализированные учебные заведения для инвалидов находятся в ведении различных государственных учреждений, в том числе Министерств образования и науки, здравоохранения и социального развития.

В соответствии с «Положением о профессионально-технических училищах-интернатах для инвалидов органов социального обеспечения» учащимся этих учебных заведений инвалидность устанавливается на весь период обучения до приобретения ими соответствующей профессии. В дальнейшем вопрос о состоянии их трудоспособности решается на основании общих принципов экспертизы трудоспособности.

Обучение в этих учебных заведениях бесплатно. В течение всего периода обучения учащиеся находятся на полном государственном обеспечении: им предоставляется общежитие, трехразовое питание, обмундирование. Успевающим учащимся выплачивается стипендия. Пенсия им выплачивается в соответствии с Законом о пенсиях.

Специализированные учебные заведения по своим задачам и функциям являются центрами профессиональной реабилитации, где инвалиды получают профессию или специальность и где в отношении их проводятся различные реабилитационные мероприятия медицинского, социального и психологического характера. Для этого в штате имеются медицинские работники, психологи, социальные педагоги.

Интеграция инвалидов в систему общего образования предусматривает дальнейшее расширение специализированных групп обучения для инвалидов с различными видами патологии, которые действуют в настоящее время в рамках обычной школы, а также совместное обучение инвалидов со здоровыми детьми в обычных классах.

Обучение инвалидов в учебных заведениях общего типа является более предпочтительным по сравнению с обучением их в

специализированных учебных заведениях, поэтому при профессиональной ориентации инвалиды с учетом их возможностей должны быть ориентированы, прежде всего, на обучение в обычных учебных заведениях. Преимуществами обучения инвалидов в этих заведениях являются: более широкий выбор видов профессиональной деятельности для обучения, что позволяет полнее удовлетворить профессиональные интересы инвалидов; более высокий уровень профессиональной и специальной подготовки, получаемый учащимися этих учебных заведений по сравнению с учащимися специализированных учебных заведений для инвалидов; более высокий уровень подготовки инвалида к последующей интеграции в трудовую жизнь и обычные условия жизни. В связи с большой распространенностью этих учебных заведений инвалид имеет большие возможности профессиональной подготовки по месту жительства.

Вместе с тем, обучение инвалидов в данных учебных заведениях связано с определенными ограничениями. К ним можно отнести, во-первых, ограничения в возрасте, во-вторых, более высокий уровень требований к состоянию здоровья и психофизиологическим качествам и способностям личности инвалида, поскольку учебный процесс здесь рассчитан на здоровых людей; вот почему при направлении инвалидов на обучение следует тщательно подходить к определению показаний к обучению инвалидов в этих учебных заведениях; в-третьих, более высокие требования к инвалиду при решении психологических, бытовых и социальных проблем т.п.

Инвалиды поступают в данные учебные заведения и обучаются там в общем порядке наравне со здоровыми людьми, хотя в отношении некоторых категорий из них законодательством предусмотрены и некоторые льготы. Например, в вузы и сузы они принимаются вне конкурса при наличии заключения МСЭК о возможности обучаться в данном учебном заведении по конкретной специальности и в дальнейшем работать по приобретенной специальности. Они имеют также право на получение социальной

стипендии, а при условии успешной учебы – и академической стипендии.

Одно из основных мест в системе профессиональной подготовки, переподготовки и повышения квалификации инвалидов занимает система курсового обучения. Эта система позволяет в короткие сроки, как правило составляющие 2-6 месяцев, обеспечить освоение простейших рабочих специальностей, не требующих чаще всего высокого уровня общего образования, и (или) освоение смежных специальностей в рамках уже имеющейся профессии и освоение новой профессии на базе имеющегося профессионального образования, при котором значительная часть приобретенных ранее знаний и умений может быть использована в рамках вновь выбранной профессии (специальности).

Специальные учебные заведения не обеспечивают подготовки инвалидов на уровне, гарантирующем их конкурентоспособность, а некоторые из них готовят специалистов, которые заведомо оказываются невостребованными.

Служба занятости проводит профессиональное обучение инвалидов в учебно-курсовых комбинатах, учреждениях начального и среднего профессионального образования, в специализированных учебных заведениях. При обучении инвалидов в неспециализированных учебных заведениях чаще всего используется индивидуальный метод обучения. Что касается обучения инвалидов 1-й и 2-й групп, то оно преимущественно проводится специализированными учебными и учебно-производственными учреждениями: профтехучилище-интернат для инвалидов, учебно-производственные предприятия Всероссийских обществ глухих и слепых.

В законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (ст. 19) указывается, что профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов в специальных образовательных учреждениях для инвалидов осуществляются в соответствии с государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов».

Принципы профессиональной реабилитации

Профессиональная реабилитация, отражая современную социальную политику государства в отношении инвалидов, строится на следующих

основных *принципах*:

– приоритет интересов инвалидов при осуществлении реабилитационных мероприятий, гуманистическая направленность, предполагающая уважение личности, развитие ее индивидуальности, содействие ее наиболее полной самореализации, поддержание в ней сознания собственной ценности и значимости. Этот принцип также требует индивидуального подхода к каждому инвалиду с учетом его особенностей, возможностей, потребностей и интересов;

– доступность и адресность, предполагающие предоставление инвалидам услуг по профессиональной реабилитации, оснащение и оборудование учебных и рабочих мест в соответствии с их индивидуальными программами реабилитации, вариативность форм, уровней и методов обучения;

– активное участие инвалидов в процессе реабилитации;

– гибкость и динамичность, предполагающие возможность оперативной перестройки или изменения форм и методов профессиональной реабилитации в соответствии с изменяющимися требованиями общества и рынка труда, их корректировку в соответствии с особенностями различных категорий инвалидов;

– комплексный подход к процессу профессиональной реабилитации, требующий подключения медицинских, психологических и социальных реабилитационных мероприятий для наиболее эффективной профессиональной реабилитации и в целях наиболее полной интеграции инвалида в общество как основной цели реабилитации;

– этапность и последовательность этапов процесса профессиональной реабилитации.

Если рассматривать профессиональную реабилитацию как восстановление способности трудиться, то необходимо учитывать три уровня трудовой деятельности инвалида:

– труд как активность, деятельность в целом включающая также и непроизводительный труд, спорт, культуру, труд по самообслуживанию и домоводству) – этот уровень доступен всем без исключения инвалидам, даже с самыми тяжелыми ограничениями жизнедеятельности;

– труд в специально созданных условиях – этот уровень рассчитан на инвалидов с умеренными ограничениями жизнедеятельности;

– труд в открытом производстве – этот уровень доступен только хорошо адаптированным и реабилитированным инвалидам.

Однако труд на всех этих уровнях в современной обстановке требует от инвалида определенной степени социальной адаптированности к новой социальной ситуации, которая требует таких качеств, как готовность брать на себя ответственность, способность самостоятельно думать и действовать, принимать решения, готовность к сотрудничеству, самообразованию, гибкость, инициативность. Для этого необходимо привести содержание и методы всех этапов профессиональной реабилитации в соответствие с современными социально-экономическими требованиями с учетом вышеперечисленных принципов.

Перечень рекомендуемых инвалидам для обучения и последующего трудоустройства профессий и специальностей должен отвечать следующим требованиям:

– соответствовать требованиям регионального рынка труда и конкурентоспособности, т.е. динамично изменяться;

– ориентироваться на инвалидов различного возраста, с различными ограничениями и трудовым опытом, уровнем общеобразовательной и профессиональной подготовки;

– содержать профессии, доступные для инвалидов с различными патологиями и группами инвалидности;

– быть вариативным для конкретного инвалида.

Трудоустройство инвалидов и успешное выполнение ими профессиональной деятельности является критерием эффективности профессиональной реабилитации. Поэтому результаты трудоустройства и профессиональной деятельности

выпускников отслеживаются, выявляются встречающиеся им трудности и проблемы в профессиональной реабилитации.

4.5. Специфика профессиональной реабилитации детей-инвалидов

Трудовая деятельность для человека – основа жизнедеятельности как высшей ценности, как источник саморазвития личности и реализации заложенных в ней возможностей. Но для ребенка-инвалида данное понятие имеет более широкое значение, чем для нормальных детей. В него включается не только производительный труд, но и непроизводительный труд (бытовой труд, труд по самообслуживанию и домоводству, спорт и т.д.).

Чтобы овладеть навыками и умениями конкретного профессионального труда необходимо, чтобы ребенок предварительно приобрел определенную физическую ловкость, овладел навыками самообслуживания, у него должно быть сформировано положительное отношение к труду как к деятельности в целом. Названные качества приобретаются в ходе подготовки к трудовой деятельности на ранних и последующих этапах возрастного развития.

Подготовка ребенка-инвалида к труду является важнейшей составляющей социально-реабилитационного процесса. Центральное место в системе подготовки ребенка к трудовой деятельности занимает процесс формирования мотивационной готовности к труду, которая помогла бы ему достичь высокого уровня самореализации. Обусловлено это тем, что у многих детей может отсутствовать или очень слабо проявляться нравственная мотивация труда, могут возникать дополнительные трудности в выработке тех или иных навыков и действий, у отдельной части детей в силу специфики дефекта может быть ограничена сфера их труда лишь некоторыми отдельными видами¹.

¹ Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. – М.: Просвещение, 2002. – 448 с.

Очень важным моментом в подготовке ребенка к труду, в формировании у него различных трудовых навыков является осуществление психологической поддержки. Она позволяет помочь ему поверить в себя и свои способности, избежать ошибок, поддержать при неудачах.

Другими важными направлениями подготовки детей к труду в условиях социально-реабилитационного процесса могут быть:

- социальная диагностика – выявляет состояние системы жизнеобеспечения ребенка-инвалида и ее направленности на подготовку к труду;

- социальный патронаж – включает социально-бытовую, социально-трудовую и социально-правовую поддержку ребенка и его семьи на основании диагностики с целью создания оптимальных условий реабилитации и подготовки ребенка к труду;

- социально-трудовая поддержка – включает помощь ребенку, подростку с отклонениями в развитии в осуществлении профориентации, в получении профессионального образования и в трудоустройстве;

- социально-правовой патронаж и помощь – предполагает организацию юридических консультаций родителям и подросткам по вопросам имеющихся у детей с отклонениями в развитии прав и гарантий и способам их реализации;

- социальная адаптация – включает социально-бытовую и социально-средовую адаптацию в зависимости от имеющихся у ребенка нарушений и ограничений жизнедеятельности¹.

Подготовка ребенка с ограниченными возможностями жизнедеятельности к труду предполагает не только выработку у него определенных трудовых навыков и умений, но и его ориентацию на профессиональное самоопределение. Человек с ограничениями в развитии должен в течение жизни быть готовым к возможной смене рабочих мест, областей профессиональной деятельности, к повышению квалификации, самообразованию и переподготовке, к самореализации и постоянному росту в процессе

¹ Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. – М.: Просвещение, 2002. – 448 с.

трудовой деятельности. Данная задача решается средствами профессиональной ориентации на основании его представлений о своих возможностях, желаниях, мотивах, установках и тех ценностных установках, которые у него сформированы по отношению к определенным видам профессиональной деятельности.

Чтобы обеспечить успешный процесс подготовки ребенка к труду, необходимо как минимум сосредоточить усилия на решении следующих задач, которые помогут целенаправленно и квалифицированно осуществлять воспитательную работу с ребенком.

Во-первых, необходимо как можно раньше включить ребенка в реабилитационный процесс, что позволит выяснить в достаточной степени выраженность нарушений и состояние компенсаторных возможностей организма для прогнозирования будущей трудовой деятельности. Чтобы реализовать себя в трудовой деятельности, человек должен не только хорошо ориентироваться в мире профессий, но и иметь правильное представление о себе, о своих интересах и возможностях, сильных и слабых сторонах, о ценностях и притязаниях. Включение ребенка с ограничениями жизнедеятельности в реабилитационный процесс создает реальные предпосылки не только для устранения или компенсации нарушенных функций, но и для более глубокого понимания своего «Я», своих возможностей в том или ином виде трудовой деятельности.

Различают три варианта трудового прогноза:

- 1) благоприятный, при котором предполагается доступность трудовой деятельности в показанных профессиях в полном объеме;
- 2) сомнительный, когда выполнение профессионального труда возможно при соблюдении определенных ограничений;
- 3) неблагоприятный, когда трудовая деятельность возможна только в специально созданных условиях или на дому, или не доступна вообще.

На основании данных комплексного обследования составляется индивидуальная программа реабилитации, в которой наряду с лечебными мероприятиями определяются меры по

повышению уровня доступной физической и интеллектуальной нагрузки, круг показанных профилей трудового обучения. В ней также рекомендуется режим учебного труда и отдыха, формы трудового обучения, определяются формы контроля за состоянием организма во время трудовых нагрузок, указываются контролируемые параметры для врача и для педагогов.

Во-вторых, важно создать такие условия жизнедеятельности, в которых наиболее полно проявлялись бы желание и активность ребенка в самосовершенствовании и в приобретении трудовых навыков.

Подготовка детей с ограничениями жизнедеятельности к труду – сложный и длительный процесс, начинающийся в раннем детстве. Особая роль в подготовке детей к труду принадлежит семье. В ней важно не только создать условия для нормальной жизнедеятельности ребенка и проявления его активности в трудовых делах, но и сформировать у него веру в себя, свои возможности.

Семья располагает значительными средствами приобщения ребенка к труду. В их числе могут быть: самообслуживание; сотрудничество в игровой деятельности; в ходе обучения ведению домашнего хозяйства; ознакомления с профессиональной деятельностью, выполняемой родителями; в процессе выполнения ребенком домашних учебных заданий и т. д.

Чтобы трудовое воспитание было успешным, необходимо соблюдать в отношении ребенка следующие педагогические требования:

- посильность, регулярность, обязательность выполнения определенного круга домашних работ;
- обучение трудовым навыкам и совместной деятельности ребенка и взрослого;
- создание условий для успешной работы детей и преодоления посильных трудностей;
- объективная оценка и разумное поощрение результатов труда ребенка.

Центральным звеном подготовки детей с ограниченными возможностями к жизни является система образования. Ее задача

состоит не только в том, чтобы дать детям определенные знания и выработать соответствующие навыки и умения, но и подготовить их к трудовой деятельности. Они должны быть хорошо подготовлены в профессиональном отношении, быть предприимчивыми, способными быстро адаптироваться к новым условиям и содержанию профессиональной деятельности.

К сожалению, современный уровень организации трудового обучения детей с физическими и психическими отклонениями не соответствует требованиям их подготовки к самостоятельной жизни. Основной его недостаток в том, что школа вместо подготовки ребенка к трудовой деятельности, формирования положительной мотивации к труду пытается обучать его той или иной рабочей профессии, вырабатывать исполнительские навыки, препятствующие в конечном итоге социальному становлению личности. То есть ранняя профессионализация в связи с непониманием ее детьми затрудняет формирование потребности к трудовой деятельности, вырабатывает у них стойкое отвращение к трудовым усилиям.

Исходя из названных недостатков и современных требований в подготовке детей с ограничениями жизнедеятельности к труду, объективно вытекает необходимость переосмысления системы профессиональной реабилитации и трудового обучения с точки зрения повышения его качества.

Важнейшая особенность организации трудового обучения детей с ограниченными возможностями состоит в том, что она должна быть строго дифференцирована. Для детей, имеющих отклонения в физическом развитии, содержание подготовки к труду должно носить более выраженный коррекционный характер.

Для детей, имеющих легкие интеллектуальные нарушения, но способных вести самостоятельную, независимую жизнь, подготовка к труду должна базироваться на формировании высших корковых функций (речи, пространственно-временных представлений и др.), различных видов предметно-практической деятельности. Содержание компенсаторно-адаптационного аспекта подготовки детей с названными дефектами направлено на коррекцию психофизического развития личности, создание

компенсаторного и социально-адаптационного способов деятельности.

Для детей с выраженными интеллектуальными нарушениями, не способными вести независимую жизнь, трудовая подготовка должна иметь более узкую практическую направленность на выполнение конкретных трудовых операций. Содержание обучения таких детей направлено на коррекцию личности ребенка, его познавательных возможностей, компенсацию двигательных дефектов, социальную адаптацию в социальной среде, подготовку к доступным видам труда.

Очень важно, чтобы в системе подготовки детей с отклонениями в развитии к труду в полной мере использовался обслуживающий труд и ручной труд в различных мастерских. Обслуживающий труд, как наиболее доступный, носящий естественный характер и не требующий особых материальных затрат, должен эффективно использоваться на протяжении всего периода пребывания ребенка как в семье, так и в специализированном или другого типа учреждении.

Основными видами обслуживающего труда могут быть: уборка своих рабочих мест, уборка жилых и подсобных помещений, самообслуживание в столовой, работа на кухне, в подсобном хозяйстве и т. п. Трудовые навыки в ходе обслуживающего труда расширяют возможности ребенка и подростка к социально-бытовой адаптации, а для некоторых из них могут стать основой для профессионального самоопределения.

Не меньшее значение имеет обучение детей ручному труду в мастерских: выработке навыков столярного и слесарного дела, навыков и умений работы с тканью, вязанию, плетению и многому другому.

Организуя трудовую деятельность детей с ограниченными возможностями, надо иметь в виду, что необходимая отдача в решении задач социальной реабилитации появится лишь в том случае, если будут учитываться специфические особенности развития детей. Отсюда приобщение детей к доступной им трудовой деятельности должно строиться на строгом учете индивидуальных особенностей ребенка.

Итак, подготовка детей с ограничениями жизнедеятельности к труду – важнейшая составляющая комплекса мероприятий, направленных на формирование целостной личности, обладающей качествами, необходимыми для успешной интеграции в социально-экономическую жизнь общества. Положительных сдвигов в подготовке к труду можно достичь только при положительном отношении ребенка к тому, что предлагает взрослый, если ребенок принимает предложение взрослого как собственное, как необходимое.

Трудовое воспитание и обучение призвано формировать у ребенка с ранних лет положительную мотивацию к трудовой деятельности и людям труда, развивать такие качества, как: трудолюбие, инициативность, активность, находчивость, коммуникативные и другие свойства, составляющие основу современной личности.

Этапы подготовки к труду детей-инвалидов

Рассмотрим содержание подготовки к труду по этапам, выделенным в соответствии с возрастом детей с отклонениями в развитии¹ [39].

Основной целью *первого (дошкольного)* этапа подготовки к труду является формирование готовности и положительного отношения детей непосредственно к трудовой подготовке, а также трудотерапия. Этот этап предполагает проведение на основе комплексной диагностики интенсивных реабилитационных и коррекционных мероприятий медицинского, психологического и социального плана. Они должны быть направлены на восстановление и компенсацию нарушенных функций, стимуляцию психического и физического развития с опорой на сохранные функции. Кроме того, большое внимание уделяется обучению родителей различным мерам реабилитации, коррекции, воспитания и развития. Осуществляется также социально-бытовая ориентировка, сенсорное воспитание, обучение ориентировке в пространстве, самообслуживанию, приемам ручного труда, начинается формирование коммуникативных навыков. Уже в этом

¹ Концепция подготовки к труду детей с отклонениями в развитии. – СПб, 1996.

возрасте необходимы рекомендации врачей по допустимым физическим и нервно-психическим нагрузкам для занятий учебным и общественно полезным трудом, трудотерапией (общеукрепляющей). Деятельность семьи также максимально направлена на интенсивную реабилитацию.

В начальных классах (на *втором этапе* подготовки) начинается развитие интересов и способностей, формирование навыков саморегуляции, адекватного отношения к заболеванию, коррекция эмоциональных и психологических нарушений. Дети привлекаются к общественно-полезному труду. В профориентационных целях детей знакомят с наиболее массовыми профессиями и профессиями их родственников и близких знакомых с акцентом на то, что человек должен выбирать профессию в соответствии со своими возможностями.

На *третьем (ориентировочном)* этапе (10-14 лет) основной целью является общая ориентация детей в мире труда и профессий, которая носит общетрудовой характер: расширение социальных связей, развитие интересов и способностей, обще трудовая подготовка, формирование коммуникативных навыков, навыков саморегуляции и адекватной самооценки, развитие гибкости и пластичности психических функций, изучение основ домашней экономики.

В профориентационном плане продолжается профпропаганда и профинформация, ориентация на доступные виды трудовой деятельности, формирование реальных профпланов и установок на общественно-полезную деятельность, проводятся профдиагностика и профтестирование, возможно определение трудового прогноза, выдача профессиональных рекомендаций по профобучению, трудовые пробы и трудотерапия (восстановительная). В семье идет интенсивное привлечение к ведению домашнего хозяйства, развитие интересов и способностей, ориентировка на самостоятельное существование.

Профессиональная диагностика особенностей личности, подробное информирование и консультирование проводятся с целью выбора сферы деятельности, режима труда, рассматриваются все возможные варианты обучения. Инвалидам предлагаются

тестовые методики Г. и С. Айзенк, Кеттелла, Люшера, «Шкала самооценки», «Кубики», КООСА, КОС и др. Профконсультанты должны опираться на перечень медицинских противопоказаний к работе и производственному обучению, позволяющий правильно дать рекомендации по выбору сферы деятельности.

В каждом конкретном случае рекомендации выносятся с учетом индивидуальных особенностей пациента, связанных с его дефектом или болезнью, возрастом, психологическими и физическими качествами, индивидуальными устремлениями и установками.

С целью адаптации к труду и тренировкам профессионально-значимых функций в программу медицинской реабилитации вводятся лечебные мероприятия, направленные на компенсацию сниженных профессионально значимых функций посредством физической тренировки, механотерапии, психотерапии, кинезотерапии, медикаментозного лечения.

Этот этап соответствует адаптационному этапу реабилитации и включает восстановительное лечение, коррекцию эмоциональных и психологических нарушений. Продолжается восстановление и компенсация нарушенных функций с опорой на сохранные функции.

Основными задачами *четвертого этапа* (16-17 лет) являются: формирование готовности к трудовому самоопределению на основе ориентации на конкретные показанные виды трудовой деятельности, предпрофессиональная подготовка, участие в производительном труде; формирование навыков делового общения и адекватной самооценки, гибкости психических функций, установок на принятие ролевых позиций. Продолжается осуществление профдиагностики и профтестирования, формирование и коррекция профпланов.

В этот период (в 16 лет) осуществляется освидетельствование в бюро МСЭ с определением трудоспособности и выдачей конкретных рекомендаций по профессиональному обучению и трудоустройству. Социальная служба совместно с родителями помогает подростку в реализации его жизненных планов: в выборе

места и формы профессиональной подготовки или в трудоустройстве.

Пятый этап подготовки к труду включает профессиональное обучение, которое в форме трудовой подготовки может быть организовано и в реабилитационном центре с учетом ее профилей. Для получения сертификата о профессиональной подготовке квалификационный экзамен может быть организован через профессиональные училища или курсовую сеть (через учреждения, имеющие лицензию на профессиональную подготовку).

В зависимости от имеющихся у детей нарушений, ограничений жизнедеятельности, реабилитационного потенциала и трудового прогноза (определяемого в подростковом возрасте) содержание их подготовки к труду должно опираться на соответствующие программы трудового обучения.

В системе профессиональной реабилитации детей-инвалидов основное место занимает профессиональная ориентация. В настоящее время общепризнанно, что *профессиональная ориентация* – проблема комплексная, ее основа обеспечивается координированной работой психологов, педагогов, медиков, и ее практическое осуществление возможно при совместных усилиях семьи и реабилитационного центра.

В системе профориентационной работы с детьми-инвалидами на педагогов и мастеров трудовых мастерских возлагаются следующие задачи: профессиональное просвещение и воспитание, профессиональная информация и агитация, развитие творческих способностей и профессиональных интересов, профессиональные пробы.

Основная задача профориентационной работы состоит в том, чтобы на основе использования различных форм и методов групповой и индивидуальной работы с детьми подготовить их к обоснованному выбору профессии с учетом их индивидуальных особенностей.

Формы и методы профориентационной работы многообразны:

- занятия в трудовых мастерских с сообщением определенных сведений профориентационного характера;
- профориентационный урок или беседа;

- занятия в кружках;
- экскурсии на предприятия, профессиональные учебные заведения, на выставки;
- использование средств массовой агитации: стенды, стенгазеты, фотоальбомы;
- конкурсы «лучший по профессии».

Профориентационную работу в трудовых мастерских можно разделить на следующие этапы:

– на I этапе (младший школьный возраст) осуществляется подготовка детей к трудовым усилиям, ознакомление их с профессиями (с учетом возрастных особенностей), с миром труда, формирование у них потребности своим трудом приносить пользу другим. Достичь этого можно включением детей в посильный общественно-полезный труд, в различные виды трудовой деятельности;

– на II этапе (10-12 лет) дети включаются в общественно-полезный труд, у них формируются общественно значимые мотивы выбора профессий, интерес к конкретной трудовой деятельности;

– на III этапе (12-14 лет) у детей должны быть сформированы систематические знания, умение ориентироваться в мире профессий, интерес к конкретной профессии;

– на IV этапе (14-17 лет) основное внимание должно быть обращено на социально-профессиональную направленность подготовки к труду в сфере материального производства с учетом психофизических возможностей подростков.

Таким образом, профориентационная работа должна начинаться с младшего школьного возраста, поскольку воспитание в труде, в коллективе является основой последующего правильного профессионального самоопределения.

Кроме того, в процессе профессиональной реабилитации детей-инвалидов происходит формирование качеств личности, которые являются необходимыми и профессионально важными для всех без исключения профессий: трудолюбие, уважение к людям труда всех профессий и специальностей, осознание необходимости трудиться, умение спланировать и проконтролировать свою работу, организовать правильно рабочее место, аккуратность и точность в

работе, усидчивость, умение выбрать наиболее рациональный способ выполнения трудового задания, экономия материалов и времени и т.д. Все эти качества формируются постепенно, начиная с младшего возраста.

Выбор профессии должен осуществляться подростком-инвалидом на широкой профессиографической (знания о мире труда и профессиях) и психофизиологической (знание о своих психофизиологических особенностях и способностях) основе. Формы работы разнообразны, и они реализуются совместно психологом и педагогом. Это рассказы, беседы (индивидуальные и групповые), профессиографические экскурсии на предприятия и учебные заведения, беседы о психологических и физиологических возможностях человека, об особенностях их заболеваний и рекомендуемых профессиях, профессиографические исследования с целью описания профессий, встречи с представителями определенных профессий, профессиографические игры.

Таким образом, этап профессиональной реабилитации детей-инвалидов является одним из важнейших звеньев единого реабилитационного процесса, способствующий максимально полной интеграции больного в общество, что в конечном итоге приведет к снижению тяжести инвалидности.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Перечислите основные элементы социальной реабилитации инвалидов и дайте их краткую характеристику.
2. Что представляют собой базовая и индивидуальная программы реабилитации?
3. Порядок разработки ИПР инвалида.
4. Назовите основные этапы реабилитационного процесса.
5. Охарактеризуйте основные мероприятия профессиональной реабилитации инвалидов.
6. Каковы особенности профессионального образования инвалидов?
7. Какова специфика трудоустройства инвалидов?
8. Каковы особенности профессиональной реабилитации детей-инвалидов?

Нормативно-правовые источники

1. Декларация о правах инвалидов (Резолюция тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 3447 (XXX) от 9 декабря 1975 г.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
2. Конвенция ООН «О правах инвалидов» (Принята ООН 13 декабря 2007) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Конвенция Международной организации труда «О профессиональной реабилитации и занятости инвалидов» № 159 [рус., англ.] (Принята в г. Женеве 20.06.1983 на 69-ей сессии Генеральной конференции МОТ) // Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957 - 1990. Т. II.- Женева: Международное бюро труда, 1991. - С. 2031-2035.
4. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
5. Федеральный закон от 23.10.2003 N 132-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам реабилитации инвалидов» (принят ГД ФС РФ 08.10.2003) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
6. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 24.07.2009) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (принят ГД ФС РФ 20.07.1995) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
7. Федеральный закон от 02.08.1995 N 122-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (принят ГД ФС РФ 17.05.1995) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. –

Электрон. дан. – [М., 2010].

8. Указ Президента РФ от 01.07.1996 N 1011 (ред. от 27.04.2000) «О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
9. Указ Президента РФ от 06.05.2008 N 685 «О некоторых мерах социальной поддержки инвалидов» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
10. Постановление Правительства РФ «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг» от 27.07.1996 г. № 901 // Российская газета. – 1996. – №151. – 10 августа.
11. Постановление Правительства РФ от 29.12.2005 N 832 (ред. от 21.06.2010) «О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2006 – 2010 годы» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

(Полный перечень нормативно-правовых источников по состоянию на 2010 г. представлен в Приложении №4.)

Литература

1. Алферова, Т.С. Основы реабилитологии / Т.С. Алферова, О.А. Потехина. – Тольятти, 1995. – 147 с.
2. Андреев, Д.В. Вопросы трудового устройства инвалидов / Д.В. Андреев – М.:ФЦЭРИ, 2003. – 181 с.
3. Андреева, Л.В. Образование лиц с ограниченными возможностями в контексте программы ЮНЕСКО «Образование для всех»: опыт России / Л.В. Андреева, Д.И. Бойков, Е.Ф. Войлокова и др. – С.-Пб., 2007. – 80 с.
4. Андреева, О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалида / О.С. Андреева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. - №4. – С.20-27.
5. Белявский, Б.В. Состояние и задачи профессионального

- образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации / Б.В. Белявский, А.С. Госпорьян, М.А. Новикова. – М., 2006. – 96 с.
6. Бондарева, Э.С. Квотирование рабочих мест для инвалидов: проблемы реализации / Э.С.Бондарева // Трудовое право. – 2007. – № 8. – С. 56-61.
 7. Гришина, Л.П. Анализ инвалидности в Российской Федерации за 1970-1999 гг. и ее прогноз до 2015 г. / Л.П. Гришина, Н.Д. Талалаева, Амирова Э.К. // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2001. – №2. – С. 27-31.
 8. Дегтярев, А. Квотирование рабочих мест для инвалидов / А.Дегтярев // Социальное и пенсионное право. – 2007. – № 3. – С. 31-36.
 9. Дементьева, Н.Ф. Социально-трудовая реабилитация нетрудоспособных граждан, находящихся в защищенных условиях / Н.Ф. Дементьева // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1998. – №1. – С. 27-29.
 10. Захаренков, В.В. Организационно-функциональная модель системы отбора и формирования групп инвалидов для медико-социальной реабилитации / В.В. Захаренков // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – №4. – С. 10.
 11. Зозуля, А.В. Комплексная реабилитация инвалидов: Учебник / А.В. Зозуля. – М.: Academia, 2005. – 304 с.
 12. Золотов, В.П. Реабилитация: определение понятий и основные принципы / В.П.Золотов // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2001. – №5. – С. 34-41.
 13. Кантор, В.З. Реабилитационно-педагогические основы организации обучения молодежи с ограниченными возможностями здоровья в системе высшего образования / В.З. Кантор // Доступность высшего образования для инвалидов. – Челябинск, 2003. – 203 с.
 14. Куприянов, Р.В. Теория и практика социальной реабилитации / Куприянов Р.В., Шарифулина Д.Р., Берцкая Е.А. – Казань: КГТУ, 2005. – 312 с.
 15. Малинина, С.М. Реализация конституционных прав детей-инвалидов / С.М. Малинина // Социальное и пенсионное право.

– 2009. – № 1. – С. 15-19.

16. Овсюк, А.М. Конвенция ООН о правах инвалидов - важный договор для защиты уязвимых групп населения / А.М. Овсюк // Юрист-международник. – 2007. - № 3. – С. 29-33.
17. Парягина, О.А. Инвалиды: дискриминация и занятость / О.А. Парягина // Трудовое право. – 2007. – №4. – С. 24-29.
18. Парягина, О.А. Концептуально-правовые основы и проблемы занятости инвалидов / О.А. Парягина // Право и политика. – 2007. – №4-5. – С. 31-36.
19. Радута, В.И. Конституционно-правовые аспекты реабилитации инвалидов в российской федерации / В.И. Радута // Конституционное и муниципальное право. – 2007. – №23. – С. 52-59.
20. Социальная диагностика инвалида / Э.Н. Дёмина. – М.: ФЦЭРИ, 2003. – 200 с.
21. Сырникова, Б.А. Характеристика реабилитационных учреждений в системе социальной защиты населения / Б.А. Сырникова // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2003. – №4. – С.8-9.
22. Цыганов, М.Е. Интеграция инвалидов в сферу занятости: опыт стран Евросоюза / М.Е. Цыганов // Труд за рубежом. – 2003. – № 4. – С. 50-54.
23. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальная работа с инвалидами: Учебное пособие / Е.Р. Ярская-Смирнова, Э.К. Наберушкина. – СПб.: Питер, 2004. – 320 с.

РАЗДЕЛ 5. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

5.1. Старение, типология старения и классификация пожилых людей

Основные характеристики процесса старения человека

Процесс старения человека и его последствия для конкретного индивида и общества в целом интересовали человечество с самых давних времен (Гиппократ, Платон, Аристотель, Гален и др.). Долгое время он является объектом изучения целого ряда медико-биологических (В.В. Алпатов, А.А. Богомолец, П.А. Вундер, И.В. Давыдовский, С.М. Далакишвили, И.И. Мечников, А.В. Нагорный, В.Н. Никитин, А.Н. Разумович, Н.Н. Сачук, Ю.Б. Тарнавский, З.Г. Френкель, В.В. Фролькис, Д.Ф. Чеботарев, а также А. Комфорт, Р. Пирл, Б. Стрелер и др.), психологических (М.Д. Александрова, Б.Г. Ананьев, В.В. Болтенко, О.В. Краснова, А.Г. Лидерс, Д.И. Фельдштейн и др.), социологических (В.Д. Альперович, В.Д. Шапиро и др.) и философских (Т.М. Докучаева, Т.В. Карсаевская, А.Т. Шаталов и др.) наук. Особая активизация интереса научной общественности к многочисленным и разнообразным проблемам позднего периода жизни человека наблюдается в последнее время в условиях стремительно распространяющегося по всему миру демографического старения. Более того, в современных условиях наметилась тенденция к переосмыслению тех положений, которые долгое время служили ориентирами в понимании феномена человека, находящегося на позднем этапе своего развития – этапе геронтогенеза. Значимость приобрели поиск и реализация адекватных мер, не только способствующих обеспечению более благоприятных условий для существования людей старших возрастов, но и создающие условия для широкого включения

последних в жизнь общества, обеспечения возможности независимого существования¹.

Пожилые люди – специфическая социально-демографическая группа населения, которая отличается рядом характерных свойств – физиологических, психологических, социальных, экономических, духовных. Системное, комплексное исследование проблем пожилых людей позволит наметить обоснованные пути оптимизации процесса старения как активного индивида, так и общества в целом, повышения статуса пожилых граждан в обществе, поможет сделать жизнедеятельность пожилого человека полноценной и благополучной, предоставить ему возможность не только для достаточно долгой жизни, но и для дальнейшего раскрытия собственного потенциала и самореализации в этом возрасте².

Анализ научной литературы показал: старение человека – процесс закономерный, однако сложный и противоречивый. Противоречивость данного процесса проявляется как на уровне биологических изменений, так и на уровне психологическом и социальном.

Физиологически старение означает потерю приспособляемости организма, наступающую во времени (А.А. Богомолец, В.В. Фролькис и др.). Исследование процессов старения показывает, что в течение жизни наступает определенный момент, в котором процесс развития замедляется и переходит в стадию регресса (инволюции). Следствием этого являются специфические изменения, которые происходят на разных уровнях жизнедеятельности организма человека, во всех его органах и функциональных системах. Присоединяющиеся к изменениям дегенеративные процессы становятся причиной нарушения здоровья пожилых людей и, как следствие, физиологического

¹Дыскин, А.А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. Руководство для подготовки социальных работников/ А.А.Дыскин, Э.И.Танюхина. – М.: Логос, 1996.

²Медведева, Г.П. Роль психологической компетентности социального работника в организации социального обслуживания пожилых людей/ Г.П.Медведева// Мир психологии. – 1999. – № 2. – С.164-168.

ослабления организма, вплоть до последующей беспомощности, когда пожилой человек становится полностью зависимым от окружающих (О.В. Краснова, А.У. Тибилова, Е.Н. Хрисанфова, Т.Ф. Яркина).

Однако процесс старения сопровождается также возникновением важных приспособительных механизмов, во многом определяющих продолжительность жизни человека. Согласно теории В.В. Фролькиса¹, в процессе адаптации организма к новым условиям происходит усиление и специализация закона гетерохронии (неравномерности): более продолжительно сохраняется и даже улучшается работа одних систем организма и параллельно с этим происходит ускоренная, с разными темпами инволюция других систем, что объясняется той ролью, которую они играют в основных, жизненно значимых процессах. Комплекс адаптационно-регуляторных сдвигов, которые В.В. Фролькис определяет как процесс витаукта (от *vita* – жизнь, *auctum* – увеличивать), направлены на поддержание стабильного уровня жизнеспособности, выживание, увеличение продолжительности жизни организма. Л.З. Тель и П.Б. Баннов обосновывают противоречивый характер старения следующим образом: “Старение снижает жизнеспособность, но одновременно обеспечивает конкретную адаптацию, т.е. способствует выживанию организма. Старение предопределяет смерть в отдаленных периодах онтогенеза, но одновременно благодаря старению удлиняется срок жизни. Наконец, старение создает условия, противодействующие самому этому старению – механизм противостарения”².

Тем не менее, процесс старения тесно связан с постоянным увеличением числа пожилых людей, страдающих различными заболеваниями, в том числе присущими только пожилому и

¹Фролькис, В.В. Природа старения. Биологические механизмы развития старения/ В.В. Фролькис. - М.: Наука, 1969; Его же. Старение и биологические возможности организма/ В.В. Фролькис. - М.: Наука, 1975; Его же. Старение и увеличение продолжительности жизни/ В.В. Фролькис/ АН СССР. - М.: Наука, 1988.

²Тель, Л.З. Старение: физиология, эволюция, терапия/ Л.З. Тель, П.Б. Баннов. – Алматы, Казахстан, 1994. – С.132-133.

старческому возрасту¹. Более того, заболеваемость пожилых людей отличается рядом специфических особенностей, знание которых представляется необходимым как для служб здравоохранения, так и для учреждений социальной защиты населения. Среди них: множественные патологические состояния; неспецифическое проявление болезни; хронический характер заболевания; быстрое ухудшение состояния, если не обеспечено лечение; длительность протекания заболеваний; высокая частота осложнений, вызванных болезнью и лечением; угроза инвалидизации; необходимость реабилитации².

Анализ научных исследований, посвященных проблемам здоровья пожилых людей, также позволил убедиться в сложности и противоречивости феномена старения (Т.В. Карсаевская, В.Н. Никитина). Ученые отмечают, что для пожилого возраста важность представляет не наличие какого-либо заболевания, а вопрос, в какой степени заболевание ограничивает повседневную деятельность личности, ее способность к самообслуживанию³. Т.В. Карсаевская считает: «Здоровье пожилого человека выражается в таком физическом, психическом и нравственном состоянии, которое позволяет ему оптимально для данной возрастной группы без существенных ограничений, ущемляющих конкретную личность, осуществлять общественно-полезную деятельность»⁴. Многочисленные исследования состояния здоровья, функциональных способностей пожилых людей демонстрируют невозможность выведения какого-то одного критерия старости. В группе пожилых могут встречаться люди, страдающие серьезными хроническими заболеваниями и при этом сохранившие способность к самообслуживанию; частично или абсолютно утратившие способность к самообслуживанию. Поэтому

¹ Яценевская, Р.С. Социальная геронтология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Р.С. Яценевская, И.Г. Беленькая. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДЮС, 1999.

² Лушкова, Н.П. Социальные и медико-демографические проблемы лиц пожилого возраста: автореф. дис. ... канд. экон. наук/ Н.П. Лушкова. – М., 2001.

³ Яценевская, Р.С. Социальная геронтология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Р.С. Яценевская, И.Г. Беленькая. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДЮС, 1999.

⁴ Карсаевская, Т.В. Философские аспекты геронтологии/ Т.В.Карсаевская, А.Т. Шаталов. - М.: Наука, 1978.

объективным показателем здоровья в старости признается прикованность к ограниченному пространству¹. Это позволяет дифференцировать пожилых людей по степени активности на свободно передвигающихся; в силу ограничений подвижности прикованных к дому, квартире, комнате; обездвиженных, беспомощных, прикованных к постели.

В качестве субъективного показателя состояния здоровья пожилого человека выступает самооценка. В силу того, что старение отдельных индивидов и их групп происходит далеко не одинаково, различается и самооценка: по-разному оценивают свое здоровье мужчины и женщины; жители городской и сельской местности; пожилые, живущие в домашних условиях и домах-интернатах (Л.И. Савинов, Н.П. Щукина). Более того, пожилые люди зачастую не знают о действительном состоянии своего физического здоровья, что обусловлено малой частотой обращений к медицинским работникам независимо от наличия болезней и характерно в основном для пожилых мужчин.

Важнейшими обстоятельствами, определяющими состояние здоровья пожилых людей, являются психологические и социальные характеристики последних (В.Д. Альперович, Б.Г. Ананьев, Г.М. Андреева, О.В. Краснова, О.Н. Александрова, О.Н. Боголюбова, Н.Л. Васильева и др.). В результате проведенного в 1992-1993 г.г. исследования В.В. Куценко и С.В. Ровбель сформулировали весьма важный вывод: *субъективные оценки людей старших возрастов демонстрируют их чувство реальности*. Пожилой человек считает себя здоровым в том случае, если чувствует себя хорошо, сохраняет самостоятельность, умение приспосабливаться к требованиям жизни, не болен согласно результатам медицинских обследований. Как утверждают исследователи, пожилой человек оценивает свое здоровье, скорее, под влиянием того, удовлетворен он жизнью или нет². На

¹Уход за престарелыми на дому/ Ред. и сост. Э.В. Карюхин; Гуманитарно-благотворительный центр «Сострадание». - М., 1999.

²Куценко, В.В. Уровень жизни пожилых людей/ В.В.Куценко, С.В.Ровбель. - Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1996.

самочувствие пожилого человека, согласно мнению ученых, положительно влияет также его участие в организованной общественно-полезной деятельности – активном досуге, интенсивной вторичной групповой деятельности, общении со многими людьми, многочасовой общественной работе¹.

И, наконец, о сложности и противоречивости рассматриваемого этапа жизни человека свидетельствует многообразие классификационных схем, определяющих возрастные границы пожилого возраста, и, что крайне важно, его периодизация². Возрастные показатели старения различаются в развитых и развивающихся странах, в рамках одного и того же общества – у отдельных людей (мужчин и женщин) и групп (например, профессиональных), в разные исторические эпохи. Более того, при определении возрастных границ у конкретных индивидов могут наблюдаться существенные расхождения между количественными и качественными показателями старения: функциональный возраст человека может не совпадать с календарным, что, по мнению ученых, обусловлено рядом факторов – образом жизни, перенесенными заболеваниями, наличием или отсутствием стрессовых ситуаций, а также квалификацией и образованием человека, его физической, интеллектуальной и психической активностью или пассивностью. Дополнительные трудности представляет определение возрастного предела, преодолев который человек становится «пожилым». Эта граница также не является строго установленной и также зависит от ряда факторов – уровня и характера физической и психической нагрузки, условий работы, возможности контролировать рабочую нагрузку, быстрого процесса совершенствования технологий и разделения труда³.

Более того, в теории и практике до сих пор отсутствует какое-либо абсолютное, фиксированное значение понятия «пожилой

¹Карсаевская, Т.В. Человек стареющий/ Т.В. Карсаевская. – Л.: Знание, 1989.

²Урлинис, Б.Ц. Избранное/ Б.Ц.Урлинис. - М: Мысль, 1985.

³Куценко, В.В. Уровень жизни пожилых людей/ В.В.Куценко, С.В.Ровбель. - Новосибирск: Наука. Сиб. отд-ние, 1996.

возраст». Анализ работ зарубежных и отечественных авторов, в том числе ряда диссертационных исследований, позволил нам отметить частую, не всегда обоснованную, взаимозаменяемость терминов «престарелые», «пожилые люди», «пенсионеры», «люди преклонного возраста», «старики», «население старших возрастных групп», «люди послетрудоспособного возраста», «третий возраст», «четвертый возраст», «геронты» (М.Д. Александрова, В.И. Дубинский, Т.В. Карсаевская, Л.С. Касьянова, О.В. Краснова, М.И. Крупенко, В.В. Куценко, Н.В. Панина, Н.Б. Шмелева и др.). Некоторые исследователи предпочитают использовать термин «стареющие люди», что, с их точки зрения, указывает «на постепенность и непрерывность процесса, а не на определенную и всегда произвольно устанавливаемую возрастную границу, за которой начинается старость»¹. Наконец, старение рассматривается как процесс, а старость – как его результат².

Основные периоды пожилого возраста

Рассмотрим существующие периодизации пожилого возраста:

1. В соответствии с классификацией Международной организации труда (МОТ) «пожилым трудящимся» можно считать лицо во 2-ой половине своей трудовой деятельности - приблизительно к 40-45 годам.

2. Согласно предложению, принятому на семинаре Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) группа пожилых дифференцирована на ряд подгрупп: *60-74 лет – ранняя старость* («молодые» пожилые); *75-89 лет – старческий возраст* («старые пожилые»); *90 лет и старше* – долголетие.

3. Следуя общепринятой точке зрения, мы не будем отделять «пожилых» от «старых» и в дальнейшем ведя речь о группе пожилых людей, в общем, подразумеваем, что пожилого возраста каждый индивид достигает в 60 лет.

Пожилых людей необходимо рассматривать как неоднородную по своему составу группу в силу следующих

¹Карсаевская, Т.В. Человек стареющий/ Т.В.Карсаевская. – Л.: Знание, 1989.

²Секарева, Н.Б. Социально-педагогическая реабилитация пожилых людей в учреждениях социальной защиты: дис. ... канд. пед. наук / Н.Б.Секарева. – М., 2002.

причин: психологическая, биологическая, социальная границы старения носят индивидуальный характер; возрастные подгруппы в рамках пожилого возраста не одинаковы по своему медицинскому, психологическому, социальному состоянию; количественные и качественные показатели старения различаются у различных индивидов в зависимости от пола, возраста, психологических и социальных характеристик.

Социальная ситуация развития (Л.С. Выготский) в старости связана с отходом от активного участия в производительной жизни общества – с уходом на пенсию. Именно возраст фактического выхода на пенсию большинством исследователей рассматривается как тот момент, когда происходит радикальное изменение социального статуса человека, его социальных ролей и функций, условий, уровня и образа его жизни. Изменение жизненной ситуации закономерно влечет за собой формирование нового психосоциального статуса пожилого человека, требует от него переосмысления ценностей, формирования отношения к действительности, к себе, а, значит, перестройки своего сознания, поиска новых возможностей и путей реализации своей активности¹. Этот процесс перестройки сознания, как показывают исследования, у людей позднего возраста происходит по-разному и с различной степенью эффективности. Поэтому в отечественной и зарубежной геронтосоциологии огромное внимание уделяется проблеме социальной адаптации пожилого человека (заруб. – Г. Айзенк, В. Арнольд, Г. Гартман, Р. Метли, Л. Филипс, З. Фрейд; отеч. – Б.Г. Ананьев, Н.В. Герасимова, Т.Г. Дичев, О.В. Краснова, С.Г. Максимова, А.А. Налчаджян, Г.В. Осипов, Н.В. Панина, К.Е. Тарасов, Д.Ф. Чеботарев, В.Д. Шапиро, Л.С. Шилова, В.А. Ядов и др.).

Типологии старения В литературе можно встретить и различные *типологии старения*². Из всего многообразия попыток описания типов старения (Д.Б. Бромлей,

¹Краснова, О.В. Социальная психология старения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.

²Гамезо, М.В. Возрастная и педагогическая психология: учеб. пособие для студ. вузов/ М.В.Гамезо. – М.: Педагогическое общество России, 2003.

В. Гизе, И.С. Кон и др.) наиболее интересной для нашего исследования представляется классификация польского геронтолога и психиатра Х. Зайончковского, описавшего четыре разновидности процесса старения и соответствующие им группы стариков: 1) те, кто по своему физическому состоянию и интеллектуальному уровню не требует ухода; 2) наиболее многочисленная группа пожилых людей, которые сохранили физическое и психическое здоровье, но проявляют признаки снижения жизненной активности и уровня интересов; часть из них обычно спокойна и трудолюбива, ощущает свою социальную полезность, несмотря на торможение развития; другая часть выключает себя из жизни, не видит в ней для себя места, с горечью ждет смерти, капризна, озлоблена и является обузой для близких; 3) немногочисленная группа «великих старцев», которым свойственны высокий уровень социальной активности, эмоциональная зрелость и ощущение своей полезности; они увлечены работой, видят перед собой цель, обладают мудростью, используют жизненный опыт и возможности, которые предоставляет преклонный возраст; 4) группа нуждающихся в постоянном уходе, утративших здоровье, а порой и чувство реальности¹.

Вышесказанное позволило ученым сделать предположение: в период геронтогенеза человек осознанно или неосознанно осуществляет выбор своей стратегии старения и стратегия эта предполагает либо сохранение себя как индивида, либо сохранение себя как личности². При первой стратегии осуществляется переход к деятельности, направленной на «выживание» человека как индивида на фоне постепенного угасания психофизиологических функций. Вторая стратегия предполагает возможность дальнейшего прогрессивного развития личности человека и осуществляется при тенденции сохранения человеком старых и формированием новых социальных связей, дающих ему возможность ощущать свою общественную пользу. Ученые отмечают: с проблемой выбора

¹Социальная геронтология: современные исследования: реферативный сборник. – М., 1994.

²Ермолаева, М.В. Структура эмоциональных переживаний в старости/ М.В.Ермолаева// Мир психологии. - 1999. - №2. - С. 123-133.

стратегии старения тесно связана проблема смысла и образа дальнейшей жизни, что, по сути, определяется всей жизнью человека.

5.2. Социально - психологические особенности пожилых людей

Многочисленные зарубежные и отечественные исследования свидетельствуют о том, что пожилые люди являются группой, подвергающейся стереотипным представлениям, предписаниям и ожиданиям, касающимся их способностей, интересов, потребностей, причем представления эти носят более негативный, нежели позитивный характер. Среди основных причин негативной стереотипизации пожилых людей О.В.Краснова отмечает сокращение контактов между поколениями в семье, недостаточное изучение позднего периода жизни человека¹. В результате – распространение ограниченной и неадекватной информации о пожилых в обществе². Обнаружено также, что негативные характерные черты могут быть связаны с пожилыми людьми неосознанно, автоматически, выполняя самозащитную функцию для более молодых групп³. И, наконец, источником негативных стереотипов о себе часто являются сами пожилые люди: их не всегда корректное, взвешенное поведение. Под тяжестью личных проблем некоторые из них бывают несправедливы в обвинениях против своего окружения, близких, молодежи и нередко создают вокруг себя обстановку конфронтации⁴.

Среди наиболее распространенных предрассудков в отношении пожилых людей Н.П.Щукина отмечает следующие:

¹Краснова, О.В. Социальная психология старения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ О.В.Краснова, А.Г.Лидерс. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.

²Шилова, Л.С. Проблемы социальной адаптации пожилых и престарелых в условиях кризисного состояния общества/ Л.С.Шилова// Формирование гражданского общества в современной России (социологические исследования 1994-1995 г.г.). - М., 1996. - С. 201-211; Его же. Образ пожилого человека в российских газетах/ Л.С. Шилова// Психология зрелости и старения. - 2000. - № 3 (11). – С. 151-163.

³Краснова, О.В. Указ. соч.

⁴Тукумцев, Б.Г. Отношение молодежи к пожилым людям/ Б.Г.Тукумцев, О.В.Юсупова// Психология зрелости и старения. - 2002. - № 3 (19). - С. 122-134.

большинство пожилых людей постоянно находятся в больницах, домах для престарелых и тому подобных учреждениях; многие пожилые люди недееспособны и из-за болезни много времени проводят в постели; большинство пожилых людей испытывает серьезные финансовые трудности; большинство пожилых людей одиноки и удалены от своих семей, как и от других, значимых для них социальных связей; пожилые люди консервативны, аполитичны, характеризуются неприятием всего нового¹.

Набор стереотипов, выделяемых К. Виктор, включает в себя следующие установки: все старики похожи друг на друга; пожилые люди социально изолированы; большинство пожилых людей имеет слабое здоровье; увольнение с работы порождает больше проблем для мужчин, чем для женщин; большинство старых людей изолировано от своих семей или пренебрегают ими; в этом возрасте половой жизнью не интересуются или просто не способны к ней; старый человек не может учиться; умственные качества с возрастом ухудшаются².

Между тем, ряд исследований, посвященных возможностям пожилых людей, свидетельствуют об обратном. Старение, с точки зрения В.В. Болтенко, «не может рассматриваться как деструкция, уменьшение всех способностей и возможностей ... , и в старости продолжается процесс психического развития, способствующий относительной стабилизации на новом уровне»³. Пожилому возрасту, как и другим периодам развития, присущи не только недостатки развития, но и достоинства, облегчающие задачу адаптации к старости⁴.

¹Щукина, Н.П. Самопомощь и взаимопомощь в системе социальной поддержки пожилых людей/ Н.П.Щукина. – М.: Социально-технологический институт, 2000.

²Виктор, К. Старость в современном обществе: руководство по социальной геронтологии/ К.Виктор// Социальная геронтология: современные исследования: реф. сб. - М.: РАН ИНИ по общественным наукам, 1994. - С. 41-57.

³Болтенко, В.В. Влияние жизненного опыта на адаптацию престарелых в условиях дома-интерната / В.В.Болтенко// Теоретические и организационные вопросы социально-трудовой реабилитации инвалидов и престарелых в стационарных учреждениях социального обеспечения: сборник научных трудов/ Под ред. В.П. Белова, В.А. Галкина. – М., 1976. – С.139-145.

⁴Рошак, К. Психологические особенности личности в пожилом возрасте: Автореф. дис. ... канд. психол. наук/ К. Рошак. - М., 1990.

Возрастные особенности

По свидетельству ученых, многие пожилые люди сохраняют даже в пенсионный период высокую работоспособность и трудовую активность (Т.М. Герасимова, Л.И. Соловьева, Н.П. Щукина). В работе М.Д. Александровой «Проблемы социальной и психологической геронтологии» даются описания возрастной динамики творческой активности и продуктивности выдающихся деятелей в разных сферах – музыкальной, юридической и писательской. В исследовании представлен обзор работ советских и зарубежных ученых о положительном влиянии образования, общих и специальных способностей, интересов и рода занятий на сохранность разных сторон интеллекта в период геронтогенеза¹. Одним из факторов, противостоящим инволюции человека в целом, с точки зрения Л.А. Рудкевича, является творческая деятельность².

Более того, существует значительное количество работ, фиксирующих внимание на присущих пожилым людям *положительных свойствах и качествах*. В старости люди более умело оберегают себя от несчастий, способны наслаждаться настоящим, находя радость даже в мелочах; благодаря жизненному опыту человек научается смотреть просто на вещи и принимать их за то, что они есть на самом деле; освобождается от власти различных «жупелов» и ложных представлений; экономно обращается со временем; познания его становятся основательно продуманными и находятся в строгой взаимосвязи; старый человек уравновешен, рассудителен, проницателен, освобожден от тревожностей юности³. С точки зрения М.Э. Елютиной, пожилых людей отличает практическая жизненная мудрость, приращение непосредственного житейского опыта, дающие возможность ориентироваться в меняющемся мире; усложнение духовной

¹Александрова, М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии/ М.Д.Александрова. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1974.

²Рудкевич, Л.А. Возрастная динамика творческой продуктивности: автореф. дис. ... канд. псих. наук/ Л.А. Рудкевич. – СПб, 1994.

³Шопенгауэр, А. Афоризмы житейской мудрости/ А.Шопенгауэр. – М.: Советский писатель, 1990.

жизни. Для пожилых людей характерен рост рефлексии¹. Соматические же расстройства и финансовые трудности, согласно мнению исследователей, носят индивидуальный характер и не могут рассматриваться как характеризующие группу пожилых в целом (Т.М. Герасимова, Г.П. Котельникова, Н.П. Щукина). Не находит подтверждения в эмпирических данных популярный стереотип о политической пассивности престарелых². Наконец, индивидуальный характер имеет подвергнутая широкому рассмотрению в современной геронтопсихологической литературе проблема одиночества пожилого человека³.

Одним из важнейших условий социальной адаптации пожилого человека в обществе является *семейный статус*. Исследователи рассматривают семью как прибежище, в котором пожилой человек может укрыться от трудностей заключительного этапа своей жизни⁴, как возможность удовлетворения насущных потребностей – витальных, интеракционистских, социализационных, смысложизненных (А.А. Дыскин, М.Э. Елютина, О.В. Краснова, Т.А. Парахонская), как фактор, положительно влияющий на социальное самочувствие пожилого человека. Значимость семьи для пожилого человека подтверждают результаты социологических опросов: семью, детей пожилые реципиенты возводят в ранг важнейших, непреходящих ценностей (Н.Г. Ковалева, Т.А. Парахонская, Л.И. Савинов). Среди условий, при которых семья наполняется для пожилого человека положительным содержанием, исследователи называют следующие: супружество; наличие детей, внуков; участие в воспитании внуков; удовлетворенность браком; посильное выполнение хозяйственно-бытовых функций; межпоколенная семейная поддержка; доброжелательное сожительство разных

¹Елютина, М.Э. Геронтологическое направление в структуре человеческого бытия/ М.Э.Елютина. – Саратов: Саратов. гос. технич. ун-т, 1999; Его же. Социальная геронтология/ М.Э. Елютина, Э.В. Чеканова. – Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 2001.

²Елютина, М.Э. Геронтологическое направление в структуре человеческого бытия/ М.Э.Елютина. – Саратов: Саратов. гос. технич. ун-т, 1999.

³Щукина, Н.П. Самопомощь и взаимопомощь в системе социальной поддержки пожилых людей/ Н.П. Щукина. – М.: Социально-технологический институт, 2000.

⁴Холостова, Е.И. Пожилой человек в обществе/ Е.И.Холостова. – М.: Социально-технологический институт МГУС, 2000.

поколений при достаточно высоком уровне независимости пожилых людей; сохранение родственных связей (М.Э. Елютина, О.В. Краснова, Л.И. Савинов).

Однако семья может стать и механизмом, осложняющим жизнь пожилого человека, снижающим возможности его социальной адаптации. Источником эмоционального напряжения для пожилого человека и окружающих становится довольно распространенное сегодня совместное проживание престарелых родителей с их взрослыми детьми; дезорганизация семейных отношений, проявляющаяся в жестокости и физическом оскорблении пожилых людей со стороны родственников; полная изоляция пожилого человека, что, как правило, становится следствием материально-бытовой неустроенности, вынужденного существования в одной квартире, алкоголизации отдельных членов семьи¹.

Особенности личности пожилого человека	Общее физическое состояние, сопутствующее процессу старения соматическое нездоровье, физические изменения, начиная от малозначимых (седина) до достаточно серьезных (хронические заболевания, приводящие к ограничению жизнедеятельности), изменение роли в обществе, в отношениях могут вызвать изменения в системе отношений к самому себе, окружающим людям, к миру в целом. Именно это заставило многих исследователей обратиться к проблеме изучения <i>личности пожилого человека</i> (Л.В. Бороздина, М.В. Ермолаева, С.Г. Максимова, О.Н. Молчанова, С. Пако, К.А. Страшникова, В.Д. Шапиро) – ее особенностей, отношений, состояний.
---	---

Обобщая взгляды ученых, можно сделать вывод: от системы жизненных ценностей человека, установок, всего строя личности зависит то, насколько адаптивной, успешной будет жизнь человека в старости, каким будет реагирование человека на собственное старение, а также степень удовлетворенностью жизнью.

¹Яценювская, Р.С. Социальная геронтология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Р.С.Яценювская, И.Г.Беленькая. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДЮС, 1999.

Сложность и противоречивость процесса старения, индивидуализированный характер проявления его признаков на уровне отдельного индивида, также не позволяют во взгляде на личность пожилого человека придерживаться единого мнения. Отсюда – *противоречивые*, часто *полярные* представления об особенностях личности пожилого человека в научной литературе.

Соматические патологии, социальная сторона жизни, сопровождающаяся негативными для личности переживаниями, снижение работоспособности, продуктивности деятельности, ухудшение общего фона самочувствия, а также уменьшение доходов многие исследователи рассматривают как причину *отрицательных* изменений в личности пожилого человека. В научной литературе и диссертационных исследованиях отмечаются ущербные сдвиги в характере пожилого человека; снижение или, наоборот, неадекватное завышение самооценки (В.В. Болтенко, Л.В. Бороздина, О.Н. Молчанова, Т.А. Немчин); некоторые особенности мотивационно-потребностной сферы, определяющие устойчивость пожилого человека по отношению к негативным изменениям, обусловленным старением, а именно смещение их в направлении избегания страданий, новых социальных контактов, закрытости, консерватизма^{1, 2}. И, как следствие, неудовлетворенность собой, неуверенность в своих силах, обострение чувства беспомощности, одиночества, сужение интересов³.

Американские психологи выделяют ряд вариантов старения, обусловленных негативными установками и предпосылками – регрессия, бегство, добровольная изоляция, стремление вызвать к себе интерес у окружающих, попытка включиться в жизнь общества, даже стремясь скрыть специфические недомогания. Другие формы поведения – бунт против процессов старения, страх

¹Рошак, К. Психологические особенности личности в пожилом возрасте: автореф. дис. ... канд. психол. наук/ К.Рошак. - М., 1990.

² Немчин, Т.А. Специфика социально-психологических факторов генезиса эмоций и их проявление в позднем возрасте/ Т.А.Немчин// Вести. ЛГУ. - Сер. 6. - Вып. 4. - 1987.- С. 43-51.

³Яценювская, Р.С. Социальная геронтология: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Р.С.Яценювская, И.Г.Беленькая. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДЮС, 1999.

перед смертью, отчаянные попытки сохранить уходящую зрелость, что проявляется в неадекватной манере одеваться, сексуальном поведении, проведении досуга и, наконец, досрочное примирение с фактом старости, выражающееся во всепоглощающем доминировании в жизни пожилого человека мнимых и подлинных недомоганий. Все это, в конечном счете, делает существование пожилого человека тягостным и обременительным¹. Отрицательные эмоциональные реакции, часто носящие затяжной характер, неприятие собственного старения становятся одной из причин возникновения состояния, называемого возрастноситуационной депрессией², могут вызвать те или иные психосоматические заболевания (О.В. Хухлаева Б. Любан-Плюцца и др.) и даже привести к суициду³.

Однако фундаментальные исследования отечественных и зарубежных ученых свидетельствуют (при всей сложности этого периода) также о многообразных проявлениях *положительного отношения* стареющего человека к жизни, к людям, к себе. Исследователь личностных изменений в старости Н.Ф. Шахматов, характеризуя симптомы психического упадка и психических болезней, расстройств, считает, что «представление о психическом старении не может оказаться полным и цельным без учета благоприятных случаев, которые лучше, чем какие-либо другие варианты, характеризуют старение, присущее только человеку. Эти варианты, будь они обозначены как удачные, успешные, благоприятные и, наконец, счастливые, отражают их выгодное положение в сравнении с другими формами психического старения⁴. Более того, ряд исследователей высказывается о том, что в старости вообще не происходит какого-либо изменения личностных характеристик: ни нравственные, ни социальные качества личности не утрачиваются (О.В. Краснова,

¹Шахматов, Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное/ Н.Ф.Шахматов. - М., 1996.

²Суицидология: прошлое и настоящее. Проблема самоубийства в трудах философов, социологов, психотерапевтов и в художественных текстах. - М., 2001.

⁴Шахматов Н.Ф. Указ. соч.

Н.Ф. Шахматов, Р.С. Яцемирская). Пожилые же люди с психопатическим поведением и в молодые годы обнаруживали черты психопатии.

В современной научной литературе широко декларируется идея «продуктивного старения», возможности «счастливой старости» (М.Э. Елютина, А.А. Козлов, Е.И. Холостова, Р.С. Яцемирская), называются факторы, способствующие повышению адаптивности стареющего человека и создающие условия для переживания пожилым человеком положительных эмоций, чувства удовлетворенности новой жизнью и своей ролью в этой жизни. О.Н. Молчановой показано, что с возрастом, наряду с общим снижением ценности «Я» и отдельных его аспектов, проявляется и другая тенденция – психологический витаут, который представляет собой процессы, стабилизирующие деятельность субъекта, компенсирующие нарастание негативных характеристик, уберегающих систему «Я» от разрушения и способствующих более успешной адаптации пожилых к новой социальной ситуации. Среди основных факторов, определяющих витаут, О.Н. Молчанова называет: наличие у испытуемых позднего возраста высоких позиций реальной самооценки по ряду параметров; фиксация на позитивных чертах своего характера; снижение идеальных и достижимых самооценок, а также их сближение с реальной самооценкой; относительно высокий уровень самоотношения; признание своей позиции удовлетворительной (даже если она крайне низка); ориентация на жизнь детей и внуков; ретроспективный характер самооценки¹.

Интерес для данного исследования представляют условия психического здоровья пожилого человека, предлагаемые О.В. Красновой и А.Г. Лидерс. К ним относятся: *личностный рост* (открытость новому, способность развиваться); *принятие себя, своего опыта* (позитивная оценка своей жизни); *жизненные цели* (переживание жизни как осмысленной, чувство «направленности» жизни); *способность организовать свою жизнь* (компетентное управление тем, что окружает, внутреннее чувство контроля над

¹ Молчанова, О.Н. Специфика Я - концепции в позднем возрасте и проблема психологического витаута / О.Н. Молчанова // Мир психологии. - 1999. - № 2. - С. 133-141.

своей жизнью, возможность использовать разные возможности в жизни); *позитивное отношение* (способность брать и давать, позитивные чувства к другим); *автономия* (способность противостоять социальному давлению, самостоятельность в определении места в жизни, наличие жизненных стандартов)¹.

Факторы и механизм адаптации пожилых людей

Социальная адаптация пожилых людей, согласно мнению ученых, заключается: в освоении ими ролей, соответствующих статусу пенсионера², овладении ценностями, групповыми нормами, стереотипами и эталонами общества в целом и группы пожилых в нем, отождествлении себя с людьми пожилого возраста, обладании свойственными им характеристиками³.

К числу факторов, влияющих на социальную адаптацию пожилых людей исследователи относят: *характеристики района проживания* (давность и тип застройки, степень преобладания производственной или социальной инфраструктуры, уровень благоустройства и развития сферы обслуживания населения, обеспеченность транспортными коммуникациями); *характеристики производственной среды* (сферу и отрасль занятости, характер, содержание и условия труда, размер заработка, условия выплаты пенсии - льготные или не льготные, удаленность работы от места жительства, продолжительность рабочего времени, отношение непосредственного руководителя и коллектива к пенсионеру); *характеристики семейно-бытовой среды* (состав, структуру и размер семьи, совместимость или раздельность проживания с родственниками, отношение последних к пожилым людям, материальную и иную помощь, оказываемую семьей, ее душевой доход, жилищные и коммунальные условия); *социально-демографические характеристики пожилых людей* (пол, возраст, состояние в браке, образование, специальность или профессию,

¹Краснова, О.В. Социальная психология старения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ О.В. Краснова, А.Г. Лидерс. – М.: Издательский центр «Академия», 2002.

²Панина, Н.В. Проблемы социальной адаптации пожилых людей к статусу пенсионера: автореф. дис. ... канд. философ. наук. - М., 1980.

³Краснова, О.В. Указ. соч.

должностное положение, общий трудовой стаж, стаж фактического пребывания на пенсии, ее размер); *состояние здоровья; ценностные ориентации личности* (общие и в отдельных сферах – труда, семьи, общественной деятельности, досуга); *общую направленность интересов личности на ту или иную сферу деятельности; социальные установки личности, связанные с различными жизненными обстоятельствами, важными для пенсионеров* (профессиональную переквалификацию, принятие материальной помощи от детей, выбор общественного поручения); *оценку ситуаций, требующих принятия определенных решений* (ранний или отложенный выход на пенсию, позитивные или негативные последствия прекращения работы); *показатели удовлетворенности или неудовлетворенности положением на производстве, в семье, общественной организации или образом жизни как работника и как пенсионера; мнение о деятельности различных институтов и организаций, связанных с социальным обеспечением престарелых, их трудоустройством, медицинским и бытовым обслуживанием*¹.

Адаптация пожилого человека во взаимодействии с различными факторами происходит с помощью ряда механизмов. Исследователи предлагают выделять следующие механизмы социальной адаптации пожилых людей: *традиционный* (через семью и ближайшее окружение); *институциональный* (через институты общества); *стилизованный* (через субкультуры); *межличностный* (через значимых лиц); *рефлексивный* (через индивидуальное переживание и осознание) (Л.В. Корель, Л.И. Савинов). Роль каждого механизма определяется индивидуальными характеристиками пожилого человека, особенностями социальной среды, задачами, решаемыми в рамках конкретной социальной ситуации. Более того, анализ научной литературы показал, что вышеперечисленные механизмы зачастую не способствуют социальной адаптации пожилого человека, а в значительной степени затрудняют ее. Это заставило некоторых

¹Савинов, Л.И. Социальная адаптация пожилых людей к современной ситуации / Л.И.Савинов, Н.В. Герасимова. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2002.

авторов называть старость как «*возраст плохой адаптации*»¹. На наш взгляд, данная позиция представляется весьма обоснованной.

С точки зрения Б.Г. Ананьева, процесс социальной адаптации пожилого человека предполагает активные действия социума по оказанию ему помощи в адаптации к среде. Социальная среда, с точки зрения ученого, может явиться фактором, замедляющим старение, или, напротив, ускоряющим его. Анализ научной литературы, к сожалению, в большей степени свидетельствует о последнем. Как считают многие современные авторы, общество старается отгородиться от пожилых «барьером помощи», оказываемой через социальные институты, снимая с себя ответственность за отторжение людей преклонного возраста и за отсутствие чувства сострадания к ним. Однако и здесь пожилой человек сталкивается с рядом конфликтных ситуаций и трудностей, часто оказывается под тяжелым прессом негативных эмоций и пренебрежительного отношения. Об этом свидетельствуют научные работы, вышедшие в свет после 1990-х годов (О.В. Краснова, Б.Г. Тукумцев, Е.И. Холостова, Н.П. Щукина). Много работ посвящено распространенному во всех странах явлению эйджизма, жестокого отношения к пожилым людям, геронтофобии (Ю.Е. Алешина, А.А. Глухова, О.В. Краснова, Е.И. Холостова, Н.П. Щукина). Все эти работы объединяет мысль - старость приводит человека к *зависимому положению*: он становится уязвим, вызывает жалость, а подчас и смех, отвращение. Пожилых людей зачисляют в группу социально слабых вкупе с бедными, малообразованными².

¹Александрова, М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии/ М.Д.Александрова. - Л.: Изд-во Ленингр. ун-та, 1974.

²Елотинова, М.Э. Геронтологическое направление в структуре человеческого бытия/ М.Э.Елотинова. - Саратов: Сарат. гос. технич. ун-т, 1999.

5.3. Опыт реабилитации граждан пожилого возраста в России и за рубежом

Становление и развитие в современной России реабилитационного направления деятельности в социальной работе с гражданами пожилого возраста, а также подготовка к соответствующему виду деятельности специалистов социальной работы закономерно актуализировали осмысление накопленного в этой области мирового опыта.

Демографическая ситуация, связанная с постарением населения многих цивилизованных стран, заставила мировое сообщество пересмотреть свое отношение к старению и старости, а государство – свою социальную политику в отношении людей старших возрастов. Целесообразным представляется обозначить некоторые сходства, наблюдаемые в политике и стратегиях обеспечения обслуживания данной категории граждан в этих странах:

1. Цель социального обслуживания – повысить качество жизни пожилых людей, обеспечить их независимое существование и социальную активность. Свидетельство этому – стандарты, определенные в Международном плане действий по проблемам старения, в конвенциях, рекомендациях и резолюциях Международной организации труда, Всемирной организации здравоохранения, а также принципы, рекомендованные Генеральной Ассамблеей ООН в качестве основополагающих для разработки долгосрочной и краткосрочной реабилитации престарелых.

2. Взгляд на пожилого человека как на полноправного члена общества, способного вносить свой вклад в социальное развитие государства.

3. Стремление многих государств создать систему социального обслуживания, в наибольшей степени отвечающей потребностям пожилых граждан, что проявляется: в увеличении типологии учреждений социальной защиты; налаживании интеграции между различными ведомствами, решающими проблемы граждан старших возрастов; активизации взаимопомощи

и поддержки в рамках коммуны, общины, семьи; налаживании координации между профессиональным уходом, добровольческим и неформальным сектором; расширении спектра услуг, оказываемых пожилым людям; ориентации на использование в практике наиболее эффективных форм и методов работы с данной группой населения.

Следует, однако, отметить, что к подобному пониманию роли пожилого человека в жизни общества западноевропейские государства и современная Россия шли разными путями, обусловленными особенностями исторического, общественно-политического и социально-экономического развития, а также возможностями самой системы социального обслуживания населения. Это, в свою очередь, сказалось на специфике понимания и организации реабилитации граждан старших возрастных групп – ее концептуальных основах, приоритетных направлениях, формах и методах работы.

Изучение зарубежного и отечественного опыта показало, что первоначальное осмысление реабилитации пожилых людей осуществлялось в рамках медицины, в частности геронтологии и гериатрии. Это обусловлено высоким уровнем заболеваемости людей старших возрастов, особенностями протекания болезни, а также подверженностью пожилых людей целому ряду неблагоприятных факторов, ставящих под угрозу их физическое, психологическое, социальное и экономическое благополучие¹. В докладе Научной группы ВОЗ по планированию и организации гериатрических служб обозначены категории престарелых, имеющих наибольший риск ухудшения здоровья, а также экономического и социального состояния («группы риска»). К ним относятся: лица в возрасте 80-90 лет и старше; престарелые, живущие одиноко; престарелые женщины, особенно одинокие и вдовы; изолированно живущие престарелые (одинокие или пары); бездетные престарелые; престарелые, страдающие тяжелыми заболеваниями или физическими недостатками; престарелые,

¹Филленбаум Г.Г. Здоровье и благополучие пожилых. Подходы к многоаспектной оценке. /Г.Г. Филленбаум. – Женева: ВОЗ, 1987. – С.5,7.

вынужденные жить на минимальное государственное или социальное пособие или даже на еще более незначительные средства; престарелые, которые в силу ограничения подвижности («прикованные к дому», «прикованные к постели») не могут самостоятельно посещать медицинские и социальные учреждения. Признавалось, что так же, как снижение в результате возрастных изменений функциональных возможностей, заболеваемость пожилых людей может повлиять на социальное функционирование представителей данной возрастной группы, так и социальная среда и процессы, происходящие в ней, влияют на образ и качество жизни пожилых людей, восприятие ими своего здоровья. Исследователи отмечали также, что взаимовлияние этих факторов в старших возрастных группах носит преимущественно негативный характер. А значит задача медицинского обслуживания, помимо лечения конкретных заболеваний пожилых людей строго медицинскими средствами, всегда должна состоять в том, чтобы помочь пожилому человеку избежать беспомощности, поддержать его способность функционировать в целях обеспечения личных потребностей, а также в семье и обществе¹. Решение данной задачи стало возможным в процессе реабилитации лиц старших возрастов, основными принципами которой на Западе стали:

- 1) восстановление нарушений жизнедеятельности жизненно необходимо;
- 2) восстановление жизнедеятельности является важнейшим компонентом социальной адаптации человека;
- 3) каждый индивид должен рассматриваться целостно;
- 4) между отдельными компонентами жизнедеятельности должен существовать некоторый баланс;
- 5) жизнедеятельность человека должна рассматриваться в перспективе развития; она изменяется на протяжении жизни и каждый период характеризуется определенными производительными возможностями человека;
- 6) каждый клиент должен активно вовлекаться в процесс реабилитации;

¹Здоровье, образ жизни и обслуживание пожилых. - М.: Медицина, 1992. – 214 с.

7) каждый человек имеет потенциальные возможности для развития и совершенствования (А.К. Долгушин, Б.А. Маршинин и др.).

Условия успешной реабилитационной деятельности Уже на начальном этапе развития реабилитации пожилых людей на Западе важнейшим условием ее осуществления стала *социально-педагогическая составляющая*. Социально-педагогический характер носила идея, на которой базировалась реабилитация пожилого человека – идея *об активном участии клиента* в решении собственных проблем (А.А. Козлов, Ф. Парслоу). Социально-педагогическую направленность имела задача реабилитации пожилых людей – вернуть клиенту способность действовать *самостоятельно* в данном социальном контексте. И, наконец, анализ деятельности терапевта в рамках оккупациональной терапии (в США и Великобритании – «*Occupational Therapy*», в Швеции – «*Arbeterapi*», в Германии и Франции – «*Ergotherapi*») показал, что значительная часть его работы строится на осуществлении социально-педагогических действий, а именно: педагогическая диагностика; постановка педагогических задач; применение методов воспитания и обучения в решении проблем клиента; использование воспитательных средств, приемов, технологий.

Социально-педагогическая деятельность в рамках оккупациональной терапии имеет *технологический характер*. Она отличается наличием четкой и диагностично заданной цели; четкой последовательностью, логикой этапов реабилитации; указанием способов взаимодействия участников реабилитационного процесса на каждом этапе; мотивационным обеспечением деятельности терапевта и пациента, основанным на реализации их личностных функций в данном процессе; совокупностью методов и приемов достижения поставленной цели; критериями оценки эффективности полученных результатов.

Одним из важных условий осуществления реабилитационной деятельности признавалась организация *личностно-ориентированного, субъект-субъектного взаимодействия* терапевта и клиента (Н.И. Бабкин, А.К. Долгушин).

В отечественной литературе оккупационная терапия (ОТ) получила признание как часть комплексной программы медицинской, социальной и психолого-педагогической реабилитации (Е.И. Холостова). Она считается необходимым компонентом эффективной медико-социальной помощи людям старших возрастов, испытывающим трудности функционирования вследствие возрастных изменений или перенесенного заболевания. По свидетельству ученых, ОТ позволяет решать многие, связанные с благополучным функционированием пожилых людей, задачи, а именно: затормозить или предупредить дегенеративные эффекты старения, а также связанные с ними функциональные ограничения; предотвратить возможные осложнения после перенесенных заболеваний, а также последующую инвалидизацию; обеспечить максимальную независимость пожилого человека с имеющимися функциональными ограничениями; предотвратить неоправданно длительное пребывание пожилого человека в лечебном стационаре; сохранить пожилому человеку возможность оставаться в своем доме, в привычных условиях, максимально долго и чувствовать себя здесь уверенно; стимулировать собственные возможности пожилого человека, направленные на изменение своего социального статуса, достижение социальной независимости¹.

В советской геронтологии проблема реабилитации пожилых людей долгое время решалась в контексте увеличения продолжительности человеческой жизни (В.В. Фролькис, А.Л. Решетюк, Д.Ф. Чеботарев и др.). В реабилитации пожилых людей подчеркивалась положительная роль активной трудовой деятельности, участия в общественной деятельности, удовлетворения духовных потребностей пожилых людей посредством участия последних в различных общественных и культурных мероприятиях². Однако на практике реализация социальной цели реабилитации пожилых людей в СССР свелась к комплексу

¹Стронина, Н.Р. Социальный сервис для пожилого населения: опыт Дании / Н.Р.Стронина. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородского ун-та им. Н.И. Лобачевского, 2000.

²Фролькис, В.В. Старение и механизмы трудовой реабилитации/ В.В.Фролькис// Геронтология и гериатрия. Ежегодник. Трудовая реабилитация пожилых. – Киев, 1988. – С.15-21.

медицинско-оздоровительных мероприятий, а на уровне социальной политики государства – к системе льгот и пособий. Многое из того, чем владеет оккупациональный терапевт в странах Запада, имелось в арсенале медика, инструктора лечебно-физкультурного кабинета, дефектолога. Но, как показывает анализ научной литературы, при этом отсутствовало звено, которое выступало бы в роли координатора услуг, обеспечивало согласованную деятельность врача, психолога, педагога, трудотерапевта и других представителей социального окружения клиента, упрочивало сеть социальной и профессиональной поддержки пожилых людей и их семей.

В целом состояние реабилитационной деятельности в отношении людей старших возрастов в СССР авторы многочисленных исследований характеризуют следующим образом:

1. Ограниченный масштаб реабилитационных служб.
2. Отсутствие координации между службами, осуществляющими реабилитацию.
3. Концентрация ресурсов реабилитационных служб лишь на отдельных компонентах реабилитации.
4. Доступность реабилитации преимущественно городскому населению.
5. Отсутствие квалифицированных кадров в области реабилитации.

Современная мировая практика реабилитации пожилых людей, как показывает анализ, ознаменовалась следующими тенденциями:

1) осознание роли социального работника как представителя особой интегрирующей профессии, способного обеспечить объединение различных аспектов реабилитации пожилых людей в процессе ее осуществления, и социальной педагогики как основы подобной интеграции.

2) взгляд на реабилитацию как на одно из важнейших направлений деятельности в системе государственной социальной защиты граждан старшего поколения.

3) осмысление проблемы реабилитации пожилых людей в контексте гуманистической парадигмы понимания человека (его жизненного пути, развития, способности изменять себя и окружающий мир).

Осознание последствий, к которым может привести столь очевидное изменение демографической ситуации, заставило правительства цивилизованных государств не только переосмыслить стереотипы в восприятии феномена старения и старости, но и на национальном уровне активизировать усилия в поиске и реализации адекватной поддержки людей «третьего возраста», их реабилитации.

Анализ положений документов ряда международных организаций (Международный план действий по проблемам старения (1982), Принципы ООН в отношении пожилых лиц, принятые Генеральной Ассамблеей в 1991г., рекомендации ВОЗ, МОТ и др.) позволил нам сделать следующий вывод: смыслом современной социальной работы с людьми старших возрастов должно стать не только обеспечение удовлетворения потребностей пожилых как особой социальной группы населения, но и *выявление их положительного потенциала, создание условий для его реализации и развития, а также формирование некоего геронтологического пространства, способствующего созданию благоприятных для пожилого человека ситуаций и полезных контактов.*

Организация реабилитации граждан пожилого возраста

По мнению отечественных ученых (Л.В. Корель, Н.Ф. Шахматов), составляющими стратегии социальной политики в отношении граждан «третьего возраста» должны стать: *селекция* (поиск основных или стратегически важных составных элементов жизнедеятельности пожилого человека, утраченных в связи с возрастом); *оптимизация* (квалифицированная помощь, оказываемая пожилому человеку в поиске резервных возможностей, оптимизации своей жизни как в качественном, так и в количественном отношении); *компенсация* (создание дополнительных источников, компенсирующих возрастную

ограниченность в адаптивном процессе). Реализация же новой социальной политики по отношению к лицам пожилого возраста в своей основе предполагает реализацию реабилитационных мероприятий, позволяющих индивиду не только адаптироваться к своему состоянию, но и путем формирования жизненно важных знаний, умений и навыков, создания сети социальных связей *самостоятельно* решать свои реабилитационные проблемы (Н.И. Бабкин, Е.И. Холостова).

Рассмотрение реабилитации пожилых людей в контексте теории и практики социальной работы в еще большей степени актуализировало проблему социально-педагогической составляющей реабилитации, так как, по мнению ученых, именно педагогически целесообразная деятельность в социуме поможет создать возможность для максимальной реализации возрастных и индивидуальных особенностей личности; для развития самостоятельности, самодеятельности, самоуправления, для раскрытия внутренних потенциальных возможностей, способностей, дарований человека на каждом возрастном этапе жизни и, что не менее важно, представить старость как «зону множественных возможностей»¹, как ресурс динамического развития отдельного человека и общества в целом (В.Г. Бочарова, Н.Ф. Шахматов).

Анализ зарубежного и отечественного опыта реабилитации пожилых показал, что главным субъектом реабилитационной деятельности в отношении лиц старшего возраста на современном этапе является *государство*, которое в условиях идеологии гражданского общества, выступая гарантом (особенно в современной России) создания условий для жизнедеятельности пожилых, их эффективной адаптации и интеграции в систему социальных взаимоотношений, реализует свои социально-

¹Елютина, М.Э. Геронтологическое направление в структуре человеческого бытия/ М.Э.Елютина. – Саратов: Саратов. гос. техн. ун-т, 1999; Его же. Социальная геронтология/ М.Э. Елютина, Э.В. Чекалова. – Саратов: гос. техн. ун-т, 2001.

педагогические функции через различные проявления и типы социальной поддержки¹.

Многочисленные проявления социальной поддержки можно сгруппировать по следующим основаниям: *по содержанию* – материально-экономическая, социально-бытовая, организационно-правовая, коммуникативно-психологическая, профессионально-трудовая; *по времени, длительности* – постоянная (оказывается престарелым, проживающим в пансионатах и домах-интернатах), периодическая (оказывается пожилым, находящимся в отделениях дневного или ночного пребывания), ситуативная (оказывается пожилым, пребывающим в кризисном положении); *по источникам, которыми выступают средства и ресурсы, сосредоточенные у государства, общественных организаций и частных лиц*².

Наиболее распространенная характеристика *типов* социальной поддержки включает в себя следующие элементы: *эмоциональная поддержка* (личностное доверие; общение; выражение близости, эмпатии; понимание; недирективное общение); *информационная поддержка* (советы; анализ ситуации; обратная связь; информация, помогающая решать проблемы); *статусная поддержка* (выражение принятия, одобрения, уважения; поддержка самоуважения; признание индивидуальности); *инструментальная поддержка* (услуги; материальная и практическая помощь в достижении цели, решении проблем); *диффузная поддержка* (совместное приятное времяпровождение; рекреативная деятельность)³.

Различны *формы организации* социальной поддержки. Формы организации реабилитации граждан пожилого возраста мы также предлагаем классифицировать по следующим основаниям:

- *по степени институциональности*: институциональная форма (дома-интернаты и др.); неинституциональная форма (само- и взаимопомощь, общественные объединения, клубы);

¹Шукина, Н.П. Самопомощь и взаимопомощь в системе социальной поддержки пожилых людей/ Н.П. Шукина. – М.: Социально-технологический институт, 2000.

²Сажин, Л.И. Социальная адаптация пожилых людей к современной ситуации/ Л.И.Сажин, Н.В. Герасимова. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2002.

³Там же.

- *по форме управления:* государственные учреждения (дома-интернаты); муниципальные учреждения (центры социального обслуживания); негосударственный сектор (общественные объединения, профессиональные ассоциации, благотворительные и религиозные организации, деятельность которых связана с обслуживанием пожилых людей; народные университеты «третьего возраста»);

- *по форме деятельности:* стационарная форма (пансионаты для ветеранов труда и инвалидов, ветеранов Великой Отечественной войны, отдельных профессиональных категорий престарелых; специализированные дома-интернаты для престарелых; специальные (жилые) дома для одиноких и бездетных супружеских пар с комплексом служб социально-бытового назначения; специализированные дома-интернаты для бывших заключенных, достигших старческого возраста; мини-пансионаты для пожилых людей; геронтологические центры и др.); полустационарная форма (отделения дневного и ночного пребывания; медико-социальные отделения; реабилитационные центры; центры социальной адаптации; гериатрические кабинеты; гериатрические отделения; социально-оздоровительные центры; геронтологические палаты); нестационарная форма (социальное обслуживание пожилых людей на дому; срочное социальное обслуживание; социально-консультативная помощь; социально-психологическая помощь, стационар на дому);

- *по объему (масштабу) реабилитационной деятельности:* учреждения (реабилитационные центры; дома-интернаты; социально-оздоровительные центры); структурные подразделения (реабилитационные отделения; медико-социальные отделения; служба помощи на дому и др.); кабинеты (реабилитационные кабинеты; гериатрические палаты и др.);

- *по преобладающему профилю реабилитации:* медицинский профиль (гериатрические кабинеты, геронтологические центры); социальный профиль (дома-интернаты, центры социального обслуживания); трудовая реабилитация (дома-интернаты и др.).

Как показывает анализ, в силу различной функциональной направленности вышеперечисленные организации и учреждения

различаются направлениями реабилитационной деятельности, формами реабилитационного воздействия, объемами и сроками проведения реабилитационных мероприятий, что должно учитываться специалистом социальной работы в процессе осуществления им деятельности по реабилитации граждан пожилого возраста.

Институционализация той или иной деятельности предполагает наличие правовых норм, находящих свое выражение в социальном законодательстве. Как показывает мировая практика, оно представляет собой довольно разветвленную систему норм, в основе которой лежат Всеобщая декларация прав человека, принятая ООН в 1948г., другие международные документы, отражающие права пожилого человека, нормативы Всемирной организации здравоохранения, касающиеся здоровья и образа жизни граждан пожилого возраста, а также социальные права и свободы, провозглашенные Конституцией.

Правовые основы реабилитации граждан пожилого возраста в России

Правовую основу социально-бытовой и профессиональной реабилитации граждан пожилого возраста на территории России составляют Федеральный Закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (№ 122-ФЗ от 2.7.95г.), а также ряд Указов Президента РФ, в том числе Указ «О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» (1992г.), «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» (1992г.), «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов» (1993г.), постановление Правительства Российской Федерации № 1151 от 25.11.95, за которым утвержден Федеральный перечень гарантированных государством социальных услуг, предоставляемых государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания гражданам пожилого возраста и инвалидам.

Нормативно-правовая база, регулирующая образование, спорт, досуговую деятельность граждан пожилого возраста представлена ст. 5 Закона Российской Федерации «Об образовании» от 10.07.92

№ 3266-1 в редакции от 16.11.97г.; законом «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» (п.11 ст.6; п.1 ст.13; п.11 ст.33); Федеральными законами «Основы законодательства Российской Федерации о культуре», «О музейном фонде Российской Федерации и музеях Российской Федерации», «Об основах туристской деятельности в Российской Федерации», «О библиотечном деле».

**Роль общественных
объединений в
реабилитации
пожилых**

Важным направлением деятельности по реабилитации граждан пожилого возраста на современном этапе, как показывает анализ, является создание самоуправляющихся общественных объединений, организаций, групп само- и взаимопомощи, клубов и т.д. (Т.М. Герасимова, М.Э. Елютина, К.А. Страшникова, Е.И. Холостова, Н.П. Щукина), которые, по мнению Е.И. Холостовой, являются одним из наиболее плодотворных путей развития у пожилых людей социальных навыков и качеств¹. В большинстве цивилизованных стран (США, европейские государства, страны Скандинавии) рост популярности общественных объединений и организаций пожилых людей отмечался уже в 80-е годы. Пожилые люди, привлекаемые к добровольческой деятельности многочисленными программами помощи, разрабатываемыми государственными учреждениями и организациями, оказывали помощь тем, кто в ней нуждается, и в то же время самостоятельно решали собственные проблемы, нарабатывая механизмы адаптации в обществе.

Сегодня это направление практической деятельности получило новый толчок к развитию. В отечественной литературе широко представлен опыт благотворительной организации Age Exchange (AE) в Великобритании, по образу и подобию которой в последние годы создаются службы далеко за пределами этой страны². В США выделяют пять групп общественных организаций,

¹Технология социальной работы: учебник/ под общ. ред. проф. Е.И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2001.

²Зарубежный и отечественный опыт социальной работы (учебно-методическое пособие). – М.: Социально-технологический институт, 1999.

которые тем или иным способом организуют социальную работу с пожилыми людьми. Это общественные организации, которые объединяют различные категории престарелых; занимаются общими проблемами пожилых; занимаются специальными проблемами пожилых; объединяют специалистов, работающих с пожилыми; занимаются подготовкой кадров для социальной работы с пожилыми¹.

Среди наиболее распространенных типов таких организаций в России исследователи называют ассоциации, общества, организации, комитеты, Союзы, фонды. Механизм их деятельности определяется положениями Федерального закона Российской Федерации «Об общественных объединениях». Выполняя посредническую, охранно-защитную, организаторскую, организационно-коммуникативную, воспитательную, предупредительно - профилактическую и другие функции, общественные объединения и организации реализуют следующие, активизирующие граждан пожилого возраста, реабилитационные мероприятия: защита социально-экономических, трудовых, личных прав и свобод граждан старшего поколения, улучшение их материального благосостояния, жилищных условий, бытового, медицинского и других видов обслуживания; привлечение пожилых людей к посильному труду; вовлечение деятельности, в общественные формы работы; организация помощи пожилым в проведении отдыха; проведение культурных и оздоровительных мероприятий; широкое внедрение методов лечебной физкультуры для профилактики преждевременного старения и реабилитации пожилых, перенесших различные заболевания; привлечение творческих, оздоровительных, физкультурно-спортивных организаций, средств массовой информации к проблемам пожилых и т.д.

Особого внимания в деятельности таких организаций заслуживает работа по вовлечению в совместную деятельность

¹Социальная работа с пожилыми в США: сб. ст./ Сост. В.А. Фокина, И.В. Фокина, Н.А. Шайденко; Пер. с англ. В.А. Фокина, И.В. Булатова и др. – Тула: Изд-во тул. гос. пед. ун-та им. Л.Н. Толстого, 2002.

представителей различных поколений – детей дошкольного и школьного возрастов, юношества, молодежи, представителей среднего поколения и пожилых. Благодаря такой работе они получают возможность общаться и взаимодействовать, делиться своими талантами и опытом, помогать друг другу в деятельности, которая является полезной как для них, так и для общества в целом. Пожилые люди обретают возможность вновь почувствовать свою значимость, по достоинству оценить свои жизненный опыт и знания, реализовать потребность передачи детям своего неоценимого опыта (Р.М. Вебер, М.Э. Елютина, В.А. Фокин).

По мнению американских специалистов, социально-педагогическая деятельность в рамках межпоколенного подхода позволяет решить многие важные для реабилитации лиц «третьего возраста» задачи, а именно: разрушить сложившиеся стереотипы представлений о молодых и пожилых; развить уважение к богатому культурному наследию, традициям и истории разных поколений; содействовать пониманию духовных ценностей другого поколения, уважению людей на всех возрастных этапах жизни; помочь потенциалу одного поколения удовлетворить потребности другого; предоставить возможность взаимодействия людям, занимающим различные позиции в обществе, имеющим разный возраст и опыт; обучать людей для того, чтобы решать проблемы разных поколений через взаимодействие и объединение ресурсов; предотвратить возрастную сегрегацию в обществе; повысить осведомленность общества о проблемах, которые затрагивают как молодых, так и пожилых; создать партнерские отношения между людьми, которые обычно не взаимодействуют¹.

Огромным социально-педагогическим потенциалом обладают получившие широкое распространение в западноевропейских странах *группы само- и взаимопомощи*², создание которых тесно связано с важнейшими для западной цивилизации ценностями –

¹Социальная работа с пожилыми в США: сб. ст./ Сост. В.А. Фокин, И.В. Фокина, Н.А. Шайденко; Пер. с англ. В.А. Фокина, И.В. Булатова и др. – Тула: Изд-во тул. гос. пед. ун-та им. Л.Н. Толстого, 2002.

²Щукина, Н.П. Самопомощь и взаимопомощь в системе социальной поддержки пожилых людей/ Н.П. Щукина. – М.: Социально-технологический институт, 2000.

этикой активности и продуктивности¹. В социальной политике европейских и скандинавских государств, США всегда делался упор на развитие человека, формирование личной ответственности за свое благополучие, участие в общественных делах, гражданскую активность и гражданскую автономию². *Принцип активизации* (Ф. Парслоу) стал составной частью международных стандартов в области социальной работы, отраженных в Плане действий ООН по проблемам престарелых, а также Этическом кодексе социальных работников Международной Федерации социальных работников³. С идеей самопомощи и взаимопомощи связана характерная для современных европейских государств заинтересованность в негосударственных формах социальной поддержки граждан пожилого возраста, помогающих предупредить (отдалить во времени) ситуацию помещения людей старших возрастов в дома – интернаты.

Опыт становления групп само- и взаимопомощи пожилых людей актуален и для современной России. В ряде регионов страны наблюдается достаточно высокий уровень включенности граждан третьего возраста в движение самопомощи, заинтересованность в его развитии со стороны социальных служб⁴. Однако отечественная практика само- и взаимопомощи, с точки зрения Н.П. Щукиной, отличается рядом специфических особенностей и требует особых условий для своего дальнейшего существования и развития. Наиболее существенные из них:

1. Слабое подкрепление идеи самопомощи людей старших возрастов законодательными актами и нормативными документами.

2. Институциональный характер отечественной системы само- и взаимопомощи: такие объединения функционируют

¹Социальная геронтология: современные исследования. Реферативный сборник. – М., 1994.

²Козлов, А.А. Социальная работа за рубежом: состояние, тенденции, перспективы: сборник научных очерков/ А.А. Козлов. – М.: Флинта: Московский психолого-социальный институт, 1998.

³Этика социальной работы: принципы и стандарты// Российский журнал социальной работы. – 1995. - №2. – С. 122-126.

⁴Щукина, Н.П. Самопомощь и взаимопомощь в системе социальной поддержки пожилых людей/ Н.П.Щукина. – М.: Социально-технологический институт, 2000.

преимущественно на базе центров социального обслуживания населения. Это находит отражение в ведущейся данными учреждениями документации, а также должностных обязанностях специалистов социальной работы. Роль специалиста социальной работы в образовании и функционировании групп само- и взаимопомощи признается едва ли не определяющей: выступая формальным лидером, он должен побуждать пожилых людей к взаимодействию, «опривычивать» (термин Н.П. Щукиной) повторяющиеся акты их взаимной поддержки.

3. Особенность пожилого человека как субъекта образования групп само- и взаимопомощи. Анализ научной литературы показал, что даже в условиях следования государства и социальных служб современной России международным стандартам в отношении пожилых людей, старшему поколению все еще отводится роль реципиента помощи. С другой стороны, многочисленные психологические и социологические исследования позволяют говорить о сопротивлении самих пожилых людей такому типу помощи. Согласно исследованиям Н.С. Степанова, в сложной жизненной ситуации российские пенсионеры используют преимущественно приспособительные стратегии. Возникающие трудности они принимают как жизненную данность, отказываются от своих потребностей ради их преодоления, но, главное – почти не ищут и не поддерживают социальных контактов с социально-значимыми людьми, надеясь на помощь социальных институтов, государства (Н.С. Степашов, Н.П. Щукина).

Именно сохранением зависимости геронтологической группы от социальных услуг, их пассивностью объясняется, с нашей точки зрения, преимущественное распространение в отечественной практике реабилитации *клубного направления* деятельности учреждений социальной защиты населения. Клубная деятельность, согласно оценке отечественных исследователей, представляет собой многокомпонентную, педагогически управляемую, разветвленную реабилитационную систему, способствующую реализации наиболее существенных для пожилых людей потребностей, созданию благоприятных условий для формирования позитивного образа жизни, оздоровлению взаимоотношений людей

старших возрастов с социальным окружением (М.П. Гурьянова, К.А. Страшникова). В рамках клубной деятельности возможна реализация широкого спектра мероприятий активизирующих личностный потенциал граждан пожилого возраста:

- 1) включение граждан пожилого возраста в трудовую и общественно-полезную деятельность;
- 2) участие пожилых людей в общественных и благотворительных организациях;
- 3) удовлетворение потребности людей старшего поколения в получении новых знаний;
- 4) поддержка культурно - досуговой активности пожилых людей;
- 5) создание условий для взаимодействия различных поколений.

Ресоциализации личности пожилого человека в процессе клубной деятельности, с точки зрения К.А. Страшниковой и М.М. Тульчинского способствуют: оздоравливающее влияние группового взаимодействия на эмоциональную и психическую активность пожилого человека; коррекция психических, психологических и социальных дисфункций, удовлетворение социокультурных потребностей пожилых людей в приближенных к естественным комфортных условиях; выстраивание и постепенное закрепление межличностных связей, коррекция самооценки и оценки других членов клуба посредством прямой и обратной связи, развитие потребности в общении с альтруистической тенденцией к взаимопомощи, опыт взаимодействия в новых условиях жизни с самостоятельностью, саморазвитием; реализация права на пользование достижениями культуры, на самостоятельное творчество, предполагающее восприятие и участие в соответствующих мероприятиях с посильной степенью активности; выбор в условиях специализированного клуба интересного для себя и полезного для других дела; сознательное включение члена клуба пожилых людей в общественно полезную деятельность – социальную защиту человека в старости. Последнее исследователи склонны рассматривать как предпосылку к освоению пожилым человеком новой общественной роли, а, значит, и к возникновению

нового социального статуса личности, способствующему самоутверждению в новых социальных условиях¹.

Клубы пожилых людей успешно функционируют сегодня в большинстве городов России. Подобные объединения, как правило, образуются на базе центров социального обслуживания населения. Данные учреждения берут на себя обязанность оборудования помещения, определяют направления (программу) и формы работы, содействуют правлению клуба в реализации различных форм сотрудничества с другими общественными группами, организациями и клубами, осуществляют контроль за его деятельностью. Однако, как показывает практика, определяющим фактором для функционирования клуба являются сами пожилые люди - их состояние здоровья, потребности и интересы, уровень физической и психической активности, культуры и образования, социальное и материальное положение. Именно они определяют организационные формы клубной деятельности, специфику методов реабилитационного воздействия, степень включенности и основные направления деятельности специалиста по социальной работе.

За рубежом клубное направление имеет несколько иные способы организации. Большую роль в организации досуга пожилых людей на Западе играют клубы английского типа с ограниченным членством, установившимися традициями; многочисленные кафе, служащие местом встреч старожилов района; научные и художественные салоны. В последние годы распространение получили новые формы активизации пожилых людей - многофункциональные досуговые центры, специальные городки - пансионаты для пожилых людей, разнообразные организации по интересам на национальной и вероисповедальной основе; физкультурно-оздоровительные клубы и группы.

¹Страшникова, К.А. Психологическая помощь и поддержка в социальном клубе пожилых людей (с пограничными нервно-психическими расстройствами): метод. пос. для подготовки психологов, культурологов, социальных работников территориальных геронтологических центров/ К.А.Страшникова, М.М.Тульчинский. - М.: Фоллиум, 1996.

Социально-образовательная работа с пожилыми людьми

И, наконец, важнейшим направлением деятельности по реабилитации граждан пожилого возраста в зарубежных странах и в России признается социально-образовательная работа с пожилыми людьми - университеты «третьего возраста». В Италии большой популярностью пользуется организация «Time Banks» (Центр обмена ресурсами и опытом); в Германии – «Бюро для пожилых людей», в Голландии – институт «ОДИССЕЙ» (образование пожилых людей – одно из направлений его деятельности). Проблема образования людей пожилого возраста успешно решается в США, Англии, Швеции: там действуют специальные высшие народные школы, семинары и курсы для пожилых людей. Данные учреждения финансируются государством. Методикой образования взрослых, в том числе пожилых людей, занимаются ведущие ученые, лаборатории, институты. Образовательная работа ведется подготовленными специалистами учреждений социальной помощи, церковных и благотворительных организаций, а также партий и движений различных политических ориентаций.

Существует опыт образования пожилых людей и в России. В ряде городов нашей страны региональными отделениями общества «Знание» открыты народные университеты «третьего возраста» с факультетами права, здоровья, политических и экономических знаний, психологии, агротехники, культуры и домоводства.

Изменения, произошедшие за последние десятилетия в осмыслении феномена старения и старости, заставили общественность иначе взглянуть на интеллектуальные способности пожилых людей. По свидетельству теоретиков и практиков, подавляющая часть пожилых людей обладает значительными ресурсами в области образования. Кроме того, группу пожилых людей отличают значительный жизненный опыт; солидный профессиональный опыт; опыт обучения на различных этапах жизни; опыт преодоления негативных жизненных ситуаций; социальная компетенция в общении с другими людьми; творческие возможности.

Однако образование пожилых людей следует отличать от образования детей и взрослых. При организации образовательной деятельности с пожилыми людьми исследователи рекомендуют руководствоваться следующими положениями:

1) цель образования в пожилом возрасте – понимание, постижение себя, других людей, взаимодействия с ними, мира вокруг и себя в мире;

2) «ресурс» образования пожилых людей – их жизненный опыт. Содержание образования должно быть направлено на активизацию жизненного опыта пожилого человека;

3) образовательный процесс должен выстраиваться на основе субъект – субъектного взаимодействия;

4) формы, средства, методы образовательного процесса определяются психофизиологическими и другими особенностями пожилого человека.

Образование пожилых людей исследователи рассматривают как мощнейший фактор реинтеграции пожилого человека в активную жизнь общества. Этому, с точки зрения исследователей, способствуют следующие факторы: включение пожилых людей в новые сферы деятельности; расширение социальных контактов; приобретение новых жизненных ориентаций; позитивные анализ и оценка прожитой жизни.

Социально-педагогические технологии в реабилитации граждан пожилого возраста зарекомендовали себя как мощнейший фактор реинтеграции пожилого человека в активную жизнь общества. Этому, как показывает опыт, способствуют включение пожилых людей в новые сферы деятельности, расширение социальных контактов, приобретение новых жизненных ориентаций, позитивные анализ и оценка прожитой жизни.

5.4. Социально – педагогическая реабилитация пожилого человека

Анализ теории и практики социальной реабилитации показал: значительная часть труда специалиста социальной работы в процессе реабилитации строится на осуществлении *социально-педагогических действий* (В.Г. Бочарова, Ю.Г. Григорьев, М.П. Гурьянова). Реабилитационная деятельность включает в себя *перестройку личности реабилитанта*¹, и осуществляется эта перестройка педагогическими средствами на основе знания социальным работником особенностей клиента, содержания деятельности, собственных возможностей для включения в эту деятельность.

Социально-педагогическая деятельность, состоящая, с точки зрения исследователей, *в обеспечении образовательно-воспитательными средствами направленной социализации личности, помощи в обретении или восстановлении социальной ориентации и социального функционирования, а также создании условий для самореализации человека* (В.Г. Бочарова, В.А. Никитина) пронизывает все этапы реабилитации, присутствует во всех ее направлениях².

Социально-педагогический подход к реабилитации актуализирует применение в процессе реабилитации граждан пожилого возраста методов, способов, технологий социально-педагогического воздействия. С точки зрения ученых, именно педагогически целесообразная деятельность в социуме поможет создать возможность для максимальной реализации возрастных и индивидуальных особенностей личности; для развития самостоятельности, самодеятельности, самоуправления, для раскрытия внутренних потенциальных возможностей, способностей, дарований человека на каждом возрастном этапе жизни и, что не менее важно, представить старость как «зону

¹Бабкина, Н.И. Основы социально-педагогической реабилитации лиц с ограниченными возможностями/ Н.И.Бабкина// Развитие социальной реабилитации в России. – М., 2000. – С. 71-81.

²Там же.

множественных возможностей»¹, как ресурс динамического развития отдельного человека и общества в целом (В.Г. Бочарова, Е.И. Холостова).

На начальном этапе деятельности специалиста в современной концепции реабилитации людей старшего возраста большое значение имеет оценка *реабилитационного потенциала* пожилого человека. Под реабилитационным потенциалом в научной литературе понимается совокупность резервных возможностей человека, позволяющих ему в наиболее полном объеме восстанавливать утраченные функции и дефекты развития². Многообразие факторов, оказывающих влияние на реабилитационный потенциал, породило многочисленные подходы к их классификации (таб. 5.1).

Оценка реабилитационного потенциала дает основания для прогнозирования результатов реабилитации.

С учетом данных о реабилитационном потенциале пожилого человека разрабатывается *индивидуальная программа реабилитации* (Н.В. Дементьева, Е.И. Холостова). Данный документ традиционно предполагает определение видов, форм рекомендуемых пожилому человеку реабилитационных мероприятий (медицинских, психологических, педагогических и др.), их объем, сроки проведения и исполнения.

¹Елютина, М.Э. Геронтологическое направление в структуре человеческого бытия/ М.Э. Елютина. – Саратов: Саратов. гос. технич. ун-т, 1999; Елютина, Э.В. Чеканова. – Саратов: Саратов. гос. технич. ун-т, 2001.

²Швецова, В.С. Реабилитационный потенциал и потребности в медико-социальной реабилитации и защите детей – инвалидов/ В.С. Швецова, А.А. Свинцов, С.А. Овчеренко// Реабилитация детей с ограниченными возможностями в Российской Федерации: материалы международной конференции, Дубна, 5-7 октября 1992. – М.: Педагогическое объединение «Радуга», 1992. – С. 32-34.

Таблица 5.1

Факторы, оказывающие влияние на реабилитационный потенциал пожилого человека

№ п/п	Авторы	Факторы, определяющие реабилитационный потенциал
1	2	3
1.	Г.С.Юмашев, К. Ренкель	<ul style="list-style-type: none"> - <i>биологические</i> (свойство организма приспосабливаться к новым условиям в результате компенсаторно-восстановительных процессов); - <i>психологические</i> (свойства личности, связанные с чувством престижности, стремлением выражать свою полезность и ценность посредством труда – осознанные и неосознанные притязания); - <i>социально-экономические</i> (полезность для общества жизнедеятельности инвалидов – труд, знания, жизненный опыт и т.д.); - <i>морально-этические</i> (наличие и реализация в обществе принципов гуманизма и милосердия); - <i>научно-медицинские</i> (современные достижения медицины, тесно связанные с успехами смежных наук, развитием техники, обеспечивающие комплексные решения и значительный прогресс в области восстановительной и заместительной терапии)
2.	В.С. Швецова, А.А.Свинцова, С.А.Овчеренко	<ul style="list-style-type: none"> - <i>социальные факторы</i> (образование, профессия, воспитание в детском возрасте, характеристика семьи и семейных отношений); - <i>медицинские факторы</i> (характер тяжести патологии, последствия заболевания, наличие или отсутствие медицинской реабилитации и сроки ее проведения);

	<p>- <i>психологические факторы</i> (психофизические состояния, личностные реакции на болезнь с ожиданием опеки, уход от социальных контактов);</p> <p>- <i>экономические факторы</i> (материальная обеспеченность и удовлетворенность материальным положением).</p>
--	--

Специфику педагогических средств, форм и технологий практической деятельности, используемых специалистами социальной работы, В.Г. Бочарова характеризует следующим образом¹:

1) они рассматривают личность в среде, ее микросоциуме, совокупности взаимоотношений в различных сферах ее микросреды;

2) исходят из непрерывного характера социального развития личности, рассматривают все возрастные периоды жизни человека и способствуют проведению в движение реальных механизмов развития активности, деятельности, социальных инициатив личности на каждом возрастном этапе с учетом особенностей переходных периодов и обеспечения преемственности;

3) предусматривают решение воспитательно-образовательных задач на междисциплинарной основе с ориентацией на обоснованность каждого конкретного решения одновременно с позиций различных отраслей человеческого познания – медицины, психологии, педагогики, права и т.д.;

4) предполагают полноценное использование (задействование) воспитательно-образовательного потенциала, средств и возможностей всех социальных институтов, различных подсистем и структур, общества в целом;

5) направлены на активизацию усилий личности в решении собственных проблем, совокупное включение средовых и личностных механизмов, межинституциональных связей, на создание гуманных, воспитывающих отношений в социуме.

¹ Бочарова, В.Г. Педагогика социальной работы/ В.Г. Бочарова. – М., SvR-Apress. - 1994.

Современная социально-педагогическая практика располагает целым комплексом методов, которые позволят специалисту социальной работы создать условия для положительного саморазвития клиента, его социальной адаптации и реабилитации¹. При отборе профессионального инструментария исследователи в области социальной работы рекомендуют руководствоваться следующими принципами: апелляция к личности клиента; партнерство его с социальным работником в реализации целей реабилитации; разносторонность усилий, направленных на различные сферы жизнедеятельности человека и на изменение его отношений к себе и своим затруднениям; единство биологических и психосоциальных воздействий; определенная последовательность перехода от одних воздействий и мероприятий к другим².

Анализ теории и практики реабилитации людей старших возрастных групп показал, что решению социально-педагогических задач реабилитации будет способствовать целесообразное применение социальным работником многочисленных методов социального воспитания. Ученые определяют их как «способы целенаправленных действий в конкретной ситуации взаимодействия с личностью и ее культурно-образовательной средой, обеспечивающие формирование социально значимых отношений и качеств личности»³. Классификация вышеуказанных методов осуществляется по следующим основаниям:

1) *по направленности* – формирование сознания (взглядов, оценок, понятий, суждений), формирование эмоциональных чувств и стремлений (мотивов, чувств, стремлений, идеалов), самовоспитание личности (самооценки, самоконтроля, самоорганизации), формирование социально-приемлемого поведения, деятельности личности, привычек, отношения с окружающими;

¹Технология социальной работы: учебник/ под общ. ред. проф. Е.И.Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2001.

²Гуслякова, Л.Г. Основы теории социальной работы: учебное пособие/ Л.Г.Гуслякова, Е.И. Холостова. – М.: Социально-технологический институт, 1997.

³Маслова, Н.Ф. Рабочая книга социального педагога/ Н.Ф.Маслова. – Орел: ОГУ, 1994.

2) по характеру отношений социального работника и реабилитанта - организация деятельности, метод общения, опека, самореализация и индивидуальная коррекция действий;

3) по характеру влияния среды на личность - общение, мнение, приучение, тренировка, организация деятельности, общение – диалог, переучивание; новая деятельность, изменение смысла жизни, отношений, деятельности, изменение поведения, изменение ситуации, изменение среды;

4) по содержанию проводимой работы – социально-экономические (материальная помощь, помощь семье), организационные (организация коллектива, отношений личности в коллективе, организация помощи личности, семье, различным неформальным объединениям; создание клубов, объединений); психолого-педагогические (исследование, наблюдение, социально-психологическая диагностика, беседа, интервью)¹.

Широкое применение в современной практике реабилитации лиц старших возрастов вызвало разнообразные формы социально-педагогических технологий, признаваемые в социальной теории и практике наиболее эффективными способами создания условий для положительного саморазвития, социальной адаптации и социальной защиты клиента путем воспитательного воздействия на его личность и поведение². Среди них особо распространены самоуправляющиеся общественные объединения (клубы, ассоциации, группы самопомощи и взаимопомощи), а также технология образовательного типа «Университет третьего возраста», о которых было сказано ранее.

Методы и средства социально-педагогической деятельности определяются целью реабилитационной работы, а также особенностями объекта (человека или группы) реабилитации. Их отбор должен носить индивидуализированный и дифференцированный характер. В процессе реабилитации граждан пожилого возраста, считает Н.И. Бабкин, они должны определяться

¹Василькова, Ю.В. Методика и опыт работы социального педагога: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений/ Ю.В. Василькова. – М.: Издательский центр «Академия», 2001.

²Технология социальной работы: учебник/ под общ. ред. проф. Е.И. Холодовой. – М.: ИНФРА-М, 2001.

характером отклонения от норм физического и психического здоровья, воспитанности и образованности пожилого человека, его социального статуса, экономического положения, профессиональной подготовки, жизненной ситуацией, в которой он пребывает, а также его резервными возможностями и мотивацией¹.

Принципиальную важность для осуществления специалистом социальной работы деятельности по реабилитации граждан пожилого возраста приобретают следующие теоретические положения:

1) каждый человек представляет собой единое, уникальное, организованное целое;

2) человек - высшее существо, способное воспринимать и конструировать мир, принимать решения и формировать жизненные стратегии, а также изменяться при наличии определенных условий;

3) каждый человек обладает внутренней собственной активностью, стремлением к росту, прогрессу, более полной реализации своих внутренних потенций.

Деятельность специалиста в процессе реабилитации заключается не в навязывании пожилому человеку готового решения, не в решении его проблем, а в *стимулировании его собственной активности* по самоизменению, самовоспитанию, саморазвитию. Поэтому, считают исследователи, решающая роль в педагогически организованной реабилитации принадлежит *межличностному взаимодействию* социального работника и пожилого человека. Необходимыми условиями такого взаимодействия признаются: наличие психологического контакта между социальным работником и пожилым клиентом; конгруэнтность и интегрированность, проявляемые по отношению к пожилому человеку; безусловное позитивное внимание к пожилому человеку, безоценочное к нему отношение; эмпатическое понимание социальным работником внутренней

¹Бабкина, Н.И. Основы социально-педагогической реабилитации лиц с ограниченными возможностями/ Н.И.Бабкина// Развитие социальной реабилитации в России. – М., 2000. - С. 71-81.

системы координат пожилого клиента; передача пожилому клиенту эмпатического понимания и безусловного позитивного внимания социального работника¹.

Основатель личностно-ориентированного подхода в психологии К. Роджерс указывал, что если терапевт (в нашем случае социальный работник) является успешным в проявлении подлинности, безусловного положительного отношения и сочувствия, то клиент (пожилой человек) ответит конструктивными изменениями в организации своей индивидуальности. Ученый предложил следующую «формулировку основного закона межличностного общения»: «... чем больше конгруэнтность переживания, осознания и коммуникаций у одного человека, тем больше последующие отношения будут включать тенденции к дополнительной коммуникации с возрастающей конгруэнтностью, к большей обоюдной точности взаимопонимания, улучшающей психологическую адаптацию и функционирование обеих сторон, а также обоюдное удовлетворение отношениями...»². Отечественный исследователь Н.С.Степашов отмечает: «Следствием субъектно-субъектных отношений является изменение не только отношения между людьми, но и самоотношения, т.е. отношения к самому себе»³. Благодаря такому взаимодействию личность пожилого клиента изменяется в сторону большей конгруэнтности, целостности, у человека остается меньше оснований для внутренних конфликтов и, наоборот, увеличивается энергия для активной жизни. Конечная цель реабилитации в этом случае определяется как *восстановление способности реабилитанта быть субъектом собственной жизни, способности к активизации своего личностного потенциала, к развитию*.

¹Rogers, C.R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.

²Крижанская, Ю.С. Грамматика общения/ Ю.С.Крижанская, В.П.Третьяков. – Л.: ЛГУ, 1990.

³Степашов, Н.С. Феномен жизненных затруднений: монография/ Н.С.Степашов. – Курск: КГМУ, 2002.



Рис 5.1. Структура деятельности специалиста социальной работы по реабилитации граждан пожилого возраста

Таким образом, структура деятельности специалиста социальной работы по реабилитации граждан пожилого возраста в современных условиях развития теории и практики социальной работы с данной категорией населения может быть представлена следующим образом (рис.5.1).

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Раскройте понятие «старение» и опишите типологию старения и классификацию пожилых людей.
2. Опишите социально - психологические особенности пожилых людей.
3. Проанализируйте опыт реабилитации граждан пожилого возраста в России и за рубежом.
4. Охарактеризуйте социально – педагогическую реабилитацию пожилого человека.
5. Опишите факторы, оказывающие влияние на реабилитационный потенциал пожилого человека.
6. Раскройте структуру деятельности специалиста социальной работы по реабилитации граждан пожилого возраста.

Нормативно-правовые источники

1. Федеральный закон от 02.08.1995 N 122-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (принят ГД ФС РФ 17.05.1995) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
2. Федеральный закон от 12.01.1995 N 5-ФЗ (ред. от 06.05.2010) «О ветеранах» (принят ГД ФС РФ 16.12.1994) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Федеральный закон от 17.12.2001 N 173-ФЗ (ред. от 27.12.2009) "О трудовых пенсиях в Российской Федерации" (принят ГД ФС РФ 30.11.2001) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
4. Федеральный закон от 06.05.2010 N 79-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «О ветеранах» (принят ГД ФС РФ 16.04.2010) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
5. Постановление Правительства РФ от 15.04.1995 N 338 (ред. от 06.07.1999) «О развитии сети специальных домов - интернатов для престарелых и инвалидов» // КонсультантПлюс.

ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

6. Постановление Правительства РФ от 15.04.1996 N 473 (ред. от 15.06.2009) «О порядке и условиях оплаты социальных услуг, предоставляемых гражданам пожилого возраста и инвалидам государственными и муниципальными учреждениями социального обслуживания» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
7. Постановление Минтруда РФ от 27.07.1999 N 29 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности социально - оздоровительных центров граждан пожилого возраста и инвалидов» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
8. Постановление Минтруда РФ от 12.05.2003 N 25 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственных и муниципальных учреждений социального обслуживания «Дом-интернат малой вместимости для граждан пожилого возраста и инвалидов» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

Литература

1. Бочарова, В.Г. Педагогика социальной работы/ В.Г.Бочарова. – М., SvR-Arrys, 1994. – 212 с.
2. Гамезо, М.В. Возрастная и педагогическая психология: учеб. пособие для студ. вузов/ М.В.Гамезо. – М.: Педагогическое общество России, 2003. – 305с.
3. Гусликова, Л.Г. Основы теории социальной работы: учебное пособие/ Л.Г.Гусликова. – М.: Социально-технологический институт, 1997. – 129 с.
4. Дыскин, А.А. Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. Руководство для подготовки социальных работников/ А.А.Дыскин. – М.: Логос, 1996. – 312с.

5. Елютина, М.Э. Геронтологическое направление в структуре человеческого бытия/ М.Э.Елютина. – Саратов: Сарат. гос. технич. ун-т, 1999. – 117 с.
6. Ермолаева, М.В. Структура эмоциональных переживаний в старости/ М.В.Ермолаева// Мир психологии. – 1999. – №2. – С. 123-133.
7. Зарубежный и отечественный опыт социальной работы: учебно-методическое пособие. – М.: Социально-технологический институт, 1999. – 217 с.
8. Краснова, О.В. Социальная психология старения: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ О.В.Краснова. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 321 с.
9. Маслова, Н.Ф. Рабочая книга социального педагога / Н.Ф. Маслова. – Орел: ОГУ, 1994. – 208 с.
10. Савинов, Л.И. Социальная адаптация пожилых людей к современной ситуации/ Л.И.Савинов, Н.В. Герасимова. – Саранск: Изд-во Мордов. ун-та, 2002. – 156 с.
11. Социальная геронтология: современные исследования. Реферативный сборник. – М., 1994. – 159 с.
12. Социальная работа с пожилыми в США: Сб. ст. / Сост. В.А. Фокин, И.В. Фокин, Н.А. Шайденко; Пер. с англ. В.А. Фокина, И.В. Булатова и др. – Тула: Изд-во тул. гос. пед. ун-та им. Л.Н. Толстого, 2002. – 331 с.
13. Степашов, Н.С. Феномен жизненных затруднений: монография/ Н.С. Степашов. – Курск: КГМУ, 2002. – 228 с.
14. Стронина, Н.Р. Социальный сервис для пожилого населения: опыт Дании / Н.Р.Стронина. – Нижний Новгород: Изд-во Нижегородского ун-та им. Н.И. Лобачевского, 2000. – 133 с.
15. Тель, Л.З. Старение: физиология, эволюция, терапия/ Л.З. Тель, П.Б. Баннов. – Алматы, Казахстан, 1994. – С.132-133.
16. Технологии социальной работы: учебник/ Под общ. ред. проф. Е.И. Холостовой. – М.: ИНФРА-М, 2001. – 513 с.
17. Уход за престарелыми на дому/ Ред. и сост. Э.В. Карюхин. – М., 1999. – 197с.

18. Холостова, Е.И. Пожилой человек в обществе/ Е.И. Холостова. – М.: Социально-технологический институт МГУС, 2000. – 349 с.
19. Шахматов, Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное/ Н.Ф. Шахматов. – М., 1996. – 287 с.
20. Щукина, Н.П. Самопомощь и взаимопомощь в системе социальной поддержки пожилых людей/ Н.П. Щукина. – М.: Социально-технологический институт, 2000. – 186 с.
21. Этика социальной работы: принципы и стандарты// Российский журнал социальной работы. – 1995. – №2. – С. 122-126.
22. Яцемирская, Р.С. Социальная геронтология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Р.С. Яцемирская, И.Г. Беленькая. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 597 с.

РАЗДЕЛ 6. СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВОЕННОСЛУЖАЩИХ

6.1. Структура и организация социально-психологической реабилитации военнослужащих

Понятие реабилитация (восстановление) многие специалисты трактуют как «третичную профилактику», понимая под первичной профилактикой предупреждение заболеваний, а под вторичной - лечение болезней.

Рассматривая сущность данного понятия и говоря о процессе реабилитации военнослужащих, получивших психические травмы, правомерно различать следующие разновидности реабилитации.

Медицинская реабилитация военнослужащих	В тех случаях, когда военнослужащие получают достаточно серьезные травмы, к ним применяют мероприятия медицинской реабилитации. Оказание первой медицинской помощи в боевой обстановке, вооружённых конфликтов, выполнении служебно-боевых задач есть начало медицинской реабилитации. Даже кратковременное улучшение состояния военнослужащих облегчает контакт с ними, повышает их веру в улучшение состояния и выздоровление.
--	--

Значимость медицинских мер в восстановлении психического равновесия заключается не только в применении психотропных средств, оказывающих нормализующее влияние на эмоциональную сферу человека, создающих условия для быстрого и конструктивного воздействия на психологические состояния. Существенную роль в профилактике психических расстройств у военнослужащих играют такие элементы медицинской реабилитации, как полноценное рациональное питание, физиотерапия, бальнеотерапия, массаж и т.п.

В целом медицинское воздействие на людей, подвергшихся психогенному воздействию, «открывает двери» для психотерапии: специалисты утверждают, что у 80-85% раненых восстановление

боеспособности достигается, по существу, при завершении программы медицинской реабилитации.

Военно-профессиональная реабилитация Предусматривает меры по восстановлению профессиональных навыков в кратчайшие сроки после травмирования. В случае невозможности профессиональной реабилитации военнослужащих осуществляется их переобучение, подготовка к выполнению других, более доступных обязанностей.

Социальная реабилитация военнослужащих Человек - существо социальное. Особую значимость для него имеют события общественной жизни и ближайшее окружение (социальный фактор). Поэтому социальная реабилитация является одной из важнейших в системе общей реабилитации.

Для военнослужащего, получившего психическую травму, важно ощутить со стороны окружающих его людей внимание, сочувствие, получить необходимую помощь. Улучшает настроение и положительно сказывается на состоянии травмированного отвлечение внимания от сосредоточения на болезненных ощущениях и представлениях.

Психологическая реабилитация военнослужащих Этот факт требует участия в реабилитации не только медицинских работников, но также командиров и сослуживцев. В данной связи особое внимание следует уделять поддержанию в подразделениях (части) здорового социально-психологического климата. Психосоциальное воздействие включает меры групповой терапии, стимулирование социальной активности, занятия общественно значимыми делами (работой). Ощутимо влияет на социальную реабилитацию постоянный контакт военнослужащего с сослуживцами, родственниками, получение писем, газет, журналов, прослушивание радиопередач и т.п. Это система медико-психологических мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного статуса воинов, получивших психическую

травму. Она тоже является неотъемлемой составной частью общей реабилитации.

С помощью психологических воздействий становится возможным снизить уровень нервно-психической напряженности, быстрее восстановить затраченную нервную энергию и тем самым оказать существенное влияние на ускорение процессов восстановления в других органах и системах организма.

Основными целями социально-психологической реабилитации являются: а) восстановление боевой (при дальнейшем продолжении службы) и трудовой способности; б) предупреждение инвалидности; в) социальная адаптация.

Уяснение целей социально-психологической реабилитации позволяет определить ее задачи, содержание, структуру, привлекаемые силы и средства, а также обязанности органов управления и должностных лиц всех степеней (касается и общества в целом и его военной организации) по организации, осуществлению и управлению процессом восстановления социального и психического равновесия военнослужащих в условиях экстремальной обстановки боя, военной службы и после неё.

Основными задачами социально-психологической реабилитации являются:

1. Установление характера и степени нервно-психологических расстройств, определение индивидуально-личностных особенностей реагирования военнослужащим на полученную психическую травму и выработка реабилитационных мероприятий.

2. Снятие психоэмоционального напряжения, раздражительности и страха посредством применения комплексных воздействий (психотерапевтических, медицинских, биологических, социотерапевтических и воспитательных).

3. Регуляция нарушенных функций организма, коррекция психофизиологического состояния методами психофармакологических, психотерапевтических и физических воздействий.

4. Формирование оптимальной психологической реакции на последствия психической травмы, мобилизация личности на преодоление возникших состояний.

5. Оптимальное разрешение психотравмирующей ситуации, восстановление социального статуса, адаптация человека к условиям внешней среды посредством стимулирования социальной активности военнослужащего, а также различными организационно-педагогическими методами.

6. Оценка физической и умственной работоспособности, осуществление профессионально-психологической реабилитации (при утрате профессиональной пригодности - профессиональной переориентации); ориентирование на продолжение активной социальнополезной деятельности.

7. Изучение динамики изменений психических состояний в процессе реабилитации; диагностика функционального состояния физиологических систем организма; оценка эффективности и коррекция (в случае необходимости) реабилитационных мероприятий.

Психотерапия Эффективное реабилитационное воздействие позволяет осуществлять психотерапия (т.е. лечебное воздействие на человека психическими факторами).

В широком смысле слова психотерапия - это благоприятная окружающая обстановка, хорошо организованный режим и досуг, чуткий подход к травмированному военнослужащему. В узком смысле под психотерапией понимают планомерное социально-психологическое воздействие на человека, получившего психическую травму. Различают косвенную и прямую психотерапию.

Общая (косвенная) психотерапия представляет собой комплекс мероприятий, направленных на создание обстановки, благоприятно воздействующей на человека, получившего психическую травму. К ним относятся: рациональная организация его служебной (трудовой после армии) деятельности, а в случае необходимости и смена рода занятий; создание в коллективе (воинском, трудовом) здорового социально-психологического

климата; отвлечение от неприятных психотравмирующих переживаний; применение активирующего режима реабилитации и некоторые другие.

Косвенная психотерапия создает базу для лечения травмированной психики воина. Психотерапевтическое воздействие на него оказывают беседы командиров, медицинских работников, служащих реабилитационных центров (например, Центра реабилитации военнослужащих, исполнявших обязанности в горячих точках при МВД РТ, г.Казань) об его состоянии, снятие тревоги и укрепление надежды на выздоровление, забота об его отдыхе, питании, лечении, внимание ко всему тому, что волнует воина.

Специальная (прямая) психотерапия - это совокупность специальных приемов словесного воздействия на психику солдата (офицера), получившего психическую травму. Различают следующие виды такой психотерапии:

- седативную, направленную на успокоение человека, ослабление его болезненных ощущений или смягчение эмоционального реагирования на свое состояние;
- корригирующую, призванную выработать правильное отношение к произошедшему и ослабить патогенную значимость причины болезненного состояния;
- стимулирующую, имеющую целью мобилизацию компенсаторных механизмов и повышение социальной активности личности;
- психотерапию, направленную на устранение патологического стереотипа, обуславливающего стойкую фиксацию болезненных симптомов.

К числу методов социально-психологического воздействия на психику относятся: рациональная психотерапия; суггестивная психотерапия; наркопсихотерапия; трудовая терапия; эстетическая терапия; натуральная терапия.

Гигиенические мероприятия обязательны в комплексе мер психотерапии.

Во-первых, необходимо обеспечивать соблюдение четкого режима дня (ночной сон не менее 8 часов; утренняя гимнастика;

водные тонизирующие процедуры; систематическое чередование труда и активного отдыха; спортивные игры, не требующие сложной координации движений и напряженного внимания).

Во-вторых, разумно организовывать жизнедеятельность военнослужащих, подвергшихся психотравмирующему воздействию (устранение профессиональных вредностей; смена рода деятельности; перевод на облегченную деятельность или улучшение условий выполнения обязанностей по службе; регламентация служебного времени; освобождение от ночных нарядов (работ); ограничение чрезмерных физических и эмоциональных нагрузок и т.п.).

В-третьих, полноценное и разнообразное питание (с преобладанием белков животного происхождения и большого количества витаминов).

Учитывая важность мер, направленных на сохранение и восстановление дееспособности военнослужащих, руководитель любого ранга (командир, начальник) обязан учесть их при определении различных заданий, правильно ориентировать должностных лиц, определить степень их участия в решении следующих основных задач:

1. Снятие у военнослужащих психической напряженности и усталости.

2. Быстрое возвращение в коллектив людей, не нуждающихся по характеру психических расстройств в госпитализации.

3. Отправка военнослужащих, получивших различные (в т.ч. и боевые психические травмы), в специализированные учреждения для оказания медицинской помощи и проведения реабилитации.

4. Восстановление боеспособности и устойчивости деморализованных и дезорганизованных воинских подразделений.

Социально-психологическая реабилитация обеспечивает поддержание необходимого состояния боеспособности военнослужащих, способствует предупреждению инвалидности, позволяет восстанавливать психическое равновесие людей, создает условия для адаптации воинов, получивших психические травмы.

При этом специалисты-реабилитологи должны обладать необходимыми знаниями и практическими навыками в области

психоневрологии и социальной защиты в интересах профессионального осуществления социально-психологической реабилитации военнослужащих.

6.2. Стрессовые ситуации и их влияние на психику военнослужащего

Структурно психический мир личности включает психические свойства, процессы, состояния и образования. Определяющими в отрицательном воздействии на психику человека стрессов, являются психические состояния личности военнослужащего.

Стрессовые ситуации у военнослужащих

Стрессовые ситуации у военнослужащих могут возникать:

1) в мирное время:

а) в связи с общей организацией военной службы:

- условия службы;
- особенности распорядка дня и дисциплинарных требований;
- организация быта;
- степень удовлетворения нужд и запросов военнослужащих;
- неприятности по службе.

б) в связи с ограничениями и трудностями военной службы:

- сокращения возможности для любимых занятий;
- ограниченный круг общения;
- затруднены или ограничены контакты с родными;
- отказ от некоторых привычек в интересах службы и требований коллектива.

в) в связи с внутриколлективными отношениями:

- морально-психологическая атмосфера в коллективе;
- стиль отношений командира с подчинёнными;
- общественное мнение;
- преобладающие личностные и групповые традиции, настроения.

г) вне связи с военной службой:

- болезнь и смерть родственников;

- финансовые затруднения;
- неудачи в личной жизни;
- непривычные условия пребывания (ландшафт, климат);
- иные режимы труда, отдыха, питания;
- неприятности по службе.

2) в военное время:

- угроза жизни;
- ответственность за выполнение задачи;
- неопределённость и недостаток поступающей информации;
- дефицит времени на принятие решения и его осуществление;
- не соответствие военно-профессиональных качеств личности требованиям, предъявляемым к ней обстановкой;
- психологическая неподготовленность личности к выполнению конкретной задачи;
- неуверенность в надёжности оружия;
- отсутствие доверия к командованию;
- фактор изоляции (отрыв от основных сил, нахождение в убежищах, закрытой технике и др.);
- нарушение режима сна.

На воздействие стрессовых ситуаций военной службы в мирное время или боевой обстановке организм «отвечает» реакцией тревоги. Она развивается у каждого человека и может варьироваться по степени тяжести в зависимости от индивидуальных особенностей человека в течение короткого времени.

К симптомам нормальной реакции тревоги относятся: мышечное напряжение; тремор (дрожание); шаткая походка; увеличенное потоотделение; проявление дисфункций со стороны дыхательной, пищеварительной мочевыделительной, сердечно-сосудистой систем; повышенная восприимчивость к звуку; затруднённый отход ко сну; проявление апатии и раздражительности.

Реакция тревоги завершается формированием “состояния резистенции” (устойчивости), возникающего за счет мобилизации

компенсаторных возможностей организма. В таком состоянии военнослужащий готов к выполнению боевых задач.

При дальнейшем неблагоприятном воздействии состояние резистенции сменяется истощением. Психика человека подвергается мощному стрессовому воздействию, следствием которого являются различного рода психические отклонения.

В боевой обстановке в подобных случаях принято говорить, что человек получил боевую психическую травму.

Боевая психическая травма (БПТ) - переживание большой силы, вызванное кратковременным или длительным воздействием психотравмирующих факторов боевой обстановки, приводящее к психическим расстройствам в форме психогений.

Психогения - это расстройство психики, возникающее под воздействием психотравмы.

По своим свойствам психические расстройства, вызванные БПТ, аналогичны психическим расстройствам, возникающим в острых жизненных ситуациях (катастрофы, стихийные бедствия и др.).

БПТ могут возникать на всех этапах нормальной реакции психики на стресс, если его сила превысит защитные возможности организма.

Достаточно отметить, что из 1 млн. 630 тыс. солдат, несших службу в армии США в ходе второй мировой войны, около 1 млн. были подвергнуты амбулаторному или стационарному лечению нейропсихических заболеваний, из них 545 тыс. тотчас же были признаны негодными к военной службе. Только в 6-ой дивизии морской пехоты США в течение десяти дней боев за Окинаву выбыло из строя 1289 человек с психическими расстройствами из 2662 человек общих потерь. БПТ составили 48% от числа раненых. В другой дивизии этот показатель составил 34%.

По подсчетам американских специалистов, БПТ во второй мировой войне составили 5% всех санитарных потерь. В арабо-израильских войнах их число возросло уже до 25%. На основании этого делается вывод о том, что в современном бою БПТ могут составить 30% всех санитарных потерь в течение первого месяца боевых действий.

На основании анализа отечественного и зарубежного опыта можно выделить следующие формы проявления психических нарушений, возникающих в мирное время и в условиях боевых действий. Их подразделяют на две группы.

1-я группа (характерна для мирного времени, но может проявляться и в боевой обстановке):

- острый психоз;
- психосоматический синдром;
- психические нарушения, развивающиеся на фоне ранений; особенно у лиц с тревожно-мнительным складом психики и ипохондрической фиксацией на своём состоянии (чрезмерная сосредоточенность на своём здоровье, тех или иных его отклонениях).

2-я группа (характерна для военного времени):

- психические нарушения, главным симптомом которых является *патологический страх*. Его клиническая картина:

- учащенное сердцебиение;
- холодный пот и сухость во рту;
- дрожание конечностей, переходящее в дрожание всего тела;
- непроизвольное выделение мочи и кала;
- функциональный паралич конечностей;
- заикание;
- потеря речи.

- психические нарушения, связанные с попытками *«вычеркнуть» из памяти боевые эпизоды*;

- психические нарушения, связанные с *«боевой усталостью»*;

- психические нарушения, связанные с реальной или мнимой потерей управления – *«утрата веры в командира»*.

По характеру возникновения (несмотря на многообразие клинической картины) БПТ можно разделить на два вида, которые аналогичны по их сути как в отечественной, так и в зарубежной классификации.

1 вид: психические расстройства, возникающие вследствие перенесения относительно мощного, но короткого по времени

психотравмирующего воздействия (по классификации в США - "боевой шок").

2 вид: психические расстройства, возникающие вследствие перенесения относительно слабого, но длительного по времени (постоянно действующего) психотравмирующего фактора (по классификации в США - боевое переутомление).

Наряду с двумя вышеупомянутыми видами психических расстройств через некоторое время могут развиваться *посттравматические стрессовые реакции* (ПТСР). Они проявляются в виде следующей клинической картины:

- повторяющиеся сны и навязчивые воспоминания о психотравмирующих событиях, которые иногда ассоциируются с некоторыми предметами, событиями, фактами;
- стремление избежать мыслей, переживаний, действий, ситуаций, которые могут напоминать о психотравмирующем событии. Неспособность воспроизвести в памяти события психотравмирующей ситуации. Потеря интереса к ранее значимым событиям (спорт, увлечения и др.). Ощущение укороченного будущего. Неспособность к сопереживанию, семейной жизни;
- трудности засыпания, нарушения сна, вспышки гнева, трудности запоминания и концентрации внимания, постоянная повышенная настороженность.

ПТСР наблюдаются у 100 процентов участников боевых действий, разница лишь в степени тяжести.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что стрессовые ситуации существенно влияют на боеготовность военнослужащего и требуют применения специальных мер социально-психологической реабилитации.

6.3. Зарубежный опыт социальной реабилитации военнослужащих

В зарубежных армиях (особенно в армиях стран НАТО) проблемам реабилитации военнослужащих, даже не участвующих в боевых действиях, уделяется первостепенное внимание.¹

В этой работе принимают участие командиры всех степеней, военные священники (капелланы), психологи и психиатры, специально подготовленные эксперты по родам и видам вооруженных сил. В своей работе они руководствуются документами военного ведомства и соответствующих гражданских министерств (как правило, здравоохранения).

Издано огромное количество литературы по так называемым «военным стрессам». Большая ее часть предназначена непосредственно для рядового и сержантского состава. Примечательно, что западные специалисты широко употребляют термин «нормальные психологические расстройства». Он применяется в контексте деятельности военнослужащего в специфической военной обстановке.

К «нормальным» стрессам относятся: страх, физическое истощение, эмоциональное истощение, сверхбдительность, плохой сон, «эффект выживания», беспокойство, эмоциональное безразличие и т. д. Наряду с этим существуют и «долговременные» стрессы. Это – депрессия, замкнутость, внезапный гнев, безразличие, отчужденность, комплекс вины за то, что остался жив, тревога, расстройство сна, кошмары, навязчивые мысли, истерические состояния.

Система и механизм социальной защиты военнослужащих

В США программа профессиональной реабилитации осуществляется с целью оказания помощи ветеранам, получившим инвалидность в результате прохождения ими действительной военной службы, в вопросах

¹ Сайт Воздушно-космическая оборона. Особенности оперативного (боевого), морально-психологического, технического и тылового обеспечения советских и российских войск в локальных войнах и вооруженных конфликтах
http://old.vko.ru/print.asp?pr_sign=archive.2006.26.29_14

восстановления их самостоятельности, социальной и профессиональной пригодности. Под действие программы попадают бывшие военнослужащие со степенью потери трудоспособности не менее 20%, инвалидность которых наступила не ранее чем 16 сентября 1940 г.¹

Курс реабилитации рассчитан на 48 и более месяцев. Он организуется на базе университетов, колледжей, школ и курсов профессионально-технической подготовки, специализированных реабилитационных учреждений, а при необходимости - и на дому. Программа курса предусматривает: бесплатное обучение по специальности; бесплатные специальные занятия, связанные с восстановлением двигательных, речевых и других функций, обеспечивающих повседневную самостоятельность и организуемые в зависимости от характера инвалидности (отсутствие конечностей, слепота, глухота и др.); предоставление бесплатных услуг, включая обеспечение питанием, медицинское обслуживание и протезирование, проезд на транспорте, бытовое обслуживание семей ветеранов и некоторые другие.

Курс реабилитации может быть пройден в любое удобное ветерану время в 12-летний период с момента назначения ему Министерством по делам ветеранов пенсии по инвалидности.

Пособия по безработице могут выплачиваться лицам, завершившим весь срок действительной военной службы, а также уволенным по другим уважительным причинам (по сокращению, по медицинским соображениям и т.д.). При этом они должны быть зарегистрированы на бирже труда.

Размер пособия и срок, в течение которого оно выплачивается, исчисляются на основании основного оклада и надбавок на момент увольнения и конкретно определяются законодательством штата, в котором проживает бывший военнослужащий. При этом в большинстве штатов пособие по безработице выплачивается в течение 26 недель, в отдельных случаях этот срок может быть продлен. Выплачиваемая сумма составляет 7-468 долл. в неделю.

¹ А.В. Коровников «Социальная защита военнослужащих в зарубежных государствах: правовое регулирование». - М., 1997

Ветераны, которые на 30% нетрудоспособны, но отвечают предъявляемым требованиям, получают работу без прохождения конкурса. Многие предприниматели высоко ценят опыт, приобретенный военнослужащими за время службы, и охотно берут их на работу.

Американским военным законодательством определен также порядок трудоустройства членов семей военнослужащих. Например, те из них, кто временно работает в районе дислокации войск за рубежом, пользуется правом на внеочередное трудоустройство по возвращении в США. Срок предоставления работы в этом случае не должен превышать 6 месяцев. Кроме того, у этих лиц есть преимущество при получении работы с неполным рабочим днем, по совместительству, а также сезонной работы. Для оказания помощи в реализации упомянутых прав в сухопутных войсках созданы специализированные центры по трудоустройству.

Конгрессом США приняты дополнительные меры защиты в отношении военнослужащих, подлежащих демобилизации в связи с сокращением вооруженных сил. Предусмотрены, в частности:

- выплата специального денежного пособия по увольнению в запас, размер которого в зависимости от звания и выслуги составляет от 30 до 100 тыс. долл.;
- оплата переезда уволенного и членов его семьи в любой город США;
- бесплатное медицинское обслуживание уволенных и членов их семей на срок до 120 дней;
- бесплатное лечение в течение одного года заболеваний, приобретенных во время службы;
- выплата 26-недельного пособия по безработице;
- разрешение уволенным и их семьям бесплатно проживать в государственных жилых домах в течение 6 месяцев;
- сохранение за ними права покупать товары в военных магазинах.

Законами США предусмотрены и иные льготы ветеранам в вопросах их трудоустройства.

В 1992 финансовом году в связи с сокращением вооруженных сил были приняты две новые программы, обеспечивающие

безболезненность такого сокращения: «Поощрительные выплаты при добровольном увольнении» и «Специальное вознаграждение при увольнении». Они распространялись на военнослужащих отдельных недефицитных специальностей, имеющих выслугу от 6 до 20 лет, добровольно уволившихся из вооруженных сил. Каждый военнослужащий был вправе самостоятельно решить, в какой программе он будет участвовать.

По первой программе предусмотрены ежегодные выплаты в размере 2,5% годовой суммы основного оклада, умноженного на количество прослуженных лет. Платежи производятся в течение срока, равного удвоенному количеству прослуженных лет. В случае смерти получателя выплаты производятся его вдове. По второй программе предусмотрена единовременная выплата денежной суммы, составляющей 15% основного годового оклада, которая умножена на количество прослуженных лет.

Показательно, что согласно специальному решению Конгресса США, каждый досрочно увольняемый должен указать в письменной форме, в какой степени он и члены его семьи удовлетворены предусмотренными мерами правительственной помощи. Претензии становятся предметом специального разбирательства представителей Конгресса в аппарате Министерства обороны. Эти представители несут персональную ответственность за реализацию в полном объеме программ правительственной помощи увольняемым по сокращению вооруженных сил.

В американской армии осуществляется комплекс специально разработанных программ по социально-бытовому обеспечению военнослужащих и членов их семей: жилищному строительству, социальному развитию, организации и проведению досуга, оказанию помощи семьям и др., о чем говорилось выше. Так, Министерство армии США осуществляет «Программу укрепления морального климата, улучшения социально-бытовых условий и организации отдыха и развлечений». Аналогичные программы имеют министерства ВМФ и ВВС.

**Социальная
адаптация
военнослужащих**

В США вопросами льгот и привилегий ветеранов вооруженных сил занимается Министерство по делам ветеранов.¹

До 15.03.1989 г. эти вопросы находились в ведении управления по делам ветеранов; повышение его статуса до уровня министерства свидетельствует о значимости, которая придается в США вопросам социального обеспечения бывших военнослужащих. Указанное министерство ведает делами по установлению льгот, назначению пособий и пенсий, защите прав бывших военнослужащих, участников боевых действий, ветеранов, находящихся на действительной военной службе. По данным печати, в настоящее время услугами этого министерства пользуются или могут пользоваться около 73 млн. человек (1/3 населения страны): 27 млн. человек, отнесенных к категории ветеранов, и 46 млн. – члены их семей.

В Великобритании значительная часть средств, выделяемых правительством Министерству обороны на социальные нужды, расходуется на решение проблем увольняемых или уволенных в запас военнослужащих.

Во Франции одна из отличительных черт политики в области переподготовки военнослужащих ВС заключается в том, что совокупность "комплектование – обучение – переподготовка" рассматривается как единое целое, предполагающее возможность для военнослужащих не только успешно осуществлять свою службу в армии, но и добиться успеха при возвращении в гражданское общество в рамках своей второй карьеры.

В Германии военнослужащие по контракту могут приобрести в учебных заведениях бундсвера гражданскую специальность или закончить гражданский вуз. Военнослужащим, уволенным из рядов ВС и не работавшим до призыва, в бундсвере оказывается помощь в поиске работы в зависимости от навыков и наличия гражданской специальности.

¹ Социальная адаптация граждан, уволенных с военной службы// Сайт Министерства обороны РФ [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.mil.ru/849/13812/13810_ свободный.

Таким образом, решение социальных проблем военнослужащих стран НАТО находится под постоянным контролем военно-политического руководства стран – членов альянса. Создание меньших по количеству, но лучших по качеству вооруженных сил сопровождается целым рядом мер социального характера, направленных на удовлетворение насущных потребностей военнослужащих, укрепление их уверенности в завтрашнем дне, усиление заинтересованности в службе, повышение ее престижности и привлечение в армейские ряды наиболее подготовленных лиц из числа гражданской молодежи.

Процесс социальной адаптации военнослужащих, их трудоустройство после сокращения в *Норвегии* ведется очень давно. По окончании холодной войны кадровым офицерам предлагали уходить на пенсию раньше (в возрасте 51-52 при норме в 60 лет). При этом военные могли получать две трети от своего оклада или находить работу в частном секторе.

Реструктуризация вооруженных сил Норвегии в течение 2002-2005 гг. предусмотрела выход на пенсию гражданских служащих в возрасте 60 лет. Следует отметить, что в норвежской армии служит много гражданских, которые имеют право идти на пенсию в 70 лет. Каждый офицер имеет право подписать контракт о предоставлении помощи на переобучение. Такое обучение финансирует министерство обороны. Кроме того, оборонное ведомство предоставляет экономическую помощь офицерам для организации собственного дела. При переходе на нижеоплачиваемую работу в частном секторе офицерам выплачивается денежная компенсация. Начиная с 40-летнего возраста, военнослужащие могут пойти на пенсию и получать сокращенную заработную плату. Также на пенсию можно пойти согласно так называемого «закона 85» (возраст офицера плюс срок службы). При увольнении в запас офицерам выплачивается денежная компенсация¹.

Каждая страна должна самостоятельно решить, какую структуру и численность должны иметь ее вооруженные силы. Но

¹ Defense Express «Норвегия готова поделиться опытом социальной адаптации увольняемых военнослужащих» [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.defense-ua.com/rus/hotnews/?id=11716&prn=yes> (23.01.2004), свободный.

самым важным вопросом остается уровень профессиональности армии.

Социальная интеграция военнослужащих Социальная интеграция военнослужащих выступает проблемой социальной политики, обобщающей стратегии социальной защиты, социально-правового обеспечения, социально-экономических гарантий, методы и формы социальной работы.¹

Системно реализуемая социальная политика становится фактором престижности военной службы, расширения жизненного пространства, социальной мобильности и социальной интеграции военнослужащих. Эффективность работы системы занятости связана с использованием технологий социальной работы и дополнительного образования, трудоустройства, общей активизации данной социальной группы, обеспечения социальной интеграции.

Зарубежный опыт показывает высокую эффективность опережающих мер, осуществляемых в рамках военной службы. Например, в Великобритании, например, работа по подготовке к гражданской жизни начинается за два года до увольнения. Формы такой подготовки разнообразны: различные курсы, заочное обучение, консультирование. В каждой части имеется офицер-консультант, отвечающий за трудоустройство демобилизованных, обеспечен доступ к информации службы занятости и системы образования. Если офицеры участвуют в этих мероприятиях на добровольной основе, то рядовой и сержантский состав – в обязательном порядке.

Заслуживает внимания зарубежный опыт по организации *преддемобилизационной подготовки*. Военнослужащим предоставляется до четырех недель для индивидуальной подготовки к трудоустройству. Они могут в индивидуальном порядке посещать курсы не только в центрах по трудоустройству демобилизованных как специализированных структурах, но и курсы в фирмах и учебных заведениях. Более того, существует

¹Семенов, Н. Интеграция военнослужащих [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://www.pmtuc.ru/journal/number7/semenev.htm#top>, свободный.

практика командирования военнослужащих для обучения на выбранных ими гражданских курсах или предприятиях. Важное направление этой работы – это маркетинговые кампании, проводимые министерством обороны. Цель этих кампаний – обеспечить устойчивый спрос на демобилизованных военных специалистов. Учитывая тот факт, что программы подготовки специалистов в военных учебных заведениях отвечают государственным квалификационным требованиям к специалистам гражданских специальностей, то эффективность такого комплексного подхода очевидна. Такая опережающая адаптационно-образовательная подготовка увольняемых из армии – основной принцип многих стран.

Одним из мощных средств социальной интеграции военнослужащих становится *профессиональная ориентация*. Основной задачей профессиональной ориентации является подбор гражданской профессии в соответствии с запросами работодателя, рынка труда и личными потребностями. Формирование психологической готовности к такой деятельности обеспечено системой комплексной профориентационной поддержки профессиональной переподготовки офицеров.

Система профориентационного сопровождения, включающая элементы психологической поддержки, может быть наиболее важной формой социальной поддержки военнослужащих, увольняемых в запас, так как социально-профессиональная переориентация офицеров представляет собой основу процесса социальной интеграции.

Социальная защита военнослужащих Система социальной защиты военнослужащих в любой стране является важнейшим фактором обеспечения высокой боевой готовности войск и, несомненно, помогает военному руководству эффективнее решать стоящие перед ним задачи.

Все существующие в мире *модели социальной защиты военнослужащих* можно разделить на 3 группы:

институциональные, частично институциональные и внеинституциональные¹

1. Институциональная модель сложилась в странах с развитой правовой системой, благоприятными социально-экономическими условиями и стабильной общественно-политической обстановкой. Правовой статус вооруженных сил и военнослужащих при институциональной модели характеризуется тем, что четко прописаны условия применения вооруженных сил при всестороннем гражданском контроле, функционирует контрактная система службы, законом закреплены правовые гарантии защиты чести и достоинства военнослужащих. Существует развитая система материального и социально-бытового обеспечения военнослужащих и членов их семей. Государство способно обеспечить им уровень жизни выше, чем в среднем по стране. Военная служба в условиях институциональной модели имеет высокий престиж в общественном сознании, является привлекательной для значительной части молодежи.

Для правового регулирования в этих странах характерно стремление решить основные вопросы социальной защиты военнослужащих. Этому в решающей степени способствует постоянное совершенствование соответствующей законодательной базы в целях повышения их благосостояния, защиты чести и достоинства, поддержания высокого престижа военной службы.

2. Частично институциональная модель формируется в тех странах, где институт социальной защиты только начинает складываться и система гарантий, компенсаций, льгот военнослужащих носит как бы случайный и фрагментарный характер. В условиях частично институциональной модели особенностью правового статуса вооруженных сил и военнослужащих является реально существующая возможность привлечения войск для выполнения несвойственных им функций. Причем, решения об этом могут быть приняты военно-политическим руководством страны без согласования с

¹ Коровников, А.В. Социальная защита военнослужащих в зарубежных государствах: правовое регулирование/ Редакол.: Кибакин М.В., Мигачев Ю.И., Рыбин В.А., Сальников В.П. - М., 1997. - 206 с.

законодательной властью. Ответственность военнослужащих в этих условиях перед государством значительно выше, чем ответственность государства перед ними. Государство поддерживает некоторые параметры уровня жизни военнослужащих, сравнимые со средними слоями населения. Социально-экономическое положение семей военнослужащих не позволяет им иметь стабильно высокий уровень жизни. Престиж военной службы ниже, чем в условиях институциональной модели. Военная служба неоднозначно оценивается в общественном сознании. Существуют непреодолимые трудности с комплектованием вооруженных сил. Добровольный выбор военной службы происходит в связи с еще более неблагоприятными социально-экономическими условиями для жизни вне армии.

3. *Внеинституциональная модель* характерна для стран, где военные являются самостоятельной политической силой, находятся у власти (или имеют на нее неограниченное влияние). Внеинституциональная модель, имеет значительные особенности прежде всего в статусе вооруженных сил и военнослужащих. Военнослужащие реально участвуют в принятии политических решений, используя при необходимости методы военного насилия. Они действуют на основании законов военного времени, военной диктатуры. Для них созданы особые условия социально-экономического обеспечения. Военное руководство и в целом военнослужащие получают существенно более высокий уровень социально-экономических благ, чем остальное население. Военные в обществе воспринимаются со страхом и настороженностью. Комплектование вооруженных сил происходит в основном за счет тех, кто рассматривает военную службу как средство обеспечить для себя более высокий уровень жизни и возможность избежать ответственности за противоправные поступки.

В рамках каждой из этих моделей имеются существенные различия в правовом статусе вооруженных сил и военнослужащих, в их социально-экономическом обеспечении, в сложившемся в общественном сознании представлении о престиже военной службы.

В современном мире военная сила остается действенным фактором политики. Поэтому поддержание необходимой военной мощи государства это не самоцель для военных. Общество заинтересовано в том, чтобы:

- созданные им Вооруженные Силы надежно гарантировали бы его безопасность;
- исключить возможность самостоятельного вмешательства армии, силовых структур в политику. Основной проблемой гражданского контроля является вопрос о том, как может быть ограничена власть военных. Речь идет о защите общества от диктата, какого бы то ни было давления со стороны армии. Военное руководство не имеет права принимать политические решения, а армия действовать независимо от законодательной власти;
- не допускать бесосновательного ущемления интересов Вооруженных Сил и других войск, превращения их в дискриминированную часть государства, а военнослужащих в бесправных изгоев общества.

Характерной чертой сложившихся в западных странах систем и механизмов социальной защиты является развитая сеть общественных организаций разного уровня. Причем в ряде стран просматривается тенденция повышения их роли.¹

Анализируя зарубежный опыт социальной защиты военнослужащих, целесообразно принимать во внимание те результаты в этой области, к которым пришли развитые страны (Англия, Франция, США). Это широкая, детально разработанная правовая основа, регулирующая не только отношения в области социальной защиты, но и место и роль в решении этой проблемы всех звеньев законодательной и исполнительной власти.

К числу нерешенных вопросов социальной защиты военнослужащих армий иностранных государств относится прежде всего проблема обеспечения жильем. Так, во многих армейских гарнизонах *США* нет соответствующих условий для проживания семей, и они относятся к той категории объектов, куда вызов семьи

¹ Дякин, В. Социальная защищенность военнослужащих Франции/ В.Дякин// Зарубежное военное обозрение. - М., 1990. - № 8. - С. 12

не разрешается. Разделение семьи создает, как правило, множество трудностей финансовых, эмоциональных и социальных. Солдатам, прибывающим к месту службы с семьей, в течение 60 дней выплачиваются подъемные. Теоретически эти деньги должны расходоваться на оплату временного жилья и питания всей семьи. На практике же оказывается, что этих денег не хватает. Очень часто солдат не успевает за те два месяца, в течение которых ему выплачиваются подъемные, найти жилье для семьи.

В Германии бундесверу предоставляется достаточное количество квартир, однако они либо обветшали и имеют неудобную планировку, либо стоят дороже, нежели точно такие же квартиры на свободном рынке жилой площади. Все это ставит семьи военнослужащих в достаточно трудное положение: речь идет об обучении детей в школе, о возможности женам работать по специальности, о жилищных проблемах на новом месте жительства и вообще об утрате прежнего социального окружения со всеми связанными с этим отрицательными моментами¹.

Во всех без исключения армиях иностранных государств остро стоит *проблема социальной защиты семей военнослужащих*. Так, хотя в США традиционно и уделяется этому вопросу особое внимание, поскольку эффективная система социальной защиты семей – сильный побудительный мотив для поступления на военную службу и добросовестного выполнения своих обязанностей, армейское командование рассматривает эту проблему как наиболее острую.

Суммарный доход семьи офицера обычно ниже доходов семьи государственного служащего в федеральных органах государственного управления США. Солдаты же и их семьи озабочены порой тем, удастся ли им дотянуть до получения очередного денежного содержания в конце месяца. Растущая инфляция в гражданском секторе экономики, которая взвинчивает

¹ Гипен, Г. Союз военнослужащих бундесвера: ведущая организация военнослужащих/ Г.Гипен// Пастухов Б.Н. Реферативный обзор зарубежных источников по вопросам социальной защищенности военнослужащих. М.: ГА ВС РФ, 1992. С. 2328

цены быстрее, чем растет зарплата, затрагивает и семьи военнослужащих¹.

В США усиливается привлекательность военной службы в глазах семей военнослужащих и повышается эффективность усилий для оказания помощи в семейной жизни, чтобы удержать от увольнения опытный личный состав. Неудовлетворенность семьи образом жизни военнослужащего отмечается как главный барьер на пути продления контракта на военную службу².

До сих пор неразрешенной остается *проблема социальной и психологической адаптации военнослужащих, уволенных в запас*. По истечении срока службы уволившимся военнослужащим предстоит смена профессии в зрелые годы, то есть тогда, когда другие уже сделали карьеру в гражданской профессии. В ряде стран для бывших военнослужащих по контракту не существует никакой защиты от безработицы. Возникают сложности и в трудоустройстве членов семей военнослужащих.

Острейшей проблемой, с которой столкнулись все без исключения ведущие страны мира, является *проблема комплектования вооруженных сил*. Большинство государств остановило сегодня свой выбор на смешанном способе комплектования, позволяющем наиболее успешно решать целый спектр проблем:

- содержать достаточно боеспособные, но не обременительные в экономическом отношении вооруженные силы;
- воспитывать у населения чувство общей ответственности за оборону государства;
- накапливать в запасе подготовленных в военном отношении специалистов.

Американцы, при переводе армии на *добровольческий принцип комплектования*, были вынуждены кардинально изменить отношение к решению социальных вопросов военнослужащих, в том числе: значительно увеличить расходы на эти цели; образовать

¹ Льюис, Ч. Столкновение с неопределенностью: семьи американских военнослужащих в Европе / Ч. Льюис // Пастухов Б.И. Реферативный обзор зарубежных источников по вопросам социальной защищенности военнослужащих. М.: ГА ВС РФ, 1992. С. 39

² Там же

центры подготовки профессиональных военнослужащих и центры проведения досуга; радикально преобразовать медицинское обеспечение военных и членов их семей; создать льготную систему военной торговли; организовать специальную службу рекламы вооруженных сил и др.

Среди других проблем современной военной жизни следует назвать и все более возрастающую зависимость боеготовности личного состава от индивидуального подхода к людям, от постоянного диалога с военнослужащими, ориентации на их нужды, от гарантированного социального обеспечения¹.

В США к числу нерешенных проблем относятся проблемы наркомании, алкоголизма, расовой дискриминации. Активно обсуждаются также права военнослужащих, относящихся к сексуальным меньшинствам.

В Германии остаются актуальными проблемы повышения престижности воинского труда и правомерности использования вооруженных сил в горячих точках.

В армиях Германии и Франции серьезные трудности возникли в связи с установлением системы альтернативной службы.

В силу общности принципов построения вооруженных сил, одинаковых тенденций их развития проблемы, стоящие перед ними, имеют много общего. В то же время, системы социальной защиты в каждом государстве являются сугубо национальными и отвечают требованиям социального и правового государства.

Каждая страна решает по-своему вопросы социальной защиты военнослужащих. Военная политика большинства развитых стран постоянно модернизируется.

Для молодежи Германии привлекательным в армии является хороший заработок и масса льгот, которые они получают во время службы и после нее. Многие юноши и девушки рассматривают Бундесвер как своего рода трамплин для последующей карьеры.²

¹ Гизен, Г. Союз военнослужащих бундесвера: ведущая организация военнослужащих/ Гизен, Г.// Пастухов Б.И. Реферативный обзор зарубежных источников по вопросам социальной защищенности военнослужащих. М.: ГА ВС РФ, 1992. С. 2328

² http://artofwar.ru/k/kamenew_anatolij_iwanowich/zacaremsluzhbanepropadet.shtml

Во-первых, молодые люди заинтересованы получить в армии профессию и высокую квалификацию. И они их получают. Техническое образование, полученное в Бундесвере, очень ценится работодателями.

Во-вторых, солдат в армии относительно свободен. Солдат находится в части только до 16 часов. После 16 часов - он гражданский человек. Его рабочая неделя составляет 46 часов. Если он был на вахте сутки, то следующий день у него свободен. «Переслужив» несколько часов, он получает либо увольнительную, либо дополнительную оплату.

В-третьих, он чувствует себя социально защищенным. В каждой роте выбирают из своей среды «человека доверия», обладающего особыми правами, и которого не имеют права наказывать. Военное законодательство гарантирует права военнослужащих, но также определяет степень его ответственности и обязанности. В круг важных прав входит его право на подачу жалобы, если он полагает, что командиры, учреждения Бундесвера или его товарищи по службе несправедливо отнеслись к нему. Рабочий день немецких офицеров строго нормирован. В мирное время они не может превышать 42 часов в неделю.

Одна из отличительных черт политики Франции в области переподготовки военнослужащих ВС Франции заключается в том, что процесс «комплектование - обучение - переподготовка» рассматривается как единое целое, предполагающее возможность для них не только успешно осуществлять свою службу в армии, но и добиться успеха при возвращении в гражданское общество в рамках своей второй карьеры.

С 22 февраля 1996 года, то есть с момента объявления президентом Франции решения о переводе в течение шести лет армии на профессиональную основу, переподготовка личного состава является составной частью политики управления кадрами.

В частности, это означает необходимость предусмотреть профессиональную карьеру, позволяющую военнослужащему в определенный момент времени нести службу в рамках специальности, которая может затем быть использована на гражданской службе.

Существует также процедура *признания дипломов*, когда административная комиссия при министерстве труда подтверждает соответствие военных дипломов конкретному уровню по шкале государственных дипломов, выдаваемых системой образования.

Во Франции создана и хорошо отработана законодательная база для переподготовки. При министерстве обороны функционирует совет по переподготовке личного состава, занимающийся изучением всей совокупности проблем, вынесением заключений и рекомендаций по проектам, представляемым МО. Ответственность за переподготовку личного состава возложена на созданный в 1982 году департамент профессиональной мобильности - MMP (Mission pour la Mobilité Professionnelle), который под руководством управления военного и гражданского персонала разрабатывает и определяет политику переподготовки личного состава.

В Великобритании создана сеть ассоциаций по защите военнослужащих. Они подразделяются на 3 категории:

1. Бывшие кадровые военнослужащие и бывшие военнослужащие.
2. Представители территориальных войск.
3. Члены семей солдат, сержантов и офицеров.

Ассоциации имеют свои банки, издают и распространяют информацию, печатают журналы. Активно действует организация по предоставлению военнослужащим и уволенным жилья. Так, «Общество по оказанию помощи вооруженным силам» размещает престарелых военнослужащих вместе с членами их семей в коттеджах и специализированных зданиях. Создана широкая сеть средних учебных заведений для детей военнослужащих в возрасте от 8 до 14 лет.

Не остается безучастным к судьбе бывших военнослужащих и само государство, которое принимает меры по совершенствованию механизма их социальной адаптации. Реинтеграция бывших военнослужащих в гражданское общество рассматривается не как разовый акт, связанный с сокращением ВС, а как:

- комплекс мероприятий по пенсионному обеспечению, переподготовке и профессиональной переориентации военнослужащих и членов их семей;
- долговременная политика, регулирующая постоянный процесс обмена между военной и гражданской сферами общества.

В США существует специальная *подготовка военнослужащих к предстоящей гражданской жизни*. Будущего отставника консультируют относительно найма на работу, находят приемлемые варианты. Командование устраивает специальные встречи с представителями бизнеса. Если отставник продолжает жить в военном городке, то на него распространяются все льготы, положенные военнослужащим и членам их семей.

В США создана специальная служба, помогающая в трудоустройстве бывших военнослужащих. Сотрудники этой службы разработали специальную программу сопряжения военных и гражданских специальностей.

В конгрессе США создан комитет по делам ветеранов, который включает в себя подкомитеты: медицинского обеспечения и госпиталей; пенсий, льгот и страхования; по надзору и расследованиям; образования, профессиональной подготовки и трудоустройства; по жилищным вопросам и мемориальной службе.

Сенатский комитет по делам ветеранов несет ответственность за решение следующих вопросов: госпитали для ветеранов, кладбища, пенсии, льготы, страхование жизни, пособия по безработице для бывших военнослужащих рядового состава, образование и профессиональная реабилитация, адаптация бывших военнослужащих к гражданской жизни.

Вопросами социальной защиты как действующих, так и бывших военнослужащих занимается Министерство обороны США. С этой целью в его составе созданы управления кадров, статистики и пенсионного обеспечения. Отдельные вопросы также решает Министерство здравоохранения и социального обеспечения. Вопросами льгот и привилегий ветеранов вооруженных сил США занимается Министерство по делам ветеранов.

Министерство по делам ветеранов учитывает всех лиц, проходивших службу в вооруженных силах в военное время или принимавших участие в вооруженных конфликтах, включая тех ветеранов, которые проживают за пределами США. Ветераны, чья действительная служба проходила в мирное время, имеют право на некоторые льготы и привилегии, предоставляемые ветеранам войн.

6.4. Профилактика психических расстройств у военнослужащих и управление их поведением в различной обстановке

Оказание помощи военнослужащим, получившим психические травмы, является важной и необходимой составной частью морально-психологического обеспечения боевых действий. Однако нарушение психического равновесия не только наносит вред здоровью людей, но и в ряде случаев требует значительного времени для восстановления их боеспособности. Достаточно отметить, что восстановление психофизиологических функций у военнослужащих, получивших боевые ранения в Афганистане, заканчивалось только спустя 2-месяца после выписки из госпиталей. А у тех, кто был свидетелем гибели своих товарищей и сам, по их выражению, “чудом остался жив”, психические процессы и профессиональные навыки восстанавливались спустя 3-5 лет.

В связи с этим еще большую значимость приобретает подготовка людей к действиям в обстановке высокого эмоционально-физического напряжения и их социально-психологическая реабилитация. Основная роль в формировании необходимых качеств и подготовки военнослужащих к бою принадлежит командиру, который не только лично определяет направления, формы и методы этой работы, но и управляет поведением воинов в различной обстановке.

Развитие психических расстройств самым тесным образом связано с физическим состоянием организма. Поэтому меры по психопрофилактике, психогигиене, специализированной

психологической помощи следует рассматривать как единый комплекс, единую систему социально-психологической реабилитации, направленную на укрепление, сохранение нервно-психического здоровья военнослужащих, создание оптимальных условий для психической деятельности воинов.

Исходя из этого, командиру принадлежит ведущая роль в организации социально-психологической реабилитации, т.к. именно он:

- определяет основные методы, способы и приемы формирования у подчиненных психологических качеств, необходимых для ведения активных боевых действий;
- осуществляет общее руководство реабилитацией;
- лично организует и проводит занятия с офицерами и прапорщиками по методике психологической подготовки, изучению психологических качеств подчиненных;
- организует и лично участвует в проведении воспитательных мероприятий, направленных на мобилизацию личного состава на решение задач, стоящих перед коллективом;
- активно внедряет в практику научно обоснованные, апробированные рекомендации по подготовке психики воинов к действиям в экстремальной обстановке;
- изыскивает сам и направляет офицеров части на выработку новых, более эффективных методов, средств и приемов психологической реабилитации военнослужащих;
- организует контроль и ведет борьбу с послаблениями в организации боевой подготовки, влияющими на формирование эмоционально-волевой устойчивости личного состава;
- проявляет постоянную заботу о совершенствовании материально-технической базы обучения личного состава с учетом требований современного боя.

**Основные задачи
социально-
психологической
реабилитации**

Основными задачами социально-психологической реабилитации будут являться:

- восстановление физической и умственной работоспособности, эмоционально-волевой устойчивости;

- возвращение к военно-профессиональной деятельности, закрепление положительной установки на продолжение служебной деятельности;

- проведение профилактических мероприятий в целях предупреждения рецидивов психических расстройств.

Исходя из вышеперечисленных требований, касающихся организации и проведения реабилитационных мероприятий, должен строиться свой каждый, осуществляющий руководство определёнными коллективами.

Этапы социально-психологической реабилитации

Организация командиром социально-психологической реабилитации личного состава может осуществляться по следующим этапам:

- изучение требований руководящих документов к социально-психологической реабилитации;

- изучение и анализ морально-психологического состояния подчиненных;

- определение мер по восстановлению психического равновесия у военнослужащих, получивших психически травмы;

- отдача указаний по психологической реабилитации травмированных;

- постановка задач должностным лицам, привлекаемым к осуществлению мероприятий по социально-психологической реабилитации личного состава;

- личное участие в осуществлении реабилитационных мер;

- осуществление контроля и оказание необходимой помощи исполнителям;

- организация обучения и инструктажа должностных лиц по методике проведения социально-психологической реабилитации;

- изучение, обобщение и внедрение передового опыта работы по восстановлению психологического равновесия военнослужащих;

- доклад старшему начальнику о морально-психологическом состоянии личного состава, проделанной работе.

К числу важнейших задач подготовки войск к боевым действиям относится формирование у командных кадров навыков и

умений проводить социально-психологическую реабилитацию личного состава в условиях максимального физического и эмоционального напряжения. Необходимость решения этой задачи подтверждается требованиями практики при выполнении воинского долга в Афганистане, Чечне, Приднестровье, в ходе операций Миротворческих Сил ООН, при работах по ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, в ходе ликвидации последствий катастроф и стихийных бедствий в последние годы. Опыт показывает, что проблемы социально-психологической реабилитации в экстремальных условиях приобретают особую актуальность.

В экстремальных условиях, в боевой обстановке используются различные формы и методы воздействия на людей, помогающие предупредить и преодолеть чрезмерную социально-психологическую напряженность. В значительной мере этому будут способствовать:

- ознакомление воинов с характером предстоящей задачи, возможными трудностями при ее выполнении;
- целеустремленная воспитательная работа накануне выполнения задачи и в ходе боевых действий;
- недопущение излишнего инструктирования;
- доведение опыта эмоционально-волевого поведения, накопленного в прошлом;
- отработка до автоматизма основных компонентов предстоящей деятельности;
- уверенное, спокойное поведение командиров при подготовке и в ходе выполнения задачи;
- обеспечение занятости подчиненных перед боем (отрывка окопов, пополнение боекомплекта, проверка исправности материальной части и т.п.), что способствует переключению внимания воинов от своих переживаний на дела коллектива;
- дозировка легких физических нагрузок;
- поддержание бесперебойной связи и личных контактов с подчиненными и коллективами;
- пресечение случаев неорганизованности, расхлябанности, распространения слухов и т.д.

Необходимо подчеркнуть, что в экстремальной обстановке командиру следует особенно учитывать такую психологическую особенность, как изолированность подчиненных, выполнение ими своих служебных обязанностей отдельно от сослуживцев, когда они не имеют возможности непосредственно наблюдать окружающие события. Человеку легче преодолевать опасности, когда они ясны, воспринимаются им самим. В условиях же изоляции обостренное воображение дорисовывает картину происходящего в сильно искаженном виде, повышает психологические трудности.

Опыт боевых действий свидетельствует, что неясность обстановки, неизвестность подавляюще действует на психику людей. Поэтому командиру целесообразно поддерживать с подчиненными, действующими в изоляции, связь по радио или телефону, вызывать кого-то из них к себе для доклада и получения указаний.

Однако наряду с организационно-воспитательными мерами осуществления воздействия на психику и поведение военнослужащих, командир должен уметь применять и специальные (социально-психологические) приемы реабилитации. Именно поэтому возрастает значимость стиля управленской деятельности командира. Искусство управления социально-психологическими состояниями воинов и воинских коллективов становится одной из центральных задач руководства войсками в бою.

**Основные приемы
социально-
психологической
реабилитации
военнослужащих**

Командиру важно иметь представление об основных приемах социально-психологической реабилитации. К числу наиболее доступных, обладающих достаточной эффективностью воздействия на

психику подчиненных следует отнести:

- применение медикаментозных средств;
- приемы психотерапии;
- психическую саморегуляцию;
- аутогенную тренировку;

- самомассаж биологически активных точек и некоторые другие методы воздействия.

Среди методов социально-психологической реабилитации важная роль принадлежит психотерапии, которая проводится путем бесед с военнослужащими. Целью таких бесед является успокоение человека, разъяснение механизмов возникновения психических расстройств, убеждение в реальных возможностях саморегуляции некоторых нервных процессов.

Психотерапия представляет собой вид лечения, когда основным инструментом воздействия является слово, умелое применение которого позволяет устранить проявление психической травмы, изменить отношение военнослужащего к себе и своему состоянию. Сущность психотерапии заключается в психическом воздействии на личность, в аргументированном убеждении человека, коррекции его ошибочных представлений, ставших причиной его дезадаптации.

При проявлении первых признаков психического расстройства у военнослужащего, перенесшего психический стресс, командиру необходимо, прежде всего, успокоить и вселить в него уверенность в благополучном исходе случившегося. Далее следует формировать установку на возможность устранения возникших отклонений в состоянии и поведении. В процессе реабилитации целесообразно фиксировать внимание воина на положительных изменениях его состояния.

Прямое психологическое воздействие подразумевает использование специальных методик: внушения, убеждения, активизирующая психотерапия. Беседы могут проводиться индивидуально или в составе группы военнослужащих с аналогичными состояниями, желательно в наиболее спокойной обстановке. В психотерапии очень важен оптимальный психологический контакт, индивидуальный подход, учет жизненного и боевого опыта, особенностей личности и конкретных условий обстановки.

Человек должен получить возможность подробно рассказать о своем состоянии, почувствовать, что его слушают, ему сочувствуют и хотят помочь. Малейший намек на недоверие к

высказанному, скептическое отношение здесь просто недопустимо. Подрывают доверие к проводящему беседу уверения в том, что “ничего серьезного не произошло, все будет хорошо, нужно взять себя в руки”. Подобные бездоказательные и формальные заявления даже вредны, т.к. человек чувствует, что в его организме что-то происходит и ощущает неприятные и болезненные факторы.

Необходимо учитывать, что военнослужащие, находящиеся в травмированном состоянии, с их обостренной чувствительностью обычно резко реагируют на всякое проявление неискренности, фальши во взаимоотношениях.

Таким образом, при осуществлении психотерапевтического воздействия в реабилитационных целях основное внимание должно быть обращено на обеспечение индивидуального подхода, использование мер социального и коллективного воздействия.

Психологическая саморегуляция В основе психологической саморегуляции лежат методы, основанные на единстве и взаимодействии слова и чувства. Механизм саморегуляции представляет собой двухстороннюю связь между головным мозгом и мышцами. В основе метода лежат короткие, категоричные словесные формулы, вызывающие либо процесс нервно-мышечного расслабления, либо процесс эмоционального возбуждения (например, “Я совершенно спокоен”, “Мне удобно и хорошо”, “Я отдохнул, чувствую себя бодро”, “Я сосредоточен и собран”).

Психологическая саморегуляция состоит из двух частей: общей и специальной. Общая часть вырабатывает навыки аутогенного расслабления (торможения) - особого состояния, позволяющего значительно повысить действенность представлений и используемых самовнушений. Упражнения общей части применяются для снятия напряжения, восстановления сил, регуляции вегетативных функций.

Специальная часть представляет собой комплекс форм самовнушения, позволяющих целенаправленно регулировать течение психических процессов и своего эмоционального состояния.

Обучение военнослужащих приемам психологической саморегуляции производится специалистом по специальным методикам методом групповых занятий и выполнения определенных упражнений.

Эффективным методом социально-психологической реабилитации является аутогенная тренировка - обучение военнослужащих приемам мышечной и психической саморелаксации (расслабления). Ее достоинство заключается в том, что человек имеет возможность контролировать свое эмоциональное состояние, снимать утомление и поддерживать на высоком уровне психологическую надежность.

В аутогенных тренировках используется три основных пути воздействия на нервную систему:

- влияние тонуса скелетных мышц и дыхания на ЦНС;
- использование активной роли представлений, чувственных образов (зрительных, слуховых и др.);
- словесное самовнушение, произносимое не только вслух, но и мысленно.

При обучении военнослужащих аутогенной тренировке целесообразно использовать определенную методику. Аутогенная тренировка является наиболее доступной для военнослужащих формой социально-психологической реабилитации.

К способам индивидуального пользования следует отнести и методику самомассажа биологически активных точек (БАТ) кожи, способствующего целенаправленной коррекции психофизиологического состояния военнослужащих, сохранения высокой работоспособности при переутомлениях и повышения уровня психической активности.

Обучение военнослужащих приемам самомассажа БАТ проводится в групповом или индивидуальном варианте под руководством медицинского работника (специалистов Центов реабилитации, групп профессионального психологического отбора), освоивших методику самомассажа.

Положительное влияние самомассажа БАТ заключается в уравнивании основных нервных процессов (возбуждения и торможения), нормализации кровообращения.

Существуют и другие методы социально-психологической реабилитации военнослужащих, при выборе и применении которых необходимо не только установить причины психической травмы, но, прежде всего, принять меры по устранению психотравмирующих факторов.

Положительное воздействие при нарушении психического равновесия людей оказывают:

- поддержание четкого режима (сон не менее 8 часов в сутки);
- правильная организация служебной деятельности;
- ограничение чрезмерных физических и эмоциональных нагрузок;
- смена рода деятельности военнослужащих;
- организованный активный отдых в сочетании с выполнением физической работы;
- полноценное и разнообразное питание и т.п.

Для создания таких условий и обеспечения выполнения необходимых реабилитационных мероприятий командир обязан привлечь всех имеющихся у него в подчинении специалистов: медицинских работников, психологов, офицеров органов воспитательной работы, командиров подразделений, актив. Восстановлению психического равновесия, физических сил, профессиональных навыков и социального статуса тех, кто перенес БПТ, способствует боевая подготовка. Она несет в себе решающий фактор морально-психологической подготовки военнослужащих для дальнейшей служебно-боевой (или другой) деятельности после реабилитации.

Подводя итог сказанному можно сделать следующие выводы:

1. Командиры всех степеней обязаны иметь необходимые знания, умения и навыки по восстановлению психического равновесия у военнослужащих, получивших психические травмы.
2. Практические меры социально-психологической реабилитации определяются в плане морально-психологического обеспечения.

3. Социально-психологическая реабилитация должна осуществляться на всех этапах повседневной (служебно-боевой) деятельности.

4. Эффективность социально-психологической реабилитации будет определяться своевременностью, последовательностью и преемственностью реабилитационных мер. В случае невозможности оказания социально-психологической помощи или необходимости в медицинской эвакуации командир должен принять все меры для транспортировки травмированных в лечебное учреждение.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Сущность медицинской реабилитации военнослужащих.
2. Сущность военно-профессиональной реабилитации военнослужащих.
3. Сущность психологической реабилитации военнослужащих.
4. Сущность и виды психотерапии.
5. Основные методы социально-психологического воздействия на психику, их краткая характеристика.
6. Причины стрессов у военнослужащих.
7. Основные формы проявления психических нарушений у военнослужащих в мирное и военное время.
8. Что такое посттравматическая стрессовая реакция (ПТСР)?
9. Социально-психологическая реабилитация: цели и задачи.
10. Принципы социально-психологической реабилитации.
11. Группировка средств социально-психологической реабилитации, их краткая характеристика.
12. Что включает медицинская помощь при получении военнослужащим серьёзных психических травм?
13. Этапы и содержание работы командира подразделения по организации социально-психологической реабилитации.
14. Содержание беседы командира подразделения с подчинённым в ходе психотерапии.
15. Аутогенная тренировка: цель, задачи, направления воздействия.

Нормативно-правовые источники

1. Закон РФ от 12.02.1993 N 4468-1 (ред. от 21.06.2010) «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу, службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
2. Закон РФ от 21.01.1993 N 4328-1 (ред. от 22.08.2004) «О дополнительных гарантиях и компенсациях военнослужащим, проходящим военную службу на территориях государств Закавказья, Прибалтики и Республики Таджикистан, а также выполняющим задачи в условиях чрезвычайного положения и при вооруженных конфликтах» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Федеральный закон от 27.05.1998 N 76-ФЗ (ред. от 25.12.2009) «О статусе военнослужащих» (принят ГД ФС РФ 06.03.1998) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.07.2010) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
4. Федеральный закон от 28.03.1998 N 52-ФЗ (ред. от 11.06.2008) «Об обязательном государственном страховании жизни и здоровья военнослужащих, граждан, призванных на военные сборы, лиц рядового и начальствующего состава органов внутренних дел Российской Федерации, Государственной противопожарной службы, органов по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, сотрудников учреждений и органов уголовно-исполнительной системы» (принят ГД ФС РФ 13.02.1998) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
5. Федеральный закон от 12.07.1999 N 161-ФЗ (ред. от 04.12.2006) «О материальной ответственности военнослужащих» (принят ГД

- ФС РФ 22.06.1999) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
6. Федеральный закон от 20.08.2004 N 117-ФЗ (ред. от 25.11.2009) «О накопительно-ипотечной системе жилищного обеспечения военнослужащих» (принят ГД ФС РФ 05.08.2004) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
7. Федеральный закон от 01.12.2006 N 199-ФЗ (ред. от 24.07.2007) «О судопроизводстве по материалам о грубых дисциплинарных проступках при применении к военнослужащим дисциплинарного ареста и об исполнении дисциплинарного ареста» (принят ГД ФС РФ 15.11.2006) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
8. Федеральный закон от 30.12.2006 N 284-ФЗ «О социальных гарантиях и компенсациях военнослужащим, проходящим военную службу в воинских формированиях Российской Федерации, дислоцированных на территориях Республики Белоруссия, Республики Казахстан и Киргизской Республики, а также лицам, работающим в этих формированиях» (принят ГД ФС РФ 20.12.2006) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
9. Приказ Министра обороны РФ от 11.03.2004 N 70 «Об органах воспитательной работы Вооруженных Сил Российской Федерации» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

Литература

1. Абдурахманов, Р.А. Психологические трудности общения и их коррекция у ветеранов боевых действий в Афганистане/ Р.А.Абдурахманов. – М.: ГА ВС, 1991. – 162с.
2. Актуальные вопросы социальной информации и военно-социального управления в Вооруженных Силах РФ. – М.: ГА ВС, 1995. – 318 с.
3. Актуальные проблемы морально-психологического обеспечения деятельности войск (сил): учебник /под ред. Л.В. Калинчука. – М.: ВУ, 1999. – 414 с.
4. Арзамаскин, Ю.Н. Морально-психологическое обеспечение деятельности Вооруженных Сил Российской Федерации: в 2-х ч./ Ю.Н.Арзамаскин, Л.А.Бублик, А.Г.Караяни, А.В.Черкасов. – М.: ВУ, 2003. – 613 с.
5. Беленки, Г.Л. Стресс на поле боя: опыт Израиля/ Г.Л.Беленки, Ш.Ной, З.Соломон// Милитари ревью. – 1995. – №7. – С. 34-41.
6. Бехтерев, В.М. Внушение и его роль в общественной жизни. – Спб., 1908. – 196 с.
7. Военная психология и педагогика: учебное пособие/ под ред. П.А. Корчемного, Л.Г.Лаптева, В.Г.Михайловского. – М.: ВУ МО РФ, 1998. – 384с.
8. Волович, В.Г. Человек в экстремальных условиях природной среды/ В.Г.Волович. - М.: Воениздат, 1990. – 128с.
9. Выборнов, С. Несмертельное оружие/ С.Выборнов// Зарубежное военное обозрение. – 1993. – № 4. – С.22-28.
10. Дьяконов, А.С. Об опыте морально-психологического обеспечения контртеррористической операции/ А.С.Дьяконов// Военная мысль. – 2005. – № 3.
11. Зеленков, М.Ю. Система морально-психологического обеспечения деятельности Вооружённых Сил/ М.Ю. Зеленков// Военная мысль. – 2000. – № 6.
12. Информационно-психологическая война: хрестоматия/ под общ. ред. А.Е.Тараса. – Минск: Харвест, 2003. – 432с.
13. Иттаки, Т. Клиническая картина острых боевых стрессовых реакций среди израильских солдат в Ливанской войне/

- Т.Иттаки, З.Соломон, М.Котлер// Военно-медицинский журнал. – 1998. – №4. – С.48-64.
14. Караяни, А.Г. Информационно-психологическое противоборство в современной войне: учебное пособие/ А.Г.Караяни. – М.: ВУ, 1997. – 126 с.
 15. Караяни, А.Г. Психологическая работа в боевой обстановке: практическое пособие/ А.Г.Караяни. – Самара, 1997. – 257с.
 16. Китаев-Смык, Л.А. Побеждающие побеждаемые. Психолог на чеченской войне/ Л.А.Китаев-Смык// Солдат удачи. – 1996. – № 3. – С. 18-32.
 17. Кудрявцев, Ю.М. В помощь войсковому психологу (книга 1, изд. второе): учебное пособие/ Ю.М.Кудрявцев, А.М.Михопаров, В.Е.Уткин. – Казань: ОМО «Отечество», 2004. – 171с.
 18. Кудрявцев, Ю.М. В помощь войсковому психологу (книга 2): учебное пособие/ Ю.М.Кудрявцев, А.М.Михопаров, В.Е.Уткин. – Казань: КФБАУ, 2001. – 186с.
 19. Кулаков, В.М. Морально-психологическое обеспечение контртеррористической операции в Республике Дагестан/ В.М.Кулаков// Военная мысль. – 2001. – №. 3. – С. 32-39.
 20. Куликов, В. Контуры вооруженной борьбы будущего/ В.Куликов// Военная мысль. – 2005. – №6. – С.74-83.
 21. Лепский, В.Е. Проблемы информационно-психологической безопасности/ В.Е.Лепский// Психологический журнал. – 1996. – №3. – С.83-96.
 22. Мисюра, В.Ф. Психологическая реабилитация военнослужащих/ В.Ф.Мисюра. – М.: ВА им. М.В. Фрунзе, 1995.
 23. Михайлов, Б.А. Психологические операции ВС США в конфликтах низкой интенсивности/ Б.А.Михайлов//Зарубежное военное обозрение. – 2004. – № 8.
 24. Нечипоренко, В.В. Профилактика пограничных нервно-психологических расстройств у военнослужащих/ В.В.Нечипоренко, В.М.Курпатов// Военно-медицинский журнал. – 1995. – № 12. – С. 45-57.

25. Ответчиков, А.В. Психологические состояния военнослужащих в особых условиях ведения боевых действий / А.В.Ответчиков. – М.: ГА ВС, 1991. – 174 с.
26. Попов, В.Е. Психологическая реабилитация военнослужащих после экстремальных воздействий/ В.Е.Попов. – М.: Воениздат, 1999. – 242с.
27. Рабочая книга войскового психолога. – М.: МО РФ, 1995. – 332с.
28. Серебрянников, В.В. Социология войны/ В.В.Серебрянников. – М.: Воениздат, 1998. – 284с.
29. Смолян, Г. Оружие, которое может быть опаснее ядерного/ Г.Смолян// Независимое военное обозрение. – 1995. – 18 ноября.
30. Современная военная психология: хрестоматия/ сост. А.А.Урбанович. – Минск: Харвест, 2003. – 576с.

РАЗДЕЛ 7. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ МИГРАНТОВ

7.1. Сущность и функции миграции населения

Миграция населения - общественное явление. Население представляет собой не только совокупность людей, но и специфическую систему общественных связей и отношений, выступая тем самым в качестве подсистемы "общество"¹.

Миграция как пространственное движение населения свойственна всем человеческим обществам. Однако интенсивность, направленность и состав миграционных потоков, ее социальные, экономические и демографические последствия существенно различаются не только в разные исторические эпохи, но и в странах с разным уровнем экономического развития, различными природно-географическими условиями и структурами населения.

Функции миграции населения Миграция населения воздействует на общественное развитие посредством осуществления своих функций. Функции - это те конкретные роли, которые играют миграции населения в жизнедеятельности общества. Естественно, что функции миграции выражают ее сущность, свойства этого явления.

Функции миграции населения не однозначны. Одни из них независимы от типа социально-экономической системы и особенностей отдельных обществ, характер других - определяется социально-экономическими условиями конкретных стран. Первые - общие функции миграции, вторые - специфические функции той или иной цивилизации или, иначе, общественно-экономической формации.

Т.И. Заславская при анализе миграции населения среди ее наиболее общих функций выделяет ускорительную, селективную и перераспределительную. В работах конца XX века суть первой из них она сводила к обеспечению того или иного уровня

¹ Рыбаковский Л.Л. Методологические вопросы прогнозирования населения/ Л.Л.Рыбаковский. - М., 1978.

пространственной подвижности населения¹. Территориальные перемещения способствуют изменению социально-психологических характеристик людей, расширению их кругозора, накоплению знаний о различных областях жизни, обмену трудовыми навыками и производственным опытом, развитию личности, ее материальных, социальных и духовных потребностей, интеграции национальных культур. Более подвижное население, как правило, является и социально более активным. Таким образом, миграция в любом случае ведет к развитию населения. "Без создания подвижности населения, не может быть и его развития"².

Развитие населения весьма сложно выразить с помощью показателей, характеризующих то или иное свойство совокупности людей. Казалось бы, что наиболее подходящим является такая характеристика, как образовательный уровень, но, проведенное по данным бывшего Советского Союза сопоставление миграционной подвижности (интенсивности миграции населения территориальных единиц) с уровнем образования (числом лиц со средним общим образованием на 1000 занятых), выявило снижение интенсивности миграции по мере роста образовательного уровня, хотя теоретически следовало бы ожидать обратное.

Роль образовательного уровня населения - свидетельство его социального развития, органическим элементом которого является повышение его подвижности.

Другой функцией миграции является перераспределение населения, связанное с размещением производительных сил, распределением производственных мощностей и инвестиций между отдельными территориями страны, в том числе между природными зонами, районами, разными типами сельских и городских поселений. Особенность перераспределительной функции обусловлена ее межтерриториальным характером, поскольку для переселений необходимо взаимодействие населения, по крайней мере, двух регионов.

¹ Миграция сельского населения. - М., 1970.

² Ленин, В.И. Полн.собр.соч./ В.И.Ленин. - М., 1958. - Т.3. - с.246.

Выполняя перераспределительную функцию, миграция не только увеличивает численность населения отдельных территорий, но и опосредованно влияет на динамику демографических процессов, ибо мигранты участвуют в воспроизводстве населения. Поэтому значение миграции в изменении численности населения той или иной местности всегда больше, чем доля мигрантов в составе населения этой местности. Роль миграции в воспроизводстве населения наиболее значительна в районах с относительно низкой интенсивностью естественного движения. Так, в советские годы в Прибалтике, имевшей наиболее низкий уровень рождаемости, наблюдалась наиболее высокая доля потомков мигрантов в естественном приросте – 30 из 100 человек. Наоборот, в республиках Средней Азии, характеризовавшихся наиболее высокой рождаемостью, этот показатель составлял 4-5 человек¹.

Третья функция миграции селективная. Суть ее в том, что неравномерное участие в миграции различных социально-демографических групп ведет к изменению качественного состава населения разных территорий. Опыт показывает, что мужчины и лица трудоспособных возрастов участвуют в миграции более активно, чем нетрудоспособные и женщины. Велики различия в миграционной подвижности лиц различных национальностей, а также коренных жителей того или иного района и недавно вселившихся туда из других местностей.

Общие функции миграции обладают известной самостоятельностью и вместе с тем тесно взаимосвязаны. Территориальное перераспределение населения и изменение его качественного состава осуществляются только при соответствующей подвижности. Количественное перераспределение населения может либо сочетаться, либо не сочетаться с изменением его качественного состава в районах оттока или притока мигрантов. Точно так же интенсивная качественная селекция населения может иметь место даже тогда,

¹ Рыбаковский, Л. Оценка влияния миграции на воспроизводство населения/ Л.Рыбаковский, Н.Тарасова// Вестник статистики. – 1982. - №1.

когда количественный результат перераспределения незначителен¹. Так, вследствие проявления избирательного отбора мигрантов в районах даже с незначительным сальдо миграционного обмена структура населения может заметно меняться. В свою очередь отток населения из одних районов и приток туда мигрантов из других будет существенно обновлять состав населения и менять его миграционную активность. Функции повышения подвижности, перераспределительная и селективная проявляют себя неоднозначно в различных видах миграции. В одних случаях, как, например, в эпизодической миграции, наибольшее значение принадлежит функции развития подвижности, в других, - таких, как переселение, - все функции проявляют себя в полной мере. Тем не менее во всех миграционных перемещениях сущность миграции в наибольшей мере раскрывается через ее функции.

С формальной, внешней стороны общие функции миграции для всех цивилизаций, всех формаций сходны. Всюду миграционным процессам свойственны перераспределительная и селективная функции. Они также способствуют развитию населения. Однако сущность миграции не только в этих функциях. Переселениям присущи по крайней мере еще две функции: экономическая и социальная, функции, способствующие изменению условий жизнедеятельности населения.

Независимо от того, с помощью какого социально-экономического механизма происходит территориальное распределение вещественных факторов производства, экономическая функция миграции населения в самом общем виде сводится к соединению со средствами производства рабочей силы и ее носителя – трудоспособного населения. Осуществление в полной мере этой задачи на основе реализации общих функций миграции: ускорительной, перераспределительной и селективной – должно приводить к обеспечению количественного и качественного соответствия между вещественными и личностными факторами производства. Какой механизм - планово-распределительный или

¹ Миграция сельского населения. - М., 1970.

рыночный (перелив капитала и труда) более эффективен покажет время.

Социальная функция миграции населения всецело определяется уровнем экономического развития страны и проводимой ею политики. В этих рамках мигранты решают свои жизненные задачи: путем переселения стремятся улучшить свою жизнь. Миграция вследствие реализации ее социальной функции, представляет собой итерационный процесс повышения жизненного уровня мигрирующего населения. Этот вывод основан на результатах социологических обследований, проводившихся во многих районах страны и показывающий, что основная часть мигрантов на новых местах обеспечивает себе более высокий уровень жизни, чем в местах выхода. Это и понятно, иначе миграция была бы бессмысленной для тех, кто хочет улучшить свое благосостояние. Правда относится это лишь к добровольным миграциям. Принудительные и вынужденные миграции подчиняются другим законам.

Понятие миграции населения

Можно выделить, по крайней мере, три возможных подхода к определению «миграции населения».

1. Под миграцией понимается *все многообразие пространственного движения населения, независимо от его характера и целей*. Например – это переезды из одних населенных пунктов в другие, ежедневные поездки на работу или учебу за пределы населенных мест, прибытие в тот или иной район на временные, в том числе и сезонные, работы, поездки в командировки, отпуск и другие перемещения. Большинство исследователей исключают из миграции те пространственные перемещения, которые совершаются в пределах одного и того же населенного пункта. Однако единства взглядов в этом отношении нет. Ю.Н. Козырев относит к миграции все перемещения, которые совершаются внутри населенных пунктов, даже если они связаны с посещением торговых предприятий¹

¹ Демографические тетради. Киев. – 1973. - Вып.8. - с.76.

2. В миграцию включают такие пространственные перемещения, совершающиеся между населенными пунктами, которые ведут к постоянной или временной смене места жительства, а также представляют регулярное двустороннее движение между местом жительства и сферой труда или учебы. Не учитываются возвратные эпизодически совершающиеся деловые и рекреационные поездки из одних населенных мест в другие.

3. К миграции относят такой процесс пространственного движения населения, который в конечном счете ведет к его территориальному перераспределению. В этом случае отнесение пространственного перемещения к миграции определяется фактическим переселением из одной местности в другую и в ряде стран формальной регистрацией в новом месте жительства. При этом здесь происходит соединение места жительства со сферой приложения труда, учебы или иной деятельности в одном населенном пункте.

Классификация миграции населения

Большинством исследователей выделяется четыре основных вида пространственного движения населения.

К ним относятся:

- 1) эпизодическая;
- 2) маятниковая;
- 3) сезонная;
- 4) постоянная миграция.

Помимо трех основных видов, правомерно, особенно для современных условий, рассматривать в качестве самостоятельного вида эпизодические миграции, а в них - рекреационные поездки, которые вполне соответствуют понятию "территориальное перемещение населения". Конечно не следует забывать, что все четыре вида миграции специфичны по своему характеру, а участвующее в них население преследует совершенно различные цели.

Эпизодические миграции представляют собой деловые, рекреационные и иные поездки, совершающиеся не только не регулярно по времени, но и необязательно по одним и тем же направлениям. Состав участников эпизодической миграции весьма

разнообразен. По своим масштабам этот вид миграции, видимо, превосходит все остальные. К сожалению, изучается он весьма слабо.

Маятниковые миграции представляют ежедневные или еженедельные поездки населения от мест жительства до мест работы (и обратно), расположенных в разных населенных пунктах. В маятниковых миграциях участвует во многих странах значительная часть городского и сельского населения. В последние 10-20 лет значение маятниковых миграций в территориальных перемещениях населения существенно возросло. В ряде стран масштабы ежедневных маятниковых миграций близки к объемам ежегодных безвозвратных переселений и даже превышают их.

Маятниковые мигранты увеличивают количественно и изменяют качественно трудовые ресурсы поселений - центров притяжения, где число рабочих мест превышает собственные ресурсы труда или не соответствует профессионально-квалификационной структуре населения. С другой стороны, маятниковая миграция создает условия для удовлетворения разнообразных потребностей в труде жителей, как правило, небольших поселений, в которых качественно, а иногда и количественно ограничен выбор рабочих мест.

Сезонные миграции - это перемещения, главным образом, трудоспособного населения к местам временной работы и жительства на срок, обычно в несколько месяцев, с сохранением возможности возвращения в места постоянного жительства. Сезонные миграции не только повышают реальный жизненный стандарт, но и удовлетворяют потребности производства, испытывающего дефицит рабочей силы. Подобные миграции возникают вследствие того, что в экономике ряда районов доминирующее положение принадлежит отраслям, в которых потребность в рабочей силе неравномерна во времени. В результате в сезоны наибольшего объема работ эти отрасли испытывают превышающую обычные размеры потребность в рабочей силе. Поскольку она не может быть удовлетворена за счет местных ресурсов труда, то дополнительная рабочая сила привлекается из других районов.

К отраслям с сезонным характером производства относится, прежде всего, сельское хозяйство. В этой отрасли в сезоны посевных и уборочных работ потребность в рабочей силе намного больше, чем в остальное, особенно зимнее время. К сезонным относятся отрасли по переработке сельскохозяйственного сырья. Отраслями с сезонным характером, или стадиями, производства являются также лесозаготовительная (сплавные работы), рыбодобывающая (прибрежный лов) и ряд других. Вместе с тем сезонный характер производства совсем не обязательно сопровождается сезонным характером труда. Агропромышленная интеграция, межотраслевое кооперирование в использовании рабочей силы, применение новых технологий и методов производства (например, океанического рыболовства) по существу сводит на нет потребность в сезонной миграции.

Безвозвратный вид (или переселение) может быть назван миграцией в строгом значении этого слова, соответствующий ему в этимологическом отношении. Этим объясняется тот факт, что ряд исследователей безвозвратную миграцию называют полной, полноценной, т.е. совершающейся насовсем. Безвозвратная миграция одновременно отвечает двум условиям: во-первых, население перемещается из одних населенных пунктов в другие, и, во-вторых, перемещения сопровождаются сменой постоянного места жительства. Первое условие исключает из миграции всевозможные перемещения населения внутри населенных пунктов, а второе - возвратные или краткосрочные поездки в другие населенные места.

Виды миграции различаются не только по формальным признакам, но и по существу. Так, безвозвратная миграция в отличие от других является важнейшим источником формирования постоянного состава населения в заселяемых местностях. Естественно, что между безвозвратной миграцией и остальными ее видами, как отмечал М.В. Курман, нет непреодолимой стены¹. Один вид миграции может превращаться в другой или выступать его исходным пунктом. В частности, эпизодическая, маятниковая и

¹ Курман, М.В. Актуальные вопросы демографии/ М.В.Курман. - М., 1976.

сезонная миграции порой бывают предшественниками безвозвратной миграции, так как они создают условия (в первую очередь, информационные) для выбора возможного постоянного места жительства.

7.2. Проблемы миграции населения современной России

Начиная с 2005 года, после значительного спада, наблюдается увеличение числа переселенцев из стран ближнего и дальнего зарубежья. Во многом это вызвано тем, что Россия - страна открытых границ и свободных миграционных перемещений. Упрощение порядка въезда в Россию, «прозрачность» государственных границ, привели к резкому увеличению масштабов иммиграции, прежде всего нелегальной. Основная масса иммигрантов прибывает в Россию из государств старого зарубежья (Африка, Ближней и Средний Восток, Юго-Восточная Азия). Отсутствие эффективного иммиграционного контроля за въездом и выездом иностранцев из России не позволяет назвать сколько-нибудь точную цифру нелегальной миграции. Возрос и незаконный приток иностранных граждан, часть которых использует Россию в качестве перевалочной базы для последующей иммиграции в государства старого зарубежья. Считается, что около 40% иммигрантов – это так называемые транзитники.

Нелегальная иммиграция оказывает существенное воздействие на экономическую ситуацию в России, её социальную сферу. Незаконные мигранты преимущественно заняты в теневой экономике, пополняют криминальные структуры, уклоняются от уплаты налогов, оказывают, вследствие бесправного положения и заниженных заработков, давление на рынок труда, ухудшают эпидемиологическую ситуацию.

Обострение проблем иммиграции, связано:

- с отсутствием адекватной российским реалиям правовой базы по регулированию объемов иммиграции (квотирование) пребывания иностранных граждан и лиц без гражданства на

территории страны, их законному выдворению или интеграции в российское общество;

– с тем, что значительная часть государственной границы со странами нового зарубежья открыта, отсутствует визовый режим и не отрегулировано в рамках СНГ законодательство по борьбе с незаконной иммиграцией.

В то время как, в большинстве случаев, неквалифицированные, с несвойственной России культурой и менталитетом иммигранты легально и нелегально въезжают на территорию Российской Федерации, страна лишается высококвалифицированного молодого населения.

Необходимо, исправить ситуацию с иммиграцией путем резкого усиления международной трудовой миграции, сокращая иммиграцию, прежде всего, нелегальную, стимулировать привлечение и использование в России труда иностранных граждан.

За счет увеличения масштабов международной трудовой миграции граждан России может быть улучшена ситуация с эмиграцией. При активной поддержке государства трудовая миграция может стать противовесом безвозвратной эмиграции россиян. Однако в настоящее время государство слабо контролирует деятельность организаций по найму работников для осуществления трудовой деятельности, не противодействует нарушениям прав граждан России во время их пребывания за рубежом.

По-прежнему острыми остаются проблемы вынужденной миграции. В стране насчитывается примерно 300 тыс. вынужденных переселенцев, имеющих российское гражданство и право на государственную поддержку. Ежегодно помощь на обустройство получают не более 1/3. Нерешенность проблем приема, содержания, адаптации, оказания помощи и поддержки вынужденным переселенцам порождает у них негативное отношение к государственной власти и сдерживает приток мигрантов из нового зарубежья.

7.3. Социально-психологическая адаптация мигрантов

В силу высокой интенсивности современных миграционных процессов актуальным становится возможность влияния на процессы *социально-психологической адаптации* мигрантов и принимающего общества.

Процессы адаптации мигрантов существенно определяют результаты всего миграционного цикла. От того насколько успешно протекает адаптация, зависят дальнейшая закреплённость мигранта на новом месте, степень его социальной и экономической эффективности и в целом качество его жизни.

Достигать наиболее оптимального с позиции государственной стратегии взаимодействия между переселенцами и принимающей стороной можно с помощью *механизмов регулирования процессов адаптации*. От того как мигрант войдет в новую социальную среду и как произойдет их взаимовлияние, зависит состояние будущей социальной системы. Даже при вливании в новое общество мигрантов «нежелательной» направленности регулирование адаптационных процессов способно оптимально скорректировать социально-психологический потенциал переселенцев.

Социально-психологическая адаптация мигранта - процесс приспособления человека после переселения к новой социальной среде, новой культуре^{1,2}

На психологическом уровне процесс приспособления проявляется в изменениях поведенческих стереотипов, возникновении новых особенностей самовосприятия и восприятия окружающей действительности, что в конечном итоге позволяет переселенцу комфортно чувствовать себя в новом социуме.

¹ Романов, И.А. Миграционные процессы в современной России: вопросы теории и практики регулирования: монография/ И.А.Романов. - М., 2005.

² Государственное регулирование миграционных процессов: сущность, содержание и пути реализации [Электронный ресурс]. - Режим доступа: http://www.beregrus.ru/artmon/txt/?news_id=459, свободный.

Формы социально-психологической адаптации

Процесс социально-психологической адаптации протекает как взаимодействие мигрантов и резидентов. Как известно, это взаимодействие может осуществляться в нескольких *формах*: сегрегация, ассимиляция, диссимиляция и интеграция.

Такая форма, как *сегрегация*, характерна в основном для иммигрантов, которые проживают на территории чужого государства, не получая его гражданства и существуя преимущественно в своей социокультурной среде. Сегрегационная модель адаптации в основном обусловлена отношением со стороны принимающего государства к иммигрантам, как к временным работникам. В результате такие иммигранты составляют этническое меньшинство в стране въезда и, не имея доступа ко многим сферам социально-экономической жизни страны, существуют как временные общины. Естественно, при таком положении мигранты практически не осваивают новую для них культуру, не устанавливают устойчивых социальных связей. В то же время принимающее общество большей частью относится к данным мигрантам довольно настороженно и напряженно, не пытаясь вникать в их социокультурные особенности и устанавливать с ними длительные отношения.

Такая форма адаптации мигрантов и общества друг к другу является крайне негативной, чреватой проявлениями этнокультурной враждебности, зачастую открытыми конфликтами.

В этой связи органам государственного регулирования миграционных процессов необходимо максимально способствовать построению эффективной коммуникативной среды временных иммигрантов и местного населения.

Если говорить о таких формах, как *ассимиляция* или *диссимиляция*, то ни одна из них не является полностью приемлемой в регулировании адаптационных процессов мигрантов. Это связано с тем, что какой-либо стороне адаптационного процесса приходится жертвовать своим социокультурным потенциалом, принимая нормы и модели других. В результате *ассимиляции* мигранты как бы растворяются в социокультурной

среде принимающего общества, заимствуя его нормы, традиции. Ассимиляция мигрантов – это уподобление этнокультурной иммигрантской группе, которое является длительным поэтапным социальным и культурным процессом. Продуктом *диссимиляции* является поглощение мигрантами социокультурных начал принимающего общества.

Большинством развитых стран наиболее оптимальным признается вариант *интеграции*, когда при взаимном восприятии мигрантами и местным населением культур, традиций и норм поведения друг друга образуется новый социум. В нем на социально-психологическом уровне учитывается, что привнесли мигранты и чем в этом отношении обладало местное население.

Основным ориентиром адаптационной политики в миграции становится обеспечение социально-психологического взаимодействия между мигрантами и принимающим обществом. Результатом такого взаимодействия выступает *взаимное социокультурное обогащение* и развитие мигрантов и принимающего населения.

Конечно, чаще всего адаптация является более выраженным и актуальным процессом для мигрантов, нежели для принимающей стороны. Адаптация считается успешной в том случае, если бывший мигрант реализует свой личностный потенциал, свои способности, справляется с возникающими социально-психологическими проблемами.

Основными показателями успешности социально-психологической адаптации мигрантов выделяются следующие:

- установление позитивных связей в новом обществе;
- решение ежедневных житейских проблем (школа, семья, быт, работа);
- участие в социальной и культурной жизни принимающего общества;
- удовлетворительное психическое состояние и физическое здоровье;
- адекватность в общении и межкультурных отношениях;

– целостность и интегрированность личности¹.

Естественно, что эти показатели являются одновременно показателями эффективности регулирования адаптационных процессов мигрантов.

Отечественные (А.Г. Асмолов, Г.У. Солдатова и др.) и зарубежные исследователи считают, что психическое здоровье мигрантов во многом зависит не только от отношения к ним принимающего населения, но и от политики, проводимой администрациями регионов и стран, в которые прибыли переселенцы. В странах, имеющих большой миграционный опыт, разработаны концепции в отношении мигрантов, положения которых могут быть направлены на препятствование ассимиляции мигрантов либо на способствование ей.

Так, сегодня заметны некоторые барьеры в установлении благожелательного отношения к мигрантам. Вместе с провозглашенными принципами равноправия и поддержки многие европейские страны, в том числе и Россия, под давлением определенных групп населения ставят преграды для въезда ряда категорий переселенцев².

В реальности это не снижает поток мигрантов, но существенно усложняет процесс их социально-психологической адаптации, а также адаптации к ним местного населения. Зачастую результатом здесь становятся скрытые и явные конфликты, которые приобретают затяжной характер.

7.4. Основные направления социальной помощи мигрантам

Социально-экономические проблемы мигрантов требуют комплексного решения с разносторонним взаимодействием различных ведомств федерального и регионального уровня.

¹ Психологическая помощь мигрантам: травма, смена культуры, кризис идентичности/ под ред. Г.У. Солдатовой. - М., 2002. - С.129.

² Дмитриев А.В. Конфликты миграции/ А.В.Дмитриев, Н.С.Слепцов. – М., 2004. - С.93.

В системе органов социальной защиты населения еще не сложилась развитая система специализированных учреждений, ведущих работу с мигрантами. Создание подобной системы в нашей стране крайне необходимо, ввиду того что из года в год количество переселившихся неуклонно растет.

Сейчас особо важным является оказание *конкретной помощи человеку*, что возможно только при функционировании сети территориальных учреждений, учитывающих местную ситуацию и ее особенности.

В настоящее время органами социальной защиты населения ведется разносторонняя работа с мигрантами. Социальные работники помогают каждому обратившемуся человеку в решении его личных социальных, экономических, правовых и других проблем, содействуют в установлении или восстановлении необходимых социальных отношений.

В социальной работе с мигрантами можно выделить два основных вида:

1. *Практическая социальная работа* (работа с конкретным человеком или группой людей, нуждающихся в социальной помощи).

2. *Организационная работа* (организация работы социальной службы, разработка конкретных программ деятельности и т.п.).

Практическая социальная работа с мигрантами	<i>Практическая социальная работа с мигрантами</i> заключается в: социальном, социально-психологическом, социально-педагогическом, социально-правовом, медико-социальном, финансовом, социально-экономическом, материальном, социально-информационном и социально-трудовом направлении.
--	---

1. *Социальное направление* – здесь работа осуществляется во взаимодействии с различными ведомствами, в том числе - Пенсионным фондом и включает в себя:

- проведение социальных консультаций;
- проведение мероприятий по социальной реабилитации в стационарных и нестационарных условиях;
- выявление лиц, особо нуждающихся в социальной помощи;

- социальная диагностика;
- помощь мигрантам в получении пенсии и пособий;
- содействие в организации групп самопомощи и взаимопомощи;
- выявление лиц с девиантным поведением из числа мигрантов и асоциальных семей;
- профилактика девиантного поведения;
- организация культурно-досуговой работы с престарелыми и инвалидами из числа мигрантов;
- профилактика бездомности (другими словами, содействие в получении общежития, временного жилья или приобретения собственного жилья);
- профилактика детской беспризорности (устройство детей в детские дома и дома-интернаты);
- помощь в возвращении имущества мигрантов и получении ими компенсаций;
- взаимодействие с различными государственными учреждениями и общественными организациями по вопросам помощи мигрантам.

2. *Социально-информационное направление* - работа осуществляется совместно с Федеральной службой государственной статистики РФ и СМИ):

- информирование мигрантов о деятельности социальных служб;
- сбор информации о мигрантах (в том числе и от самих мигрантов) и ее систематизация в целях организации оптимальной социальной работы с данной категорией населения;
- информирование общественности относительно проблем миграции и мигрантов (главным образом через средства массовой информации) в целях установления мигрантами устойчивых социальных связей;
- содействие адекватному освещению в СМИ темы миграции.

3. *Социально-психологическое направление* – реализуется совместно с органами образования и здравоохранения:

- психологическое консультирование;

- психологическая коррекция и помощь в социальной адаптации;
- психологическая помощь в кризисных ситуациях и условиях посттравматического стресса;
- психопрофилактика стресса;
- проведение психологических тренингов с мигрантами;
- обучение аутотренингам и психологической саморегуляции;
- психологическая диагностика развития детей и подростков из семей мигрантов;
- психологическая диагностика и консультирование в области приобретения новой специальности.

4. *Социально-педагогическое направление* – подобно вышеназванному направлению реализуется совместно с органами образования, здравоохранения, а также при поддержке органов правопорядка:

- проведение консультации по вопросам семьи и воспитанию детей;
- социально-педагогическая работа с детьми и подростками;
- специализированная (коррекционная) социально-педагогическая помощь нуждающимся в ней детям и подросткам;
- социально-педагогическая помощь детям и подросткам, имеющим проблемы в обучении;
- контроль за получением образования детьми и подростками из семей мигрантов;
- профессиональное консультирование и содействие получению профессионального образования подростками и молодежью из числа мигрантов;
- профилактика девиантного поведения;
- проведение досуговых мероприятий для детей и подростков, направленных на адаптацию в новых условиях.

5. *Социально-правовое направление* – взаимодействие с правоохранительными и судебными органами:

- защита прав мигрантов;

- предоставление мигрантам информации об их правах и обязанностях;
- социально-правовое консультирование.

6. *Медико-социальное направление* – взаимодействие со службами здравоохранения:

- медико-социальное консультирование; оказание доврачебной медицинской помощи;
- содействие в проведении диспансеризации мигрантов;
- контроль за адекватной социально-профилактической работой и соблюдением норм социальной гигиены;
- помощь в приобретении полисов страховой медицины (выдача сертификата на медицинское обслуживание);
- выявление хронических больных и нетрудоспособных и организация для них специализированных медико-социальных консультаций;
- социально-психиатрическая диагностика и помощь;
- оказание содействия в приобретении лекарств и других медицинских средств;
- при необходимости выделение финансовой помощи на лечение;
- направление в специализированные медицинские учреждения;
- контроль за санитарным состоянием жилья мигрантов.

7. *Финансовое направление* - оказание стартовой помощи (предоставление ссуд):

- предоставление финансовой помощи на основе принципа индивидуального подхода к каждой конкретной ситуации.

8. *Социально-экономическое направление:*

- консультирование по социально-экономическим вопросам;
- предоставление помощи в достижении экономической самостоятельности;
- содействие в повышении доходов.

9. *Материальное направление:*

- предоставление продуктовой помощи;
- предоставление вещевой помощи;

- предоставление иной натуральной помощи (лекарства, строительные материалы и т.п.).

10. Социально-трудовое направление (работа осуществляется в контексте со службами занятости):

- оказание содействия в получении основной и дополнительной работы;
- оказание содействия в открытии собственного дела;
- консультирование по вопросам труда, занятости и профориентации;
- помощь в профессиональной подготовке и переподготовке.

**Организационная
работа с мигрантами**

В рамках организации социальной работы с мигрантами необходимо решение следующих основных задач:

- связь с международными организациями, занимающимися проблемами миграции, и участие в их деятельности;
- организация взаимодействия между различными ведомствами и учреждениями РФ и регионов, решающих проблемы миграции и мигрантов;
- организация взаимодействия между государственными структурами, общественными организациями и фондами, занимающимися социальной защитой и помощью мигрантам;
- содействие созданию общественных организаций, занимающихся проблемами мигрантов;
- связь с зарубежными организациями, занимающимися проблемами мигрантов;
- разработка оптимальной структуры и нормативной деятельности стационарных и нестационарных учреждений социальной помощи мигрантам применительно к условиям конкретных регионов;
- организация различных форм учреждений социальной защиты мигрантов (центров социальной защиты, реабилитационных центров, кризисных стационаров, домов-интернатов, консультаций, пунктов выдачи помощи и т.п.);
- подготовка и повышение квалификации специалистов по работе с мигрантами;

- выработка норм выдачи натуральной (продуктовой, вещевой и др.) помощи мигрантам;
- проведение социологических и маркетинговых исследований проблемы;
- социальная реклама федеральной и местной миграционной политики; организация деятельности службы по связям с общественностью;
- разработка правовых основ выдачи пенсии и пособий мигрантам, а также оказание финансовой помощи;
- разработка правовых основ социального, санитарного, медицинского и педагогического контроля жизнедеятельности мигрантов;
- разработка правовых основ профилактики девиантного поведения лиц из числа мигрантов;
- организация центров, курсов и семинаров по профессиональной подготовке, переподготовке и повышению квалификации мигрантов и другие задачи.

Процессы миграции населения всегда будут существовать и оказывать на общество определенное влияние. Главной задачей социальных служб, так или иначе встречающихся с миграцией в своей работе, является сведение к минимуму тех отрицательных тенденций и последствий, которые она в себе несет.

Социальным службам нужно учиться управлять миграцией, готовить кадры, накапливать информацию о формах и методах работы, овладевать средствами, с помощью которых можно осуществлять управление этим процессом. Несмотря на остроту проблемы, эта отрасль социальной деятельности находится пока на стадии формирования, а недостаток материальных средств явно мешает действительно эффективной работе миграционной службы.

Но все же сам факт того, что общество и государство обратили внимание на эту проблему, внушает сдержанный оптимизм относительно ее решения.

7.5. Социальная работа с семьями вынужденных мигрантов

Войны и природные катаклизмы происходят постоянно. Одним из их неизбежных последствий является то, что людям приходится покидать свои дома и страны и становиться беженцами и вынужденными переселенцами. Раньше основную озабоченность вызывало количество смертей, физических болезней и травм, как результат войн и катастроф, то сейчас растет беспокойность их последствиями для психосоциального и душевного здоровья.

Можно отметить, что в настоящее время в нашей стране одной из наиболее уязвимых и социально незащищенных групп населения являются вынужденные мигранты. Если учесть, что более половины любой группы вынужденных мигрантов обычно составляют дети, то становится очевидным, что и на их плечи ложится груз проблем, с которыми сталкивается данная категория населения. Дети уязвимы, зависимы, им необходима поддержка взрослых не только для физического выживания, но и для психологического и социального благополучия и для успешной адаптации в новом окружении. Дети вынужденных мигрантов - прежде всего, остаются детьми и поэтому требуют к себе особого внимания.

Социально-психологическая адаптация семей мигрантов

Одним из основных условий оптимального вхождения человека в новую социальную среду – это процесс активного приспособления индивида к условиям изменяющейся среды, то есть социально-психологическая адаптация. Процесс адаптации семей вынужденных мигрантов к новым условиям осуществляется путем серьезных экономических, социокультурных, психологических изменений. В частности, это находит свое проявление в следующих процессах: изменение или существование корреляции прежних этнических стереотипов, моделей поведения, восприятия, приобщение к новым доминирующим традициям, нормам, образу

жизни и отношениям, овладение новыми трудовыми и профессиональными навыками, умение общаться и понимать людей в новой среде. В данном случае семья, с одной стороны, является хранителем прежних отношений (в том числе и этнического характера), а с другой - основой адаптивного вхождения в новую среду. Многие проблемы, которые возникают перед семьей на новом месте, обусловлены в первую очередь экономическими трудностями. Разрыв налаженных хозяйственных, семейных, экономических связей отражается на уровне жизни ее членов. И в первую очередь с изменением экономического положения семьи, приходится решать такую проблему, как поиск и освоение своего экономического базиса.

Социологи и психологи отмечают, что вынужденные переселенцы находятся в довольно сложном морально-психологическом состоянии: они пережили стрессовую ситуацию; новые условия вызывают у подавляющего большинства чувство неуверенности, а порой беспомощности; отсутствие социального опыта поведения в новых условиях может привести к заболеваемости, к болезненным психическим расстройствам, увеличивается риск развития алкоголизма, наркомании, суицидального поведения. В процессе переживания травмы, потери, горя человек рассчитывает не только на себя, но и ищет поддержку в семье, а также в общем, социальном окружении.

Одной из самых эффективных сил, влияющих на становление личности, поведения человека в обществе является семья. Огромный диапазон воспитательного воздействия и уникальности методов идеологического и психологического влияния семьи делают ее одним из самых мощных средств социального формирования и развития личности, решения таких специфических социально-педагогических задач, как воспитание гражданина, формирование в человеке качеств члена определенной общности людей, живущего по нравственным нормам и принципам человеческого бытия, но в тоже время семья - это объект социальной политики, воздействия со стороны государства, общества, различных социальных институтов. Она нуждается в разносторонней и многоплановой поддержке общества. А семья

вынужденных мигрантов в их нестабильном состоянии требуют к себе особого внимания. Ведь все негативные явления, происходящие в семьях данной категории населения отражаются не только на их членах, но и в первую очередь на детях, растущих в них. Почти каждый день ребенок учится чему-то новому, необходимому для жизни. Изгнание, разрушение нормального образа жизни, отсутствие безопасности, сопутствующие факторы жизни вынужденных мигрантов. Они отрицательно скажутся на физическом, умственном, психологическом, культурном и социальном развитии ребенка. Негативное воздействие этих факторов резко усугубляется, когда отчаяние родителей приводит к другому обращению с ребенком, отказу от него, вызывает семейные ссоры и другие проявления распада семьи, так как жизнь вынужденных мигрантов сопряжена с постоянными лишениями и это положение, как правило, является мучительными для взрослых. В помощи решения некоторых проблем вынужденных мигрантов может выступать социальная работа, так как социальная работа, по сути, и своему предназначению является «личностной службой помощи людям», которая опирается в своем развитии на определенную совокупность наук и накопленный практический опыт социокультурной, правовой, социально-психологической, медико-оздоровительной реабилитационно-психотерапевтической и других поддержек и адаптаций личности. В ситуации работы с детьми и семьями вынужденных мигрантов одна из важнейших задач социального работника - это помощь в адаптации и принятии нового социального окружения. Помощь может носить профилактический характер, например, в целях предотвращения распада семьи. Она может быть направлена на поддержку отдельного лица или группы людей объединенной одной проблемой. Профилактика в первую очередь помогает выявлению и предотвращению тех факторов, которые негативно сказываются на жизнедеятельности вынужденного мигранта. Профилактическая работа может включать в себя три основных компонента: 1) восстановление нормального состояния. Первоочередная задача профилактики - восстановление нормально состояния, или иными словами, оказание помощи семье для возврата к нормальной, по

возможности, жизни (ведь для многих вынужденных мигрантов абсолютно нормальная жизнь нереальна); 2) предсказуемость. Детям вынужденных мигрантов необходима упорядоченная, предсказуемая жизнь. Когда она стабилизируется, когда ребенок уверен, что все хорошее - еда, школа, игры - ему обеспечено, это ощущение нормальной жизни является залогом психологического благополучия; 3) помощь семье в поисках долгосрочных решений и создание нормальных условий жизни - самый важный вклад в обеспечение психосоциального благополучия семьи. Социальный работник должен давать точную информацию не только взрослым членам семьи, но и детям о их положении, правах, обязанностях и возможностях для решения существующих проблем.

Можно предложить социальному педагогу и социальному работнику, работающему с детьми из семей вынужденных мигрантов, использовать тренинговые занятия, которые могут учитывать особенности национальной культуры, традиций, обычаев, этнический опыт детей не только из семей вынужденных мигрантов, но и детей из семей коренных жителей и на этой основе формировать общечеловеческие ценности, такие как - милосердие, готовность помочь ближнему, толерантность (терпимость, уважение чужого мнения, традиции и культуры) и сострадание. Достижение этой цели возможно посредством решения следующих задач: познавательных (знакомство с культурами, традициями, обычаями представителей различных национальностей, Всеобщей декларацией прав человека, Конвенцией о правах ребенка и т.д.); развивающих (развитие умений адекватного отношения к себе и окружающим, способностей к самостоятельным суждениям, к различию зла и добра, цели и средства); формирование ценностей (воспитание и формирование уважения к людям и непредвзятого отношения к ним, чувства сопереживания, сочувствия, сострадания, милосердия, толерантности как качеств личности).

Такие тренинговые занятия по формированию гуманных качеств личности имеют следующие характеристики - открытость, раскрепощенность, демократизм, отсутствие регламента, что дает детям возможность сблизиться друг с другом, понять друг друга, совместно пережить разные эмоциональные состояния. Важным

звеном в процессе организации социально-педагогической работы с детьми и их семьями могут выступать группы взаимопомощи и взаимоподдержки. Стремление к объединению является естественным, поскольку люди имеют тенденции к тому, чтобы взаимодействовать, с целью быть понятыми друг другом и получить поддержку.

Такие формы работы дают чувства принадлежности, уверенности, собственной ценности, повышает самооценку, что, естественно, увеличивает социально-психологические адаптивные возможности личности.

Восстановление психического здоровья мигрантов

Невзгоды и лишения, послужившие причинами вынужденного переселения, а также сам факт потери родины, отрыва от корней определяют формирование специфического опыта мигрантов, который выходит за рамки обычного и повседневного. Необходимая вынужденным мигрантам психологическая поддержка не может быть адекватно реализована без работы с их тяжелым жизненным опытом - с переживаниями страданий, потерь, лишений до и во время переселения. В психологии при обсуждении таких переживаний и их отдаленных последствий широко используются два понятия - «стресс» и «травма».

Вопрос об их соотношении довольно сложен и многогранен. Одно из решений вопроса о причинно-следственной связи «стресса» и «травмы» нашло свое воплощение в диагностической категории «посттравматическое стрессовое расстройство» (ПТСР), самым названием определяющей стресс как результат или следствие травмы.

Успешность адаптации во многом определяется психологическим состоянием и настроением человека.

Среди основных критериев психического здоровья обычно рассматриваются: состояние душевного благополучия, отсутствие болезненных психических проявлений, адекватность отражения и реагирования, соответствующих возрасту уровень зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности, адаптивность в микросоциальных отношениях, способность

управлять поведением и ставить жизненные цели, а также поддерживать надлежащий уровень активности в их достижении. В то же время нельзя забывать, что оценка человека как здорового, нормального и рационального в большей степени зависит от обстоятельств, от социального, культурного и исторического контекста.

В ситуации вынужденной миграции граница между нормой и патологией становится менее определенной и размытой. То, что в обычных жизненных обстоятельствах следует трактовать как нарушение психического здоровья, в трагической и неординарной ситуации вынужденной миграции представляет нормальную реакцию на ненормальные обстоятельства.

Возникновению психических расстройств у вынужденных мигрантов могут способствовать как внешние условия, нарушающие привычную жизнедеятельность человека, так и внутренняя (индивидо-личностная) предрасположенность.

Анализ психологических проблем и психических расстройств вынужденных мигрантов показывает, что они носят комплексный характер, затрагивая все основные сферы личности: эмоциональную, когнитивную, поведенческую, мотивационно-потребностную, коммуникативную. Нарушения в различных сферах психического здоровья мигрантов, накладываясь одно на другое, могут привести к глобальным проблемам личности. Важнейшая из них - кризис идентичности. Также следует выделить психосоматические симптомы и расстройства.

Нарушения в эмоциональной сфере вынужденных мигрантов очевидны и разнообразны - от безразличия, подавленности, потери интереса к жизни, заторможенности, переходящей в апатию и депрессию, до раздражительности, агрессивности, неконтролируемых вспышек гнева. Усиливается тревожность, повышается возбудимость, возникают резкие перепады настроения, фобические реакции. У подавляющего числа мигрантов встречаются серьезные расстройства сна: бессонница, трудности с засыпанием, ночные кошмары. Зарубежные клинические данные свидетельствуют, что наиболее частой причиной того, что вынужденные мигранты становятся пациентами психиатрических

клиник, является депрессия. Депрессия, в свою очередь, приводит к тому, что эта категория людей оказывается в зоне повышенного суицидального риска.

В мотивационной сфере изменение иерархии потребностей и ценностных ориентаций приводит к снижению уровня притязаний и резкому падению самооценки, тяжело переживать невозможность удовлетворения потребностей как высших, так и низших уровней.

Аффективным и мотивационным проблемам вынужденных мигрантов сопутствуют нарушения в когнитивной сфере: отмечаются случаи расстройства всех основных познавательных процессов - нарушение памяти (амнезии - потери памяти; конфабуляции - наличие в памяти никогда не происходивших с человеком событий; сложности запоминания), рассеянность внимания, отвлекаемость, нарушения восприятия (например, времени), расстройства мышления (соскальзывание - непроизвольный уход от основной темы разговора; чрезмерная обстоятельность).

Серьезные проблемы обнаруживаются и в области межличностного общения: как в супружеских отношениях и отношениях с детьми, так и в сфере взаимодействия с представителями собственной и другой культуры.

Результаты эмпирических исследований свидетельствуют, что серьезное ухудшение психического здоровья мигрантов связано не только с интенсивностью отдельных негативных событий, но и с их количеством. Вынужденный отъезд и жизнь в чужой культуре почти всегда включают события разной степени экстремальности в количестве, достаточном для того, чтобы вызвать физиологический и психологический стресс. Причем, казалось бы, на первый взгляд, не очень существенные события, которыми насыщена жизнь вынужденных мигрантов, могут, иногда оказывать на них более негативное влияние, чем утрата близких или потеря работы.

Следует подчеркнуть, что далеко не всегда трудности, вызванные ситуацией вынужденной миграции (например, смена языковой и культурной среды, отсутствие близких друзей или семьи), имеют только негативные последствия для психического здоровья. Они могут способствовать и положительным

изменениям, например личностному росту, приобретению нового опыта, новых навыков.

Наблюдения за мигрантами позволяют отметить их разное отношение к возникшим трудностям, а так же то, что некоторые из них сравнительно легко справляются с кризисными ситуациями, тогда как для других - это в прямом смысле непосильное бремя. Поэтому вопрос о роли самой личности мигранта, о значимости тех психологических качеств и особенностей, которые позволяют преодолеть травмирующие ситуации, сохранить целостность личности, избежать психических расстройств, требует тщательного изучения. На первый план здесь выходят такие комплексные психологические феномены, как когнитивная сложность, локус контроля и стиль интерпретации событий.

Из всего комплекса проблем мигрантов, наиболее важной является проблема их адаптации к новым условиям жизнедеятельности. Процесс адаптации семей мигрантов к новым условиям осуществляется путем серьезных экономических, социокультурных, психологических изменений. В частности, это находит свое проявление в следующих процессах: изменение поведения, восприятия, приобщение к новым доминирующим традициям, нормам, образу жизни и отношениями, овладение новыми трудовыми и профессиональными навыками, умение общаться и понимать людей в новой среде. В данном случае семья, с одной стороны, является хранителем прежних отношений, а с другой - основой адаптивного вхождения в новую среду. Многие проблемы, которые возникают перед семьей на новом месте, обусловлены в первую очередь экономическими трудностями. Разрыв налаженных хозяйственных, семейных, экономических связей отражается на уровне жизни ее членов. И в первую очередь с изменением экономического положения семьи, приходится решать такую проблему, как поиск и создание своего экономического базиса.

Социальная работа может выступать своеобразным координатором в решения многих проблем вынужденных мигрантов, так как она по сути и своему предназначению является «личностной службой помощи людям», которая опирается в своем

развитии на определенную совокупность наук и накопленный практический опыт социокультурной, правовой, социально-психологической, медико-оздоровительной, реабилитационно-психотерапевтической и др. поддержки и адаптации личности. В ситуации работы с детьми и семьями вынужденных мигрантов одна из важнейших задач социального работника - это помощь в адаптации и принятии нового окружения. Помощь может носить профилактический характер. Она может быть направлена на поддержку определенного лица или группы людей объединенной одной проблемой. Профилактика в первую очередь помогает выявлению и предотвращению тех факторов, которые негативно сказываются на жизнедеятельности вынужденного мигранта.

Однако окончательное решение проблемы социальной адаптации мигрантов является достаточно сложной задачей, зависящей от большого числа факторов и, прежде всего, от государственной политики, от степени развития экономики и от осознания национального единства.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Опишите сущность и функции миграции населения.
2. Раскройте проблемы миграции населения современной России.
3. Опишите социально-психологическую адаптацию мигрантов.
4. Охарактеризуйте основные направления социальной помощи мигрантам.
5. Опишите социальную работу с семьями вынужденных мигрантов.

Нормативно-правовые источники

1. Федеральный закон от 19.02.1993 N 4528-1 (ред. от 23.07.2008) «О беженцах» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
2. Закон РФ от 19.02.1993 N 4530-1 (ред. от 23.07.2008) «О вынужденных переселенцах» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Федеральный закон от 22.11.1994 N 40-ФЗ «О ратификации Соглашения о помощи беженцам и вынужденным переселенцам»

- (принят ГД ФС РФ 21.10.1994) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
4. Федеральный закон от 15.08.1996 N 114-ФЗ (ред. от 19.05.2010) «О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию» (принят ГД ФС РФ 18.07.1996) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 5. Федеральный закон от 02.08.1995 N 122-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (принят ГД ФС РФ 17.05.1995) (Статья 6. Права иностранных граждан, лиц без гражданства, в том числе беженцев, в сфере социального обслуживания) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 6. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» (утв. ВС РФ 22.07.1993 N 5487-1) (ред. от 27.12.2009) (Статья 18. Право иностранных граждан, лиц без гражданства и беженцев на охрану здоровья) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 7. «Жилищный кодекс Российской Федерации» от 29.12.2004 N 188-ФЗ (принят ГД ФС РФ 22.12.2004) (ред. от 04.05.2010) (Статья 97. Назначение жилых помещений фондов для временного поселения вынужденных переселенцев и лиц, признанных беженцами) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 8. Постановление Правительства РФ от 22.01.1997 N 53 (ред. от 16.04.2008) «Об утверждении Типового положения о центре временного размещения вынужденных переселенцев» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 9. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 N 713 (ред. от 28.03.2008) «О Порядке оказания содействия лицам, получившим свидетельство о регистрации ходатайства о признании их вынужденными переселенцами, и вынужденным

переселенцам в обеспечении проезда и провоза багажа, а также выплаты соответствующей компенсации малообеспеченным лицам из числа указанных граждан» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

10. Постановление Правительства РФ от 30.06.1998 N 679 (ред. от 24.12.2008) «Об утверждении общего положения о месте временного содержания лиц, ходатайствующих о признании беженцами» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
11. Соглашение от 15.04.1994 (с изм. от 25.11.2005) «О сотрудничестве в области трудовой миграции и социальной защиты трудящихся-мигрантов» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
12. Письмо ГТК РФ от 05.02.1997 N 02-08/2148 «О статусах вынужденного переселенца и беженца» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
13. Соглашение стран СНГ от 24.09.1993 «О помощи беженцам и вынужденным переселенцам» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

Литература

1. Акмалова, А.А. Социальная работа с мигрантами и беженцами / А.А.Акмалова, В.М.Капицын. – М.: Инфра-М, 2008. – 220с.
2. Баранов, М.В. Незаконная миграция в современной России / М.В. Баранов М.В. // Миграция, права человека и экономическая безопасность в современной России: состояние, проблемы, эффективность защиты. Сб. статей. - М.: Гардарики, 2003. - 370 с.
3. Ионцев, В.А. Миграция населения. Выпуск 3. Международная миграция. /В.А. Ионцев. - М.: Сфера, 2001. - 234 с.
4. Красинец, Е. Миграция населения в Российской Федерации: тенденции развития и проблемы регулирования /Е.Красинец и др. // Власть. - 2004. - №10. - С. 61-68.

5. Кузнецова, Л.П. Основы технологии социальной работы: учебное пособие. / Л.П. Кузнецова. – Владивосток, 2002. – 321 с.
6. О комплексе мер, направленных на создание условий для привлечения в РФ квалифицированных легальных трудовых ресурсов // Человек и труд. - 2005. - №11. - С. 24-26.
7. Прудникова, С.А. Административно-правовое регулирование миграции населения в РФ / С.А. Прудникова // Автореф. дисс. - М., 2003. С. 14.
8. Рыбаковский, Л.Л. Миграция населения. Выпуск 5. Стадии миграционного процесса. / Л.Л. Рыбаковский. - М.: Сфера, 2001. - 230 с.
9. Рязанцев, С. Внутрirosсийская миграция населения: тенденции и социально-экономические последствия/ С. Рязанцев // Вопросы экономики. - 2005. - №7. - С. 37-49.
10. Словарь иностранных слов: актуальная лексика, толкования, этимология. - М.: Просвещение, 1999. - 674 с.
11. Тюркин, М.Л. Сущность, структура и перспективы совершенствования миграционного процесса в Российской Федерации / М.Л. Тюркин // Государство и право. - 2004. - №9. - С. 97-101.
12. Хабриева, Т.Я. Основные направления развития миграционного законодательства / Т.Я. Хабриева // Миграция, права человека и экономическая безопасность в современной России: состояние, проблемы, эффективность защиты. Сб. статей. - М.: Гардарики, 2003. - 370 с.

РАЗДЕЛ 8. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ НАРКОМАНОВ

8.1. Условия и факторы наркозависимого поведения

В начале XX века термин «наркомания» относился к незаконному применению наркотиков, при этом моделям потребления и его последствиям уделялось мало внимания. Позднее этот термин получил более узкое толкование, а с 1957 г., по решению Всемирной организации здравоохранения, стали различать пристрастие к наркотикам как физическое и привычку к наркотикам как психологическое состояние.

Наркомания (от греч. «*narke*» - оцепенение и «*mania*» - безумие, страсть) - заболевание, выражающееся в физической или психической зависимости от наркотических средств, непреодолимом влечении к ним, что постепенно приводит к глубокому истощению физических и психических функций организма¹.

В нашей стране к наркомании относят патологическое пристрастие к веществам, которые, согласно списку Постоянного комитета по контролю за употреблением наркотиков, утвержденному Минздравом Российской Федерации, отнесены к наркотическим средствам. Злоупотребление другими веществами обозначается как токсикомания².

В социальной психологии наркомания рассматривается как одна из форм аддиктивного (зависимого) поведения, связанного со злоупотреблением либо различными видами деятельности (компьютерные, азартные игры, работа), либо психоактивными веществами (алкоголь, никотин, наркотики) с целью изменения психического состояния.

Специфической особенностью наркозависимого поведения является наличие тесной связи между двумя ее аспектами: клиническим и психосоциальным. Это означает, что поведение,

¹ Шабанов, П.Д. Руководство по наркологии/ П.Д.Шабанов.- СПб., 1998. - С.208.

² Там же, С.208-211.

связанное с употреблением наркотиков, следует одновременно рассматривать и как комплекс социально-психологических проблем, и как следствие прогрессирующих биохимических изменений в организме, вызывающих непреодолимое влечение к употреблению наркотических средств.

Для синдрома физической зависимости характерны следующие клинические признаки¹:

- непреодолимое желание употреблять наркотические средства;
- сниженный контроль за началом, окончанием или общей дозировкой их приема;
- повышение толерантности к наркотику (нарастающая потребность в более высоких дозах);
- снижение ситуационного контроля (употребление в непривычных обстоятельствах);
- игнорирование других удовольствий ради приема наркотиков;
- психические расстройства или серьезные социальные проблемы вследствие употребления наркотических средств.

Последствия злоупотребления наркотическими средствами Социально-психологические последствия злоупотребления наркотическими средствами проявляются, в первую очередь, в социальной деградации личности, быстро нарастающей социальной дезадаптации. При этом наблюдается снижение успеваемости, отказ от учебы или профессиональной деятельности, конфликты с социальным окружением, проблемы с законом, отход от семьи и друзей, сужение общения до наркоманического круга, изоляция².

Параллельно с социальной деградацией происходит выраженное изменение характера. На фоне озабоченности наркотиком нарастает общая необязательность, формируется амотивационный синдром (утрата прежних интересов). Отрицание становится стилем поведения. Наркозависимый отрицает буквально

¹ Зыановская, Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Е.В.Зыановская. - М.: Издательский центр «Академия», 2006. - С.133.

² Там же, С.134.

все: факты употребления, свои поступки, свою ответственность, наличие проблем, наконец, зависимость и необходимость ее лечения. Попытки окружающих помочь наркозависимому или обесцениваются или вызывают агрессию. Реальность полностью заменяется фантазиями в форме бесплодных мечтаний, невыполняемых обещаний, мифов: «я могу уколоться только один раз», «я употребляю, когда хочу», «можно контролировать дозу», «я могу без наркотика», «ломку нельзя пережить», «врачи ничего не понимают в этом», «наркомания неизлечима».

Если первоначально наркозависимая личность старается уйти от решения проблем, то постепенно она вообще теряет способность к действиям. Депрессия, изоляция, беспомощность, нелады с законом – все это, наконец, приводит к осознанию серьезности проблемы и необходимости ее разрешения.

Условия и факторы наркозависимого поведения Злоупотребление наркотиками порождается сложным комплексом социальных, психологических, биологических и культурологических причин. Современное состояние науки позволяет говорить о следующих условиях и факторах наркозависимого поведения¹.

1. *Биофизиологические особенности индивида.* Согласно многочисленным исследованиям, существует некоторая генетически определенная предрасположенность к употреблению отдельных психоактивных средств. По мнению ряда ученых, она связана с врожденными физиологическими особенностями организма. Например, можно утверждать, что «физиологический аппетит» к алкоголю обусловлен генетически, по всей вероятности, строением X- хромосомы². Изучая биохимические основы алкоголизма, ученые открыли его связь с индивидуальными особенностями обмена веществ. Существуют данные об этнических различиях в чувствительности к алкогольной интоксикации. Так, «у китайцев, японцев и американских индейцев такая чувствительность обнаруживается чаще, чем у представителей

¹ Там же, С.126.

² Лисовский, В.Т. Наркотизм как социальная проблема/ В.Т.Лисовский, Э.А.Колесникова. - СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2001.

«кавказских» народностей. Эти различия выявляются даже у новорожденных, что подтверждается исследования сводных братьев, сестер и приемных детей¹. В ходе опытов на животных удалось произвести отбор на приверженность к морфину, т.е. склонность к наркомании. Оценки наследуемости этого признака были очень высокими.

Еще одно направление в исследовании причин наркомании и использования других психоактивных веществ – учение о формировании условных рефлексов. Американский ученый Т. Кроули в работе «Почему люди употребляют наркотики?» пишет о необходимости различать удовольствие, которое наркоманы испытывают от самого приема наркотика, и удовольствие, которое они переживают из-за прекращения абстинентного синдрома².

Действительно, на первых порах положительные эмоции у подростка, экспериментирующего с наркотиками, могут быть связаны с их эйфорическим действием и одобрением группы наркоманов, с которой общается подросток. Однако по мере привыкания к наркотику и формированию абстинентного синдрома, к наркотику стремятся уже не для эйфории, а для смягчения страданий, причиненных отсутствием привычного вещества. В более мягкой форме это относится ко всем психоактивным веществам, вызывающим физическую и психическую зависимость, включая табак и алкоголь.

Данные исследований подтверждают гипотезу о том, что пристрастие к наркотикам возникает как следствие процесса формирования подкрепляющих условных рефлексов. Эта идея отражена в классическом труде А. Линдесмита «Пристрастие к опиатам»³.

Многочисленные конкретные исследования опиоманов, морфинистов привели к довольно противоречивым результатам. Оказалось, что и стремление избежать боли, и стремление к эйфории сохраняются на разных этапах наркомании. Было также

¹ Эрман, Л. Генетика поведения и эволюция/ Л.Эрман, П.Парсонс. - М., 1984. – С. 122.

² Crowling T.J. The Reinforces for Drug Abuse: Why People Take Drugs? // Comprehensive Psychiatry. - New York, 1872. - P.19.

³ Lindestrith A.R. Opiate Addiction. – London: Bloomington, 1987.

доказано наличие условного абстинентного синдрома у наркоманов.

И все-таки, большинство исследователей усматривают причины наркомании не столько в биофизиологической предрасположенности, сколько в комплексе взаимосвязанных факторов, к числу которых относятся социальные и психологические факторы.

2. *Индивидуально-психологические особенности личности.* Экспериментальные исследования отечественных психологов и социологов показали, что начало отклоняющегося поведения подростков тесно связано с особенностями их характера. Каждый тип характера имеет как бы свое «слабое место». «Если психическая травма, эмоциональный стресс или просто трудная ситуация в жизни задевает эту уязвимую черту, то возникают разного рода срывы – от невротических реакций до состояния тяжелой и длительной психической дезадаптации с асоциальным поведением»¹. И чем раньше родители определяют тип и особенности характера своего ребенка, тем легче будет вести работу по профилактике отклоняющегося поведения.

Наиболее известное исследование героиновой наркомании английского ученого И. Чейна показало, что основной мотив употребления героина – вовсе не поиск эйфорических удовольствий, как полагают другие авторы, а попытка избежать неприятных эмоций, беспокойства, депрессии, тоски и подавленности². И. Чейн установил, что наркоманы еще до начала употребления героина имели значительные личностные отклонения от нормы: слабую волю, неумение сдерживать свои эмоции, стремление к поддержке извне. Неудовлетворительным было также и семейное положение наркоманов.

Основоположник психоанализа З. Фрейд, усматривал в акте приема наркотиков некий «фармакогенный оргазм». Один из представителей психоаналитической школы С. Радо рассматривают

¹ Личко, А.А. Акцентуации характера подростков/ А.А.Личко, И.Ю.Лавкал// Психологический журнал. – 1987. - №2.

² Chein I. The Road to Heroin. Narcotics, Delinquency and Social Policy. - London, 1964.

наркотическое пристрастие как замену сексуальных импульсов, приравнивая удовольствие от психоактивных веществ к оргазму¹.

По мнению специалистов-неврологов, в развитии наркомании немаловажную роль играют психологические черты личности, нарушения или поражения центральной нервной системы. По наблюдениям врачей, у лиц с такими нарушениями отмечается ускоренное формирование наркозависимости. Вопрос о психической предрасположенности к наркомании еще недостаточно изучен специалистами. Вместе с тем, исследователи выделяют основные параметры преморбидных (предболезненных) девиаций, в том числе²:

- 1) Характерологические особенности, присущие будущим наркоманам с детства, которые представляют различные формы психопатий;
- 2) Акцентуация характера по истероидному типу;
- 3) Повышенная впечатлительность, отсутствие чувств долга, внушаемость, неустойчивость психики.

По мнению ряда исследователей, личность наркомана отличают черты незрелости: неустойчивость и невыраженность интеллектуальных интересов, твердых нравственных норм, чувство стабильности и несовершенная адаптация, невыносимость стрессовых ситуаций, склонность к колебаниям настроения³.

Ученые отмечают, что первоначальная тяга к употреблению наркотиков возникает в тех ситуациях, когда подросток не может справиться с естественными проблемами своего возраста⁴. Процесс взросления состоит из непрерывных вызовов со стороны общества. Подростка окружают новые люди, ему приходится играть новые социальные роли. Любая задержка в становлении личности, во взрослении затрудняет адаптацию подростка к обществу и тем

¹ Rado S. Narcotic Bondage; a General Theory of the Dependence on Narcotic Drug // *American Journal of Psychiatry*. - Washington, 1957. - Vol. 114. - P. 165.

² Змановская, Е.В. Девиантология (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Е.В.Змановская. - М.: Издательский центр «Академия», 2006. - С.126.

³ Пятницкая, И.Н. Наркомания/ И.Н.Пятницкая. - М., 1990. - С.12.

⁴ Лисовский, В.Т. Наркотизм как социальная проблема/ В.Т.Лисовский, Э.А.Колесникова. - СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2001.- 200с.

самым создает фактор риска наркомании. Часто употребление наркотиков как психостимулирующих средств связано с неосознанным желанием как-то отложить, отодвинуть решение проблем новой, взрослой жизни. Наркоман уходит в мир фантазий и иллюзий, оказываясь неспособным к ответственному и рациональному принятию взрослых решений. Иногда такие ситуации, чреватые кризисами личности, возникают в результате потери близкого человека. При этом к приему психоактивных средств подталкивает не только желание заглушить горе, но и страх перед эмоциональной пустотой, боязнь самостоятельности, одиночества. В такие периоды подростку требуется повышенная чуткость и забота со стороны окружающих.

Другим важным индивидуальным фактором, влияющим на поведение личности, может выступать стрессоустойчивость. В последние годы за рубежом и в России развивается взгляд на аддиктивное поведение, как на следствие сниженной способности личности справляться со стрессом¹. Предполагается, что аддиктивное поведение возникает при нарушении копинг-функции — механизмов совладания со стрессом. Исследования свидетельствуют о различиях в копинг-поведении здоровых и зависимых людей. Например, наркозависимые подростки демонстрируют такие характерные реакции на стресс, как уход от решения проблем, отрицание, изоляция².

Бездуховность, отсутствие смысла жизни, неспособность принять ответственность за свою жизнь на себя — эти и другие сущностные характеристики человека, вернее их деформация, также способствуют формированию зависимого поведения и его сохранению.

3. Микросоциальные факторы, к числу которых относятся: семья, школа, группа сверстников, молодежная субкультура, то есть та среда, в которой создаются патологические,

¹ Кулаков, С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков: учеб.-метод. пособие/ С.А.Кулаков. - М., 1998; Ялтонский, В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук/ В.М.Ялтонский. - СПб., 1995.

² Ялтонский, В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук/ В.М.Ялтонский. - СПб., 1995.

предрасполагающие к наркомании, модели поведения. Для некоторых социальных групп зависимое поведение является проявлением групповой динамики. Например, на фоне выраженной тенденции группирования подростков психоактивные вещества выступают в роли «пропуска» в подростковую субкультуру. В данном случае наркотики выполняют следующие важные для подростка функции:

- поддерживают ощущение взрослости и освобождения от родителей;
- формируют чувство принадлежности к группе;
- дают возможность отыгрывать агрессивные и сексуальные побуждения;
- помогают регулировать эмоциональное состояние;
- реализуют креативный потенциал подростков через экспериментирование с различными веществами.

Субкультура может выступать в самых разнообразных формах: подростковая группа, неформальное объединение, сексуальное меньшинство или просто мужская компания. В любом случае, ее влияние на личность необычайно велико. В подростковом и юношеском возрасте влияние субкультуры на развитие личности максимально, что делает ее одним из важных факторов наркозависимого поведения.

Ведущая роль в формировании наркозависимого поведения принадлежит семье. В ходе многочисленных исследований была выявлена связь между поведением родителей и последующим зависимым поведением детей. Работы А.Фрейд, Д.Винникота, М.Балинта, М.Кляйн, Б.Спока, М.Маллер, Р.Спиц убедительно свидетельствуют о том, что развитию ребенка вредит неспособность матери понимать и удовлетворять его базовые потребности¹.

Показательны взаимоотношения наркоманов в семье, особенно с родителями и супругами. Х. Джонс пишет о постоянном

¹ Мак-Вильямс, Н. Психоналитическая диагностика/ Н.Мак-Вильямс. - М., 1998; Психология и лечение зависимого поведения/ под ред. С. Даулинга. - М., 2000; Ятгонский, В.М. Кошнго-поведение здоровых и больных наркоманией: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук/ В.М.Ятгонский. - СПб., 1995.

чувстве зависимости наркомана сначала от матери, затем от – жены. Указывается также, что родители наркоманов часто являются людьми неполноценными или неуравновешенными, равнодушными к своим детям, иногда пьющими, склонными к употреблению психоактивных средств¹. В специальном исследовании Н. Селдина «Семья наркомана» говорится о том, что матери наркоманов по своему характеру часто бывают властными, эмоционально неразвитыми, что может являться фактором риска наркомании².

Вообще, большинство специалистов усматривают психологические корни наркомании именно в семье, в разрушении нормального взаимодействия между родителями и детьми. Почти все авторы упоминают о неполной семье, семейных разрывах и конфликтной обстановке как о явлениях, сопутствующих наркомании. Очевидным фактором риска может быть также наличие в семье наркомана, алкоголика или курильщика. Фактором, способствующим наркомании, является недостаточное внимание, уделяемое ребенку со стороны родителей.

Важная роль в формировании наркозависимости, по мнению ряда авторов, принадлежит младенческой травме (в форме мучительных переживаний в первые два года жизни). Травма может быть связана с физической болезнью, с утратой матери или ее неспособностью удовлетворять потребности ребенка, с несовместимостью темпераментов матери и ребенка, с действиями родителей. Родители, как правило, не знают о своем психотравмирующем воздействии на младенца, когда, например, из лучших побуждений, стремятся приучить ребенка к жесткому питанию, запрещают себе «баловать» ребенка, пытаются сломить его упрямый нрав. Повторение тяжелой травмирующей ситуации приводит к нарушению развития и переходу к состоянию апатии и отстраненности³. Позднее травму можно обнаружить по страху

¹ Jons H. Alcohol Addiction: A Psycho-Social Approach to Abnormal Drinking. - London, 1963. P. 189-190.

² Кох, М. Чужой опыт - тоже опыт/ М.Кох// Мир без наркотиков (Международный правовой литературно-публицистический журнал). - 1994. - № I - С. 23-24.

³ Психология и лечение зависимого поведения/ под ред. С. Даулинга. - М., 2000. - 105 с.

перед любыми аффектами, неспособности их переносить, ощущению «небезопасности» и ожиданию неприятностей. Эта особенность наркозависимых людей обозначается как низкая аффективная толерантность.

Такие люди не умеют заботиться о себе и нуждаются в ком-то или чем-то, кто помог бы им справиться со своими переживаниями. Вместе с тем они испытывают глубокое недоверие к людям, поэтому неживой объект используется как безопасно замещающий человеческие отношения. Таким образом, люди, пережившие психические травмы в раннем детстве, имеют существенно больший риск стать зависимыми.

Серьезной проблемой семей зависимых личностей могут быть эмоциональные расстройства у самих родителей, которые выражаются в неспособности родителей понимать, обозначать и проговаривать свои чувства. Ребенок не только «заражается» в семье негативными чувствами, но и обучается у родителей замалчивать свои чувства, подавлять их и даже отрицать само их существование.

Отсутствие границ между поколениями, чрезвычайная психологическая зависимость членов семьи друг от друга, гиперопека – еще один негативный фактор. М.Маллер¹ акцентировала внимание на важности для нормального развития ребенка процесса сепарации – постепенного отделения его от матери посредством ее уходов и возвращений, а также процессов индивидуализации ребенка. В семьях с нарушенными границами аддиктивное поведение ребенка может выступать одним из способов влияния на поведение других членов, при этом сама зависимость может давать ощущение независимости от семьи. Одним из доказательств этого является усиление наркозависимого поведения при усилении семейных проблем.

В целом семья может не дать ребенку необходимой любви и не научить его любить себя, что в свою очередь приведет к формированию комплекса неполноценности, отсутствию веры в себя. В соответствии с современными представлениями, люди с

¹ Психология и лечение зависимого поведения/ под ред. С. Даулинга. - М., 2000. - С. 15.

наркозависимым поведением испытывают серьезные трудности в поддержании самоуважения. Хорошо известно, например, что в состоянии опьянения человек чувствует себя гораздо раскованнее и увереннее, чем обычно. Наркозависимое поведение, таким образом, выступает своеобразным средством регуляции самооценки и самоуважения личности.

4. Макросоциальные факторы. В социальном плане они являются основными и решающими, поскольку деформации на микросоциальном и на индивидуально-психологическом уровнях часто связаны с социальными кризисами и другими социальными явлениями в рамках общества. К этой группе факторов относятся: социально-экономическая нестабильность общества и вызванная этим аномия, широкое распространение наркомании в современном обществе, разветвленная сеть наркоторговли, направленная на активное вовлечение молодежи в наркопотребление.

Кроме того, по мере урбанизации происходит ослабление межличностных связей между людьми, в результате чего современный человек утрачивает необходимые ему поддержку и ощущение безопасности. Вместо того, чтобы искать удовлетворение в человеческих взаимоотношениях, современный человек все больше обращается к замещающим его объектам (алкоголь, наркотики).

8.2. Система реабилитации и реадaptации наркозависимых

Реальная наркотическая ситуация, сложившаяся в стране и за рубежом, диктуют необходимость комплексного, концептуально осмысленного подхода к решению проблемы профилактической помощи, предупреждающей употребление наркотиков и развитие наркомании, лечению, реабилитации и ресоциализации наркозависимых. Профилактические мероприятия, в первую очередь, должны быть направлены на формирование у детей и молодежи представлений об общечеловеческих ценностях, здоровом образе жизни; формирование у детей и молодежи умений и навыков активной психологической защиты от вовлечения в

наркотизацию и асоциальную деятельность (первичная, вторичная и третичная профилактика); раннее выявление и диагностику наркозависимости; реабилитацию детей и молодежи, возвращающихся из среды наркотизации в нормальную жизнь (вторичная и третичная профилактика).

Важная роль в профилактических мероприятиях принадлежит мерам вторичной и третичной профилактики, направленным на реабилитацию и ресоциализацию наркозависимых.

Социальная реабилитация наркозависимых	<i>Социальная наркозависимых медицинских, воспитательных,</i>	<i>реабилитация – это система психологических, образовательных,</i>
---	---	---

социальных, правовых, трудовых мер, направленных на личностную реадaptацию больных, их ресоциализацию, реинтеграцию в общество при условии отказа от употребления психоактивных веществ (ПАВ), вызывающих зависимость.

Современное положение реабилитации в наркологии непосредственно сформировалось на основе развития концепции реабилитации психически больных, а также системы «терапевтического воспитания» — прогрессивной функциональной педагогики, направленной на адаптацию и ресоциализацию неприспособленных или проблемных детей¹.

Часто реабилитацию рассматривают как третичную профилактику, понимая под первичной профилактику в обычном смысле этого слова, а под вторичной профилактикой — лечение заболевания. Исходя из этого, цель третичной профилактики заключается в том, чтобы избежать инвалидности или уменьшить ее последствия (речь идет о психических заболеваниях). Реабилитация психически больных имеет свои особенности, отличающие ее от реабилитации, например, больных с нарушениями опорно-двигательного аппарата или сердечно-сосудистыми заболеваниями. Эти особенности, в первую очередь, связаны с теми обстоятельствами, что при психических

¹ Егоров, А.Ю. *Возрастная наркология*/ А.Ю.Егоров. - СПб: Дидактика Плюс, М.:Институт общегуманитарных исследований, 2002. - С. 224.

заболеваниях, как ни при каких других, серьезно нарушаются социальные связи и отношения. Поэтому реабилитация психических больных есть прежде всего их ресоциализация¹.

Остановимся несколько более подробно на концепции психосоциальной реабилитации М.М.Кабанова [1985,1998]. В его представлении границы между лечением (вторичной профилактикой) и реабилитацией весьма условны. Реабилитация, считает М.М.Кабанов [1998], есть, прежде всего, иной подход к больному человеку. Концепция реабилитации предусматривает комплексный подход к больному человеку с учетом не только клинико-биологических особенностей заболевания, но и более рационального, более глубокого изучения и использования личности больного и окружающей его среды в целях оптимизации лечения, восстановления личного и социального статуса больного. Следовательно, цель реабилитации состоит в восстановлении личного и социального статуса больного, вне зависимости от природы его заболевания.

М.М.Кабанов [1985,1998] сформулировал четыре основных принципа реабилитации: 1) принцип единства биологических и психосоциальных методов воздействия; 2) принцип разносторонности (разноплановости) усилий и воздействий для реализации реабилитационной программы; 3) принцип партнерства между больным и врачом; 4) принцип ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. В том числе с использованием этих принципов была построена система реабилитационных мероприятий, рекомендованная ВОЗ.

Система реабилитации наркологических больных, сформулированная М.М.Кабановым, включает три этапа: 1) восстановительное лечение, 2) реадaptацию (приспособление больного к условиям внешней среды) и 3) собственно реабилитацию (восстановление в правах, индивидуальной и общественной ценности, доболезненных отношений с окружающей

¹ Кабанов, М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия/ М.М.Кабанов. - СПб., - 1998. - 256 с.

действительностью). Такая система реабилитации жизненна, практична, апробирована на больших контингентах больных¹.

Восстановительная терапия направлена на предотвращение формирования психического дефекта и инвалидизации больного. Конкретными задачами восстановительного лечения являются: усиление компенсаторных механизмов здоровья (саногенеза), восстановление нарушенных функций и социальных связей больного. На этом этапе активно используют биологические методы лечения, включая медикаментозные, физиотерапию, лечебную физкультуру, а также психосоциальные воздействия (лечение средой, занятостью, психологические методы лечения и т. д.).

Главной задачей этапа реадaptации является приспособление больного к условиям внешней среды, восстановление приспособляемости. На этом этапе преобладают психосоциальные воздействия. Стимулируется социальная активность больных, используется трудовая терапия, проводится воспитательная работа, как с больным, так и с его родственниками. Биологическое лечение на этом этапе ограничивается.

Этап собственно реабилитации направлен на восстановление в правах, индивидуальной и общественной ценности больного, добродетельных отношений с окружающей действительностью. На этом этапе доминируют социальные мероприятия. Речь идет, прежде всего, о помощи в бытовом и трудовом устройстве, организации таких отношений со стороны окружающих, которые способствовали бы скорейшей ресоциализации больного. В этом смысле очень плодотворна различного рода клубная работа, объединение в общественные организации само- и взаимопомощи (Анонимные Наркоманы, 12 шагов), терапевтические сообщества².

Как мы видим, конечной целью социальной реабилитации наркологических больных является возвращение к жизни в обществе путем отказа от наркотиков, предупреждение рецидивов заболевания, восстановление физического и психического

¹ Там же.

² Шабанов, П.Д. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация/ П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг. - СПб.: Лань, 2000.

здоровья, а также формирование нормативного личностного и социального статуса.

Анализ системы реабилитационных мероприятий позволяет выделить следующие основные направления и методы, применяемые в социальной реабилитации наркологических больных:

- социально-медицинские (фармакологическая коррекция состояния, противорецидивная медикаментозная терапия);
- социально-психологические (индивидуальное, групповое и семейное психологическое консультирование, психокоррекция);
- социально-трудовые (профессиональная подготовка, переподготовка, профориентация, трудовая терапия).

1. Социально-медицинская реабилитация начинается с дезинтоксикации наркомана, т.е. медикаментозного лечения, осуществляемого специалистами-наркологами. Для лечения наркозависимых используется большой арсенал фармакологических средств, используемых в основном для детоксикации и фармакологической реабилитации наркозависимых. Самым распространенным фармакологическим препаратом является метадон, синтетический опиат. Метадоновая программа заключается в том, что наркоман переходит с нелегального употребления героина, сопровождающегося различными проблемами со здоровьем, на легальное употребление метадона с целью укорочения детоксикации и в качестве поддерживающего средства пациентов. Впоследствии проводят постепенную в течение нескольких дней (недель) отмену метадона. Конечной целью детоксикации является достижение пациентом состояния, свободного от наркотической зависимости.¹

Также используют блокаторы опиатных рецепторов одновременно с героином, что останавливает развитие физической зависимости, но не снимает тягу к наркотику. Поэтому при такой терапии предполагается применение других методов воздействия (в первую очередь, психотерапевтических).

¹ Там же.

Лекарственные препараты, применяемые при лечении наркомании, принадлежат к разным фармакологическим группам (психостимуляторы, ноотропы, нейропептиды, психоэнергизаторы, витамины и др.) и имеют существенные отличия в механизме действия. Однако их объединяет однонаправленность в отношении высших функций головного мозга – памяти, внимания, мышления, которые, как правило, улучшаются.¹

Медикаментозное лечение наиболее эффективно в специализированном (закрытом) учреждении, поскольку психическое состояние наркомана отличается неустойчивостью и ему трудно контролировать свое поведение. Патологическое влечение, сила которого колеблется, меняет состояние наркомана, особенно в первые дни лечения. Даже если он поступил с желанием избавиться от болезни, он вскоре может вновь начать поиск опьяняющих средств. В этой связи не следует доверять оценке, которую больной дает получаемому лечению.

В целях социально-медицинской реабилитации используется также физиотерапия - ванны, души, гальванизация, электрофорез, грязевые и парафиновые аппликации, электросон (от 10-15 до 20-30 процедур по 1-2 ч. каждый сеанс), которые помогают восстановить работу организма.²

2. *Социально-психологическая реабилитация.* В работе с наркозависимыми используются как различные формы (индивидуальные и групповые) так и различные способы психологического воздействия: консультативный, коррекционный (тренинговый) или психотерапевтический (суггестивный).

Психологическое воздействие при работе с наркозависимыми направлено в первую очередь на коррекцию психофизиологической зависимости от наркотика, влечения к употреблению наркотических веществ. По мнению большинства исследователей, психологическая коррекция влечения к наркотику происходит комплексно и на различных уровнях психической деятельности. На

¹ Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения/ В.Д.Менделевич. - М.: МЕДпресс-информ, 2001.

² Шабанов, П.Д. Наркомания: патофизиология, клиника, реабилитация/ П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг. - СПб.: Лань, 2000.

когнитивном уровне это преодоление анозогнозии (отсутствие сознания болезни), на уровне самосознания — влияние на самооценку (самоуважение), на эмоциональном — комплексное лечение аффективных нарушений, на уровне поведения — изменение стиля и образа жизни и воздействие на среду пациента, на мотивационном — создание и укрепление мотивов, альтернативных по отношению к патологическому влечению к алкоголю¹.

Из индивидуальных методик психотерапии наркомании наиболее распространен метод суггестивного воздействия в форме *эмоционально-стрессовой психотерапии* (различные виды и формы «кодирования»), которые носят либо непосредственный (директивный), либо опосредованный характер.

Одним из распространенных психологических подходов в терапии наркотической зависимости считается групповая психотерапия, использующая феномен группового давления. Групповая психотерапия располагает значительными возможностями для одоления наркотической анозогнозии, разрешения или ослабления внутриличностных конфликтов и трудностей межличностного взаимодействия. Целесообразно проводить групповую психотерапию в два этапа (И. В. Бокия, С. В. Цыцарев). На первом этапе с пациентами обсуждается отношение к болезни, в центре внимания второго этапа — межличностные и внутриличностные проблемы. Особое внимание уделяется повышению самооценки и самоуважения участников группы. Среди применяемых в групповой психотерапии методик можно выделить свободную дискуссию, проективные рисунки, ролевые игры, психогимнастику. Оптимальная численность группы от 8 до 14 человек. Состав группы не меняется на протяжении всего хода лечения (закрытые группы). В группы не рекомендуется включать больных старше 50 лет и лиц, ведущих асоциальный образ жизни. Продолжительность одного занятия составляет 1,5 — 2 ч. В

¹ Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения/ В.Д.Менделевич. - М.: МЕДпресс-информ, 2001.

условиях стационара группа может работать 4—5 раз в неделю, в амбулаторных — 2 раза в неделю¹.

Считается, что эффективность групповой психотерапии во многом определяется личностной и профессиональной позицией психолога, психотерапевта. Поведение и эмоциональные проявления ведущего группы оказываются моделью, на основе которой строятся взаимоотношения больных в группе. Оптимальной тактикой групповой психотерапии принято считать недирективное, поддерживающее поведение с элементами руководства. Психолог, психотерапевт не могут предлагать больным готовых решений.

Основными методами коррекции и терапии наркозависимости являются экзистенциальная и семейная психотерапия. Кроме них активно используются такие методики, как нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз, гештальттерапия и др.

Семейная психотерапия наркотической зависимости строится на основе убежденности в том, что формирование наркозависимого поведения — это семейная проблема. Она направлена на выработку у членов семей наркозависимых правильного отношения к заболеванию и лечению больного, ослабление у них невротической симптоматики, изменение системы внутрисемейного взаимодействия. Важная задача семейной психотерапии при наркомании заключается в анализе и разрушении патологических и манипулятивных взаимоотношений наркозависимых с их ближайшими родственниками.

В основу экзистенциального подхода в психотерапии наркотической зависимости положено разрешение базисных экзистенциальных конфликтов личности, связанных с проблемами: 1) осмысленности и бессмысленности существования; 2) жизни и смерти; 3) изоляции от общества и вовлеченности в общение с людьми; 4) свободы, ответственности, воли и несвободы, зависимости и безволия². В процессе терапии должны соблюдаться следующие условия:

¹ Там же.

² Там же.

- принятие пациента с его индивидуальными особенностями (та эмпатийность, беспристрастность, отказ от позиции осуждения и даже оценки употребления наркотиков);

- искренность (истинное желание помочь пациенту осознать собственные проблемы, найти способы их решения, а не манипулирование им);

- позитивный взгляд на возможность избавления от наркотической зависимости в каждом конкретном случае.

Процесс психологического консультирования включает в себя совместные размышления психотерапевта (психолога) и наркозависимого об экзистенциальных кризисах, обусловленных неразрешенностью одного из перечисленных базисных конфликтов. При психологической коррекции наркозависимости в игровых условиях происходит моделирование фрустрирующих жизненных ситуаций, в которых испытуемый должен сориентироваться и адекватно отреагировать. Важно выработать навыки коммуникативной компетентности и толерантности. Экзистенциальная психотерапия в своей деятельности исходит из положения о том, что «терапия может быть причиной личностного изменения лишь постольку, поскольку она приводит пациента к принятию нового способа поведения» (А. Велис). При анализе экзистенциальной проблемы смерти упор делается на постулате о том, что «существование не может быть отложено». Изучается концепция жизни и смерти, существующая у наркозависимого, исходя из уравнения: «удовлетворенность жизнью обратно пропорциональна страху смерти» (И.Ялом). Изучается иерархия ценностей пациента, делается попытка показать относительность любой ценности.

В процессе экзистенциальной психотерапии наркотической зависимости полезно обсудить проблему осмысленности и бессмысленности существования, с целью разрешения одного из наиболее значимых и сущностных кризисов наркомана — кризиса бессмысленности. Можно утверждать, что наиболее частым мотивом включения наркотика в систему ценностей человека и становления наркотического поведения является ощущение бессмысленности существования. Кризис бессмысленности

способен формировать аддитивный тип девиантного поведения, так как именно при нем отмечается стремление уйти от реальности (отсутствия осмысленности собственной жизни) путем искусственного изменения своего психического состояния¹.

Проблема поиска смысла жизни включает рассуждения о существовании космического и личного смысла жизни. Под первым подразумевается некий замысел, существующий вне и выше личности и обязательно предполагающий какое-либо магическое или духовное упорядочение вселенной. Некоторые психотерапевтические методики (например, программа «12 шагов») делают упор именно на этот аспект терапии.

Экзистенциальная психотерапия не носит духовный характер, несмотря на то, что нравственному совершенствованию человека она придает большое значение. Принцип данного вида терапии заключается в утверждении о том, что жизненные смыслы лежат не вне, а внутри человека, что только сама личность способна порождать смыслы своей собственной жизни. В свою очередь основой осмысленности жизни является наряду с интеллектуальным, нравственным, телесным и материальным совершенствованием понятие вовлеченности в жизнь. Под вовлеченностью понимается включенность человека в любую практическую деятельность, реальную активность в преобразовании мира, близкого окружения и самого себя².

Не менее важны в терапии наркотической зависимости групповые психотерапевтические стратегии, направленные на *формирование ответственности*. Они включают принятие пяти убеждений-осознаний (И. Ялом).

1. Осознание того, что жизнь иногда устроена нечестно и несправедливо.

2. Осознание того, что, в конечном счете, не избежать какой-то части жизненных страданий и смерти.

3. Осознание того, что какова бы ни была близость с другими людьми, все равно я должен справляться с жизнью в одиночку.

¹ Там же.

² Там же.

4. Встреча с базовыми вопросами моей жизни и смерти, благодаря которой я могу теперь проживать свою жизнь более честно и меньше вовлекаться в тривиальности.

5. Осознание того, что я несу конечную ответственность за то, как я проживаю свою жизнь, независимо от того, сколько поддержки и руководства получаю от других.

Проблема ответственности сопряжена с проблемой локуса контроля. Известно, что у наркоманов преобладает экстернальный (внешний) локус контроля. Такие больные склонны верить в существование внешнего контроля их поведения, убеждены, что во многих обстоятельствах их жизни и в том, как они на них реагировали, всецело повинны другие люди, везение или случай. Чем выше уровень субъективного контроля, тем большую ответственность несет человек за себя и за события, происходящие с ним. Особо ярко внешний локус контроля наркомана обнаруживается в процессе обращения за помощью в избавлении от зависимости. Он склонен искать способы терапии, ответственность за результаты которых лежит на враче, и часто не согласен принять на себя часть ответственности за излечение.

В психологической коррекции и психотерапии наркозависимого поведения наряду с другими методами используется нейролингвистическое программирование и эриксоновский гипноз. Эриксоновский метод в терапии наркомании основан на косвенных внушениях человеку, находящемуся под гипнозом, без произношения прямых эмоционально значимых слов («наркотик», «героин» и т.п.). Следует отметить, что эффективность суггестивных и краткосрочных методов психотерапии в лечении наркотической зависимости довольно низкая¹.

Как дополнение к основному психотерапевтическому методу в лечении наркотической зависимости могут использоваться методы аутогенной релаксации. Под релаксацией понимается состояние бодрствования, характеризующееся пониженной психорегулирующей активностью и ощущаемое либо во всем

¹ Там же.

организме, либо в одной из его систем. Наиболее часто используемыми методами аутогенной релаксации являются нервно-мышечная релаксация, медитация, аутогенная тренировка и различные формы биологически активной связи.

3. *Профессиональная и трудовая реабилитация* является одним из компонентов социальной реабилитации. Профессиональная реабилитация наркологических больных предполагает профориентацию (профинформирование, профконсультирование, профотбор, профподбор); обучение (переобучение); повышение квалификации; содействие трудоустройству; профессионально-производственную адаптацию; контроль и наблюдение за трудоустройством.

Трудовая реабилитация является составной частью реабилитационных мер, направленных как на восстановление функций пораженного органа (системы), так и всего организма больного. Трудотерапия назначается также с целью повышения общего тонуса организма. Трудовые движения стимулируют физиологические процессы и функцию основных систем больного, мобилизуют его волю, дисциплинируют и приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, освобождают от мыслей и побуждений, возникающих на почве бездействия и праздного времяпрепровождения, отвлекают от ухода в болезнь. Трудовая терапия возбуждает психическую активность, направляя ее в русло предметной, осмысленной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Она заключается в том, что пациенты под руководством труд-инструктора несколько часов в день работают на улице или занимаются домашним хозяйством. Цель этого направления – открыть в себе новые качества, развить новые навыки, получить удовольствие от работы. Привлечение больного к труду, начиная с дозированного труда с постепенным переходом на полный рабочий день.

Концепция реабилитации наркологических больных находится в постоянном развитии. Современный этап реабилитации характеризуется разработкой и апробацией

различных новых методов. Наиболее устоявшимися системами оказания помощи наркозависимым являются следующие¹:

- духовно ориентированные программы групповой само- и взаимопомощи, основанные на идеологии движения обществ Анонимных Алкоголиков, Анонимных Наркоманов, «12 шагов» и др. В соответствии с данными системами больному предлагается прекратить бесконечную и бессмысленную борьбу с наркотиками, признать свое бессилие в ней и через это бессилие обрести новую систему значимых личных и групповых ценностей, новую силу;

- программы терапевтических сообществ. Основными принципами деятельности терапевтических сообществ являются: взаимная ответственность, партнерство, доверительность, конфиденциальность. Все члены терапевтического сообщества руководствуются рядом правил, среди которых: неукоснительное соблюдение распорядка дня; обязательность «прозрачности поведения»; самообслуживание; саморегуляция жизнедеятельности, взаимодействия (совместное установление норм проживания, совместное принятие решений о наказаниях и поощрениях и др.); взаимопомощь и взаимоподдержка в реализации общих целей и норм; обязательность выполнения заданий на занятиях в малых терапевтических группах, в ходе арттерапии, трудотерапии, самостоятельной работы; система наставничества; использование приемов поведенческой терапии, включающих градацию статуса пациентов;

- программа «классической» психотерапии и психологического консультирования. В реабилитации наркозависимых используются развивающие методы, основными характеристиками которых являются не директивный, партнерский стиль общения, апелляция к диалогу, пониманию, критическому анализу; максимальное использование эффектов группового и межличностного взаимодействия. Наряду с этим, при реабилитации наркозависимых могут использоваться и психотерапевтические методы манипулятивной направленности, характеризующиеся

¹ Егоров, А.Ю. Возрастная наркология/ А.Ю.Егоров. - СПб: Дидактика Плюс, М.:Институт общегуманитарных исследований, 2002.- С. 224.

директивным стилем действия специалиста, использованием суггестивных приемов, эмоционального давления. Важным элементом реабилитации наркозависимых является использование психотерапевтических методов, направленных на повышение уровня психофизиологической, эмоциональной и поведенческой саморегуляции.

8.3. Реабилитация несовершеннолетних наркозависимых

Реабилитация несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотиками, характеризуется рядом особенностей¹. При развитии наркозависимости у них, как правило, стремительно формируется установка на дальнейшую наркотизацию, одновременно останавливается личностный рост, разрушаются ценностные ориентации, нарушаются семейные отношения, прекращается социальный прогресс пациента (уровень образования снижается, затрудняется профессиональная ориентация, способность к овладению специальностью, устанавливаются устойчивые отношения с наркотическим и криминальным окружением, появляются проблемы с законом). Все это определяет необходимость значительных усилий и большую продолжительность реабилитации, когда речь идет о несовершеннолетних.

В реабилитации несовершеннолетних особую роль играет учет возрастных особенностей, что определяет дифференцированный методический подход, в зависимости от конкретного возраста пациента. Из психотерапевтических методов при реабилитации несовершеннолетних приоритетными являются: методы игровой психотерапии; методы психотерапии искусством и литературой (арттерапия, музыкотерапия, драматерапия, библиотерапия, сказкатерапия и др.); методы терапии занятостью и трудом. Важным направлением лечебно-реабилитационного процесса при

¹ Там же.

реабилитации несовершеннолетних являются семейная терапия и семейное консультирование.

Таким образом, реабилитация несовершеннолетних определяется как система воспитательных, психологических, образовательных, медицинских, социальных, правовых, трудовых мер, направленных на отказ от психоактивных веществ, формирование устойчивой антинаркотической установки личности, ресоциализацию и реинтеграцию в обществе.

Основными принципами реабилитации несовершеннолетних являются¹:

- добровольное согласие на участие в реабилитационных мероприятиях;
- прекращение приема ПАВ. Принципиальным является формирование мотивации пациента на полное прекращение употребления ПАВ, вызывающих болезненную зависимость;
- конфиденциальность. Передача информации третьим лицам возможна только с согласия самих несовершеннолетних или их законных представителей, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством;
- системность реабилитационных мероприятий. Данный принцип обеспечивается согласованными усилиями специалистов различного профиля, взаимодействующих в одной структуре;
- этапность реабилитационных мероприятий. Выделяются следующие основные этапы реабилитации: начальный (вхождение в реабилитационную программу), развернутый, завершающий (выход из реабилитационной программы);
- позитивная направленность реабилитационных мероприятий. Этот принцип обеспечивается путем ориентации реабилитационных мероприятий на принятие, поддержку, поощрение: созданием атмосферы, обеспечивающей личностный рост и развитие;
- ответственность. В ходе реабилитационного процесса несовершеннолетние становятся все более самостоятельными, обучаются принятию и осуществлению ответственных решений,

¹ Там же, с.227.

освобождаются от гиперопеки, берут на себя полную ответственность за полное прекращение употребления ПАВ;

- включение в реабилитацию основных значимых других лиц. Проводится консультирование, диагностика и коррекция проблем, существующих у членов семьи и значимых других лиц из социального окружения несовершеннолетних;

- реорганизация жизненной среды и формирование реабилитационной среды. Предполагает осуществление многосторонней поддержки социально приемлемого поведения и соответствующих изменений образа жизни несовершеннолетнего через воздействие на все компоненты жизненной среды;

- дифференцированный подход к реабилитации различных групп несовершеннолетних. Предполагается наличие спектра дифференцированных реабилитационных программ и включение несовершеннолетнего в ту или иную реабилитационную программу с учетом его реабилитационного потенциала и в соответствии с показаниями и противопоказаниями;

- социальная и личностная поддержка несовершеннолетних после выписки из реабилитационного учреждения с целью предотвращения срывов и рецидивов злоупотребления ПАВ.

8.4. Зарубежный опыт организации помощи наркозависимым

Как подходят к решению вопросов об организации помощи наркозависимым за рубежом? Рассмотрим некоторые рекомендации ВОЗ, направленные на оптимизацию помощи наркозависимым. Во-первых, ВОЗ исходит из принципов, что в большинстве стран относительно мало перспектив для значительного увеличения источников финансирования здравоохранения, несмотря на то, что потребности растут наряду с увеличением среднего возраста населения, а также в соответствии с требованиями внедрения новой диагностической и терапевтической техники. Для большинства стран Европы и Северной Америки характерно финансирование (часто конкурирующее) двух направлений обеспечения здравоохранения: больничной помощи и

коммунальной службы здравоохранения. Однако эта концепция не в полной мере отражает реальное положение вещей. Больница любой специализации является также службой общественного здравоохранения. Больничный персонал может сконцентрироваться на помощи отдельному человеку, а не населению в целом, но больницы служат всему обществу, и больницы и службы коммунального здравоохранения являются не взаимоисключающими, а взаимозависимыми. Поэтому более целесообразно рассматривать четырехкомпонентную систему здравоохранения. Абстрагированно ее можно представить в виде концентрических кругов, увеличивающихся в диаметре по мере охвата населения. Внутри расположена больничная помощь, занимающая самую малую по диаметру окружность, за ней общественное здравоохранение, еще больший охват осуществляет неформальная помощь, и, наконец, самая большая окружность и самый большой охват населения – самопомощь. Таким образом, больницы и служба коммунального здравоохранения вместе взятые обеспечивают меньше заботы о здоровье человека, чем приходится на долю неформальной помощи, обеспечиваемой семьей, друзьями и добровольцами, а также на долю самопомощи, когда человек лечит себя сам.

Во-вторых, принципы планирования здравоохранения, выдвигаемые ВОЗ, изложены в виде перечня требований, весьма полезного для такого планирования. Планирование первичной медико-санитарной помощи включает больничное планирование и базируется на следующих четырех принципах:

1. Должны учитываться потребности и нужды всего населения, а не только тех, кто находится под наблюдением медицинских служб.

2. Ресурсы должны использоваться эффективно и компетентно.

3. Планирование здравоохранения должно быть взаимосвязано с планированием других социальных служб.

4. Люди, которые будут пользоваться услугами службы здравоохранения, должны участвовать на всех стадиях ее планирования.

Этапы планирования оказания помощи наркозависимым

Определенная полезная работа сделана по созданию принципов планирования специализированной антиалкогольной службы [Ruch, 1988]. Подход во многом

полезен при планировании оказания медицинской помощи и наркозависимым, поэтому рассмотрим его более подробно. В этом планировании выделяют четыре этапа. *Первый* — определение группы населения и географических границ обслуживаемого региона. Основополагающим при этом является определение регионов обслуживания в соответствии с существующим административным делением и учет населения в этих регионах по имеющимся данным переписи.

Второй этап — расчет числа употребляющих алкоголь и зависимых от алкоголя больных в каждой группе населения. Используя, например, для этого данные продажи алкоголя и данные потребления на душу населения, можно рассчитать распределение потребления алкоголя в каждом административном регионе. Для каждого региона расчет производится с учетом людей, потребляющих алкоголь, на различных уровнях риска, категории риска соответствуют среднему уровню стандартной выпивки в день. В соответствии с этим методом количество людей, суммированных на каком-то определенном уровне потребления, рассматривается как приблизительная мера количества людей на различных участках вдоль непрерывной кривой тяжести алкогольных проблем.

Третий этап планирования заключается в определении числа людей из тех, кто учтен на втором этапе и кто должен получить лечение в данном году. На этой стадии расчетов производится определение доли населения, требующего помощи. Эта доля должна планироваться на основе годового периода и может быть обозначена как группа нуждающихся в целевом внимании, то есть целевая, или плановая группа. Существует общее мнение, что доля людей, злоупотребляющих алкоголем, которые непрерывно болеют или недавно переболели, является довольно низкой.

Четвертый этап заключается в определении числа людей, которые учтены на третьем этапе, но для которых требуется обслуживание в каждом звене лечебной системы. Для специализированных подразделений возможно определить различные категории обслуживания и затем, на основании различных опубликованных в научной литературе данных, вычислить доли людей, которые подлежат лечению в соответствии с категориями обслуживания. По такой модели можно определить необходимость в различных службах для каждого планируемого региона [Андерсон П., 1995].

Общественные службы помощи наркозависимым	Кроме наркологических учреждений (государственных и частных), пансионатов, реабилитационных наркологических центров, построенных в форме стационарно-амбулаторной помощи или реабилитации в терапевтической общине, во многих странах мира существуют общественные службы помощи наркозависимым, среди которых следует назвать службы добровольного консультирования, коммунальные антинаркотические службы, общественные организации типа Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов.
--	--

Служба добровольного консультирования. В некоторых местах существуют добровольные организации, которые координируют службы, помогающие злоупотребляющим алкоголем и наркотическими средствами и обеспечивающие консультирование и советы для самих пациентов и членов их семей. Большинство таких организаций помогает людям, употребляющим широкий диапазон наркотических средств, включая алкоголь. Добровольные организации обычно принимают клиентов прямо с улицы, а также и тех, кто направлен к ним из любого учреждения.

Коммунальная антиалкогольная и антинаркотическая служба. Служба включает multidисциплинарный коллектив, состоящий из социальных работников, инспекторов-воспитателей, психиатрических медицинских сестер, консультантов, психологов и

других. Эта служба, как правило, работает при наркологическом лечебном отделении или, по крайней мере, связана с ним.

Анонимные Наркоманы. Анонимные Алкоголики (АА) и Анонимные Наркоманы (NA) — группы поддержки самопомощи. Члены группы признают себя больными (алкоголиками или наркоманами) и должны согласиться с тем, что единственный путь к излечению — полное воздержание. Некоторых людей отталкивает квазирелигиозный подтекст Анонимных Алкоголиков и Анонимных Наркоманов, но на самом деле не существует никаких требований к членам организации в отношении поклонения или веры в Бога. Возможно, необходимо выбрать иную группу самопомощи, нежели Анонимные Алкоголики или Анонимные Наркоманы, соответствующую конкретному человеку.

Анонимные Наркоманы является общественной негосударственной, немедицинской, некоммерческой организацией, объединяющей тех, кто отказался от употребления наркотических средств или пытается это сделать. Люди в Анонимных Наркоманах объединяются для того, чтобы помогать друг другу и самим себе, максимально полно используя громадный опыт, накопленный за десятилетия существования организации. Организация Анонимных Наркоманов возникла в 1930-е годы в США. Девиз Анонимных Наркоманов — «Поможем себе сами!». Анонимные Наркоманы, как и Анонимные Алкоголики, работают по программе «Двенадцать шагов». Для того чтобы вступить в Анонимные Наркоманы, ничего не нужно, кроме желания порвать с наркотическими средствами и готовности приложить для этого долгую, трудную и не всегда приятную душевную работу¹. В Анонимные Наркоманы могут приходить не только сами больные наркоманией, но и их родители, члены семей, а также все люди, хотя бы каким-то образом связанные с проблемой наркотиков. Для этого существуют специальные открытые собрания. На таких собраниях принято предельно честно отвечать на вопросы, высказывать свои мысли и выслушивать ответы.

¹ Белогуров, С.Б. Наркотики и наркомания/ С.Б.Белогуров. – СПб., 1997.

Со стороны ООН также предпринимаются определенные усилия, связанные, во-первых, с проведением глобального мониторинга состояния дел с наркотиками и выработкой рекомендаций правительствам по вопросам борьбы с наркоманией, во-вторых, с оказанием практической помощи ряду стран-производителей наркотиков в плане переориентации крестьян на выращивание сельскохозяйственных культур (в первую очередь страны Латинской Америки), в-третьих, с введением реестра запрещенных наркотических средств (в настоящее время он включает около 200 разновидностей соединений, 7 из которых являются натуральными, остальные — синтетическими).

**Социальная
реабилитация
наркозависимых за
рубежом**

Существуют различные национальные модели борьбы с распространением и потреблением наркотиков, которые условно можно свести в три группы.

1. «Жесткая политика» — борьба ведется самыми жесткими мерами вплоть до смертной казни, и законодательство в отношении распространителей наркотиков максимально ужесточено (Малайзия, Иран, Пакистан).

2. «Жесткий контроль» — усиленный контроль за всеми видами наркотиков, идет активное противостояние наркомафии, но крайние меры не применяются (США, Великобритания, Франция). В США в большинстве штатов существует наказание не только за продажу, хранение, употребление, но даже за попытку приобретения наркотических веществ. В Великобритании и Франции наркоманов в судебном порядке отправляют на принудительное лечение. Одновременно в этой группе борьба с наркотиками сочетается с мощной информационно-пропагандистской кампанией.

3. «Либеральная группа» — наиболее известными представителями являются Голландия, Швейцария. Нет жесткого судебного преследования за употребление наркотических средств.

Опыт работы по социальной реабилитации наркозависимых за рубежом свидетельствует о том, насколько велика роль социальных работников в системе наркологической помощи во всем мире, каким широким является поле их деятельности. Основными

функциями социальных работников за рубежом являются: раннее выявление и идентификация лиц с алкогольными (или) наркотическими проблемами; работа с такими лицами, их семьями, социальным окружением, работодателями; работа с членами семей больных алкоголизмом и наркоманиями; непосредственная работа с больными (в клиническом смысле) наркологическими заболеваниями, их семьями и социальной средой. Меньше внимания уделяется первичной профилактической работе - эти задачи обычно возлагаются на педагогов, сотрудников правоохранительных органов, членов общественных организаций.

Рассмотрим модель современной постановки социальной работы на примере Германии¹. В основу системы социальной работы в ФРГ положен принцип сочетания и взаимодействия в ней государственных учреждений, входящих в структуры различных общественных организаций («принцип солидарности»). При этом приоритет отдается общественно-благотворительным организациям, на долю которых приходится 80% всех специализированных медико-социальных служб.

В ФРГ действуют 5 крупных общественных организаций, занятых социальной работой: «Красный Крест», «Каритас» (в рамках католической церкви), «Диакония» (евангелистская церковь "Немецкий паритетный благотворительный союз», «Рабочий благотворительный союз»). Каждое из этих обществ создает свою сеть медико-социальной помощи, включающую «наборы» тех или иных специализированных учреждений (консультативные пункты, амбулатории, стационары, юношеские центры, центры реабилитации, приюты и т.д.).

Система наркологической помощи в Германии включает в себя 5 сфер целенаправленной деятельности: 1) чисто медицинская сфера - служба детоксикации и оказания специализированной помощи в «острых» случаях (алкогольные психозы т.д.); «открытая» служба медико(психо)-социальной помощи лицам с наркологическими проблемами и их семьям; 3) служба,

¹ Валентик, Ю.В. Медико-социальная работа в наркологии/ Ю.В.Валентик, О.В.Зыков, А.В.Мартыненко, М.Г.Цетлин. - М.: Учреждение «Центр программно-технического управления Федеральной системы информационного обеспечения молодежи», 1996. - 96 с.

обеспечивающая процесс «отвыкания», отказа от потребления алкоголя, наркотиков, других психоактивных веществ у зависимых и «проблемных» лиц, а также их личностную и социальную реституцию; 4) служба «долечивания», проведения работы по дальнейшей реадaptации и реабилитации зависимых и «проблемных» лиц; 5) профилактическая сфера.

«Открытая» наркологическая помощь решает задачи по предоставлению широкого набора консультативных услуг всем группам населения, по установлению контактов с «наркологической средой», по оказанию социальной помощи больным (преимущественно наркоманам) в «низкопороговой» форме, т.е. никак не обусловленной обязательным поступлением их на лечение. Консультативная помощь реализуется через сеть различных специализированных пунктов. Принципы работы консультативных пунктов: доступность - в том числе, через развитые службы «телефонов»; бесплатность; снабжение информацией и специальной литературой; работа в средствах массовой информации; связь с лечебными учреждениями; связь с постоянно действующими группами само- и взаимопомощи; участие в профилактической работе, но, в основном, «по заказам» отдельных общин, учебных заведений, предприятий; тесное взаимодействие с сетью примыкающих к ним «комплементарных», т.е. дополняющих их учреждений социальной помощи. К последним относятся, например: так называемые «жилые общины» для подростков, женщин с детьми (и без детей), имеющих наркологические (и другие психосоциальные) проблемы; «кризисные» и молодежные временные убежища; ночные приюты. «Низкий порог» общения с миром алкоголиков и наркоманов достигается через создание сети «контактных» комнат, квартир, кафе, гостиниц. Активно действуют службы по «работе на улицах» - в местах встреч наркоманов и т.п., где раздаются шприцы, презервативы, специальная литература. Новой формой работы является так называемые «переходные учреждения» - стационары, служащие для убежища и одновременно для лечебной и социальной ориентации лиц с наркологическими проблемами.

Помощь больным в «отвыкании», «отучении», отказе от потребления психоактивных веществ, в восстановлении или формировании заново их личностного и социального статуса оказывается в амбулаторных (реже) и в стационарных учреждениях. Это может быть городская амбулатория или «интегративное учреждение» - амбулатория, имеющая свой стационар (на 20-25 коек). Но обычно это загородный стационар, не имеющий амбулаторной отделения (в среднем на 20 коек), со своими мастерскими, фермами, спорткомплексом т.п. Иногда это полустационар (дневной или ночной). Работа этих учреждений строится на полной добровольности поступления туда больных, на строго контрактных взаимоотношениях между персоналом и больными, на максимальном самообслуживании больных, на полном отказе от какой-либо медикаментозной терапии в пользу самых разнообразных психотерапевтических и психологических методик. Длительность интенсивного поэтапного лечения - от 1,5 до 4 месяцев («краткосрочное лечение») и от 6 до 18 месяцев («долгосрочное лечение»). Затем больные или выписываются, или переводятся на амбулаторную терапию, или направляются на «долечивание».

Служба долечивания включает в себя специальные учреждения, где проводится дальнейшее профессиональное обучение больных или они включаются в «команды» (из 7-10 чел.) так называемых «жилых общин». Во всех этих учреждениях, лечебных «долечивающих», решающих разнообразные медико-социальные задачи, работают социальные психологи и педагоги, а чаще - так называемые социальные работники широкого профиля; совсем редко - врачи, которые обычно выполняют роль руководителей этих заведений.

Наконец, профилактическая работа ведется городскими и общинными центрами по профилактике, а также создаваемыми структурами благотворительных обществ, молодежными центрами, клубами и другими учреждениями. Они работают в основном с детьми, подростками, молодежью из групп риска, «аутсайдерами», социально неблагополучными, помогая им решать семейные проблемы и проблемы проведения свободного времени,

способствуют овладению техникой общения, саморегуляции, организуя целевые группы (различные по контингенту, конкретным задачам, содержанию работы). Здесь исповедуются принципы добровольности, открытости, позитивных целей, свободы от наркотиков, права на индивидуальный личный стиль поведения и одновременно активного участия в совместной деятельности. Персонал этих центров - преимущественно социальные работники с широкой педагогической, психологической и психотерапевтической подготовкой, обязательно владеющие научными представлениями о наркологической патологии.

Сотрудники этих центров и клубов отдают себе отчет в том, что их деятельность в основном ограничивается рамками вторичной профилактики, т.е. работой с той частью молодежи, которая так или иначе уже приобщилась к потреблению психоактивных веществ. В то же время в Германии отсутствует система массовой первичной наркологической профилактики в учебных заведениях, направленной на предотвращение единичных проб.

Для полноты картины следует остановиться еще на двух весьма значимых формах деятельности социальных работников, решающих проблемы, связанные с потреблением алкоголя и (или) наркотиков. Это, во-первых, работа в средних учебных заведениях, а во-вторых, работа в рамках «программы помощи на предприятиях (на рабочих местах)».

Так, во многих учебных заведениях США существует особый институт социальных работников-консультантов («каунселоров»). Консультант выявляет проблемных детей, исследует причины возникновения проблем, вырабатывает программу действий по их разрешению, в рамках которой он затем взаимодействует с администрацией, преподавателями, родителями, врачами, психологами и т.д.¹ Разработана специальная теория консультирования, существует ряд руководств.²

¹ Холостова, Е.И. И наука, и искусство / Е.И.Холостова // Вестник социальной работы. - М.: Изд. "Союз", Российский государственный социальный институт. - 1993. - С. 12-16.

² Холостова, Е.И. Профессиональный и духовно-нравственный портрет социального работника / Е.И.Холостова. - М.: Изд. "Союз". - 1993. - С. 10-11, Цетлин, М.Г.

В число задач, стоящих перед консультантами, включается и работа с детьми из семей, в которых родители пьют или наркотизируются, с детьми, уже в школе приобщающимися к алкоголю и наркотикам.

8.5. Российский опыт организации помощи наркозависимым

Особое место в системе социальной работы занимают программы «помощи на рабочих местах»¹, которые могут иметь как широкую направленность, так и быть целенаправленными в плане борьбы против потребления алкоголя и наркотиков на производстве. Примером может служить известная программа ЕАР, как и все другие подобного рода акции, осуществляемая на твердой правовой основе - на базе договора, подписанного предпринимателем, представителем профсоюза и наемными служащими. В рамках этой программы на предприятии действует независимый специалист-консультант, «отслеживающий» проблемных лиц и работающий с ними и их окружением по определенной системе. Существует несколько моделей подобных программ, главным действующим лицом которых является социальный работник. Можно также говорить о специальных программах социальной работы с семьями больных алкоголизмом², о социальной работе в общих и наркологических стационарах³, о других формах работы с лицами, имеющими наркологические

Профилактическая антиалкогольная деятельность и ее место в общественном механизме противостояния пьянству и алкоголизму/ М.Г.Цетлин// Сб. Вопросы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. - М. -1993.- С. 167-171.

¹ Цетлин, М.Г. О некоторых аспектах организации наркологической помощи в ФРГ/ М.Г.Цетлин, О.В.Зыков// Вопросы наркологии. - 1993. - №2. - С. 87-89.

² Москаленко, В.Д. Программы социальной работы с семьями больных алкоголизмом/ В.Д.Москаленко. - М.: Центр общечеловеческих ценностей. - 1992. - 75 с.

³ Каткова, И.П. Научно-методические основы формирования службы медико-социальной помощи населению РФ/ И.П.Каткова, Н.А.Кравченко// Сб. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. - М.: Центр общечеловеческих ценностей. - 1992. - С. 9-31; Сафонова, Т.Я. Реабилитация детей в приюте/ Т.Я.Сафонова, Е.И.Цымбал, Н.Д.Ярославцева, Л.Я.Ониференко. - М.: Общественный благотворительный фонд "Защита детей от насилия". - 1995. - С. 31; Цетлин, М.Г. О некоторых аспектах организации наркологической помощи в ФРГ/ М.Г.Цетлин, О.В.Зыков// Вопросы наркологии. - 1993. - №2. - С. 87-89.

проблемы или взаимодействующими с ними.

**Деятельность
благотворительного
фонда «Возвращение», г.
Санкт-Петербург**

Во всем мире широко используется опыт реабилитации наркозависимых в специализированных учреждениях, обычно удаленных от центра городской жизни или расположенных

в сельской местности. Здесь наркозависимые проживают, как правило, в общине и получают помощь в форме психотерапии, трудотерапии, духовного наставничества в течение многих месяцев. Одним из таких центров в России стал организованный в конце 1980-х годов реабилитационный центр общественной организации «Возрождение», затем трансформированный в благотворительный фонд «Возвращение», Санкт-Петербург. На основе этой организации в течение последних 10 лет в Санкт-Петербурге отработывалась модель альтернативной наркологической помощи наркозависимым.

Деятельность фонда «Возвращение» основывается на принципах движения самопомощи [Фонд..., 1997]. Общественная организация «Возрождение», г. Санкт-Петербург, которая в 1992 году организовала благотворительный фонд «Возвращение», была основана и строила свою работу силами бывших наркоманов и одного врача-добровольца. Основная рабочая идея заключалась в том, что освободившийся от наркотической зависимости человек может использовать свой уникальный опыт, чтобы помочь другому наркозависимому. Терапевтическое действие проявлялось в непосредственных взаимоотношениях между теми, кто помогал, и теми, кто нуждался в помощи, на основе доверия и искренности в хорошо продуманных и правильно организованных условиях. При вербальном и невербальном общении со своим подопечным от помощника требовалась тонкая психологическая работа. Он должен был внимательно следить за динамикой неустойчивого состояния больного, переживающего «ломку», и при этом не давать ему замкнуться в себе, когда больного охватывает тревога и внутреннее беспокойство. Избегая непосредственного обвинения своего подопечного, помощник должен был распознавать и разоблачать в поведении больного косвенные проявления наркозависимости

(например, попытку завести разговор о наркотиках) и скрытой агрессии. Наиболее сложная и настолько же важная задача помогающего заключалась в том, чтобы в потоке изменяющегося, порой «скачущего» состояния больного не пропустить и своевременно поддержать здоровую эмоциональность и потребность в изменении своего состояния.

Вполне естественно, что такая работа требовала от помощника ответственности и определенных способностей и стоила ему больших душевных затрат. Сама практика являлась как системой отбора для работающих в организации, так и источником специальных знаний о лечении наркозависимых.

К добровольной инициативе бывших наркоманов присоединились врачи и психологи, которые пришли в организацию из государственной наркологической службы, где традиционно преобладали фармакотерапевтические методы лечения наркотической зависимости. Здесь они получили возможность работы с больными без использования психофармакологических препаратов.

Получив статус фонда и вместе с ним возможность привлекать добровольные пожертвования на развитие своей деятельности, благотворительный фонд «Возвращение» смог расширить свою работу, помогая большему числу наркозависимых, увеличивая продолжительность лечения и т. п. Потребность в увеличении числа сотрудников естественным образом привела к идее стажировки студентов психологического факультета Санкт-Петербургского государственного университета и учеников Духовной семинарии Санкт-Петербургской епархии. Технически подготовка специалистов осуществлялась следующим образом: обучающийся в течение 24 часов раз в неделю работал вместе со штатным психологом. Общаясь с больными и получая своевременный комментарий опытного сотрудника, студент за сравнительно короткий срок (около четырех месяцев) приобретал качественные профессиональные навыки. Если молодой специалист в период стажировки обнаруживал себя профессионально пригодным для работы с наркозависимыми, его приглашали в фонд к постоянному сотрудничеству.

Работа фонда включает четыре основных направления: 1) амбулаторная служба; 2) стационарная помощь в период детоксикации; 3) помощь в реабилитации; 4) профилактическая помощь. Все виды помощи наркозависимым в учреждениях фонда «Возвращение» осуществляются бесплатно. Штатных сотрудников по программе Lien-Tacis — 25 человек, внештатных — 10 человек.

Амбулаторная служба осуществляет первичный прием, консультации наркозависимых и их родственников, поддерживающую терапию наркозависимых.

Стационарная помощь в период детоксикации предполагает стационарное лечение в загородном центре и психологическую помощь в остром периоде. Прием осуществляется через амбулаторную службу. Длительность курса стационарного лечения — 10-14 дней.

Помощь в реабилитации предусматривает: а) долгосрочную терапию; б) консультации врача, психолога; в) трудотерапию, профессиональное обучение; г) психотерапию; д) духовное наставничество со стороны священников православной Церкви.

Профилактическая помощь осуществляется, прежде всего, с использованием передвижной службы «Автобус профилактической помощи наркозависимым Санкт-Петербурга». Это совместный проект фонда «Возвращение» и организации «Врачи мира», направленный против распространения среди наркозависимых СПИДа, гепатита и других инфекций. Проект предусматривает обмен и выдачу одноразовых шприцев, выдачу презервативов, консультации врача и социального работника, санитарное просвещение.

Программы социальной адаптации и реабилитации наркозависимых	Поиск эффективных методов лечения и реабилитации наркозависимости приводит к появлению альтернативных медицинским психолого-педагогических программ, направленных на восстановление личности наркозависимого, системы его ценностей и жизненных ориентаций, возвращение навыков естественного получения удовольствия. Одной из таких программ является программа социальной адаптации и
---	---

реабилитации наркозависимых «Страна Живых», разработанная и организованная педагогами и психологами г.Подольска Московской области [[http://www.alive.ru/Страна Живых](http://www.alive.ru/Страна_Живых)]. Программа «Страна Живых» – это шанс для молодых людей 18-25 лет, систематически употреблявших тяжелые наркотики, вернуться к осмысленной и трезвой жизни.

Это длительная (от 9 месяцев до 2 лет) стационарная программа, рассчитанная на молодых людей в возрасте 18-25 лет длительное время употребляющих тяжелые наркотики. В своей основе Программа – это терапевтическое сообщество, рассчитанное на 30-35 человек.

Программа управляется самими участниками, которые могут выйти из программы в любой момент, но они не уходят, потому, что хотят жить. Программа не имеет фиксированных сроков, но есть четкие условия переходов со ступени на ступень. Продвигаясь по 4 ступеням программы, участники проходят полную реабилитацию и социальную адаптацию, эффективность которой оценивается по пяти критериям:

1. Не принимает наркотик;
2. Не принимает алкоголь;
3. Имеет постоянное место работы или учебы;
4. Поддерживает теплые отношения с семьей;
5. Живет по законам чести.

Ступень ориентации продолжается не более одного месяца. Это время для того, чтобы определиться, насколько необходима человеку эта программа и насколько он готов серьезно работать и собирать свою жизнь по кусочкам.

1 ступень: «Очищение», смысл которой состоит в том, чтобы вспомнить, пережить и очиститься от воспоминаний, образов, якорей, которые связаны с миром наркотиков. На данном этапе перед участниками стоит задача вновь пережить и простить обиды, оскорбления, измены и предательства.

2 ступень: «Кто я?» состоит в том, чтобы помочь участникам программы найти себя, определить свои ценности, принципы, ответить на следующие вопросы: «Каким я хочу быть?», «Чего я жду от жизни, от себя, от близких мне людей?»

3 ступень: «Я и мир». На этой ступени продумываются и обсуждаются следующие вопросы: Как я теперь буду строить отношения с миром? С родными, друзьями, любимыми? Как устроиться на работу? Как понимать и влиять на людей? Как зарабатывать деньги? Как работать в команде и быть лидером? И многие другие вопросы, на которые участники хотели бы получить ответы.

4 ступень: «Второе вхождение». На данном этапе важно научиться жить и действовать в реальном мире, продолжая получать помощь и поддержку участников программы.

Встречи выпускников. На протяжении года после завершения программы проходят еженедельные группы встреч для выпускников, на которых можно поделиться своим опытом жизни в трезвом мире.

Большое значение придается трудовой и социальной активности. Все работы в стационаре участники программы делают своими руками. Моют, стирают, убирают, готовят, ухаживают за цветами. Это вырабатывает привычку и навык следить за собой и своим домом. Трудовая деятельность зависит от профиля дома и имеет широкий спектр: от театральной до столярной. Она обязательно связана с необходимостью «работать руками», что также является одним из видов терапии.

Социальная активность – неперенное условие духовного роста и отражение миссии помощи тем, кто хочет начать трезвую жизнь, и способ остановить тех, кто еще не встал на этот опасный путь. Одна из форм такой деятельности – социальный приют для несовершеннолетних, уже имеющих зависимость от алкоголя и токсинов.

Подводя итог, следует отметить, что разработка общих и частных программ реабилитации наркологических больных предусматривает возвращение в общество полноценного человека, свободного от наркотиков [Pollack, 1997]. Однако опыт реабилитационной работы показывает, что реальная эффективность терапевтических мероприятий, ставящих целью получение стабильной длительной ремиссии, не превышает, как правило, 15% от всех леченых пациентов. Учитывая, что наркомания в обществе

превратилась в глобальную проблему, достигнув сегодня таких масштабов, при которых оказание адекватной помощи всем желающим бросить наркотики просто невозможно, направленность всех мероприятий должна иметь, прежде всего, профилактический характер. Сюда следует отнести мероприятия по санитарному просвещению, организации лекционной и наглядной агитации, проведению молодежных акций «Жизнь без наркотиков», пропаганда безалкогольных и безнаркотических кафе, баров, мест молодежных «тусовок», подключение к этим мероприятиям известных исполнителей, популярных артистов, кумиров молодежи. Вторичная профилактика в среде наркотизирующихся должна строиться на профилактической работе по снижению вреда от злоупотребления наркотическими средствами. Кроме того, наркозависимые должны знать, что они могут получить своевременную специализированную помощь в городских наркологических стационарах. Важное значение имеют законодательные и другие правовые акты, предусматривающие строгие меры наказания за нарушение порядка производства, хранения, продажи и применения наркотических средств.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Опишите условия и факторы наркозависимого поведения.
2. Раскройте специфику реабилитации несовершеннолетних наркозависимых.
3. Опишите систему реабилитации и реадaptации наркозависимых.
4. Проанализируйте зарубежный опыт организации помощи наркозависимым.
5. Опишите российский опыт организации помощи наркозависимым.

Нормативно-правовые источники

- а. Федеральный закон от 08.01.1998 N 3-ФЗ (ред. от 17.07.2009) «О наркотических средствах и психотропных веществах» (принят ГД ФС РФ 10.12.1997) (Глава VII. Наркологическая помощь больным наркоманией) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

- b. Указ Президента РФ от 09.06.2010 N 690 «Об утверждении Стратегии государственной антинаркотической политики Российской Федерации до 2020 года» (Реабилитация больных наркоманией) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
- c. Постановление Правительства РФ от 13.09.2005 N 561 (ред. от 26.01.2010) «О Федеральной целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2005 - 2009 годы» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
- d. Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 N 280 (ред. от 09.04.2009) «О федеральной целевой Программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)" // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
- e. Приказ Минздрава РФ от 23.08.1999 N 327 «Об анонимном лечении в наркологических учреждениях (подразделениях)» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 17.09.1999 N 1901) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

Литература

1. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства/ Ю.А.Александровский. – М.: Медицина, 2000.
2. Алкогольная и наркотическая зависимость у подростков: пути преодоления: учебное пособие. – М., 2006.
3. Валентик, Ю.В. Медико-социальная работа в наркологии/ Ю.В.Валентик, О.В.Зыков, А.В.Мартыненко, М.Г.Цетлин. – М.: Учреждение «Центр программно-технического управления Федеральной системы информационного обеспечения молодежи», 1996.
4. Валентик, Ю.В. Реабилитация в наркологии: учебное пособие/ Ю.В.Валентик. – М.: Прогрессивные Био-Медицинские Технологии, 2001.

5. Дудко, Т.Н. Концептуальные основы реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих психоактивными веществами/ Т.Н.Дудко, Ю.В.Валентик, Н.В.Вострокнутов, А.А.Гериш, Л.А.Котельникова. – М.: Нарконет, 2001.
6. Егоров, А.Ю. Возрастная наркология/ А.Ю.Егоров. – СПб.: Дидактика Плюс. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2002.
7. Змановская, Е.В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/ Е.В.Змановская. – М.: Издательский центр «Академия», 2006. – 288 с.
8. Каткова, И.П. Научно-методические основы формирования службы медико-социальной помощи населению РФ/ И.П.Каткова, Н.А.Кравченко// Сб. Социальная работа в учреждениях здравоохранения. – М.: Центр общечеловеческих ценностей. – 1992. – С. 9-31.
9. Кольцова, О.В. Психология работы с наркозависимыми/ О.В.Кольцова. - СПб.: Речь, 2007.
10. Кох, М. Чужой опыт — тоже опыт/ М.Кох// Мир без наркотиков (Международный правовой питературно - публицистический журнал). – 1994. – № I. – С. 23-24.
11. Кулаков, С.А. Диагностика и психотерапия аддиктивного поведения у подростков: учеб.-метод. пособие/ С.А.Кулаков. – М., 1998.
12. Латышев, Г.В. Организация мероприятий по профилактике наркомании: метод. рекомендации для пед. коллективов школ, работников подростковых клубов и социальных педагогов/ Г.В.Латышев, М.А.Бережная, Д.Д.Речнов. – М.: Медицина, 1991.
13. Лисовский В.Т. Наркотизм как социальная проблема/ В.Т.Лисовский, Э.А.Колесникова. – СПб.: Издательство С.-Петербургского университета, 2001.
14. Личко, А.Е. Подростковая наркология/ А.Е.Личко, В.С.Битенский. – Л.: Медицина, 1991.
15. Мак-Вильямс, Н. Психованалитическая диагностика/ Н.Мак-Вильямс. – М., 1998.

16. Менделевич, В.Д. Психиатрия и наркология: учебное пособие/ В.Д.Менделевич. – М.: Издательский центр «Академия», 2005.
17. Менделевич, В.Д. Психология девиантного поведения/ В.Д.Менделевич. – М.: МЕДпресс-информ, 2001.
18. Менделевич, В.Д. Психология зависимой личности/ В.Д.Менделевич. – Казань, 2002.
19. Модель подготовки специалиста по профилактике наркоманий в системе высшего профессионального образования: учеб. программы/ под. ред. Л.М.Шипицыной. – СПб.: Ин-т спец. педагогики и психологии, 2001.
20. Москаленко, В.Д. Программы социальной работы с семьями больных алкоголизмом/ В.Д.Москаленко. – М.: Центр общечеловеческих ценностей, 1992. – 75 с.
21. Назарова, Е.Н. Здоровый образ жизни и его составляющие: учебное пособие/ Е.Н.Назарова. – М., 2007.
22. Наркомания: метод. рекомендации по преодолению наркозависимости/ под. ред. А. Н. Гаранского. – М.: Лаборатория базовых знаний, 2000.
23. Предупреждение подростковой и юношеской наркомании/ под. ред. С.В.Березина и др. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000.
24. Психология и лечение зависимого поведения/ под ред. С.Даулинга. – М., 2000. – 105 с.
25. Сафонова, Т.Я. Реабилитация детей в приюте/ Т.Я.Сафонова, Е.И.Цымбал, Н.Д.Ярославцева, Л.Я.Олиференко. – М.: Общественный благотворительный фонд "Защита детей от насилия". – 1995. – 106 с.
26. Спрангер, Б.Е. Анализ состояния обучающих программ «Формирование жизненных навыков» в мире/ Б.Е.Спрангер// Вopr. наркологии. – 1994. – № 1. – С. 82-85.
27. Спрангер, Б.Е. Ключевые принципы построения профилактических программ для подростков/ Б.Е.Спрангер// Вopr. наркологии. – 1993. – № 3. – С. 48-53.
28. Холостова, Е.И. И наука, и искусство/ Е.И.Холостова// Вестник социальной работы. – М.: Изд. "Союз", Российский государственный социальный институт. – 1993. – С. 12-16.

29. Холостова, Е.И. Профессиональный и духовно-нравственный портрет социального работника/ Е.И.Холостова. – М.: Изд. "Союз". – 1993. – С 10-11.
30. Цетлин, М.Г. Профилактическая антиалкогольная деятельность и ее место в общественном механизме противостояния пьянству и алкоголизму/ М.Г.Цетлин// Сб. Вопросы медико-социальной реабилитации больных алкоголизмом и наркоманией. – М. – 1993– С. 167-171.
31. Цетлин, М.Г. О некоторых аспектах организации наркологической помощи в ФРГ/ М.Г.Цетлин, О.В.Зыков// Вопросы наркологии. – 1993. – №2. – С. 87-89.
32. Шабанов, П.Д. Наркомания: патопсихология, клиника, реабилитация/ П.Д.Шабанов, О.Ю.Штакельберг. – СПб.: Лань, 2000.
33. Шабанов, П.Д. Основы наркологии/ П.Д.Шабанов. – СПб., 2002.
34. Шабанов, П.Д. Руководство по наркологии/ П.Д.Шабанов. – СПб., 1998.
35. Ялтонский, В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: автореф. дисс. ... д-ра мед. наук/ В.М.Ялтонский. – СПб., 1995.
36. Crowling T.J. The Reinforces for Drug Abuse: Why People Take Drugs? // Comprehensive Psychiatry. – New York, 1872.

РАЗДЕЛ 9. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ЛИЦ, ОСВОБОЖДАЕМЫХ ИЗ ИСПРАВИТЕЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

9.1. Понятие «социальная реабилитация» лиц, освобождаемых из мест лишения свободы

В начале 90-х гг. государственная уголовно-исполнительная политика как составляющая взятого руководством страны курса на преобразование России стала меняться коренным образом.

Общество было обеспокоено неоправданными ограничениями прав и свобод осужденных и заключенных под стражу, проводимой карательной политикой. Вопросы обеспечения законных интересов осужденных решались в значительной мере формально.

Конституция Российской Федерации 1993 г. провозгласила приоритет интересов личности. Серьезные перемены в государственной политике, изменение ценностных ориентиров общества способствовали проведению радикальных социально-экономических преобразований.

Реформа уголовно-исполнительной системы стала составной частью государственной политики, направленной на декриминализацию общества. Расширение видов наказаний, альтернативных лишению свободы, сокращение числа граждан, содержащихся в местах лишения свободы, улучшение условий их содержания. Пришло понимание того, что уголовно-исполнительная система - это важный социально-правовой институт государства. Соответственно изменилось и отношение к ней со стороны властных структур, общества, всех звеньев правоохранительной системы страны.

По инициативе Минюста России в течение последних лет принят ряд федеральных законов и постановлений Правительства Российской Федерации, предусматривающих обеспечение гарантий прав граждан, совершивших преступления и временно изолированных от общества.

Отменен ряд жестких ограничений, расширены права осужденных, включая предоставление им права на отпуск с выездом из исправительного учреждения к близким родственникам, длительные свидания с проживанием за пределами колонии, восстановлены конституционные гарантии на жилье после освобождения, пенсионное обеспечение, полную заработную плату, трудовой стаж, необходимый для начисления пенсий.

Реформу уголовно-исполнительной системы (далее – УИС), учитывая ее значимость и масштабность, следует рассматривать как переход от одной модели исполнения наказаний, действовавшей в рамках исправительно-трудовой системы советского государства к другой, новой модели уголовно-исполнительной системы Российской Федерации. При этом речь идет не о замене терминов, а об изменении самого содержания организации исполнения наказаний в соответствии с новой уголовно-исполнительной политикой современной демократической России. Верным условием успешного проведения реформы явилась разработка ее концепции, которая основывается в первую очередь на принципах учета социальных факторов, а также соответствия уголовной и уголовно-исполнительной системы международному опыту. Это потребовало выработки новых подходов к механизму ее реализации, основывающемуся на принципах государственной и социальной поддержки проводимой реформы УИС, ее ресурсном и организационно-правовом обеспечении.

Ведущее место в реформе УИС отводится преобразованиям учреждений, исполняющих наказания в виде лишения свободы.

На очереди теперь решение вопросов социальной ориентации осужденных, здравоохранения, привлечения их к труду, обеспечения общего и профессионального образования. Поэтому дальнейшее развитие пенитенциарных учреждений строится в тесном сотрудничестве со службами социальной защиты, здравоохранения, образования и других ведомств, общественными и правозащитными организациями. В целях сохранения и развития существующей системы профессионального образования осужденных государственные образовательные учреждения

переданы из Минобразования и науки России в ведение Минюста России.

Требуется пересмотра сложившаяся концепция привлечения осужденных к общественно-полезному труду. Труд осужденных должен служить важнейшим средством социализации личности, способствовать приобретению социально полезных навыков и профессий, которые могли пригодиться человеку после освобождения. Дальнейшее развитие пенитенциарных учреждений идет в направлении переориентации в центры социальной реабилитации, реализации специальных программ образования, профессионального обучения, социальной адаптации после освобождения.

В настоящее время в пенитенциарной литературе получили распространение такие понятия как «социальная адаптация осужденных», «трудовая адаптация», «социальная реабилитация», «трудовая реабилитация» и «ресоциализация».

Из приведенных понятий законодатель в Уголовно-исполнительном Кодексе использует только термин «социальная адаптация», который ранее активно разрабатывался учеными, но отражение нашел только в новом законодательстве.

9.2. Законодательная база социальной адаптации осужденных и лиц, освободившихся из мест лишения свободы

Социальная адаптация осужденных в уголовно-исполнительном законодательстве предполагает создание благоприятных условий и проведение комплекса мероприятий, обеспечивающих приспособление (приобщение) осужденных к жизни на свободе в период отбывания ими наказания вплоть до освобождения. К таким льготным условиям следует отнести работу расконвоированных осужденных, которым предоставлено право проживания за пределами охраняемой территории (ст. 96, ч.4); проживание осужденных за пределами охраняемой территории, содержащихся в облегченных условиях в целях успешной социальной адаптации (ст.121, ч.3).

Эту же цель преследует перевод осужденных в колонии-поселения для лиц, положительно себя зарекомендовавших.

Задача оказания осужденным помощи в социальной адаптации, на что указывает ст.1 п.2 УИК РФ, направлена на предупреждение рецидива преступлений после их освобождения от наказания. Она включает в себя оказание помощи при освобождении, содействие в трудовом и бытовом устройстве и контроле за их поведением. Указанная задача нашла свою реализацию в гл. 22 УИК РФ «Помощь осужденным, освобожденным от отбывания наказания и контроль за ними». В ней определен правовой механизм организации деятельности учреждений, исполняющих наказания, по содействию в трудовом и бытовом устройстве освобожденных и контроля за ними.

С началом реформирования производственного сектора УИС, когда была изменена концепция привлечения осужденных к труду и стал вопрос о создании подразделений для трудовой адаптации осужденных в учреждениях, исполняющих уголовные наказания в виде лишения свободы, что закрепленное в Уголовно-исполнительном Кодексе понятие «социальной адаптации» получило свою дальнейшую конкретизацию в термине «трудовая адаптация осужденного» или «социально-трудовая адаптация». Под этим определением понимается приспособление осужденного к трудовой жизни вначале в исправительном учреждении, а после его освобождения - к работе на предприятиях страны, ставшее возможным в результате получения в исправительном учреждении профессии в соответствии с потребностями рынка труда и рабочей силы по месту нахождения учреждения.

Как уже отмечалось выше, будущее - за центрами социальной реабилитации. В теории уголовно-исполнительного законодательства социальная реабилитация осужденных (реабилитация - восстановление доброго имени, репутации; восстановление правового положения) явление довольно новое, предполагающее полное восстановление освобожденного в конституционных и общегражданских правах и защиту его законных интересов. Иными словами, это определенная во времени и пространстве процедура, которая должна осуществляться отнюдь

не администрацией учреждения УИС, а органами государственной власти, местного самоуправления, общественностью. Для эффективного реабилитационного воздействия необходимо создание специального государственного аппарата с достаточной материальной и финансовой базой.

Первоначально такой аппарат предполагалось создать в рамках УИС. В истории УИС был период существования «службы по исправительным делам и социальной реабилитации» (СИД и СР). Однако, учитывая финансовое положение, федеральные органы от идеи социальной реабилитации отказались. Тогда произошло ее переименование в УИН, а проблема социальной реабилитации осужденных повисла в воздухе.

Уголовно-исполнительный кодекс не содержит в себе вопросов регулирования социальной реабилитации (восстановления общественно-правового положения) освобожденных. Освобождению же от отбывания наказания предшествует большая подготовительная работа, осуществляемая администрацией исправительного учреждения (ИУ) в тесном контакте с органами местного самоуправления по предполагаемому месту жительства и работы освобождаемого.

Лица, отбывшие срок лишения свободы, испытывают определенные трудности в вопросах бытового и трудового устройства. К тому же такой период обычно оказывает на психику освобожденного отрицательное воздействие. С психологической точки зрения сложность социальной адаптации бывших осужденных обуславливается в первую очередь тем, что у освобождающихся из мест лишения свободы значительно сужены рамки общения из-за утраты многих социально полезных связей, поэтому здесь очень важно, какая гражданская ориентация и влияние какой среды возьмут верх.

Уголовно-исполнительным законодательством предусмотрены нормы, которые обязывают сотрудников ИУ проводить мероприятия по содействию в трудовом и бытовом устройстве освобождаемых осужденных.

В ходе этих бесед освобождаемым также указывается целесообразность возвращения в ту же местность и на ту же

территорию, где они проживали и работали до осуждения. Выбор, который делает осужденный, во многом зависит от него самого, но большинство освобожденных нуждается в квалифицированной поддержке при решении вышеобозначенных проблем.

К сожалению, приходится констатировать, что в пенитенциарной литературе авторы нередко не видят разницы между «социальной адаптацией», «социальной реабилитацией» и «ресоциализацией» осужденных и используют их как синонимы. А в понятиях «реадаптация» и «ресоциализация» осужденных латинская приставка «ре», указывающая на повторное возобновляемое действие или на противоположное обратное действие, на наш взгляд, не вносит ясности в понимание указанных терминов.

Таким образом, можно сделать вывод, что в раскрытии явлений; связанных с социализацией личности осужденного к лишению свободы можно уверенно пользоваться понятиями, определенными Уголовно-исполнительным кодексом, которые, как мы убедились, не допускают двойного толкования и тем самым не вносят путаницы при исследовании проблем социализации и связанных с ней проблем трудового использования осужденных к лишению свободы.

9.3. Технологии социальной реабилитации

Неразработанность вопросов социализации личности осужденных указывают на необходимость и значимость фундаментального комплексного исследования на междисциплинарной основе.

Сегодня вопросы социальной адаптации осужденных, их профессионально-технической подготовки нельзя рассматривать в отрыве от стратегической цели УИС - их социальной реабилитации.

Реализация указанных целей предполагает разработку:

- методологии междисциплинарного подхода к исследованию процесса социальной реабилитации как системы предупреждения социальных отклонений в исправительных учреждениях;

- раскрытие основных факторов, определяющих процесс социальной реабилитации, включающих в себя личность осужденного, личность воспитателя, микросреду в исправительном учреждении, материально-бытовые условия осужденного, качество медицинского обслуживания, систему общего образования, систему профессионально-технического обучения, особенности организации труда и режима работы, охрану труда, техническое оснащение, число рабочих мест, производственную эстетику, систему материальных, моральных, административных, режимных мер стимулирования трудовой активности осужденных, организацию социальной работы в исправительном учреждении и регионе;

- систематизацию основных аспектов (криминологических, правовых, социально-психологических, социально-демографических, управленческих) проблемы социальной реабилитации;

- разработку теоретической характеристики структуры процесса адаптации осужденных к условиям жизни на свободе;

- определение ведущих принципов профессионально-технического обучения с учетом его специфики осуществления в центрах трудовой адаптации осужденных, производственных мастерских и воспитательных колониях, федеральных казенных предприятиях, а также при использовании возможных современных контрформ трудоустройства осужденных;

- определение правового статуса и механизма функционирования органов, занятых процессом трудовой адаптации осужденных;

- разработку, обоснование, экспериментальную проверку и внедрение в практику комплекса предложений по образованию системы социальной реабилитации осужденных к лишению свободы;

-проведение анализа существующей нормативной правовой базы организации профессиональной подготовки осужденных к лишению свободы и разработку проектов нормативных актов, обеспечивающих трудовую адаптацию осужденных к лишению свободы;

-определение степени профессиональной готовности кадров исправительных учреждений к работе в новых условиях и разработку рекомендаций по организации образовательного процесса в вечерних (сменных) общеобразовательных школах и профучилищах при ИУ с учетом их специфики;

-организацию проведения курсов повышения квалификации директоров вечерних (сменных) общеобразовательных школ и профучилищ при ИУ, для чего разработаны примерные программы и учебные планы по повышению квалификации руководителей образовательных учреждений;

-проведение научно-исследовательских работ по проблемам общего и профессионального образования лиц, отбывающих наказания в местах лишения свободы, обеспечение методологического и психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса в общеобразовательных школах, УКП и профучилищах с учетом специфики названных учреждений, внедрению новых организационных форм обучения.

Социальная реабилитация осужденных

Процесс социальной реабилитации осужденных к лишению свободы можно представить себе как комплекс педагогических, медицинских, социально-психологических, правовых и организационных мер, направляемых на предупреждение социальных отклонений осужденных, осуществляемых исходя из научно определенных потребностей одновременно ориентированных по трем основным направлениям:

1. Нейтрализация неблагоприятного социального воспитания, способного детерминировать антиобщественное формирование личности.

2. Устранение прямого и косвенного аморального и криминального влияния на осужденного.

3. Осуществление комплекса воздействий, направленных на переориентацию антиобщественно сформировавшейся личности. Профилактикой социальных отклонений могут заниматься УИН, ИУ (учреждения, предприятия ИУ, центры по подготовке осужденных к освобождению в ИУ), религиозные и общественные организации (попечительские советы и т.д.), органы исполнительной государственной власти (комитеты по координации деятельности правоохранительных органов, комиссии по вопросам помилования и реабилитации, управления социальной защиты населения, управления здравоохранения, управления общего и профессионального образования, управления по делам молодежи и физической культуре, управления культуры и искусств, управления финансовой и налоговой политики, управления по анализу и координации социальных программ, УВД, областные департаменты Федеральной государственной службы занятости, органы местного самоуправления).

Деятельность субъектов социальной реабилитации осужденных, как уже видно из самого их перечня, должна представлять собой непрерывный, многоаспектный и многоуровневый процесс, содержащий необходимый комплекс профилактичных мер, различных по своему содержанию, объему и механизму действия.

Правовое обеспечение социальной реабилитации осужденных является организующим началом, носителем законности, гуманизма, справедливости.

Однако выделение всех названных подходов само по себе не обеспечивает целостность деятельности по обеспечению социальной реабилитации осужденных.

С психологической и педагогической точек зрения процесс социальной реабилитации - это процесс формирования духовного мира личности, который предполагает учет психобиологических и психологических особенностей объекта, социально-педагогических факторов, детерминирующих негативные отклонения. Структура мер предупреждения отклоняющегося поведения осужденных включает и медицинский аспект - процесс предупреждения и устранения психобиологических детерминантов социальных

отклонений. С криминологической точки зрения речь идет о процессе выявления и устранения криминогенных факторов социальной среды и коррекции антиобщественно сформированной личности. Именно криминологические аспекты в настоящее время являются наиболее изученными.

Социальная реабилитация осужденных должна содержать в себе и юридический аспект, так как предупреждение социальных отклонений - это нормативно регулируемый процесс и ее нельзя сводить только к совокупности разнообразных аспектов. Для понимания того, что из себя должна представлять социальная реабилитация осужденных, необходимо построение единой обобщенной теоретической модели, в которой должны найти адекватное отражение все названные аспекты как взаимодействующие элементы системы.

Для практической реализации указанных технологий, необходимо наличие следующих условий.

Во-первых, социальная реабилитация осужденных может быть обеспечена, если наука сможет разработать содержательную характеристику всевозможных сочетаний различных неблагоприятных психобиологических, психопедагогических, психологических, социально-психологических и социально-экономических факторов, влияющих на поведение осужденных, и на основе их анализа рекомендовать эффективный комплекс социально-экономических, медицинских и педагогических мер.

При этом необходимо учесть, что все предкриминальные и криминальные варианты развития личности осужденных, в основе своей связаны с особенностями социальной и экономической ситуации в обществе в целом.

Во-вторых, эффективность социальной реабилитации осужденных будет возможна, если ее субъекты (многие из которых, как мы уже видели, определились) станут функционирующим системным образованием, в котором решены организационные, функциональные, кадровые, информационные и научные вопросы, и организационная структура будет соответствовать функциональной.

Отбывание наказания в виде лишения свободы связано с рядом негативных факторов, которые затрудняют социальную адаптацию лиц, освобождаемых из исправительных учреждений. Ослабление семейных, родственных связей, потеря навыков рационального использования материальных ресурсов и принятия адекватных решений в различных жизненных ситуациях выдвигают задачу подготовки осужденных к жизни на свободе в ранг приоритетных направлений деятельности социального работника в исправительном учреждении.

В литературе нет единого понятия подготовки осужденных к освобождению. Отдельные авторы определяют понятие подготовки осужденных к освобождению, как комплекс мер, проводимых в период отбывания наказания и направленных на облегчение адаптации осужденных в условиях жизни на свободе в целях предупреждения с их стороны новых преступлений и приобщения к честной трудовой жизни. Другие включают «этап нравственной, психологической и организационной подготовки осужденных в исправительных учреждениях к жизни на свободе».

УИК РФ определяет социальную адаптацию осужденных как одну из основных задач исполнения уголовных наказаний (ст. 1 УИК РФ).

В сложившейся системе социальной работы по подготовке осужденных к освобождению выделяется две группы мероприятий, различающихся в зависимости от места их проведения.

Первая группа – это мероприятия, проводимые непосредственно в исправительном учреждении (социальная работа и психологическая подготовка освобождаемых к жизни на свободе).

Вторая группа включает в себя мероприятия, проводимые по предполагаемому месту жительства освобождаемых.

Важное место в социальной работе с осужденными в системе их подготовки к освобождению занимает их психологическая подготовка, основное содержание которой направлено на активное участие осужденных в социально полезной деятельности, на строгое соблюдение правовых норм, на развитие положительных качеств личности.

Подавляющее большинство осужденных освобождается из исправительных учреждений по отбытию срока наказания, либо условно-досрочно. Они из условий лишения свободы сразу попадают в условия полной свободы. Такой резкий переход оказывает на психику освобожденных экстремальное воздействие. Для того чтобы облегчить осужденному переход из условий в специфической среде преступников в исправительном учреждении к жизни на свободе, его необходимо постепенно физически, организационно, экономически и психологически готовить как к самому факту освобождения, так и к решению тех вопросов, с которыми ему придется встречаться.

Подготовка осужденных к жизни на свободе	Социальная работа по подготовке осужденных к жизни на свободе включает в себя проблемы нравственной, психологической и практической подготовки, которая составляет ее содержание.
---	---

Нравственная подготовка включает в себя работу сотрудников исправительного учреждения по активизации таких нравственных качеств осужденного, которые необходимы ему для жизни в семье и в трудовом коллективе. Она должна быть направлена на «приведение в готовность» положительных нравственных убеждений, чувств и привычек освобождаемого.

Психологическая подготовка заключается в активизации способностей осужденного, в формировании у него знаний, умений и навыков готовности жить и действовать в соответствии с правовыми нормами. Ее главная задача – оказать помощь осужденному быстрее включиться в ритм жизни в обществе.

Практическая подготовка включает в себя приобретение осужденным профессиональных знаний, практических навыков, умений в определенной специальности.

Успешность социальной адаптации осужденных после освобождения, прямо связана с возможностью включения освобожденного в трудовые отношения, с возможностью обучения бывшего осужденного по востребованным на рынке труда специальностям, с перспективой восстановления либо создания

здоровых семейных отношений, с включением его в правопослушную социальную среду.

Подготовка осужденных к освобождению предполагает всестороннее изучение их личности, возможно более полный учет различных факторов исправительного воздействия на правонарушителей, оказывающих влияние на формирования свойств и качеств личности. Знание особенностей личности, содержания интересов, уровня развития нравственно-психологических качеств, мотивации поведения освобождаемого - все это позволяет проводить дифференциацию их состава с учетом вида исправительного учреждения, обоснованно прогнозировать поведение каждого из них после отбытия ими срока наказания.

В настоящее время принципы индивидуальной социальной работы получают все большее признание и выражение в рамках реформирования законодательства УИС. Прежде всего, учитываются возрастные особенности осужденных, которые влияют на процесс социальной адаптации освобождаемых после отбытия наказания. В процессе подготовки осужденных к освобождению, важное значение имеет учет их семейного положения, степени устойчивости семейных и родственных связей. При подготовке к освобождению необходимо принимать во внимание наличие у них трудового стажа.

Подготовка к освобождению включает в себя:

- проведение беседы с каждым осужденным, в процессе которой выясняется, где эти лица намерены проживать, работать или учиться после освобождения из мест лишения свободы;
- разъяснение освобождаемым законодательства РФ о порядке оказания им содействия в трудовом и бытовом устройстве, выдачи паспортов и оформления регистрации. Одновременно им разъясняется целесообразность возвращения в места постоянного проживания и на те предприятия, где они работали до осуждения;
- разъяснение основных положений Закона РФ «О занятости населения в РФ», в т.ч. по следующим вопросам: порядок постановки на учет в службе занятости населения; права и обязанности граждан при поиске работы с помощью службы занятости; перечень и порядок представления услуг и

дополнительных гарантий, устанавливаемых Законом РФ «О занятости населения в РФ» для данной категории граждан, в т.ч. по профессиональной ориентации, организации профессионального обучения по специальным программам в соответствии с потребностями регионального и местного рынков труда;

- получение от освобождаемых письменных заявлений на имя начальника ИУ с просьбой об оказании им помощи в трудовом и бытовом устройстве по избранному месту жительства;

- рассмотрение заявлений руководителем ИУ и принятие соответствующих решений по оказанию содействия в трудовом и бытовом устройстве конкретным лицам.

Действенность системы трудоустройства различных групп населения, как впервые выбирающих род занятий, так и утративших работу в силу различных причин, существенно сказывается на криминологической ситуации в целом. Сказанное в полной мере относится и к лицам, нарушившим закон и отбывавшим за это наказание в местах лишения свободы.

**Трудовое и бытовое
устройство лиц,
освобожденных из мест
лишения свободы**

Вопросы трудового и бытового устройства лиц, освобождаемых из мест лишения свободы, регулирует УИК РФ, а также ведомственные нормативные акты.

Обязанность по проведению подготовительных мероприятий, связанных с трудовым и бытовым устройством освобождаемых, в ИУ возложена на сотрудников группы социальной защиты и учета трудового стажа осужденных, на начальников отрядов и других должностных лиц. При этом они тесно взаимодействуют с территориальными службами занятости населения.

Лица, освобожденные от отбывания наказания, могут реализовать свое право на труд, обратившись, как и иные граждане, либо в службу занятости, либо непосредственно на предприятие, в организацию, учреждение, к другим работодателям. При этом на них распространяются все гарантии по обеспечению указанного права, закрепленные в Трудовом кодексе РФ, в том числе касающиеся запрещения необоснованного отказа от заключения трудового договора.

Вместе с тем достаточно быстро устроиться на работу судимым лицам удается редко. Сказывается низкий уровень квалификации большинства освобождаемых, негативное отношение администрации к приему на работу лиц, имеющих судимость. Но наибольшее внимание на трудоустройство освобожденных оказывает жилищная проблема, поскольку прием на работу этих лиц во многом зависит от наличия жилья и прописки.

Несмотря на отсутствие имевшихся ранее ограничений в прописке лиц, освобождающихся из мест лишения свободы, по мотивам их судимости, вернуться к прежнему месту жительства бывает сложно даже тем, кто до ареста имел жилую площадь. В случае, если в жилом помещении прописаны и проживают члены семьи осужденного, для его прописки на ранее занимаемую жилплощадь после освобождения необходимо согласие всех совершеннолетних членов семьи. Многие освобожденные в силу различных причин не могут получить такое согласие.

Администрация предприятий при обращении освобожденных по вопросам трудоустройства часто пользуется фактом отсутствия у кандидатов жилья и возможностей его предоставления как повод для отказа в заключении трудового договора, который сложно опровергнуть.

Во многих случаях своевременный прием на работу освобожденных бывает затруднен из-за утраты в период отбывания наказания документов, необходимых для трудоустройства.

Таким образом, помимо правоограничений в выборе вида деятельности освобождаемым от наказания, имеется и ряд фактических ограничений возможностей реализации прав освобожденного на труд. Иногда подобные фактические ограничения рассматриваются в литературе как своеобразный элемент их правового положения.

В целях создания наиболее благоприятных условий для преодоления указанных трудностей лицами, освобожденными от наказания, ведомственными нормативными актами установлен определенный порядок оказания содействия в трудоустройстве с

последующей социальной адаптацией со стороны учреждений и органов внутренних дел.

На основании письменного заявления осужденного при выборе места жительства после освобождения из мест лишения свободы и желания трудоустроится администрация ИУ направляет запрос в орган внутренних дел, федеральную службу занятости населения по избранному месту жительства о возможности его трудоустройства, предоставления регистрации и жилья, а также письма родственникам и близким по этим же вопросам. Предварительные результаты, полученные при переписке, доводятся до сведения лица, отбывающего наказание.

Осужденным к лишению свободы, содержащимся в ИК, ВК, оставленных в установленном порядке в следственных изоляторах и тюрьмах для выполнения работ по хозяйственному обслуживанию могут быть разрешены краткосрочные выезды за пределы ИУ продолжительностью до семи суток, не считая времени проезда туда и обратно, для предварительного решения вопросов трудового и бытового устройства.

Разрешение на выезд за пределы ИУ дается начальником ИУ с учетом характера и тяжести совершенного преступления, личности и поведения осужденного.

Выезды для предварительного решения вопросов трудового и бытового устройства не разрешаются:

- осужденным при особо опасном рецидиве преступлений;
- осужденным, которым смертная казнь заменена в порядке помилования лишением свободы;
- осужденным к пожизненному лишению свободы;
- осужденным больным открытой формой туберкулеза;
- осужденным, не прошедшим полного курса лечения венерического заболевания, алкоголизма, наркомании и токсикомании;
- ВИЧ - инфицированным осужденным.

Успешное трудовое устройство (ТУ) освобождающихся осужденных обеспечивают:

- 1) наличие паспорта;
- 2) наличие прописки;

- 3) наличие общего образования;
- 4) наличие профессии, пользующейся спросом на рынке труда;
- 5) наличие документов об общем и профессиональном образовании;
- 6) возможность трудоустройства.

Для успешного бытового устройства (БУ) необходимы:

1. наличие социально полезных связей (устойчивые позитивные отношения с близкими родственниками, ближайшим социальным окружением, трудовым коллективом, в котором работал до осуждения, и т.п.);
2. наличие паспорта;
3. возможность прописки;
4. наличие реальной жилплощади для проживания.

Отрицательное значение хотя бы одного из данных показателей порождает проблемы трудо- и бытоустройства (ТБУ) освободившегося лица, зависимости от которых могут быть выделены следующие группы осужденных:

а) лица, не имеющие проблем ТБУ (к этой категории относятся освобождающиеся, у которых сохранились позитивные отношения с семьей и ближайшим окружением, есть образование, профессия, сохранились все документы, есть жилплощадь для прописки и проживания, возможность устроиться на работу и вернуться к полноценной жизни);

б) лица, не имеющие проблем БУ, но имеющие проблемы ТУ (к этой категории относятся освобождающиеся, у которых нет проблем с документами, пропиской, проживанием, сохранились позитивные отношения с семьей и социальным окружением, но которые испытывают затруднения с поиском работы и трудоустройством);

в) лица, не имеющие проблем ТУ, но имеющие проблемы БУ (к этой категории относятся освобождающиеся, у которых есть необходимое образование и профессия, есть возможность трудоустройства, однако при этом либо нарушены социальные связи с семьей и нет возможности прописаться или проживать по прежнему месту жительства, либо ближайшее окружение имеет

асоциальную направленность, либо утеряны документы и т.п. К этой же категории относятся бывшие воспитанники детских домов и школ-интернатов, у которых до осуждения не было ни семьи, ни жилплощади, ни прописки, но которые во время отбывтия наказания получили образование и профессию, имеют все документы и возможность устроиться на работу);

г) лица, имеющие проблемы ТБУ (к этой категории относятся освобождающиеся, у которых есть, либо проблемы с документами, влекущие за собой проблемы ТБУ, либо целый комплекс разных проблем);

д) лица с устойчивой криминальной ориентацией (к этой категории относятся освобождающиеся, которые наиболее вероятно проблемы бытового устройства будут решать преступным способом).

В международном праве (Минимальные стандартные правила обращения с заключенными. Правила №№ 64, 84 МСП) социальная помощь освобождающимся осужденным четко регламентирована. Указанные правила утверждают необходимость создания специальной системы социальной реабилитации, способной «проявлять действенную заботу» об освобождающихся заключенных. В соответствии с этой системой освобождающийся должен получить необходимую помощь в оформлении документов, получении жилья и работы. Кроме того, при освобождении заключенные должны иметь подходящую для климата одежду и обувь и располагать средствами не только на проезд, но и для жизни в течение ближайшего периода.

Статья 182 УИК РФ, также подтверждая наличие такого права, относит порядок предоставления помощи к общегосударственному законодательству о социальной защите населения. Однако на данный момент никаких специальных нормативных актов по этому вопросу не принято. Например, трудоустройство освободившихся из мест лишения свободы возложено на органы службы занятости. В соответствии с законом «О занятости населения» помощь в поисках работы производится по общей процедуре и исключительно по личной инициативе освобождающегося. Только со дня обращения исчисляются сроки, связанные с выплатой

пособия по безработице. Причем размер пособия зависит от размера оплаты труда осужденного, а для не работавших в местах лишения свободы (что актуально для современной УИС) – составляет 20% от величины прожиточного минимума.

Исходя из требований Закона РФ «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 N 1032-1 целесообразным является приоритетное обеспечение работой в ИУ именно осужденных готовящихся к освобождению не позднее чем за 26 недель до освобождения, что позволит им, в случае постановки на учет в службе занятости получать в первые три месяца безработицы пособие - в размере 75 процентов от их среднемесячного заработка, исчисленного за последние три месяца по последнему месту работы (на производстве в ИУ), в следующие четыре месяца - в размере 60 процентов, в дальнейшем - в размере 45 процентов, но во всех случаях не выше величины прожиточного минимума, исчисленного в субъекте Российской Федерации в установленном порядке, и не ниже 20 процентов величины указанного прожиточного минимума.

Федеральные государственные службы занятости населения при трудоустройстве лиц, освобожденных из мест лишения свободы, сталкиваются с целым рядом проблем, в числе которых:

- низкий уровень социальной адаптации, в том числе адаптации к рынку труда (низкие мотивация к труду и уровень самоопределения на рынке труда, отсутствие навыков формирования профессиональной карьеры, ведения переговоров с работодателями по вопросам трудоустройства);
- частые отказы работодателей в приеме на работу (просто потому, что обратился человек со справкой об освобождении);
- неудовлетворительное состояние здоровья (хронические заболевания, в том числе открытая форма туберкулеза, различные формы психических заболеваний);
- утрата или отсутствие профессиональной квалификации за неимением в большинстве случаев работы в местах лишения свободы.

Для решения проблем социальной и профессиональной реабилитации граждан, освобожденных из мест лишения свободы, в ряде областей принимаются целевые программы социальной

реабилитации граждан, отбывших уголовное наказание в виде лишения свободы. Например, целевая программа «Социальная реабилитация граждан, отбывших уголовное наказание в виде лишения свободы, по Астраханской области на 2001–2005 годы». Основной задачей программы является объединение усилий всех заинтересованных служб и ведомств и принятие мер, направленных на оказание социальной и правовой помощи гражданам, отбывшим уголовное наказание в местах лишения свободы. Цель программы – совершенствование работы по оказанию социальной и медицинской помощи, профилактика, своевременное выявление и лечение инфекционных заболеваний, снижение смертности больных туберкулезом, приобщение к труду, обучение специальностям, востребованным на рынке труда, возвращение к нормальной жизни, формирование у данной категории граждан активной жизненной позиции, здорового образа жизни. Департаментом издан приказ об организации индивидуальной работы с данной категорией граждан и о необходимости их трудоустройства как в рамках спецпрограмм, так и на имеющиеся вакансии.

Заключено соглашение Управлением исполнения наказания (УИН) и службой занятости населения о сотрудничестве по организации работы с гражданами, отбывающими наказание и имеющими место жительства на территории Астраханской области. В соответствии с соглашением ежеквартально управлению предоставляется перечень предприятий и организаций, имеющих возможность трудоустройства граждан, освободившихся из исправительных учреждений. Во время стажировки в департаменте психологи и социальные работники УИН получают навыки профориентационной работы.

Разработана тематика выездных консультаций специалистов службы занятости в учреждения исполнения наказаний. В состав выездных групп входят: профконсультант-психолог, специалист отдела по взаимодействию с работодателями, специалист по переобучению. На консультациях индивидуально рассматривается возможность трудоустройства каждого из осужденных, подлежащих освобождению, в соответствии с имеющимися в базе

данных вакансиями, проводится профориентационная работа, доходчиво объясняется, в какой центр занятости и к кому надо обратиться. Каждому предлагаются буклеты, содержащие информацию об услугах, предоставляемых службой занятости. Практической работе по проведению профинформационных консультаций с осужденными, оказанию им психологической поддержки, повышению мотивации трудоустройства способствуют разработанные «Рекомендации по социальной и психологической адаптации граждан, предполагаемых к освобождению из ИУ». Рекомендации распространены в учреждениях исполнения наказаний в помощь психологам и работникам, занимающимся профориентационной работой с осужденными.

Проблему поиска работы для освобождающихся осужденных социальный работник в настоящее время может частично разрешать используя в работе информацию о вакансиях помещенную на интернет-сайтах многих территориальных органов Федеральной государственной службы занятости населения (Например <http://www.rabota.astralink.ru> сайт ФГСЗН Астраханской области, <http://www.egczn.uralfirm.ru> сайт ФГСЗН г. Екатеринбург). Более подробный список электронных адресов территориальных органов можно создать в интернетовских поисковых системах (Например <http://www.google.com>), сформулировав запрос на поиск по ключевым словам – ФГСЗН. Создав банк электронных адресов органов ФГСЗН, социальный работник, наряду с отправлением официальных писем, сможет просматривать вакансии того региона, куда поедет освобождаемый, и вести переписку по электронной почте со службой занятости и потенциальными работодателями. Кроме сайтов служб занятости в системе Интернет имеются сайты специализированных кадровых агентств занимающихся подбором работников различных специальностей (Например <http://www.rabota.ru> и др.), а также сайты информационно рекламных изданий (Например газета «Из рук в руки» <http://www.izrukvruki.ru>) публикующих информацию о вакансиях.

Оснащение рабочего места социального работника персональным компьютером с выходом в Интернет это актуальная

необходимость, продиктованная современным уровнем развития консалтинговых услуг в сфере трудоустройства.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Дайте характеристику современной нормативно-правовой базы социальной реабилитации бывших осужденных.
2. В чем особенности социальной реабилитации этой категории населения?
3. В чем заключаются задачи социального работника в оказании услуг лицам, освобожденным из мест лишения свободы?
4. Опишите технологии социальной помощи бывшим заключенным и выявите их особенности.
5. В чем, на ваш взгляд, заключаются пути повышения эффективности социальной помощи этой категории населения?

Нормативно-правовые источники

1. Уголовно-исполнительный кодекс Российской Федерации от 08.01.1997 N 1-ФЗ (принят ГД ФС РФ 18.12.1996) (ред. от 05.04.2010) (Раздел VI. Освобождение от отбывания наказания. Помощь осужденным, освобождаемым от отбывания наказания, и контроль за ними.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
2. Постановление Правительства РФ от 25.12.2006 N 800 «О размере единовременного денежного пособия, которое может быть выдано осужденным, освобождаемым из мест лишения свободы» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Приказ Минюста РФ от 13.01.2006 N 2 (ред. от 08.09.2006) «Об утверждении Инструкции об оказании содействия в трудовом и бытовом устройстве, а также оказании помощи осужденным, освобождаемым от отбывания наказания в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 30.01.2006 N 7426) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

Литература

1. Абрамова, Г.С. Введение в практическую психологию/ Г.С.Абрамова. – М., 1995.
2. Алешина, Ю.Е. Индивидуальное и семейное консультирование/ Ю.Е.Алешина. – М., 1994.
3. Алферов, Ю.А. Социальная адаптация освобождаемых из мест лишения свободы: учебное пособие/ Ю.А.Алферов, В.П.Петков, В.П.Соловьев. – Домодедово, 1992. – С. 22.
4. Глэддинг, С. Психологическое консультирование/ С.Глэддинг. – СПб.: Питер, 2002.
5. Добренков, Н.И. Прикладная социальная психология/ Н.И.Добренков, А.И.Кравченко. – М. Воронеж, 1998.
6. Зайцев, А.К., Социолог на предприятии/ А.К.Зайцев. – Калуга, 1993.
7. Комментарий к УИК РФ и Минимальным стандартным правилам обращения с заключенными/ под общей ред. П.Г. Мищенкова. – М.: Экспертное бюро, 1997.
8. Кочонас, Р. Психологическое консультирование. Групповая психотерапия/ Р.Кочонас. – М.: Академический проект; ОППЛ, 2002.
9. Левитин, В.Б. Организационно-правовые основы трудоустройства лиц, освобожденных от уголовного наказания из мест лишения свободы: лекция/ В.Б.Левитин. – М.: ВЮЗШ МВД РФ, 1992. – С. 24
10. Основы прикладной социологии/ под ред. Ф.Д.Шереги, М.К.Горшкова – М., 1995.
11. Парламентская газета. – 2000. – 10 августа. – №151-152.
12. Приказ ГУИН МЮ РФ от 26.12.2001 № 264 Об утверждении инструкции о порядке оказания помощи в трудовом и бытовом устройстве лицам, освобождаемым из мест отбывания лишения свободы. Свод законов РФ. – 1996. – № 17.
13. Ст. 34, 36 «О занятости населения» от 19 апреля 1991 г. // Ведомости. – 1991. – № 18. – С. 565.
14. Тихонов, А.А. Освобождение от отбывания наказания в виде лишения свободы: учебное пособие/ А.А.Тихонов. – М.: Юридический Институт МВД РФ, 1994. – 51 с.

15. Ушатиков, А.И. Психология основных средств исправления и ресоциализации осужденных: учебное пособие/ А.И.Ушатиков, Б.Б.Казак. – Рязань, 2002. – С. 210.

РАЗДЕЛ 10. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БЕСПРИЗОРНЫХ И БЕЗНАДЗОРНЫХ ДЕТЕЙ

10.1. Из истории социальной работы с беспризорными несовершеннолетними

Понятие беспризорности и безнадзорности

Безнадзорность и беспризорность как феномены современного российского общества являются многомерной и сложной проблемой, требующей комплексных способов ее практического решения.

Как социальное явление детская беспризорность имеет глубокие исторические корни и связана с различными причинами социального и экономического характера – войнами, революциями, социальными и экономическими кризисами, голодом, эпидемиями, стихийными бедствиями.

Беспризорный в соответствии с законом РФ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» определяется как безнадзорный, не имеющий места жительства и (или) места пребывания.¹

В литературе беспризорность трактуется как особое социальное положение несовершеннолетнего, характеризующееся отсутствием постоянного места жительства (бездомностью), разрывом отношений с родителями (или лицами, их заменяющими), родственниками, педагогами, воспитателями и т.п. отчуждением от всех институтов социализации личности детей и подростков (семьи, учебно-воспитательных, досуговых, медицинских и т.п. учреждений), незанятостью общественно полезным трудом (учебой, работой). Детские беспризорность и безнадзорность, по мнению специалистов, выступают серьезным криминогенным фактором, фактором десоциализации и дезадаптации несовершеннолетних.

¹ Федеральный закон от 24 июня 1999г. № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (с изменениями от 29 июня 2003г.)// Российская газета. - 2003. - № 132.

История устройства детей в России 16-19 вв.

В России традиционно была развита благотворительность. Ее объектами выступали разные социально уязвимые категории населения, в том числе и дети, оставшиеся без попечения взрослых.

Практически до середины XVI в. в России преобладала христианская модель социального устройства детей-сирот. Часто сиротство было вызвано смертью родителей от болезней или голода. Родителей бедняков хоронили в общей братской могиле-скудельнице, а детей помещали в сооруженную неподалеку сторожку. Туда же свозили и подкидышей. Содержались сироты за счет пожертвований в форме еды и одежды, которые приносили крестьяне из окрестных сел и деревень. Важнейшую роль в воспитании беспризорных детей играла церковь. Именно православные монастыри становились пристанищем сирот.

Российское государство впервые занялось организацией жизни беспризорных детей при царе Федоре Алексеевиче. Именно в его царствование в 17 веке были учреждены *приюты-дворы* для малолетних бродяг и подкидышей.

Правление Петра I ознаменовалось новым этапом организации работы с сиротами. В 1706 г. были открыты специальные приюты для незаконнорожденных детей, которых принимали, сохраняя тайну их рождения. Для таких подкидышей около церквей специально возводились «гошпитали», чтобы те, кто захотел избавиться от нежеланного ребенка могли оставить его у ворот этого учреждения. Из государственной казны выделялись средства, которые шли на оплату труда персонала, воспитывающего брошенных детей.¹

При Екатерине II работа с сиротами приобретает более цивилизованную форму. Создаются так называемые воспитательные дома, в которых были запрещены жестокие, антигуманные методы воспитательного воздействия. Основными педагогическими методами выступали игры,

¹ Розенфельд, Б.Р. Первые учреждения для детей народа в царской России/ Б.Р.Розенфельд// Советское государство и право. - 1991. - № 6. - С.216.

различные детские забавы, направленные на развитие детей, их физическое развитие и приобретение трудовых и коммуникативных навыков. В московском и петербургском воспитательных домах большое внимание было уделено профессиональной подготовке воспитанников. Диапазон направлений профессиональной деятельности, к которой готовили сирот-воспитанников был довольно широк. Из стен воспитательных домов выходили объездчики и шкиперы для торгового флота, повивальные бабки, няни и др.

В 1819 г. в гомельском имении графа Я.Румянцева была открыта первая земледельческая колония для малолетних бродяг. В 1837 г. открывается первый в России светский приют при Демидовском доме «призрения трудящихся» для дневного надзора за детьми» оставляемыми матерями идущими на заработки». В 1842 году в Москве создается первый опекунский совет детских приютов. Его главной функцией была организация свободного времени детей ,остающихся в дневное время без попечения родителей. В конце 19 века по России открываются многочисленные приюты для детей» ввавших в пороки и преступления». Обязательным элементом деятельности этих приютов выступала организация обучения детей. Работающие в этих приютах воспитатели по собственной инициативе брали на себя обязанность поддержки своих воспитанников, и после завершения срока их пребывания в приюте. Они занимались их трудоустройством, оказывали материальную и моральную поддержку.

Главной целью деятельности, которую осуществляли работники многочисленных приютов для несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей, было воспитание «богобоязненного гражданина», грамотного работника.

Российские дореволюционные заведения для несовершеннолетних сочетали в себе функции мест заключения, специальных воспитательных учреждений и сиротских домов. По характеру деятельности многие из них

являлись воспитательными, что обеспечивалось активной общественной поддержкой и участием в делах заведений.¹

Как и в Западной Европе, в России постепенно формировалась сеть благотворительных заведений, совершенствовались механизмы помощи, которой охватывался все более широкий круг детей с разными социальными проблемами: болезни, сиротство, бродяжничество, безнадзорность и т.п. В 1893 г. в рамках деятельности общества попечения о бедных и больных детях «Синий крест», которым руководила великая княгиня Елизавета, появилось отделение защиты детей от жестокого обращения: убежище и общежитие с мастерскими.

В целом можно сделать вывод о том, что, система общественно-государственного призрения беспризорных и безнадзорных детей в России в конце XIX в. представляла собой разветвленную сеть государственных учреждений и благотворительных обществ и учреждений, деятельность которых опередила становление профессиональной социальной работы в Европе.² Данная тенденция сохранилась и в начале 20 века.

**Особенности
социальной политики
по отношению к
детям в России 20 в.**

Так в первое десятилетие 20 века в России насчитывалось 19 108 попечительских советов, в распоряжении которых находились значительные денежные средства.

Они шли на создание учебно-воспитательных учреждений, содержание домов для бедных детей, ночных приютов для бродяжек и народных столовых. В обществе утвердилось устойчивое положительное отношение к заботе о детях, оставшихся без попечения родителей. Благотворительность по отношению к таким детям получала мощную общественную поддержку, становилась нормой среди

¹ Мельников, В.П. История социальной работы в России/ В.П.Мельников, Е.Н.Холостова. - М., 1998.

² Розенфельд, Б.Р. Указ соч. - С.218.

обеспеченных слоев населения. Наиболее приемлемым способом решения проблем сирот считалась передача в семью брошенного родителями ребенка.

Социальная политика по отношению к детям – сиротам резко изменилась после Октябрьской революции 1917 года.

Благотворительность была объявлена большевиками буржуазным пережитком и фактически была запрещена. Политика отделения церкви от решения любых социальных вопросов привела к тому, что были закрыты все приюты для беспризорных несовершеннолетних при храмах.

Молодое социалистическое государство полностью взяло на себя заботу о детях оказавшихся в силу мощнейших социальных потрясений на улице. По оценкам специалистов в результате Первой мировой войны, трех революций и Гражданской войны количество беспризорных детей резко возросло. Если в 1910г. в царской России их насчитывалось около 2,5 млн., то в результате голода, разрухи и других тяжелых последствий войн и революций их число к концу 1921 г. возросло до 4,5млн. Сиротство, безнадзорность детей и подростков стали причинами резкого всплеска преступности среди несовершеннолетних.

Советское правительство вынуждено было вести настоящую борьбу с беспризорностью как социальным явлением. В первые годы советской власти была законодательно оформлена государственная система социально-правовой защиты несовершеннолетних, создана система взаимосвязанных органов и учреждений, способных вести одновременно борьбу с беспризорностью и осуществлять ее профилактику.

В 1919г. был основан Государственный совет защиты детей. В него вошли представители наркоматов социального обеспечения, просвещения, здравоохранения, продовольствия и труда. Он решал вопросы организации питания, материального обеспечения детей. 1921 год стал годом основания специальной Комиссии по улучшению жизни детей. Она стала координатором деятельности всех ведомств для борьбы с беспризорностью.

На выявление беспризорных детей и направление их в специальные социальные учреждения была нацелена деятельность практически всех государственных ведомств. Беспризорного ребенка определяли в одно из стационарных детских учреждений: детский дом, городок, колонию и коммуны после того, как ему была оказана первая помощь на приемно-распределительном пункте. Если у ребенка находились родители или другие родственники, то его возвращали на воспитание в семью.

Советское государство, несмотря на тяжелые условия, расходовало на проводимую работу по ликвидации беспризорности, большие средства. Определенным рубежом в решении проблемы детской безнадзорности стало создание в 1922 г. *Детской социальной инспекции*. Социальные инспектора решали проблему не только поиска беспризорных детей с целью определения их в одно из социальных учреждений, но выполняли контрольные функции: они посещали мастерские, где работали несовершеннолетние, семьи, с целью выявления нарушений интересов ребенка.

Большой вклад в решение социальных и педагогических проблем беспризорности внес выдающийся советский педагог А.С.Макаренко.

В 1920 г. он организовал вблизи Полтавы колонию для несовершеннолетних правонарушителей. За четыре года колония превратилась в образцовое воспитательное учреждение – Трудовую колонию имени А.М.Горького. В 1926 году колония переехала на новое место – в с.Куряж Харьковской области, где воспитывалось 280 крайне педагогически запущенных подростков. Благодаря новой педагогической модели, с помощью сложившегося коллектива колонистов, А.С.Макаренко сумел решить задачу перевоспитания бывших беспризорников.

В июне 1927г. А.С.Макаренко участвовал в создании детской трудовой коммуны им. Ф.Э.Дзержинского в поселке Новый Харьков. Здесь были успешно применены новые методы трудового воспитания. Если в колонии им. Горького применялся

сельскохозяйственный труд и работа в мастерских (столярной, слесарной, сапожной и др.), то в коммуне им. Дзержинского было организовано промышленное производство. Именно здесь начали изготовление первого советского фотоаппарата марки ФЭД. Воспитанники коммуны работали на предприятиях по 4 часа в день и учились в средней школе, организованной в коммуне. По окончании пребывания в коммуне многие выпускники коммуны поступили и успешно закончили высшие учебные заведения. Педагогическая система Макаренко, ядром которой выступает теория коллектива, получила широкое распространение как в Советском Союзе, так и за рубежом. Он разработал вопросы создания организации и развития коллектива, методов воспитания в нем, взаимоотношений с личностью ребенка и связи с другими коллективами, методику трудового и эстетического воспитания, формирования сознательной дисциплины, воспитывающих традиций, которые он рассматривал в единстве с многосторонней деятельностью детей. Теория Макаренко в воспитании беспризорников, имеющих серьезные девиации, не потеряла актуальности и в наши дни¹

К 1935 г. в Советском Союзе детская беспризорность как социальное явление была ликвидирована. Этому способствовало восстановление народного хозяйства и связанного с ним улучшения материального положения граждан как в городе, так и в деревне, создание сети специализированных детских учреждений, активное участие в решении проблем детей, оставшихся без попечения взрослых, общественных организаций, трудоустройство выпускников детских воспитательных учреждений, создание условий для получения профессионального образования и др.

Новый виток детской беспризорности связан с Великой Отечественной войной (1941-1945 гг.). Государство решало их проблемы, создавая школы-интернаты для эвакуированных

¹ Козлов, В.И. Педагогический опыт А.С.Макаренко: книга для учителя/ В.И.Козлов. - М.: Просвещение, 1987.

детей. Было увеличено количество детских домов для детей воинов и партизан, туда попадали и дети репрессированных родителей. Именно в годы войны фактически возродилась благотворительность. Были открыты специальные банковские счета и фонды, военнослужащие перечисляли денежные средства детским домам, население передавало личные сбережения на нужды осиротевших детей.

В решении проблемы беспризорных детей значительную роль играли административные учреждения системы Министерства внутренних дел. Одной из первоочередных мер по учету и ликвидации безнадзорности стала организация при районных отделениях внутренних дел, а также отделениях милиции на железнодорожном и водном транспорте специальных детских комнат, куда доставлялись безнадзорные дети, беглецы и даже маленькие подкидыши.

В системе МВД активно шел процесс создания детских приемников-распределителей. Там осиротевшие дети, потерявшие кров, получали приют, питание, одежду, обувь. В годы войны значительную часть безнадзорных на территории России составляли дети - беженцы из прифронтовых территорий областей страны, оккупированных врагом. Одним из распространенных мотивов детской миграции в то время был поиск средств к существованию, а также стремление попасть на фронт. Большинство юных «патриотов» вместе с беспризорниками пополняли приемники-распределители и детские дома. Там они получали возможность учиться. Для воспитанников детских домов работали библиотеки, организовывались кружки художественной самодеятельности и спортивные секции.

В послевоенные годы контингент воспитанников детских сиротских учреждений претерпел значительные изменения. Теперь они стали пополняться в основном социальными сиротами, т.е. детьми, чьи родители не могли содержать и воспитывать детей по причине нужды, болезни, инвалидности или аморального образа жизни. Однако общее количество

таких детей, по сравнению с военным временем было невелико.

Новый всплеск детской беспризорности с конца 80-х годов прошлого века обусловлен экономическим и духовным кризисом, и связанным с ними бедностью, безработицей, ослаблением семейных устоев, ростом преступности, аморальных проявлений, психических расстройств.

Сегодня количество детей, относящихся к числу беспризорных и безнадзорных по разным оценкам составляет от 2,5 до 4 млн.

10.2. Социальная реабилитация безнадзорных и беспризорных детей за рубежом

Социальные программы по работе с безнадзорной молодежью в США

Система социальной работы в США складывалась на протяжении многих десятилетий. Сегодня она представляет собой разветвленную сеть государственных и негосударственных организаций, осуществляющих разнообразные виды деятельности с гражданами, оказавшимися в затруднительной жизненной ситуации

Отличительной особенностью современной системы социальной помощи безнадзорным и беспризорным детям в США является децентрализация и гибкость. В каждом штате существует несколько социальных программ социальной помощи данной категории граждан, регламентируемых федеральным законодательством или законами штата. Помимо этого существуют программы социальной помощи несовершеннолетним, оставшимся без попечения родителей, на муниципальном уровне. Такая модель организации социальной помощи позволяет достаточно гибко приспособить деятельность социальных служб для решения конкретных задач отдельного региона.¹

¹ Исанова, Н.Н. Основы социальной и социально-психологической работы по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних / Н.Н. Исанова, А.Н. Яныкина. - Казань, 2002. - С. 22.

В США широко распространена деятельность специальных агентств, которые оказывают разностороннюю помощь несовершеннолетним гражданам, начиная с раннего детского возраста. В зависимости от конкретной ситуации ребенка может быть применена одна из четырех программ:

- оказание помощи в достижении поставленной цели;
- адаптация;
- интеграция;
- интенсивная помощь в экстраординарных ситуациях.

Первая программа нацелена на оказание помощи молодым людям в получении профессиональных навыков, овладении основными социальными нормами, приобщении к культурным ценностям.

Вторая программа направлена на создание условий для успешной адаптации молодежи к стремительно меняющимся социальным условиям.

Третья программа имеет целью содействие установлению и развитию контактов между молодыми людьми, имеющими разные этнические и культурные корни; она рассчитана также на тех молодых людей, которые имеют проблемы с трудоустройством.

Четвертая программа обращена к подросткам, имеющим различные девиации, например, совершившим правонарушения, или к подросткам с отклонениями в развитии. Цели этой программы выходят за рамки простой терапии или реабилитационных мероприятий, а включают организацию специальных отделений для подростков в полицейских участках, создание судов для несовершеннолетних правонарушителей, оказание помощи ужесточившим реабилитационным центрам и психиатрическим лечебницам.

Все программы социальной помощи безнадзорной молодежи в США исходят из концептуальных теоретических посылок, которые заключаются в том, что нужно верить в способность людей влиять на окружающую среду и характер общества, тем самым создавая условия для реализации своего творческого потенциала.

В США разработано несколько разновидностей профессиональной социально-психологической помощи молодежи в социальных учреждениях, учебных заведениях и на предприятиях, функционирующих по месту работы и учебы:

- отделения, дающие оценку ситуации и направляющие в соответствующие лечебные учреждения или осуществляющие краткие консультации;
- компании, не имеющие такого рода службы в своем составе, нанимают специалистов по контракту;
- несколько компаний могут пользоваться услугами социальной службы;
- нетрадиционное размещение служб помощи (спортивные команды, различные профессиональные группы и т.п.).

В США разработана национальная программа социальной помощи безнадзорной молодежи, действуют разнообразные центры, цель которых оказать всестороннюю помощь несовершеннолетним. Так, например, Центр профилактики наркомании и психических отклонений имеет в Сан-Франциско отдел терапии, телефон доверия, предоставляет подросткам кров в кризисных ситуациях. Сотрудники Центра в Лос-Анджелесе ведут разъяснительную работу среди молодежи в учебных заведениях в школах, колледжах, университетах, оказывают помощь в учебе, профориентации, психотерапевтическую помощь. Дети, находящиеся в социально опасном состоянии из-за неблагополучия в семье могут быть временно помещены в социально здоровые семьи.

Такая система работы достаточно эффективна, так как в поле деятельности таких центров попадают практически все организации, где происходит концентрация различных категорий молодежи. Практически каждый нуждающийся в помощи или совете несовершеннолетний может получить ее от специалиста-профессионала.

Особенного внимания заслуживает так называемая рекомендательная служба психологии в американской школе. Согласно положению о службе каждый ученик школы закрепляется за наставником, который может обслуживать до 200 учеников. Его

главная цель - стимулировать личностное развитие детей, создавая условия для самореализации во всех сферах жизнедеятельности. Наставник прямо и косвенно влияет на развитие интересов и способностей учащихся, помогает преодолеть трудности в учебном процессе, воспитывает ответственность за принятые планы, решения и их реализацию.

Согласно статусу рекомендательной службы наставником считается педагог, получивший специальное, социальное образование. Он обязан оказывать помощь в выборе педагогически разумных решений, связанных с развитием личности, эмоциональным воспитанием. В течение рабочего дня советчик консультирует учителей, представителей администрации по вопросам учебы и поведения учащихся, участвует в заседаниях педагогического совета. Помогая решать дисциплинарные проблемы, советчик при этом не выступает сторонником, законодателем дисциплины в школе. Он всегда на стороне детей.

Большой интерес вызывает опыт американских социальных работников с подростками «группы риска». Как известно к этой группе принадлежат несовершеннолетние, склонные к различным правонарушениям. Специфика организации работы с этой категорией подростков в США заключается в том, чтобы наладить деятельность небольших исправительных учреждений и служб. Специальные программы социальной реабилитации подростков, склонных к девиациям, предполагают изоляцию детей из социально неблагополучной среды и размещение их в интернатных учреждениях, где они получают самую различную социальную помощь: материальную, социально-психологическую, социально-педагогическую, социально-правовую.

Наряду с интернатами предлагается целый ряд других моделей:

- круглосуточно работающая служба по оказанию помощи при острой нужде;
- консультативные учреждения для семей и отдельных лиц;
- службы по трудоустройству на неполный рабочий день;
- альтернативные учебные программы для школ и др.

Основные усилия направлены на то, чтобы «выхватить» несовершеннолетнего из формальной системы судов по делам несовершеннолетних и передать заботу о нем местным организациям, не относящимся к системе правосудия; вывести несовершеннолетних за рамки интернатов, колоний и тюрем, помочь отдельным лицам или семьям при чрезвычайных обстоятельствах, оказать содействие в трудоустройстве, организации досуга.¹

**Социальная работа с
безнадзорной
молодежью в
европейских странах**

Социальное законодательство европейских стран отличается от американского более высокой степенью участия государства в определении направлений, планировании,

финансировании и проведении в жизнь социальной политики. При этом следует подчеркнуть значительную роль в предоставлении социальных услуг местными органами самоуправления, а также большой охват как молодежи, так и всего населения различными социальными услугами и видами помощи.

Значительное развитие получили различные виды помощи молодежи в одной из наиболее благополучных стран Европы – Швейцарии.

Как известно, Швейцария – это страна, состоящая из 26 самостоятельных государственных объединений-кантонов, живущих по собственному законодательству. Главный принцип организации работы с детьми и подростками, лишенными полноценного семейного воспитания, заключается в массовой помощи семье, с целью создания условий, обеспечивающих полноценное развитие ребенка. К работе с такими семьями привлекается церковь, добровольные общественные союзы и лишь в последнюю очередь государственные организации. Для детей лишенных семейной опеки, во всех кантонах действуют отделения общегосударственных центров социальной помощи. В отделениях центров безнадзорные дети и подростки получают различные виды

¹ Трегубова, Т.М. Теория и практика социальной работы с учащейся молодежью в профессиональных учебных заведениях США: дис. ... д-ра пед. наук/ Т.М.Трегубова. - Казань, 2001. - С.210-217.

социальных услуг-социально-правовые консультации, помощь медицинских работников, социально-психологическую и социально-педагогическую поддержку. В городах создаются так называемые робинзоновые игровые площадки, где под руководством работников социальных служб дети осуществляют различные формы досуговой деятельности, направленной на их интенсивное личностное развитие¹.

В другой европейской стране – Австрии, социальная помощь безнадзорной молодежи также ориентирована на создание благоприятных условий для всестороннего развития молодежи. Большое внимание уделяется различным направлениям работы с несовершеннолетними, склонными к девиациям: социально-правовому просвещению, правовой защите, психологической поддержке тех, кто за совершенные преступления лишены свободы. Для детей и подростков «группы риска» организованы самые различные виды досуговой деятельности. Интересен опыт социальных служб Австрии в реализации так называемой «музейной педагогики». Суть этого направления состоит в том, что в молодые люди принимают участие в реализации разных социальных проектов, ставящих целью приобщение детей к эстетической деятельности. Так в рамках проекта «Живопись в музеях» в утренние часы по выходным дням дети и подростки после осмотра музейных экспонатов могут выразить свои впечатления в собственной художественной деятельности. Немалое место в профилактике девиантного поведения тех, кто лишен родительской опеки, занимают занятия физкультурой и спортом в рамках специальных учебно-спортивных программ. Дети и подростки могут не только заняться традиционными видами спорта, но и посещать тренажерные залы и спортивные площадки для занятий физкультурой в удобное для них время. Но особое место в работе с безнадзорными несовершеннолетними принадлежит различным видам досуговой деятельности. Так в столице Австрии – Вене – специалисты социальной работы организуют реализацию

¹ Трегубова, Т.М. Теория и практика социальной работы с учащейся молодежью в профессиональных учебных заведениях США: дис. ... д-ра пед. наук/ Т.М.Трегубова. - Казань, 2001. - С.212-225

оригинального проекта «Цветной город». Он является логически продолжением деятельности учащейся молодежи по развитию своих творческих художественных способностей. Учащиеся различных учебных заведений получают возможность принять участие в художественном оформлении торговых палаток столицы.

В Германии накоплен огромный опыт работы с детьми и подростками, имеющими определенные жизненные трудности, в том числе те, кто лишен родительского воспитания. В течение нескольких лет в Германии действует государственная молодежная программа, финансируемая федеральным бюджетом. Основными направлениями ее деятельности выступают психологическая помощь детям и подросткам, родителям и учителям в кризисной ситуации, посредничество между работодателями и подростками, всесторонняя помощь подросткам, проживающим вне семьи. Главное внимание социальных служб сосредоточено на организации работы на местах – в микрорайонах населенных пунктов. Там создаются комплексы социально-педагогических заведений. Специфика микрорайона-отнесенность его к старым кварталам или новостройкам-определяет главные направления деятельности социальных служб. Так, в старых районах как правило чаще встречаются случаи девиантного поведения детей и подростков в силу того, что здесь реже соблюдаются условия для их нормальной социализации. Причем, как и в других странах, в таких районах существуют целые молодежные группы с различными, в том числе и криминальными отклонениями в поведении. Их отличают приблизительно одинаковые социально-экономические условия, связанные с низким материальным статусом их семей. Таким детям и подросткам оказывается массированная социальная помощь: социально-правовая, социально-психологическая, социально-медицинская, социально-педагогическая в соответствии со специально разработанной программой.

В районах новостроек существуют иные социальные проблемы: замкнутый стиль жизни в этих районах, семейная разобщенность со старшим поколением, недостаточно развитая социальная инфраструктура (отсутствие должного количества

детских садов и яслей) также нарушают нормальный ход социализации молодежи и требует, прежде всего, социально-педагогического вмешательства¹

10.3. Правовые основы социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных детей.

Правовой основой воспитания и образования несовершеннолетних детей являются следующие правовые документы:

- Семейный Кодекс Российской Федерации;
- Федеральные законы: «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации», «О дополнительных гарантиях по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»;
- Постановления Правительства Российской Федерации: «О неотложных мерах по социальной защите детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», «О предоставлении бесплатного социального обслуживания и платных социальных услуг государственными социальными службами», «Об утверждении положения о зачислении несовершеннолетних граждан Российской Федерации в качестве воспитанников в воинские части и обеспечение их необходимыми видами довольствия»» «О межведомственной комиссии по вопросам усыновления (удочерения) иностранными гражданами детей, являющихся гражданами Российской Федерации», «Об утверждении положения об осуществлении и финансировании деятельности, связанной с перевозкой несовершеннолетних, самовольно ушедших из семей, детских домов, школ-интернатов, специальных учебно-воспитательных и иных детских

¹ Зинурова, Р.И. Социальная работа с безнадзорными несовершеннолетними/ Р.И.Зинурова, Ю.П.Фисатова. – Казань: Изд-во Казан. гос. технол. ун-та, 2007. – С.108-112.

учреждений», «Об утверждении примерных положений о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» и др.;

– Постановления Министерства труда и социального развития Российской Федерации: «Об утверждении порядка работы территориальных органов Министерства труда и социального развития Российской Федерации по вопросам занятости населения с детьми-сиротами, детьми, оставшимися без попечения родителей, лицами из числа детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей», «Об утверждении Рекомендаций по организации деятельности специализированных учреждений для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации» и др.

Принципиальное значение имеет закрепление в п. 1 ст. 63 СК РФ положения о том, что родители не только имеют право, но и обязаны воспитывать своих детей, заботиться об их здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии. В этой связи вполне обоснованно установление СК РФ ответственности родителей за воспитание и развитие ребенка, что соответствует и требованиям ст. 18 и 27 Конвенции ООН о правах ребенка. В частности, за неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей по воспитанию детей родители могут быть привлечены к различным видам юридической ответственности: административной¹

10.4. Социально-психологические особенности детей, оставшихся без попечения родителей.

По результатам многочисленных исследований, проведенных отечественными и зарубежными специалистами (Гезелл, Й. Лангмейер, А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых и др.) можно сделать вывод о том, что вне семьи развитие ребенка идет по особому пути,

¹ ст. 5.35 КоАП РФ, гражданско-правовой (ст. 1073-1075 ГК РФ), семейно-правовой (ст. 69 и 73 СК РФ); уголовной (ст. 156 УК РФ).

у него формируются специфические черты характера, поведения, личности. У таких детей наблюдается не просто отставание (недоразвитие личностных образований), а интенсивное формирование некоторых принципиально иных механизмов, при помощи которых ребенок приспосабливается к жизни.¹

Анализ литературы и изучение результатов психолого-педагогических исследований особенностей развития личности детей (Л.В. Байбородова, И.В. Дубровина, Н.П. Иванова др.) традиционно основываются, главным образом, на представлении о депривации - психическом состоянии, возникающем в результате лишения, утраты, ограничения возможностей человека удовлетворять жизненно важные потребности. В зависимости от того, чего именно лишен человек, выделяют разные виды депривации: материнскую, сенсорную, когнитивную, эмоциональную, социальную и другие. Лишение ребенка необходимых источников, влияющих на его развитие, имеет пагубные и необратимые последствия. Так, американский психолог и педагог М. Айнсворз отмечает, что последствия депривации зависят от возраста, в котором началась и закончилась депривация, и от ее длительности. «Длительная и жесткая депривация, начавшаяся на первом году жизни и продолжавшаяся около трех лет, обычно приводит к тяжелым последствиям для интеллектуальных и личностных функций и практически не поддается исправлению»

Существенным фактором, влияющим на дальнейшее развитие ребенка, является его социальный опыт, который он приобрел в период, предшествующий состоянию безнадзорности. Этот опыт обязательно необходимо учитывать специалистам при проведении индивидуальной работы с несовершеннолетним. И результаты исследований и практика социальной реабилитации безнадзорного или беспризорного ребенка свидетельствуют о том, что ситуация разрыва с семьей всегда оказывает влияние на дальнейшую жизнь ребенка.

¹ Зинурова, Р.И. Социальная работа с несовершеннолетними/ Р.И.Зинурова, Ю.П.Филатова. Казань: КГТУ, 2007. - С.42.

При устройстве безнадзорных детей в специальные учреждения необходимо учитывать и влияние институциональных факторов, которые выражаются в изменении характера влияния источников социализации, где главным агентом выступает коллектив воспитанников, и, как следствие, происходит замещение одного из основных социальных институтов - семьи - учреждением.

Не менее важной для понимания феномена безнадзорности является идея об изменении типов общения в зависимости от системы основных жизненных ценностей личности в разные возрастные периоды. Если в детском возрасте значимость отношений «мать-дитя» определяется задачами формирования психики, то в подростковом возрасте обусловленная прежде всего появлением комплекса вопросов, адекватные ответы на которые он не может получить в кругу сверстников (вопросы взаимоотношений с противоположным полом, профессионального самоопределения, нравственные вопросы и т.д.). Естественно, потребность в постоянном взаимодействии со значимым взрослым не уменьшает значения подросткового сообщества в жизни юных беспризорников. Однако для полноценного формирования их личности влияние социально благополучных, искренне заинтересованных в их полноценной социализации взрослых и, прежде всего родителей, неопределимо. В общении с ними дети быстрее постигают смысл жизни вообще и ценности межличностного, в том числе внутрисемейного, взаимодействия в частности¹.

Специалисты справедливо отмечают, что многократное усиление влияния сверстников в отроческо-подростковый период является нормальным и необходимым элементом жизнедеятельности и социализации ребенка. Однако даже самая жесткая реакция эмансипации, характерная для многих представителей этого возрастного периода, не снижает ценности семьи и нормальных отношений с ближайшими родственниками. Однако, несмотря на базовую потребность в том, чтобы» тебя

¹ Василюк, Ф.Е. Психология переживания (анализ преодоления кризисных ситуаций)/ Ф.Е.Василюк. - М.: Изд-во МГУ, 1984. - С. 20-23.

понимали» самые близкие люди, в силу специфических особенностей подросткового возраста, дети часто идут на обострение отношений с родителями. Это помогает им обрести ореол либо «мученика», обреченного взаимодействовать и повиноваться воле несовременных «предков» либо «бунтаря», бросающего вызов косности и ханжеству родителей. В любом случае длительные конфликтные отношения с родителями увеличивают ценность подростковой компании, «понимающей» и, главное, принимающей подростка.

«Дружеские» группировки, возникающие как следствие семейного неблагополучия, собирают несовершеннолетних, находящихся в изоляции от школы, из асоциальных семей, «уличных» верховодов, то есть именно безнадзорных, энергично утверждающих себя в качестве лидеров спонтанных группировок, постоянно пребывающих вне зоны социального контроля и вовлекающих других детей в совершение нежелательных поступков. Анализ поведения детей и подростков - членов стихийных группировок - с точки зрения сформированности поведенческих стереотипов, основанных на базе их ценностных ориентаций, показывает, что оно носит ситуативный, стихийный и трудно прогнозируемый характер. При этом внешний, показной демократизм отношений в этих группировках на деле оборачивается явным доминированием одних и конформизмом других¹.

В ряде концепций формирования и развития личности ребенка к разряду фундаментальных относится потребность во внимании, уважении, принятии (А. Маслоу). Блокирование их рассматривается в качестве мощного фактора дистресса. В связи с этим подчеркивается, что ребенок в любом возрасте нуждается в принятии и признании, во внимании и любви, не может выносить постоянного игнорирования своих запросов, интересов, это больше всех других стрессоров делает его жизнь невыносимой (Г. Селье).

¹ Организация деятельности центров социальной помощи населению по предупреждению детской безнадзорности: метод. рекомендации / сост. Л.С. Алексеева, Е.В. Бурмистрова, Т.В. Земских; под общей редакцией Л.С. Алексеевой; М-во труда и социального развития РФ. - М.: Просвещение, 2002. - С.17.

При этом принятие трактуется как, безусловно положительное отношение и позитивный интерес к ребенку, обеспечивающие ему психологическую автономию и независимость от исходных ожиданий родителей. Неприятие выражается в отрицательном отношении, эмоциональном отвержении, отсутствии любви, уважения к ребенку, латентном и явном конфликте, враждебности. Психологический контроль может при этом выступать как составная часть давления и преднамеренно авторитарного стиля управления детьми¹.

Именно поэтому о безнадзорности с полной уверенностью можно говорить не только тогда, когда в семье просто отсутствует контроль и присмотр за ребенком, но и когда в общении с близкими он вследствие сверх контроля испытывает более или менее сильную сенсорную, эмоциональную и социальную депривацию: недостаток связей-раздражителей, обеспечивающих контакты с близкими и внешним миром, вызывающие достаточно тяжелые психические расстройства и нарушения.

Безнадзорность, означающая именно отсутствие должного внимания, лишение ребенка необходимого для него количества любви, тепла и соответствующего психологического сопровождения со стороны близких, предполагает и некоторый норматив - то или иное качество и количество психологического и фактического соучастия, «сожития», «проживания» с ребенком близких и значимых взрослых (или отсутствие такового). Эти формы взаимодействия выступают и воспринимаются ребенком как нечто должное и достаточное или, напротив, как отсутствующее и фрустрирующее. Частые переживания фрустрирующих моментов в процессе развития создают состояние напряжения в течение длительного времени и задерживают положительное самоопределение.

¹ Зинурова, Р.И. Социальная работа с безнадзорными несовершеннолетними/ Р.И.Зинурова, Ю.П.Филатова. – Казань: Изд-во Казан. гос. технол. ун-та, 2007. – С.46.

² Зинурова, Р.И. Социальная работа с несовершеннолетними/ Р.И.Зинурова, Ю.П.Филатова. Казань: КГТУ, 2007. - С.47.

10.5. Основные направления социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних.

Федеральная политика последних лет в области профилактики беспризорности и безнадзорности несовершеннолетних, подкрепленная социальным законодательством, нашла выражение в создании структур практической работы с трудными несовершеннолетними в виде автономных стационарных учреждений (приюты и центры социальной реабилитации для дезадаптированных детей и подростков), а также профилактических отделений территориальных центров социальной помощи семье и детям (далее учреждения социального обслуживания семьи и детей). В России вышеуказанные учреждения создаются в системе социальной защиты, системе органов по делам молодежи и спорту федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления. Деятельность учреждений, осуществляющих программы социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних, прежде всего, направлена на преодоление их социальной дезадаптации.

Основной, базовой идеей, на которой строится деятельность учреждений по преодолению социальной дезадаптации детей данной категории выступает идея о том, что социальная дезадаптация — процесс обратимый. Именно поэтому, можно не только предупреждать отклонения в социальном развитии детей и подростков, но и управлять процессом ресоциализации социально дезадаптированных детей и подростков.

Специализированные учреждения для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации, призваны оказывать помощь той категории детей и подростков, которая раньше не пользовалась вниманием властей. Брошенные семьей и школой, они в лучшем случае интересовали лишь органы правоохранения в связи с совершением противозаконных действий. В нарушение международных правовых норм дети и подростки, не совершившие правонарушений, нередко подолгу содержались в приемниках-

распределителях органов внутренних дел, ожидая направления в детские учреждения интернатного типа. Статистических данных о количестве и составе дезадаптированных подростков официально не существует, но различные пилотные исследования дают основание утверждать, что детская беспризорность и безнадзорность по-прежнему является одной из острейших и трудноразрешимых проблем. Система специализированных учреждений для дезадаптированных детей и подростков в России начала создаваться с 1992 г.

Задачами учреждений для дезадаптированных детей и подростков являются:

- профилактика безнадзорности, бродяжничества, дезадаптации;
- психолого-медицинская помощь детям, попавшим по вине родителей или в связи с экстремальной ситуацией (в том числе в связи с физическим и психическим насилием или с опасными для жизни и здоровья условиями проживания) в безвыходное положение;
- формирование у детей и подростков положительного опыта социального поведения, навыков общения и взаимодействия с окружающими людьми;
- выполнение попечительских функций по отношению к тем, кто остался без родительского внимания и заботы, средств к существованию;
- психологическая и педагогическая поддержка, способствующая ликвидации кризисных состояний личности;
- содействие возвращению в семью;
- обеспечение возможности получить образование;
- забота о дальнейшем благоустройстве места жительства.

Иными словами, основная цель деятельности таких учреждений – социальная защита и поддержка нуждающихся в этом детей, их реабилитация и помощь в жизненном определении. Создание специализированного учреждения для детей и подростков предоставляет реальную возможность оказать им экстренную помощь.

Специалисты подобных учреждений выделяют три основных этапа в работе с детьми:

- диагностическая работа;
- реабилитация, программа которой основана на данных, полученных после всесторонней диагностики;
- постреабилитационная защита ребенка.

Прежде всего, в системе социально-реабилитационных служб для несовершеннолетних создаются *социальные приюты для детей и подростков*, каждый из которых отличается своеобразием вследствие различий в уровне и глубине понимания специалистами стоящих перед ними задач, их профессиональной подготовленности, опыта работы с детьми (особенно с "трудными"). Различны и их материально-техническая база, возможности финансирования и осуществления контактов со всевозможными организациями.

Состав несовершеннолетних в социальных детских приютах весьма сложен в социальном и психологическом плане и отличается от такового в детских домах или школах-интернатах, поскольку:

- подавляющее большинство детей уже приобщилось к вредным привычкам-курению, употреблению алкоголя и /или токсических веществ;

- значительное число детей характеризуется кризисным или пограничным психическим состоянием вследствие тяжелой социальной и эмоциональной обстановки в семье, физического или сексуального насилия, налицо проявление школьной дезадаптации;

- подавляющее число детей имеет различные хронические заболевания;

- многие дети нигде и никогда не учились, у них не сформированы (или утрачены) элементарные социальные и бытовые навыки, не сформирован (или утрачен) опыт жизни в семье;

- у многих детей наблюдается задержка психического развития.

Порядок помещения детей в специализированные центры реабилитации предполагает несколько вариантов инициации направления в такие центры.

Ребенок может быть помещен в учреждение данного типа:

- в результате личного обращения;
- по решению органов социальной защиты;
- по постановлению комиссии по делам несовершеннолетних;
- заявления, родителей, ходатайств органов здравоохранения, образования, опеки и попечительства, органов внутренних дел;
- постановления или определения суда, прокурора или следственных органов, в случае, если родители или лица их заменяющие, осуждены, либо к ним в качестве меры пресечения применено заключение под стражу.¹ (Основной целью деятельности приюта выступает оказание экстренной социальной помощи детям и подросткам, оказавшимся в сложной жизненной ситуации).

Согласно Примерному Положению о Социальном Приюте для детей, утвержденному Постановлением Правительства РФ (№ 896 от 21 ноября 2000г) приют:

а) совместно с органами и учреждениями образования, здравоохранения, внутренних дел и другими организациями осуществляет мероприятия по выявлению детей, нуждающихся в экстренной социальной помощи;

б) обеспечивает временное проживание несовершеннолетних, оказавшихся в трудной жизненной ситуации;

в) оказывает социальную, психологическую и иную помощь несовершеннолетним, их родителям (законным представителям) в ликвидации трудной жизненной ситуации, восстановлении социального статуса несовершеннолетних в коллективах сверстников по месту учебы, работы, жительства, содействует возвращению несовершеннолетних в семьи;

¹ Порядок приема, содержания и выпуска лиц, находящихся в специализированном учреждении для несовершеннолетних, нуждающихся в социальной реабилитации Приложение к постановлению Министерства труда и социального развития РФ от 30 января 1997 г. N 4.

г) обеспечивает защиту прав и законных интересов несовершеннолетних;

д) организует медицинское обслуживание и обучение несовершеннолетних, находящихся в приюте;

е) содействует органам опеки и попечительства в устройстве несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей;

ж) уведомляет родителей несовершеннолетних (их законных представителей), органы опеки и попечительства о нахождении несовершеннолетних в приюте;

з) на основании проверки целесообразности возвращения в семью несовершеннолетних, самовольно ушедших из них, приглашает родителей (их законных представителей) для решения вопроса о возвращении им несовершеннолетних;

и) на основании проверки целесообразности возвращения несовершеннолетних в образовательные учреждения для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, или в другие детские учреждения вызывает представителей этих учреждений для решения вопроса о возвращении им несовершеннолетних, самовольно ушедших из указанных учреждений.

Одним из эффективных направлений социальной помощи беспризорным и безнадзорным детям является социальная реабилитация в социально-реабилитационных центрах. В основе их деятельности лежат:

- профилактика безнадзорности несовершеннолетних, помощь в преодолении трудной ситуации, возникшей в семье ребенка;

- обеспечение несовершеннолетним временного проживания на полном государственном обеспечении до определения и осуществления совместно с органами опеки и попечительства оптимальных форм жизнеустройства;

- обеспечение доступной и своевременной квалифицированной социальной, правовой, психолого-медико-педагогической помощи детям, имеющим различные формы дезадаптации, на основе индивидуальных программ социальной реабилитации, включающих профессионально-трудовой, учебно-познавательный, социокультурной, физкультурно-

оздоровительный, социально-педагогический и другие компоненты.

Типовая структура центров включает следующие отделения:

- приемное отделение;
- отделение диагностики социальной дезадаптации;
- отделение реализации программ социальной реабилитации;
- отделение социально-правовой помощи;
- семейная воспитательная группа.

В приемном отделении проводятся первичный медицинский осмотр и первичная санитарная обработка подростка, которого при необходимости направляют в стационарное медицинское учреждение.

В отделении диагностики социальной дезадаптации выявляют и анализируют факторы, обусловившие его социальную дезадаптацию, особенности личностного развития и поведения подростка; разрабатываются индивидуальные программы его социальной реабилитации. На основе этих данных создается индивидуальная программа реабилитации.

Ее поэтапное осуществление проходит в *отделении реализации программ социальной реабилитации*. Проводится работа по восстановлению утраченных связей с семьей и внутри семьи, оздоровлению системы межличностных отношений несовершеннолетних, восстановлению их социального статуса в коллективе сверстников, содействию подросткам в получении образования, специальности и в профориентации.

Индивидуальная программа реабилитации реализуется как в условиях дневного или круглосуточного стационара Центра, так и в *семейной воспитательной группе*. В отделении образуются реабилитационные группы - дети в них могут быть разного возраста, но желательно объединять детей со сходным уровнем адаптации для наиболее эффективного использования групповых методик. Оптимальное количество детей для дневного стационара — от 5 до 10, а для круглосуточного - до 7.

Отделение социально-правовой помощи осуществляет защиту прав и законных интересов воспитанников, в том числе находящихся в семейных воспитательных группах; оказывает

содействие органам опеки и попечительства в дальнейшем жизнеустройстве воспитанников; формирует банк данных о возможных усыновителях, попечителях, опекунах, приемных семьях; организует психолого-педагогическую и правовую подготовку к приему в семью неродных детей и наблюдает за адаптацией несовершеннолетних к новой обстановке.¹

Наиболее действенное направление помощи безнадзорным детям – содействие возвращению детей в семью. Ценность семейной атмосферы для восстановления, психофизиологического, социального, психологического статуса ребенка не вызывает сомнений. Поэтому, когда имеются условия для реализации реабилитации в семье-родительской или приемной, выбор должен быть сделан, безусловно, в пользу семьи. Если речь идет о семье группы риск семьи, то можно отметить ряд наиболее распространенных и действенных технологий, используемых в работе с семьями этого типа.

Социальная поддержка несовершеннолетних

Социальная поддержка — одно из базовых направлений социальной защиты населения. Вместе с тем, она может рассматриваться и как элемент социального патронажа.

Так, в практике Центров социальной помощи семье и детям социальная поддержка используется в качестве превентивной меры в решении внешних и внутренних проблем клиентов, связанных с их физическим, психическим и нравственным здоровьем, общением, участием в трудовой или учебной деятельности, успешной социализацией, жизненным и профессиональным самоопределением.

Анализ опыта использования различных превентивных форм социальной поддержки семей и детей категории риска, применяющихся в процессе социального патронажа, позволяет разделить их на несколько групп.

1. Работа Центров социальной помощи семье и детям направленная на адаптацию семей групп риска, особенно

¹Холостова, Е.И. Социальная работа/ Е.И.Холостова. - М., 2005. – С. 543-544.

малоимущих, многодетных, с низким профессиональным статусом родителей, безработных к неблагоприятным социально-экономическим условиям переходного периода: открытие групп дневного пребывания детей с горячим питанием, организация их досуга; установление контактов с родителями для вовлечения их в жизнь центров (празднование дней рождения детей, юбилеев членов семей, организация мероприятий к историческим датам, творческие занятия и т. д.); консультации психологов, юристов; практическая помощь в трудоустройстве; материальная поддержка и др.

2. Объединение родителей из семей, имеющих факторы риска, для создания групп взаимопомощи и взаимоподдержки: службы «мастер—клиент», поиск временных и дополнительных заработков друг для друга, уход за детьми в домашних условиях и т. д.

3. Работа с группами семей, имеющими сходные проблемы, выявленные в результате целенаправленной диагностики детей или повседневного наблюдения в социуме (молодые семьи, несовершеннолетние родители, разведенные и другие). Такие семьи (родители, матери, отцы) с помощью сотрудников патронажных служб объединяются в различного рода группы, клубы (как разновозрастные, так и приблизительно одного возраста). Специалисты патронажных служб (психологи, специалисты по социальной работе и другие) проводят с ними тренинги общения, сюжетно-ролевые игры, аутотренинга, дискуссии и т.д., а также организуют деятельность по самопознанию и саморегуляции, имеющую цель помочь членам семьи лучше узнать себя, друг друга, а значит более продуктивно работать над своими проблемами.

4. Включение родителей в коллективные мероприятия, организуемые центрами по обслуживанию семьи и детей которых выявляются и используются, а также развиваются их способности, склонности, интересы.

Названные формы социальной поддержки на практике дополняются множеством других, отражающих специфику работы каждого конкретного Центра социальной помощи семье и детям.

10.6. Методы социальной реабилитации несовершеннолетних, оставшихся без попечения родителей.

Деятельность социальных центров, организующих социальную помощь беспризорным и безнадзорным детям, начинается с составления индивидуальной реабилитационной программы.

Принципы реабилитации беспризорных и безнадзорных детей

Основными принципами формирования ИПР для беспризорных и безнадзорных, как и для других категорий нуждающихся в социальной помощи, являются:

- индивидуальность;
- непрерывность;
- последовательность;
- преемственность;
- комплексность.¹

Индивидуальность реабилитации обеспечивается учетом личностных особенностей ребенка и тех особенностей социальной ситуации, с которой ему пришлось столкнуться.

Непрерывность предполагает рассмотрение всех реабилитационных мероприятий как единый процесс.

Последовательность означает логическую связь мероприятий, проводимых специалистами в разные временные периоды.

Преемственность заключается в учете конечного результата одного мероприятия при планировании и реализации другого.

Комплексность предполагает плотное взаимодействие всех составляющих реабилитационной программы социально-медицинских, социально-психологических, социально-правовых, социально-педагогических и др.

Разработка ИПР начинается с глубокой социальной диагностики ребенка, попавшего в трудную жизненную ситуацию. Она может включать следующие направления:

¹ Холостова, Е.И. Социальная реабилитация/ Е.И.Холостова, Н.Ф.Демисьева. - М., 2005. - С.168.

Социальная диагностика предполагает выявление социальных условий жизни и деятельности ребенка. В этих целях организуется изучение условий жизни ребенка в семье (если он не лишен такой возможности). Обследование санитарно гигиенических условий и семейной атмосферы проводится с участием представителей органов образования, опеки и попечительства, правоохранительных органов. На основании результатов обследования составляется карта или паспорт семьи, в котором отражаются все аспекты жизни ребенка в семье. Особо выделяются факторы семейного неблагополучия, которые привели к детской безнадзорности (алкоголизм и наркомания, чрезмерная занятость родителей, их частые отъезды в связи с командировкам или по другим причинам)

Социально-медицинская диагностика нацелена на выявление хронических заболеваний у несовершеннолетнего, включая такие как алкоголизм, наркомания, токсикомания. Важно также определить состояние его психического здоровья, так как экстремальные условия, в которых часто оказывается данная категория несовершеннолетних, могут привести к различным психическим отклонениям и заболеваниям.

Психологическая диагностика нацелена на выявление индивидуальных психологических особенностей детей и особенностей их взаимодействия с ближайшим социальным окружением. Для ее реализации используются как стандартные, так и оригинальные диагностические средства. Например, для диагностики индивидуальных личностных особенностей ребенка могут быть использованы детский и подростковый варианты опросника Кеттелла, методики по выявлению акцентуаций характера Личко или Леонгарда, опросник по выявлению структуры личности Айзенка, методика по выявлению межличностных отношений в семье Р.Жила, проективные методики-«Дом, дерево, человек», «Несуществующее животное» и др.

Социально-педагогическая диагностика предполагает выявление специфики социальной среды, в которой находится несовершеннолетний, определение уровня социальной адаптации к социальной среде, индивидуальные характеристики ребенка,

обуславливающие форму его взаимодействия с участниками реабилитационного процесса, в частности уровня воспитанности и обученности.

Данные диагностики составляют первый раздел индивидуальной программы реабилитации который включает

- паспортные данные несовершеннолетнего (Ф.И.О., пол, дата рождения, адрес постоянного или временного проживания, гражданство);

- данные об уровне общего образования (вспомогательная школа, начальное, неполное среднее, среднее, отсутствие образования);

- данные об уровне профессионального образования (профессиональная подготовка, начальное, среднее);

- данные о профессии — роде трудовой деятельности;

- данные о социально-бытовом статусе несовершеннолетнего (сирота, сколько членов семьи), а также роли в семье - иждивенец; кормилец;

- данные о социально-средовом статусе (иммигрант, вынужденный переселенец, без определенного места жительства, условно отбывающий срок наказания);

- социально-средовые условия несовершеннолетнего и его семьи (собственный или арендуемый дом, квартира, комната; их площадь; наличие коммунальных удобств);

- источники дохода семьи (зарплата родителей, пенсия, пособие, случайный заработок и др.);

- клинико-экспертные данные, включающие заключение о состоянии соматического и психического здоровья;

- оценку реабилитационного потенциала, включающую: состояние физического развития;

- психофизиологическую выносливость (с учетом свойств нервной системы несовершеннолетнего (силы, уравновешенности, подвижности, лабильности и динамичности);

- оценку состояния сенсорных и перцептивных систем, состояния познавательных функций (внимания, памяти, мышления), уровня развития речи и специфических корковых;

– эмоциональную устойчивость (динамические свойства эмоций и чувств человека, т.е. легкость возникновения - угасания эмоциональных реакций, их интенсивность, инертность, модальность возникающих эмоций (гнев, радость, (страх и др.), насколько эмоциональные процессы оказывают деструктивное влияние на деятельность ребенка, насколько его эмоции поддаются контролю);

– оценку социально-психологического и социально-экономического статуса, включая:

- социально-психологическую реактивность (компетентность) — способность несовершеннолетнего эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений;
- уровень коммуникабельности или общительности, т.е. способность к спонтанной коммуникативной активности, а также владение навыками общения, устойчивые типы реакций при социально-психологическом взаимодействии.

– направления социальной деятельности, включая участие несовершеннолетнего в различных видах деятельности (учебная, трудовая, противоправная, досуговая) семейно-бытовые взаимоотношения — ролевые функции несовершеннолетнего в семье (или социальной группе ее заменяющей), характер отношения семьи к ребенку, психологический климат семьи;

– уровень и структура кругозора — характеристика широты знаний, которыми несовершеннолетний пользуется при решении бытовых, личных социальных и других вопросов;

– данные о структуре мотивационно-потребностной сферы несовершеннолетнего, указание тех желаний и влечений, объектов (материальных и идеальных и), необходимых для существования и развития ребенка и выступающих источником его активности, круг интересов ребенка т.е. проявление познавательной потребности, обеспечивающей направленность личности на осознание целей деятельности. Развитая структура устойчивых, долговременных интересов, включающая различные сферы деятельности, виды занятий, предметы деятельности, системы отношений и др., представляет собой предпосылки для осознанной активности

самого несовершеннолетнего по возобновлению в максимально возможной степени своего привычного образа жизни и реинтеграции в общество. Наличие бедной, неразвитой системы интересов является неблагоприятным фактором;

– уровень притязаний (степень трудности целей, которые он ставит перед собой). Прогностическим в контексте реабилитационной диагностики является установление того уровня, на какой конкретно индивид претендует в своей жизни на определенном этапе. Наличие притязаний, грубо неустойчивых или грубо неадекватных социальному состоянию и профессиональному или социально-психологическому статусу несовершеннолетнего на момент обследования, независимо от характера неадекватности, является неблагоприятным фактором в отношении реабилитации;

– данные о реабилитационном потенциале, т.е. комплексе психологических и социальных характеристик несовершеннолетнего, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности, с их оценкой: реабилитационный потенциал высокий, удовлетворительный, низкий;

– данные о реабилитационном прогнозе, т.е. предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала с его оценкой: благоприятный, относительно благоприятный, неясный, неблагоприятный¹

Содержание индивидуальной программы реабилитации определяется группой специалистов под руководством социального работника и варьирует в зависимости от специфики социальной ситуации, в которой оказался ребенок и индивидуальных особенностей его личности.

¹ Холостова, Е.И. Социальная реабилитация/ Е.И.Холостова, Н.Ф.Деметтьева. - М., 2005. - С.170-174.

Компоненты реабилитации безнадзорных и беспризорных детей	<i>Социально-правовой</i> компонент реабилитации безнадзорного или беспризорного ребенка включает следующие мероприятия: восстановление документов, удостоверяющих личность ребенка, подтверждающих его законные права на владение жилплощадью и другие материальные ценности, участие, пенсии и оформление пенсии или пособия, представительство его интересов в суде и других государственных организациях. Социально - правовая помощь оказывается и семье группы риска, в которой проживает ребенок. Формами такой помощи выступают правовые консультации, прежде всего по вопросам льгот и пособий, взысканию алиментов, составление правовых документов.
--	--

Социально-экономический компонент Индивидуальной программы реабилитации может включать различные виды материальной помощи в денежной форме в виде пособий, дотаций, компенсаций, а также различных целевых выплат.

Для детей и семей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации большое значение имеет натуральная помощь, которая оказывается в форме предоставления одежды, обуви, готовой пищи, необходимых лекарственных средств.

Психологический компонент реабилитации основывается на применении таких методов как психологическое консультирование(для детей подросткового и юношеского возраста и родителей или лиц их заменяющих); психологическая коррекция, социально-психологический тренинг, различные виды психотерапии, социально-психологический патронаж семьи и др. *Психологическое консультирование* может организовывать не только профессиональный психолог, но и социальный работник, социальный педагог и другие специалисты, получившие соответствующую профессиональную подготовку. Цель психологического консультирования заключается в помощи клиентам в оптимизации межличностных отношений со своими близкими и другими людьми, преодолении межличностных конфликтов, в том числе семейных, создании в семье

благоприятного психологического климата. Психологическое консультирование решает следующие задачи:

- оказывает эмоциональную поддержку клиенту;
- способствует повышению психологической компетенции;
- помогает изменить отношение к проблеме, в случае, если она не может быть решена силами клиента;
- повышает уровень стрессоустойчивости;
- способствует развитию реалистичности мировоззрения;
- способствует повышению ответственности клиента за свою судьбу.

Профессиональный компонент реабилитации представляет систему мероприятий по формированию конкурентоспособности клиента на рынке труда. Он включает несколько направлений:

- профессиональная ориентация, которая предполагает помощь в выборе несовершеннолетним профессии, соответствующей его индивидуальным возможностям, мотивам и установкам;
- профессиональное образование в одном из профессиональных учебных заведений, куда несовершеннолетнего могут направить органы опеки и попечительства, комиссия по делам несовершеннолетних;
- трудоустройство.¹

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Как в социальной практике определяются детская безнадзорность и беспризорность?
2. Охарактеризуйте кратко основные этапы становления социальной работы с беспризорным и безнадзорными детьми.
3. В чем специфика педагогической модели работы с беспризорными А.С.Макаренко?
4. Назовите основные направления социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных детей.

¹ Куприянов, Р.В. Теория и практика социальной реабилитации/ Р.В.Куприянов, Д.Р.Шарифуллина, Е.А.Бережная. – Казань: КГТУ, 2005. – С.50-51.

5. Как можно охарактеризовать социальные и психологические особенности беспризорных и безнадзорных детей?
6. Какова структура программы социальной реабилитации беспризорных и безнадзорных детей?

Нормативно-правовые источники

1. Федеральный закон от 24.06.1999 N 120-ФЗ (ред. от 13.10.2009) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (принят ГД ФС РФ 21.05.1999) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
2. Федеральный закон от 16.04.2001 N 44-ФЗ (ред. от 30.12.2008) «О государственном банке данных о детях, оставшихся без попечения родителей» (принят ГД ФС РФ 15.03.2001) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Федеральный закон от 21.12.1996 N 159-ФЗ (ред. от 17.12.2009) «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (принят ГД ФС РФ 04.12.1996) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
4. Семейный кодекс Российской Федерации от 29.12.1995 N 223-ФЗ (принят ГД ФС РФ 08.12.1995) (ред. от 30.06.2008) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.09.2008) (Раздел VI. Формы воспитания детей, оставшихся без попечения родителей) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
5. Приказ Минздрава РФ от 14.07.2003 N 307 «О повышении качества оказания лечебно-профилактической помощи беспризорным и безнадзорным несовершеннолетним» (вместе с «Порядком проведения вакцинопрофилактики беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних») (Зарегистрировано в Минюсте РФ 21.08.2003 N 4995) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

6. Постановление Правительства РФ от 21.03.2007 N 172 (ред. от 29.12.2009) «О федеральной целевой программе «Дети России» на 2007 - 2010 годы» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

Литература

1. Зинурова, Р.И. Социальная работа с безнадзорными несовершеннолетними/ Р.И.Зинурова, Ю.П.Филатова. – Казань: Изд-во Казан. гос. технол. ун-та, 2007.
2. Исанова, Н.Н. Основы социальной и социально-психологической работы по профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних/ Н.Н.Исанова. – Казань, 2002. – С.22.
3. Козлов, В.И. Педагогический опыт А.С.Макаренко: книга для учителя/ В.И.Козлов. – М.: Просвещение, 1987.
4. Мельников, В.П. История социальной работы в России/ В.П.Мельников, Е.И.Холостова. – М., 1998.
5. Организация деятельности центров социальной помощи населению по предупреждению детской безнадзорности: метод. рекомендации/ сост. Л.С.Алексеева, Е.В.Бурмистрова, Т.В.Земских; под общей редакцией Л.С.Алексеевой; М-во труда и социального развития РФ. – М.: Просвещение, 2002.
6. Розенфельд, Б.Р. Первые учреждения для детей народа в царской России/ Б.Р.Розенфельд// Советское государство и право. – 1991. – № 6. – С.216.
7. Холостова, Е.И. Социальная работа/ Е.И.Холостова. – М., 2005. – С. 543-544.
8. Холостова, Е.И. Социальная реабилитация/ Е.И.Холостова, Н.Ф.Дементьева. – М., 2005.

РАЗДЕЛ 11. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ И ИХ СЕМЕЙ

11.1. Специфика заболевания ВИЧ и социальные последствия ВИЧ-инфекции

Основные понятия *ВИЧ-инфекция* – это медленно прогрессирующее заболевание с поражением иммунной системы и развитием вследствие этого оппортунистических заболеваний и (или) опухолей. *СПИД* (синдром приобретенного иммунодефицита) – конечная стадия ВИЧ – инфекции. Первые случаи ВИЧ-инфекции начали регистрировать в мире с 1981 г., когда у мужчин молодого возраста, имевших сексуальные контакты с мужчинами, были диагностированы пневмоцистная пневмония и саркома Капоши, развившиеся на фоне тяжелого вторичного иммунодефицита. Это состояние было названо синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД). В 1983 г. был выделен вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), являющийся этиологической причиной вторичного иммунодефицита.

Вирус – это простейшая форма жизни. Вирусы являются возбудителями многих острых и хронических инфекционных заболеваний. Вирусы человека и животных – исключительно внутриклеточные паразиты, то есть основная часть их жизненного цикла, связанная с размножением проходит только внутри клеток организма хозяина. *ВИЧ - вирус иммунодефицита человека*, является причиной развития СПИДа. Вирус ВИЧ не может размножаться вне организма человека. Он очень нестоек, чувствителен к химическим и физическим воздействиям. При температуре 37°C его активность сохраняется в течение 6 часов в жидкостях. Он теряет свою активность после обработки 0,5% раствором натрия гидрохлорида или 70% спиртом в течение 10 минут. Для него губительны домашние отбеливающие средства (например, «Белизна») и любые моющие средства. Вирус ВИЧ также погибает при непосредственном воздействии ацетона, эфира.

Также он погибает при нагревании до температуры выше 57°C и мгновенно при кипячении. На поверхности неповрежденной кожи человека вирус быстро разрушается под воздействием защитных ферментов организма и бактерий. Единственным местом, где этот вирус чувствует себя хорошо, являются жидкости организма человека¹.

ВИЧ поражает иммунную систему человека, которая призвана защищать организм от бактерий, вирусов и других возбудителей болезней, в процессе развития инфекции происходит истощение защитных сил организма, в результате чего возбудитель любой болезни уже не встретит на своем пути преграды иммунной защитной системы, что в конечном итоге приводит к смерти.

Пути передачи

ВИЧ-инфекции

1. *Через кровь* (парентеральный путь передачи): переливание крови, пересадка органов, нестерильный инструмент, на котором осталась зараженная кровь.

2. *Через сексуальные контакты* (половой путь передачи): вероятность заражения может быть 1 из 100 за один незащищенный половой акт, причем эта вероятность существенно возрастает в случае наличия других венерических заболеваний или генитальных повреждений.

3. *От матери к ребенку* (вертикальный путь передачи): во время грудного вскармливания, во время родов, а также при дефекте плаценты может произойти внутриутробное заражение ребенка.

¹ Жизнь продолжается! Руководство по работе с ВИЧ-положительными людьми для руководителей реабилитационных центров, лидеров церквей и СПИД-сервисных организаций/ М.Телепов [и др.]. - Самара: Самарское отделение Литфонда, 2007. – С. 6.

История развития представлений о ВИЧ - инфекции¹

1979-1981 гг.	Врачи в Нью-Йорке и Лос-Анджелесе заметили необычные иммунные нарушения у ряда пациентов мужчин-гомосексуалистов: серьезные случаи генитального герпеса, рак кровеносных сосудов (саркома Капоши) и редкую форму пневмонии.
1981 год	В США впервые официально зарегистрирована ВИЧ-инфекция в терминальной стадии.
1982 год	Американские Центры по контролю заболеваний ввели в реестр болезней новое заболевание - СПИД. Зарегистрирован первый случай смерти от СПИДа в Англии.
1982-1983 гг.	Установлена связь СПИДа с переливанием крови, внутривенным введением наркотиков, сексуальными контактами и врожденными инфекциями.
1984 год	Группа доктора Люка Монтанье в Париже доказала связь между вирусом ВИЧ и заболеванием СПИДом.
1985 год	Установлено, что ВИЧ передается через кровь, сперму, влагалищный секрет и материнское молоко. В США принято решение проверять на наличие вируса всю имеющуюся донорскую кровь. В США начаты клинические исследования лекарства для борьбы с ВИЧ.
1986 год	В Москве открывается первое специализированное отделение для оказания помощи ВИЧ-положительным и больным СПИДом.
1987 год	Учреждена Глобальная программа ВОЗ по СПИДу В СССР объявлено о регистрации первого случая СПИДа у гражданина страны.
1988 год	В СССР 71 случай ВИЧ-инфекции.

¹ Жизнь продолжается! Руководство по работе с ВИЧ-положительными людьми для руководителей реабилитационных центров, лидеров церквей и СПИД-сервисных организаций/ М.Телепов [и др.]. - Самара: Самарское отделение Лиги Фонда, 2007. – С. 8.

1989 год	Заражение не стерильными инструментами 250 детей в клиниках на юге России.
1990 год	Создана сеть специализированных медицинских учреждений (СПИД-центров) для профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа.
1992 год	В мае 1992 года в Москве умер от СПИДа первый ВИЧ-позитивный.
1995 год	Создание нового класса анти-ВИЧ препаратов – ингибиторов протеазы. Начало применения высокоактивной ретровирусной терапии (ВАРТ).
1996 год	Создана Объединенная программа ООН по СПИДу. Распространение ВИЧ-инфекции в России приобретает вид геометрической прогрессии. Доказана возможность долговременного подавления вируса с помощью препаратов ВАРТ.
2007 год	В некоторых городах России в возрасте от 15 до 30 лет каждый двадцатый человек ВИЧ-инфицирован. На 31.10.2007г. в РФ официально было зарегистрировано 403 100 зараженных (по данным сайта: http://www.hivrussia.ru). По оценкам специалистов истинное количество ВИЧ положительных людей в РФ достигает 800 тысяч -1,5 миллиона человек. При условии сохранения темпов роста эпидемии через 20 лет в России может быть инфицировано 6-10% населения.

Официально зарегистрированные случаи
ВИЧ-инфекции в России, Украине и Беларуси
в пересчете на 100 тысяч населения.
1994-2006 гг.

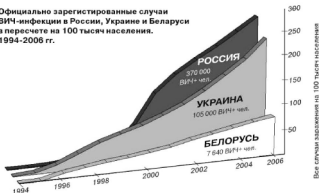


Рис. 11. 1. Развитие ВИЧ инфекции с 1994 по 2006г¹.

Социальные последствия эпидемии ВИЧ-инфекции

Распространение ВИЧ негативно воздействует на социальное и экономическое развитие стран, пораженных эпидемией. По данным Глобального доклада ЮНЭЙДС (ЮНЭЙДС — Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу), ситуация в регионах с неконтролируемым развитием ВИЧ-эпидемии характеризуется следующим образом:

Демографические последствия. ВИЧ-инфекция влияет на демографическую ситуацию, приводя к изменению в структуре населения стран, в наибольшей степени охваченных эпидемией. Эпидемия негативно влияет на уровень рождаемости и смертности, и, в конечном итоге, на возрастную и половую структуру населения. Эпидемия является причиной преждевременной смерти

¹ Жизнь продолжается! Руководство по работе с ВИЧ-положительными людьми для руководителей реабилитационных центров, лидеров церквей и СПИД-сервисных организаций/ М.Телепов [и др.]. - Самара: Самарское отделение Лиги Фонда, 2007. – С. 8.

среди населения наиболее трудоспособного и репродуктивного возраста. Одним из наиболее серьезных демографических последствий ВИЧ/СПИД является снижение продолжительности жизни. К 2010г. средняя продолжительность жизни в странах, наиболее подверженных влиянию эпидемии, может сократиться до 40 лет, что значительно ниже показателя в отсутствие ВИЧ/СПИД, и даже ниже показателей, достигнутых до «наступления» СПИД.

Последствия ВИЧ-эпидемии для домашних хозяйств. Многие страны в большей степени, подвергнувшиеся негативному воздействию эпидемии ВИЧ/СПИД, также сталкиваются с проблемами недостаточного питания, плохого качества пищевых продуктов и голодом. Эти проблемы взаимосвязаны с ВИЧ/СПИД, усиливая и усложняя его последствия. В результате болезни и ранней гибели членов семей домашние хозяйства деградируют, а неполные семьи доходят до нищеты. Вследствие потери одного, двух и даже более кормильцев они теряют источники к существованию, а большая часть средств уходит на лечение и похороны. Доказано, что в 2/3 африканских семей, в которых умер отец, ежемесячный доход снизился более чем на 80%. СПИД увеличит количество людей, живущих в крайней нищете. Наиболее тяжелым бременем ВИЧ-эпидемия ложится на плечи женщин, которым приходится зарабатывать на жизнь, ухаживать за больными, воспитывать детей. Частичная или полная потеря трудоспособных работников деформирует структуру домашнего производства и потребления. Так, около 20% сельских семей в Буркина-Фасо либо сократили сельскохозяйственное производство, либо забросили его совсем. В Эфиопии семьи, пострадавшие от СПИДа, занимаются сельскохозяйственными работами от 11,6 до 16,4 часов в неделю, тогда как не пострадавшие — 33,6 часа.

Последствия для здравоохранения. Возрастающая потребность в лечении захлестнула систему здравоохранения во многих развивающихся странах. В тоже время во многих странах значительно сокращается количество врачей, жизни которых уносит СПИД. По оценкам экспертов, в некоторых странах Африки СПИД является причиной смерти почти половины работников здравоохранения. В странах Африки к югу от Сахары ежегодные

медицинские расходы в связи со СПИДом (не включая антиретровирусную терапию) составляли в 2001 г. около 30 долл. США на душу населения, в то время как общие расходы государственного здравоохранения в большинстве стран не достигают и 10 долл. США. Эпидемия оказывает отрицательное воздействие на качество медицинских услуг. Нехватка больничных мест, медикаментов приводит к тому, что больных госпитализируют только на последних стадиях болезни, что сводит к нулю шансы на продление жизни. В странах Африки южнее Сахары (Замбия, Малави) резко (в 5–6 раз) возросло число ВИЧ-инфицированных и летальных исходов среди медицинских работников. По некоторым оценкам, для того, чтобы компенсировать эти потери, в 2001–2010 гг. необходимо будет обучать медицинским специальностям на 25–40% больше учащихся, чем в настоящее время.

Последствия на производстве и рабочих местах. ВИЧ/СПИД является серьезным препятствием для экономического развития. По оценкам экспертов, в странах с эпидемией ВИЧ/СПИД темпы экономического роста ежегодно снижаются на 1–2%. Так как ВИЧ/СПИД в большей степени поражает трудоспособное население, рабочие ресурсы стран с эпидемией сокращаются из-за высокой смертности среди квалифицированных специалистов. Так, к 2020г. трудоспособное население в некоторых странах Африки южнее Сахары может сократиться на 35%. В свою очередь, потеря квалифицированных специалистов снижает способность страны противостоять эпидемии. СПИД ослабляет экономическую активность населения, снижает производительность труда, квалификацию работников, отвлекает производительные ресурсы на другие цели, повышает расходы, связанные с лечением. Например, в 1998–1999 гг. в Руанде среди всех расходов, связанных с лечением ВИЧ/СПИДа, личные расходы составили 93%. Эпидемия сказывается на числе невыходов на работу по болезни, нарушает организацию труда, ведет к потере квалифицированных кадров. Считается, что к самым крупным расходам ведет "вымывание" специалистов и утрата персоналом технологических навыков.

Приведенный, далеко не полный перечень демографических и социально-экономических последствий ВИЧ-эпидемии складывается в апокалиптическую картину, демонстрирующую процесс быстрого вымирания и деградации значительной части населения Африканского континента. Может показаться, что к странам СНГ в целом и к России в частности такие прогнозы едва ли применимы. Тем не менее, опыт африканских стран наглядно свидетельствует о возможных масштабах поражения общества в случае отсутствия или недостаточного внимания к проблеме ВИЧ/СПИДа.

11.2. Социальные и психологические проблемы лиц живущих с ВИЧ и СПИДом (ЛЖВС)

ВИЧ-инфекция оказывает влияние на все основные стороны жизни заразившегося человека. Будучи длительно текущим заболеванием с неблагоприятным прогнозом, она представляет собой угрозу его физическому состоянию. Однако, далеко не всегда тяжесть состояния больного обусловлена соматическими причинами. Чувства, мысли, переживания людей, живущих с ВИЧ, их жизненная ситуация, взаимоотношения с окружающими и с самим врачом не менее важны для их благополучия, чем наличие или отсутствие клинических симптомов заболевания. Особенно это ярко проявляется в случае ВИЧ-инфекции. В настоящее время не вызывает сомнений то обстоятельство, что соматические заболевания тесно связаны с психологическими факторами и поведением человека¹. ВИЧ-инфекция влияет на личность пациентов: изменяет их самооценку (инфицированный человек по-другому оценивает свои возможности и место среди других людей), самоуважение, уверенность в себе. В конечном итоге ВИЧ-инфекция изменяет самосознание людей.²

¹ Беляева, В.В. Консультирование при ВИЧ инфекции: пособие для врачей различных специальностей/ В.В.Беляева, В.В.Покровский, А.В.Кравченко. – М., 2003. – С. 15-16.

² Там же. С.18-19.

Диагноз ВИЧ-инфекция создает значительные психологические нагрузки. Психологические состояния, в которые попадает ВИЧ-инфицированный, связаны с тем, что часто диагноз становится для человека неожиданностью, и потребуется время, чтобы его принять и адаптироваться к жизни в новой реальности. ВИЧ-инфицированные пациенты обнаруживают высокий уровень стресса. Это проявляется в нарушении общения, отчуждении от окружающих. Многие пациенты испытывают изменение настроения, подавленность, снижение значимости собственной личности, чувство уязвимости. Их психологическое состояние во многом определяется наличием неразрешимого конфликта между правом на жизнь и наличием неизлечимого заболевания. Пациенты отмечают выраженное ощущение беспомощности перед болезнью. Угнетает их и необходимость давать отчет о своей интимной жизни, с которой они часто сталкиваются при обнаружении ВИЧ-инфекции.

Следствием такого выраженного влияния на личность является изменение взаимоотношений с окружающими. Диапазон этих изменений достаточно велик. Некоторые пациенты рассказывали, что их близкие считали смерть лучшим выходом из создавшегося положения. Воспоминания о словах родителей «лучше бы ты умерла» не оставляют наших пациентов и сохраняют свою значимость спустя годы, когда казалось бы забываются многие обстоятельства, сопутствующие постановке диагноза инфекции ВИЧ.

Социальное окружение ВИЧ-инфицированного может оказать сильное давление, приводящее к стигматизации и дискриминации. *Стигма* (клеймо) — убежденность общества в том, что определенные свойства личности или образ жизни являются постыдными; знак позора либо общественного (церковного) порицания. ВИЧ-положительный статус может являться стигмой. Права людей, живущих с ВИЧ, часто нарушаются, потому, что в обществе знают об их ВИЧ положительном статусе. Стигматизация и дискриминация могут препятствовать получению лечения и влиять на получение работы, жилья и т.д. Это, в свою очередь, увеличивает уязвимость к другим инфекциям, поскольку стигма и

дискриминация, связанные с ВИЧ/СПИДом, лишают человека уверенности в себе и препятствуют его обращению в службу здравоохранения. В результате та часть населения, которая больше всего нуждается в получении информации, образования и консультациях, не получает их, даже если такие сервисные услуги и существуют. Попытки предотвратить развитие стигматизации и дискриминации осуществляются на различных уровнях общества, хотя их реализация ведется не всегда планомерно и зачастую носит разрозненный характер. Примером может послужить изменение терминологии в литературе о ВИЧ инфекции. В частности, в последнее время, в литературе вместо термина «ВИЧ-инфицированный», который часто воспринимается негативно из-за акцента на инфекции, стали использоваться альтернативные термины: «Люди, живущие с ВИЧ/СПИДОМ (ЛЖВС)» и «ВИЧ-положительный (ВИЧ-позитивный)». Последний термин обязан своим названием позитивному результату теста на антитела к ВИЧ.

Помимо изменений отношений с окружающими одним из возможных последствий ВИЧ-инфекции является снижение эффективности деятельности и дальнейшего развития личности. Действительно, ВИЧ-инфекция накладывает существенные ограничения на жизненные перспективы человека. На практике приходится сталкиваться и с проблемами выбора или смены профессии, и трудоустройства, и профессионального роста, и с вопросами планирования семьи.

Одновременно с развитием социально-психологических последствий инфекции ВИЧ происходит приспособление заразившихся к новым условиям жизни – социально-психологическая адаптация. При этом осознание инфицированными людьми своей новой жизненной ситуации совершается в непрерывном взаимодействии с окружающими.

Зарубежные исследователи последние годы отмечают тенденцию к изменению отношения общества к людям, инфицированным ВИЧ. Под влиянием успехов современной комбинированной противоретровирусной терапии люди стали

относиться к инфекции ВИЧ как к хроническому заболеванию¹, а не как к «чуме 20-го века». Продолжительность жизни людей своевременно и регулярно начавших прием антиретровирусной терапии сравним с продолжительностью среднестатистического человека. Это связано с тем, что современные лекарственные средства позволяют остановить процесс разрушения иммунной системы, однако они не могут избавить человека от вируса, а лишь приостанавливают его размножение в организме. Данная ситуация привела к тому, что сейчас в развитых странах где доступна АРВТ (антиретровирусная терапия) практически нет пациентов на последней стадии СПИДа. Ухудшение физического состояния ВИЧ – инфицированных связано с оппортунистическими заболеваниями или с побочными эффектами антиретровирусной терапии. Поэтому на данном этапе остро встает проблема социально – психологической реабилитации ЛЖВС. Основная цель, которой является интеграция индивидуума в социум, а для этого необходимы психологическая адаптация к изменившемуся статусу, принятие диагноза и приверженность терапии и лечебно – профилактические мероприятия.

Приверженность терапии – это процесс приема препаратов точно так, как прописано врачом: в назначенное время, дозе и с ограничениями (рекомендациями) в диете. В этом случае подразумевается активное участие пациента в процессе лечения. Приверженность при проведении антиретровирусной терапии (АРВТ) имеет очень большое значение, так как вирус имеет большую склонность к мутации, даже единичные пропуски приема лекарств могут привести к выработке вирусом устойчивости к данному препарату. Поэтому очень важна психологическая готовность человека к выполнению режима лечения. В количественном отношении приверженность лечению определяют как соотношение принятых пациентом дозировок к назначенным, выражая ее в процентах. Для успешного подавления размножения

¹ Catalan, J., Meadows, J. & Douzenis, A. The changing pattern of mental health problems in HIV infection: the view from London, UK// AIDS Care. - 2000. - №12. - P.333-341.

ВИЧ необходима очень высокая приверженность (90-95%)¹. Такой уровень трудно достичь, как показывают исследования только 68,6% пациентов, принимающих АРВТ, имеют высокую приверженность². Особенно остро эта проблема встает в том случае, когда ВИЧ - позитивный является еще и потребителем наркотиков.

Психологические реакции на статус ВИЧ-инфицированного Не существует возможности точно предсказать возможную реакцию человека на сообщение положительного диагноза на ВИЧ-инфекцию. В литературе описывают следующие реакции³:

Шок. Это естественная реакция человека на информацию, представляющую угрозу для жизни. Шоковая реакция обычно включает: состояние оцепенения, «оглушенного» молчания, выражение недоверия к сказанному; чувство смущения, смятения, неуверенности в настоящем и будущем; отчаяние; состояние эмоциональной нестабильности (быстрый и непредсказуемый переход от слез к смеху, и наоборот); отстраненность, дистанцирование от существующих вопросов и обстоятельств, нежелание участвовать в разговоре, деятельности или составлении планов лечения.

Отрицание. Некоторые люди могут реагировать на сообщение о постановке диагноза категорическим отказом поверить в вероятность такового («Это не может случиться со мной!»). На первоначальном этапе отрицание, ослабляя стресс, способно оказать благотворное влияние на пациента, но в дальнейшем оно только затрудняет процесс его адаптации к новым жизненным условиям. Если не противостоять отрицанию, человек может не осознать той социальной ответственности, которая налагается на него с момента информирования.

¹ Paterson D., Swindells S., Mohr J., et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcome in patients with HIV infection // *Ann Intern Med.* – 2000. – №133. – P.21–30.

² Влияние индивидуальных особенностей пациента на приверженность антиретровирусной терапии / В.А.Анохин [и др.] // *Казанский медицинский журнал.* – 2007. – №4. – С. 305–309.

³ Консультирование до и после теста на ВИЧ: руководство. - М.: «СПИД Фонд – Восток – Запад», 2006. – С. 46–48.

Суицидальные мысли и поступки. У человека, узнавшего о своем ВИЧ-статусе, значительно повышается риск суицидального исхода. Самоубийство может трактоваться как возможность избежать физических страданий и прекратить переживания родных и близких. Самоубийство может быть активным (намеренное членовредительство, влекущее за собой смерть) и пассивным (разрушающее здоровье поведение).

Страх. У человека, живущего с ВИЧ, много страхов. Самые серьезные из них – страх смерти и страх умирания от боли и/или в одиночестве. Среди прочих следует выделить страх оказаться брошенным (отвергнутым) близкими и обществом, страх оставить детей/семью без поддержки, страх потери телесных или умственных способностей, страх потери конфиденциальности. Иногда причина появления страха обоснована опытом других людей. Но во многих случаях она связана с недостаточностью информации о ВИЧ/СПИДе. Страхи можно уменьшить, обсудив их открыто.

Депрессия. Очень часто человек приходит в состояние депрессии в момент осознания, что вирус полностью завладел телом, заболевание неизлечимо, и над ситуацией потерян контроль. Внешним поводом к депрессии могут послужить участвовавшие медицинские осмотры. Кроме того, свой «вклад» в развитие депрессии могут внести утрата способности к воспроизводству, выполнению родительских функций, а также невозможность долгосрочного планирования.

Беспокойство/Тревога. Беспокойство входит в жизнь ВИЧ-инфицированного, как следствие чувства неопределенности в связи с заболеванием. Беспокойство может быть вызвано разными причинами, например: увеличившимся риском заражения другими заболеваниями; ухудшающейся способностью к эффективной деятельности, потерей здоровья и финансовой независимости.

Снижение самооценки. Самооценка начинает страдать сразу же после диагностирования ВИЧ-инфекции. Отстраненность соседей, коллег по работе, знакомых и близких людей может вызвать ощущение потери социальной значимости и уверенности в себе, что, в свою очередь, приводит к снижению самооценки.

Усугубить положение могут сопутствующие ВИЧ-инфекции заболевания, вызывающие изменение внешнего облика, а также физическое истощение, потеря физических сил и контроля над собственным телом.

Ипохондрия. К ипохондрии человека может привести чрезмерная озабоченность состоянием своего здоровья, когда сильнейшее беспокойство вызывают даже малейшие физические изменения. Ипохондрия может носить временный характер, проявляясь сразу же за сообщением диагноза, или постоянный, когда приспособляемость к заболеванию затруднена.

Озлобленность. Некоторые люди впадают в ярость, чувствуя, что им «страшно не повезло», что они заразились. Их поведение становится разрушающим, и они способны нанести вред и себе, и окружающим. У них может появиться склонность к частому самобичеванию (как я мог заразиться ВИЧ и т.д.), не исключены суицидальные настроения.

Потеря. Люди с ВИЧ/СПИДом испытывают чувство потери собственных притязаний, физической привлекательности, возможности сексуальных отношений, общественного положения, финансовой стабильности и независимости. По мере того как усугубляется потребность в физическом уходе, усугубляется ощущение потери уединенности и контроля над собственной жизнью. Крайне опасной является потеря уверенности в себе, так как в связи с этим может снизиться способность справиться с ВИЧ/СПИДом.

Горе. Люди с ВИЧ/СПИДом часто испытывают состояние глубокого горя и потери. Их страдания могут усиливаться из-за переживаний близких и друзей, являющихся свидетелями ухудшения здоровья ЛЖВС.

Вина. В момент, когда человеку сообщают о диагнозе ВИЧ, он обычно испытывает чувство вины перед теми, кого по неведению мог инфицировать, или за свое поведение, результатом которого явилась ВИЧ-инфекция (опыт небезопасного секса или инъекционное употребление наркотиков). Во многом состояние человека еще более усугубляется отношением общества к проблеме ВИЧ/СПИДа. Он испытывает чувство вины за печаль,

беспокойство или потери, которые его болезнь причиняет любимым людям, семье и особенно детям.

Стремление к изоляции. Реакцией ВИЧ-инфицированного может быть полный отказ от социальных контактов. Одна из важных причин подобной реакции – страх быть покинутым и реакция на него: «Все равно все отвернутся от меня, так лучше я сделаю это первым». На начальном этапе консультирующий должен проявить уважение к потребности клиента в изоляции. Но если это состояние затягивается, консультанту следует выяснить причины и побудить человека изменить отношение.

Душевное смятение. Бывает, что страх смерти или другие реакции на известие о неизлечимом заболевании вызывают или повышают заинтересованность в решении духовных вопросов. Осознание греха и вины, состояние прощения, примирения и примирения могут стать результатом поиска религиозной поддержки.

Этапы адаптации к ВИЧ-положительному диагнозу Сообщение о неизлечимой болезни может по-разному сказаться на жизни человека и близких ему людей. Кто-то догадывался о болезни, для других она оказалась полной неожиданностью. Но, так или иначе, получение этой информации в большинстве случаев расценивается как чрезвычайное событие.

Психологический кризис — неотъемлемая часть процесса принятия болезни, потому что болезнь затрагивает и изменяет всю жизнь человека. Болезнь включает несколько компонентов: *сенсорный* — восприятие боли или других нарушений; *эмоциональный* — переживание по поводу случившегося с широким спектром эмоций, от страха до надежды; *волевой* — необходимость справиться с болезнью; *рациональный* — знание о болезни.

Отношение человека к болезни может быть *адекватным* — соответствующим состоянию, *пренебрежительным* — серьезность заболевания недооценивается, *отрицающим* — связанные с заболеванием мысли и факты отвергаются, *фобическим* — серьезность состояния преувеличивается; *позитивным* — заболевание связывается преимущественно с положительными

переживаниями (например, болезнь как новый опыт, как возможность иначе взглянуть на себя и мир, получить новые материальные или иные выгоды).

Психиатр и танатолог Элизабет Кюблер-Росс, изучая процесс адаптации пациентов к диагнозу рака, выделила пять условных стадий на пути к адаптации¹:

- шок и отрицание (отказ верить),
- гнев (раздражение, обращенное вовне),
- торг, сделка,
- депрессия (раздражение, обращенное вовнутрь), печаль,
- принятие.

Рассмотрим выделенные стадии подробнее:

Шок. Человек, узнавший о своем неизлечимом заболевании, может отвергать неизбежность тяжелой болезни и фатального конца. Это — естественная психологическая защита. Человек ошеломлен, потрясен. Он отказывается верить: «Этого не может быть! Это неправда! Этого не могло случиться со мной! Это ошибка!» Отрицание является наиболее мощной защитной реакцией из всех последующих. Однако при длительном существовании отрицание вызывает невроз. Есть и эмоциональная сторона ситуации узнавания положительного диагноза — часто это вызывает страх. Но это связано не с ВИЧ конкретно, а с тем, что он, как и любая другая болезнь, связан с темой смерти, а вот об этом-то знания, концепции, или предположения, зачастую у человека нет.

Гнев. Когда человек понимает, что он теряет в связи с заболеванием, происходит переход на стадию гнева. Гнев здесь — простая агрессия по отношению к врагу. Если ранее человек пытался «врага» не заметить, отказать ему в существовании, то когда выясняется, что «враг» настолько силен, что существует, начинается попытка его уничтожить. Человек, понимающий, что болезнь может кардинально изменить его жизнь, привычки, увлечения, отдалить от него друзей и привычного окружения, раньше или позже начинает переживать гнев. Это негодование на несправедливость судьбы может переходить в явную агрессию в

¹ Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании/ Э.Кюблер-Росс. - София, 2000.

адрес окружающих. Гнев и враждебность являются нормальным этапом переживания болезни. Человека мучительно занимает вопрос: «Почему я?». И не найдя ответа, он переходит к раздражению, гневу, ярости или зависти. В случае ВИЧ-инфекции обвинения и сильный гнев часто бывают обращены на виновника заражения. Это следующая попытка человека защититься от угрожающей ему реальности.

Торг. Сделка. Когда эмоциональные ресурсы истощаются, человек может попытаться прибегнуть к сделкам. Болезнь прогрессирует, а силы, истраченные на отрицание и гнев, не восстанавливаются так быстро, как хотелось бы. Человек начинает выпрашивать, выторговывать поблажки у окружающих, которые, по его мнению, могут хоть чем-то помочь, часто делая ставкой в сделке собственную жизнь: «Если меня вылечат, я никогда не буду обманывать», «Если я брошу курить, вы мне поможете остаться в живых?». Эти попытки сделок длятся некоторое время и являются вполне естественными реакциями, помогая человеку смириться с реальностью болезни или оканчивающейся жизни. Человек может стать общительным или доверительным, ожидая за хорошее поведение вознаграждения — излечения от болезни или продления жизни. Отсутствие успеха в прошлых сделках приводит к тому, что ставки в новых сделках становятся все меньше, и они касаются все более ограниченных целей. Сделка, по сути, продолжение попытки уничтожить врага, но не силой, а обманом. Когда и это не удастся, человек возвращается к себе и начинает обдумывать свое новое состояние и свои возможности в этом состоянии...

Депрессия (горе, печаль). Когда сделки не приносят желаемого изменения к лучшему, а сил становится все меньше, неизбежно возникает депрессия. Окружающее кажется мрачным, человек чувствует себя незащищенным, он постепенно теряет интерес к жизни, становится малообщительным. Если главным переживанием является потеря здоровья, то депрессия проявится в виде сильного чувства обиды, вины, в меланхолическом настроении. Если главным переживанием является скорбь по поводу утраты семьи, друзей, жизни и будущего, то это может свидетельствовать о

приближении этапа принятия. Беседовать с человеком в депрессии очень трудно.

У кого-то могут появляться мысли о самоубийстве. Чаще всего это происходит:

а) у людей, испытывающих интенсивную потребность в контроле;

б) при внезапном сообщении о неизлечимом заболевании («Вряд ли что-то можно сделать, вы обратились слишком поздно»);

в) если обещанные перспективы выздоровления оказываются недоступны (например, человек узнает, что лекарство существует, но он не может его приобрести);

г) в состоянии одиночества.

Принятие. На данном этапе человек как бы смиряется с неизбежностью происходящего с ним: «Я прожил полную и завершённую жизнь. Я могу умереть». В этом принятии, как писал А. Маслоу, проявляется самоактуализация человека. Принимая неизбежное, многие напоминают людей, обречённых на выполнение приговора. Но иные как будто неожиданно обретают мир и спокойствие.

У людей, приближающихся к смерти в результате заболевания, могут наблюдаться несколько видов реагирования на ситуацию:

а) Человек начинает «цепляться за жизнь», использует любые средства для того, чтобы остаться в живых. Болезнь (или борьба с болезнью) становится главным смыслом жизни. Это лишает человека всех радостей, кроме одной, желанной — победы над болезнью. Такая реакция свойственна довольно небольшому количеству людей.

б) Принятие ситуации смерти как вероятной. Как правило, люди, принимающие ситуацию возможной смерти, начинают жить в полную силу. Стараются максимально обогатить себя духовно, не дать болезни взять над собой верх. Болезнь становится чем-то второстепенным, но постоянным, неким «фоном» жизни, но не руководящей силой.

в) Принятие ситуации как неизбежной. Такая реакция влечёт за собой апатию, уход в болезнь, тяжёлые переживания по поводу

любых ее проявлений. Болезнь определяет жизненный выбор, становится стержнем поведения.

Страх смерти лишает человека душевного покоя и внутреннего равновесия. Как правило, страх выражается в мыслях о том, что будет дальше, и тревоги по поводу собственной неготовности к возможным событиям. С другой стороны, любовь к жизни наполняет жизнь человека творчеством, любовью, радостью, светом, приносит душевный мир, делает человека открытым любым событиям. Человеку нужна помощь в том, чтобы обрести спокойствие и продолжать радоваться жизни.

Чувства гнева, печали и отрицания могут возвращаться. Но со временем они становятся все менее острыми. Если человек не может преодолеть одну из стадий переживания горя, ему скорее всего необходима дополнительная помощь психолога или психиатра.

Не каждый человек обязательно проходит через все перечисленные стадии переживания и необязательно они происходят в указанном порядке. Может быть «выпадение» какой-либо из них или «охождение по кругу» (когда негативное событие провоцирует депрессию или гнев). Если подобное происходит, значит, адаптация к диагнозу была ложной, временной, не стойкой и разрушилась при появлении личностно-значимых проблем.

Принятие диагноза ВИЧ - позитивными клиентами/пациентами. О принятии диагноза в полной мере свидетельствует способность человека спокойно говорить о своем статусе, изменение его поведения, ориентация на поддержку и сохранение здоровья, социальная активность, часто связанная с болезнью: профилактика ВИЧ-инфекции, защита прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Кюблер-Росс писала о ситуациях быстрого прогрессирования болезни¹. ВИЧ, как известно, прогрессирует значительно медленнее других болезней. «Сделка» в ситуации с ВИЧ начинается тогда, когда человек устает быть агрессивным. При этом вовсе не обязательно, что состояние его здоровья ухудшается. Могут быть

¹ Исаев, И.Д. Психология суицидального поведения/ И.Д.Исаев, К.В.Шеретков. - Самара, 2000.

психосоматические проявления, но они проходят быстро, сразу после простейшей психотерапии или приема релаксантов с ноотропами. Отчасти усталость от агрессии приходит потому, что человек не находит подтверждения своим опасениям: он не чувствует бессилия и сильной боли, не замечает изменений в своей внешности. После того как человек соглашается с тем, что он инфицирован, он начинает ждать. И очень часто, не дождавшись каких-либо признаков ухудшения состояния, начинает переоценивать свое состояние и перспективы. То есть в случае с ВИЧ, в отличие от рака (когда есть явное подтверждение в виде вполне физической опухоли), после агрессии идет «не торг и сделка», а переоценка своего состояния. Эта переоценка может происходить быстро, а может затянуться. Выглядит это как подобие ступора, когда человек пристально «вслушивается» в свои ощущения.

Следующая за этой переоценкой попытка «сделки» выглядит примерно так же, как описано Кюблер-Росс, только в ней нет того напряжения, которое присутствует у умирающего человека.

То, что происходит в ситуации с ВИЧ, сродни скорее процессам, связанным с принятием старения, но они ускорены. У ВИЧ-инфекции нет явных признаков, которые позволяют человеку сразу ощутить разрушение организма. Это бывает только на финальной стадии, которая наступает через 5—15 лет после заражения. Когда появляются физически ощутимые последствия заражения, ВИЧ-позитивный человек может снова встать перед необходимостью принять себя, уже «реально» больного.

В ситуации, когда после заражения прошло 1—2 года и человек почти ничего не знает о ВИЧ, можно наблюдать т.н. двойной цикл процесса принятия диагноза.

Первый цикл:

1. Гнев.

2. Сомнение и переоценка, похожие на депрессию, но ею не являющиеся (чтобы сократить этот период и снизить «накал» будущего торга, именно здесь нужно просто и ясно рассказать человеку, в какой ситуации он оказался).

3. Торг (очень длительный период, часто не очень выраженный).

4. Принятие текущего состояния (часто происходит с рецидивами торга).

Второй цикл (по описанию Кюблер-Росс):

1. Гнев (когда появляются первые физически различимые признаки иммунодефицита).

2. Торг.

3. Депрессия.

4. Принятие.

Многолетнее изучение особенностей социально-психологической адаптации ВИЧ-инфицированных пациентов на различных этапах их жизни показало наличие взаимосвязи между течением заболевания и тем, как пациенты приспосабливаются к новым условиям существования (Беляева В.В., 1999, 2000). Было обнаружено существование трех основных периодов в жизни людей, инфицированных ВИЧ, когда они особенно психологически уязвимы и нуждаются в поддержке.

1. Этап объявления диагноза. Согласно медицинской классификации заболеваний DSM-III-R, установление диагноза инфекции ВИЧ является чрезмерно тяжелым стрессорным фактором. Поэтому первый чувствительный период, когда пациенты особенно психологически уязвимы, отмечается при установлении диагноза инфекции ВИЧ. Сообщение диагноза приводит к психической травме. При этом соматическое состояние пациентов в период установления диагноза инфекции ВИЧ часто можно квалифицировать как удовлетворительное. На первый план выступают эмоциональные переживания, приводящие к повышению риска развития различных форм суицидального поведения. Любому человеку, узнавшему о диагнозе ВИЧ/СПИД, требуется психологическая поддержка и помощь в прохождении последующих стадий адаптации к диагнозу.

В это время пациенты испытывают тревогу (по поводу нарушения конфиденциальности, из-за невозможности что-либо изменить), страх (заражения близких, смерти), опасения (по поводу доступности лечения). Им также присуще чувство утраты (планов

на будущее, положения в обществе, финансовой стабильности и независимости, физической привлекательности), печаль (по поводу ожидаемых или свершившихся потерь), вина (по отношению к людям, которых они могли заразить), угрызения совести (из-за поведения, приведшего к инфицированию), а также агрессивность (в отношении предполагаемого источника заражения). Агрессивность по отношению к предполагаемому источнику заражения является психологически понятной и не патологической реакцией на психическую травму, связанную с обнаружением факта инфицированности ВИЧ. При этом на практике агрессивность, как правило, ограничивается словесными угрозами по адресу вероятного источника заражения. В среднем человеку требуется около 6 месяцев для того, чтобы свыкнуться с мыслью об инфекции ВИЧ. В это время примерно каждый пятый из тех, кому установили диагноз инфекции ВИЧ, думает о самоубийстве. Вот почему на этом этапе необходима психологическая помощь и поддержка.

2. *Появление первых признаков соматических нарушений связанных с ВИЧ – инфекцией.* При прогрессировании ВИЧ-инфекции, наступает второй чувствительный период, когда вновь повышается психологическая уязвимость пациентов и возрастает потребность в психологической помощи и поддержке. Этот период по времени совпадает с этапом появления в клинической картине инфекции ВИЧ оппортунистических инфекций и побочных эффектов антиретровирусной терапии.

К особенностям консультативной ситуации на этом этапе можно отнести ухудшение соматического состояния, которое приводит к нарушениям психической адаптации пациентов. При этом возрастает роль консультативного сопровождения лечебно-диагностических мероприятий. Целями консультирования на данном этапе развития заболевания являются:

- оказание психологической поддержки (снижение тревоги, поддержание ощущения психологической защищенности);
- профилактика агрессивного поведения;
- профилактика передачи ВИЧ;

- формирование психологической готовности к антиретровирусной терапии;
- поддержание приверженности АРВТ.

3. *Переход инфекции в завершающуюся стадию.* Потребность в помощи вновь возрастает во время третьего критического периода в жизни пациентов, когда инфекция ВИЧ переходит в терминальную стадию. Опыт консультирования пациентов на терминальной стадии инфекции ВИЧ показывает, что, несмотря на имеющиеся нарушения памяти, замедление темпа протекания психических процессов, сужение объема слухоречевого восприятия, слабость суждений и умозаключений, трудности при установлении причинно-следственных связей, истощаемость, примерно треть пациентов сохраняли мучительные переживания по поводу скорой смерти.

Таким образом, можно констатировать, что ВИЧ-инфицированные испытывают серьезные социально – психологические проблемы, которые ухудшают течение заболевания. Поэтому процесс реабилитационных мероприятий ЛЖВС должен быть направлен на решение не только медицинских, но и социально – психологических проблем.

11.3. Реабилитация лиц, живущих с ВИЧ и СПИДом

В классическом, медицинском понимании понятие «реабилитация» вообще не применимо к проблеме ВИЧ. Это связано с тем, что на данный момент это заболевание не излечимо, хотя успехи стремительно развивающейся антиретровирусной терапии дают надежду этим пациентам. В настоящее время продолжительность жизни ВИЧ-инфицированного при соблюдении ряда условий может равняться продолжительности жизни среднестатистического здорового человека. Именно поэтому появляется проблема социальной реабилитации ЛЖВС.

Специфика реабилитации заключается в том, что ВИЧ-позитивные люди формально не нуждаются в интеграции в общество, поскольку они казалось бы из него не выходили. Они

сохраняют подвижность и реальную трудоспособность. Однако, это кажущееся явление. Человек, несущий на себе печать тяжелого заболевания, которое на слуху у окружающих, может существовать в обществе без ущерба для своего личностного статуса, либо при психологической поддержке извне, либо совершая огромную духовную работу. Здесь социальная реабилитация преследует цель не восстановления работоспособности, а реальную интеграцию в общество, которое в определенной степени может быть источником поддержки для пациента.

Говоря о реабилитации применительно к ВИЧ следует иметь в виду весь комплекс мер, касающихся помощи больным СПИДом, ВИЧ-инфицированным и лицам, вынужденно находящимся в контакте с инфицированными или больными. Причем центр тяжести реабилитационной работы должен, по-видимому, находиться в пределах второго и третьего из описанных контингентов. Джеффри Лоренс из Медицинского Центра Карнегского университета указывает, что лица, страдающие СПИДом, составляют лишь небольшую часть людей, инфицированных ВИЧ. Гораздо большее количество людей имеет в крови антитела к ВИЧ, что говорит о наличии в организме вируса. У небольшой части лиц (менее 1%), инфицированных ВИЧ, вообще никогда не развивается заболевания с клинической симптоматикой. У другой части инфицированных ВИЧ, латентный период будет составлять от нескольких месяцев до нескольких десятилетий. В последнем случае пациент мало чем отличается от здорового человека, единственным патологическим фактором у него является наличие знания о своем инфицировании. Еще одной составной частью реабилитации лиц, страдающих и инфицированных ВИЧ, является адаптация неинфицированной части общества к проблеме ВИЧ, вынужденных в течении всей своей жизни существовать с ней.

**Основные
компоненты
социальной
реабилитации ВИЧ-
инфицированных**

Медицинский компонент реабилитации, включает в себя регулярный медицинский осмотр и оценку состояния иммунной системы пациента, систематическую диагностику физиологических параметров пациента,

подбор и назначение антиретровирусной терапии, назначении тех или иных медикаментов симптоматического характера и других процедур для купирования развивающихся побочных эффектов АРВТ. Своевременное консультирование по вопросам медицинского характера. Оказание медицинской помощи для лечения оппортунистических заболеваний.

Психологический компонент реабилитация пациентов. Он включает себя оказание психологической помощи при объявлении диагноза, психологическую поддержку и сопровождение на всех этапах реабилитации. Отдельно можно выделить оказание психологической помощи для семей, в которых один или оба супруга ВИЧ – инфицированы, а также психологическую помощь для родственников и ближайшего окружения ВИЧ-инфицированного. Методы оказания психологической помощи разнообразны. Это могут быть индивидуальное консультирование и групповая работа. Психологическую помощь может оказать не только специалист – психолог, но и прошедшие специальное обучение социальные работники, медицинские работники, волонтеры и др. Эффективность консультаций повышается, когда в консультировании участвует «равный» консультант, т.е. ВИЧ – позитивный консультант¹. Психологический компонент реабилитации тесно взаимосвязан с медицинским, поскольку ни для кого не секрет, что стабильность и гармония внутреннего мира человека является важнейшим фактором эффективной работы всех регуляторных систем организма, в том числе и иммунной системы. В свою очередь, стабильность функционирования иммунной

¹ Бикмухаметов Д.А. Индивидуально-обусловленные факторы формирования приверженности антиретровирусной терапии среди ВИЧ-инфицированных пациентов в РТ/ Д.А.Бикмухаметов, В.А.Анохин, В.Д.Менделевич// Сборник материалов конференции «Актуальные вопросы инфекционной патологии». – Казань: «Отечество». – 2007. – С. 41.

системы определяет, сколько придется прожить тому или иному ВИЧ-инфицированному до развития основной манифестации заболевания. Формы оказания социально-психологической поддержки могут быть различны:

- психологическое консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции;
- предоставление кризисных консультаций, в том числе при депрессиях и суицидальных тенденциях;
- систематическая поддержка через психологическое индивидуальное и групповое консультирование, а также психотерапию;
- привлечение в группы само- и взаимопомощи и др.

Социально - правовой компонент предполагает защиту прав ЛЖВС, помощь в восстановлении и оформлении документов, консультирование по социальным правам, гарантиям и льготам, а также контроль за их обеспечением.

Профессиональный компонент реабилитации включает в себя помощь в трудоустройстве и обучение ЛЖВС, а также профессиональную ориентацию, профессионально-производственную адаптацию.

Социально – бытовой компонент. Обучение ЛЖВС навыкам безопасного поведения. Формирование навыков здорового образа жизни. Развитие и формирование приверженности АРВТ и лечебно – профилактические мероприятия.

Задачи, решаемые в процессе реабилитационных мероприятий:

- повышение уровня информированности у ЛЖВС о ВИЧ-инфекции, предоставление информации о новых лекарствах, научных достижениях, законодательстве и т.д.;
- социальная адаптация и реабилитация ЛЖВС, направленная на преодоление чувства изоляции, отчужденности и возвращение к активной общественной жизни;
- моральная поддержка ЛЖВС и помощь в преодолении кризисных и тупиковых ситуаций, связанных с заболеванием;
- возрастание чувства ответственности у ЛЖВС за свое здоровье и формирование привычек здорового образа жизни;

- объединение ЛЖВС, осознание и защита участниками своих прав, адвокация;
- установление взаимопонимания и контакта между ЛЖВС и персоналом медицинских учреждений.

Формы реабилитации ВИЧ-инфицированных

Наиболее распространенные *формы* осуществления процесса реабилитации:
Консультирование по вопросам

ВИЧ/СПИДа - По определению ВОЗ, это конфиденциальный диалог между консультантом и клиентом, нацеленный на поддержку процесса принятия клиентом информированного и ответственного решения по поводу его собственных планов и будущих действий в отношении имеющихся у него рисков, связанных с ВИЧ/СПИДом. В ходе консультирования могут обсуждаться медицинские, психологические, правовые вопросы, связанные с ВИЧ/СПИДом.

Основными целями консультирования являются:

- предотвращение распространения ВИЧ-инфекции;
- оказание помощи и поддержки людям, жизнь которых оказалась связанной с ВИЧ-инфекцией.

Консультирование должно быть гибким, сосредоточенным на конкретных потребностях и ситуации клиента. Фактическое прохождение теста клиентом, как результат консультирования, не является обязательным. Важно помочь клиенту в формировании ответственного, снижающего риск или безопасного поведения. Этот процесс включает в себя три основных компонента (задачи консультанта):

- 1.Выяснение потребностей клиента.
- 2.Предоставление необходимой клиенту достоверной информации.
- 3.Оказание клиенту психологической поддержки в процессе принятия им решений.

Консультации могут проводить специалисты различного профиля, включая работников здравоохранения или социального обеспечения, добровольцев-неспециалистов, сотрудников общественных организаций, людей, живущих с ВИЧ/СПИДом

(ЛЖВС), и других членов сообщества, прошедших специальную подготовку.

Специалисты, проводящие консультирование до и после теста на ВИЧ, должны обладать базовыми знаниями по медицине и психологии. Медицинские знания необходимы для предоставления корректной информации по теме; знания психологии — для оказания психологической поддержки человеку, который находится в сложной ситуации выбора, стресса и даже кризиса. Консультант должен относиться к клиенту как к уникальной, самостоятельной личности, обладающей правом самостоятельного выбора. Давление со стороны консультанта мешает клиенту найти правильное решение и осознать всю меру принимаемой в этой связи ответственности¹.

*Процесс консультирования*². Процесс консультирования делится на три этапа: дотестовое, послетестовое и последующее консультирование. Консультирование по поводу ВИЧ следует адаптировать к нуждам клиентов. Оно может проводиться индивидуально, для конкретной пары, для ребенка или группы детей. Консультирование должно соответствовать потребностям и возможностям тех учреждений, в которых оно осуществляется. Содержание и подходы консультирования могут в значительной мере варьироваться в зависимости от целевой группы: мужчины, женщины, подростки, потребители наркотиков и т.д. Содержание и подходы могут отражать контекст вмешательства: например, консультирование в связи с конкретными вмешательствами (профилактическое лечение туберкулеза, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку).

Установление хороших отношений, проявление уважения и понимания облегчают решение проблем в трудных обстоятельствах. Очень важно, в какой манере и каким тоном человеку сообщают о серологическом статусе.

¹ Кочюнас, Р. Основы психологического консультирования/ Р.Кочюнас. – М., 1991.

² Технический обзор ЮНЭЙДС: добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). – ЮНЭЙДС, 2000.

Групповая работа с ЛЖВС

Группы взаимопомощи и поддержки ВИЧ-положительных необходимы для оказания психологической поддержки человеку, оказавшемуся в сложной ситуации. Такая поддержка содействует установлению и сохранению внутреннего душевного равновесия, что необходимо для повышения качества жизни и ее продления. Придя в такую группу, человек должен:

- Почувствовать себя «в своей тарелке» с людьми, которые понимают и сострадают тому, что он испытывает.
- Получить точную информацию о заболевании и его особенностях.

Важно, чтобы встречи группы проходили регулярно: раз в неделю, в месяц или в квартал. Эти встречи могут проводиться как в общественных местах (например, в центрах), так и на частных квартирах членов группы.

Группы, занимающиеся оказанием поддержки людям, живущим с ВИЧ, можно разделить на три основных вида:

1. Главная особенность *групп поддержки* - наличие единого лидера. Работа группы строится по принципу «сверху вниз», организуется и целиком поддерживается СПИД-сервисной организацией. Особенность такого вида групповой работы заключается в том, что ответственность за организацию и проведение встреч возложена на специалиста, а не на участников группы. Это оплачиваемый сотрудник организации: психолог или социальный работник, он может быть как ВИЧ-отрицательным, так и ВИЧ-положительным. Именно он занимается созданием и развитием группы (один или вместе с другими сотрудниками). И хотя участники могут вовлекаться в принятие решений, лидерами группы они не являются. Такие группы не имеют членства или ограничений по количеству. Правила группы либо полностью определяются специалистами, либо решение о них принимается совместно с участниками группы.

2. *Группы взаимопомощи* имеют очень много общего с группами поддержки, но и обладают коренными отличиями. Главное состоит в том, что группа взаимопомощи основана на активном участии людей, живущих с ВИЧ, что позволяет им

активизировать собственные ресурсы, развить способности, решать проблемы и контролировать собственную жизнь. Именно ответственность и контроль самих участников за развитием группы способствуют ее работе. Группа взаимопомощи является хорошей возможностью для получения новой информации и навыков. Для эффективной работы группы взаимопомощи желательно, чтобы как можно больше ее участников были на стадии, когда каждый готов не только что-то получать сам, но и поддерживать других. Помимо людей, находящихся в кризисе, на группе обязательно должны присутствовать люди, преодолевшие свои проблемы и готовые поделиться опытом с другими.

3. *Психотерапевтические группы* имеют много общего с группой поддержки. Отличие состоит в том, что психотерапевтическое взаимодействие происходит, как правило, в соответствии с запросом конкретных людей и специалист-психотерапевт действует по определенной программе.

11.4. Роль специалиста социальной работы в процессе реабилитации ЛЖВС

В период получения диагноза «ВИЧ-инфекция» у человека может возникнуть страх дискриминации. Именно специалист социальной работы во время консультирования может:

- обсудить вопросы, связанные со страхом дискриминации при обращении в специализированное учреждение – центр профилактики и борьбы со СПИДом;
- сориентировать в СПИД-сервисных организациях, т.е. дать информацию об организациях, оказывающих различные виды услуг ЛЖВС;
- информировать о принципах добровольности и конфиденциальности взаимодействия со специалистами.

Если человека обо всём этом не информировать, можно ожидать, что он обратится в Центр только с острыми заболеваниями. Если человек, живущий с ВИЧ, не посещает специализированное учреждение – центр профилактики и борьбы

со СПИДом для профилактического осмотра и обследования - это может говорить о его плохой осведомлённости о смысле динамического диспансерного наблюдения.

Социальная помощь пациенту способствует стабилизации или восстановлению его базовых социальных условий:

- восстановление утраченных документов;
- решение вопросов занятости;
- прекращение жилищных претензий, повышая самооценку и улучшая взаимоотношения в семьях.

Психосоциальная диагностика определяет качество и удовлетворённость имеющейся жизненной ситуацией. Она учитывает условия проживания, регистрацию по месту жительства, наличие медицинской страховки и других документов, основное финансовое обеспечение, обязательства по уходу за детьми, долги (в том числе, квартплата), взаимоотношения с родными и близкими, актуальные криминальные осложнения, употребление наркотиков и алкоголя.

Другая проблема ЛЖВС - заключается в преодолении возникающих барьеров, ограничивающих доступ к профессиональной помощи. Обследованию и лечению могут препятствовать:

- сопутствующие заболевания (например, абстинентный синдром при наркомании);
- утрата документов;
- отсутствие близких родственников;
- невозможность на время поручить уход за ребёнком.

В таких случаях специалист социальной работы даёт координаты внешних сервисных организаций, осуществляющих лечение наркотической и алкогольной зависимости, регистрацию бездомных, организацию опеки и тому подобное, а также предоставляет информацию о правилах приёма на лечение, особенностях регистрации и о других вопросах. Значительно облегчает доступ к «внешнему сервису» предварительная договорённость сотрудника центра профилактики и борьбы со СПИДом с представителем организации, куда рекомендуется пациент.

У специалиста социальной работы имеются сведения об организациях, которые специализируются на оказании социально-психологических, юридических и медицинских услуг:

- детские приюты;
- приюты для бездомных;
- пункты регистрации бездомных;
- центры реабилитации наркозависимых;
- транзитная служба для детей и подростков;
- службы занятости;
- группы взаимопомощи;
- организации поддержки одиноких матерей;
- службы социально- юридической помощи;
- службы поддержки инвалидов.

Чаще всего те, кто вовлечён в практику оказания помощи людям, живущим с ВИЧ, имеют дело с пациентами, страдающими зависимостью от наркотиков. Важно оказывать поддержку и тем, кто старается преодолеть зависимость и лечится, и тем, кто, несмотря на усилия специалистов, не может отказаться от наркотиков.

Употребление наркотиков и вынужденная социальная изоляция приводят к:

- затрудненному доступу к системе медицинской помощи;
- неполноценному питанию;
- отсутствию жилья;
- негигиеничному образу жизни;
- хроническому стрессу из-за нелегального существования;
- предоставлению сексуальных услуг за деньги.

Даже в этом случае во время фазы зависимости в большинстве случаев можно исключить потенциально смертельные факторы риска употребления наркотиков.

Психологической помощью в социальной работе можно считать:

- создание мотивации к изменению проблемной ситуации (к отказу от наркотиков, например);
- формирование приверженности к лечению;

- регулирование спонтанной активности пациентов.

В условиях дефицита социальной защиты данной категории пациентов (нет, например, социальных пособий, позволяющих пережить периоды ухудшения здоровья) специалист социальной работы обсуждает с пациентом линию поведения в сложной ситуации, опираясь на внутренние личностные ресурсы и поддержку со стороны родственников и друзей. Просьба о помощи может дать лучший результат, нежели предъявление требований о своих правах.

Практика показывает, что если пациент с комплексом проблем настроен лечиться, улучшать свою жизнь, он через сотрудничество со специалистом социальной работы, включается во взаимодействие с врачом инфекционистом и со специалистами других профилей (психиатром, наркологом, фтизиатром и др.). Используя мультипрофессиональную поддержку, он справляется с трудностями и добивается определённого прогресса.

Специалист социальной работы вместе со своим клиентом создает тот самый «уникальный способ», которым каждый имеет право жить, не нарушая прав других людей. При помощи команды специалистов пациент находит внутри себя те резервы, которые позволяют улучшить его жизнь.

11.5. Использование мультипрофессиональных команд в процессе реабилитации ЛЖВС

Специалист социальной работы играет исключительную роль в процессе реабилитации ЛЖВС. Это связано с тем, что социальная работа носит интегративный характер и специалист социальной работы, в силу специфики своей профессии, может стать посредником между ЛЖВС и организациями, оказывающими различные виды помощи. Особенно ярко роль специалиста социальной работы проявляется в мультипрофессиональных командах.

Мультипрофессиональная команда – это коллектив специалистов разных профилей из разных лечебных учреждений,

работающих в одном направлении. Команда поможет адаптироваться в обществе больным СПИДом и ВИЧ-инфицированным. Для оказания полноценной и своевременной помощи людям, живущим с ВИЧ, необходимо создавать организованные команды специалистов разного профиля:

- медицинских работников;
- психологов;
- специалистов социальной работы;
- консультантов из числа людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

В России и за рубежом уже есть опыт мультипрофессиональных команд для разных сфер деятельности. Сформулированы принципы их создания и функционирования. М.В.Фирсов, Б.Ю.Шапиро определяют условия формирования такой команды для социальной работы:

- *Размер команды* должен составлять 5 ± 1 человек.
- *Комплементарность навыков*. Нецелесообразно держать в одной команде несколько специалистов, обладающих идентичными навыками, т.к. кроме финансовых затрат, это чревато проблемами с распределением ролей в команде и, как следствие, снижением работоспособности.

- *Общность целей*. Чтоб группа специалистов превратилась в работоспособную команду, необходима выработка общих целей, достижению которых посвящена деятельность команды.

- *Общность идеологии*. Необходимо выработать общую идеологию работы группы для основных теоретических принципов, базовых ценностей и используемых методов работы.

- *Внутригрупповая ответственность*. Нормальное функционирование группы может осуществляться лишь при наличии определённого уровня групповой ответственности членов команды друг перед другом и перед вышестоящими организациями и лицами.

Также целесообразно различать *типы принятия командных решений*, а именно:

- *Специфически профессиональные решения*. Принимаются руководителем команды или одним специалистом узкой

направленности, и, как правило, касаются деталей методов и стратегий профессионального воздействия на случай.

- *Решения по работе со случаем.* Принимаются руководителем команды совместно с case-менеджером относительно того, каких специалистов, когда и на каких условиях необходимо привлекать к работе, а также как использовать их профессиональный потенциал наиболее эффективно.

- *Управленческие решения.* Оценка уровня работы команды, анализ внутригрупповой стратегии деятельности и другие решения, которые принимаются непосредственно группой. Решения, связанные с планированием работы команды, принимаются руководителем команды и/или case-менеджером.

Основными способами принятия решений являются:

- Принятия решений одним профессионалом. Решение и ответственность за него принимает один член команды. Это специфические узкопрофессиональные решения конкретных вопросов, на которые команда не имеет права влиять.

- Принятие решений одним профессионалом после консультирования с командой. Чаще всего к ним относятся решения о начале и окончании работы (открытие и закрытие случая), причём в последнем случае команда принимает решения о правильности и целесообразности использованных методов и стратегий работы.

- Принятие решений одним профессионалом на основе общей политики команды могут приниматься после голосования группы или на основе единодушия всех членов команды. Отдельный специалист должен подчинить своё мнение общему решению, принятому командой на основе выработанной идеологии.

Для эффективной деятельности команда должна иметь чёткую структуру и организацию и руководствоваться в своей работе чётко определёнными принципами. Внутри команды основная руководящая роль принадлежит руководителю, который назначает ответственных по тем или иным «случаям». Когда это происходит, руководство каждым случаем передается назначенному члену

команды, которому подчиняются все остальные задействованные в этой работе специалисты.

Для эффективной работы мультипрофессиональной команды (МПК) очень важно распределение обязанностей и отсутствие дублирования функций. Поскольку возможны пересечения в квалификациях специалистов (например, социальный работник может иметь значительный опыт в психологическом консультировании), необходимо чёткое установление межпрофессиональных границ. Отчасти это может быть достигнуто созданием чётких должностных инструкций для членов МПК. Другим моментом является необходимость проведения командного строительства, тренингов внутри командной деятельности и деловых игр, направленных на повышение эффективности распределения обязанностей в команде. Ответственность за эту работу возлагается на руководителя команды, который привлекает к работе по внутрикомандному строительству психолога-консультанта.

Рассмотрим случай, когда мультипрофессиональная рабочая группа включает в себя врача, медицинскую сестру, специалиста социальной работы, «равного консультанта». У каждого из сотрудников есть свои обязанности и ответственность в отношении клиента:

- *Врач* занимается проведением и анализом данных медицинского обследования, постановкой диагноза, планированием схем лечения.

- *Специалист социальной работы* занимается восстановлением и оформлением документов, консультирует по вопросам социальных льгот, налаживает взаимодействие клиента со СПИД – сервисными организациями и его социальным окружением. Помогает решить клиенту проблемы связанные с работой, учёбой, жильём, изучает и помогает наладить взаимоотношения в семье, с друзьями, коллегами, соседями.

- *Медицинская сестра* отслеживает состояние клиента, чем болеет, какой образ жизни ведёт (здоровый или нет), соблюдает ли больной режим лечения, помогает выполнять указания врача, проводит медицинские процедуры.

- *Психолог* проводит психодиагностику состояния клиента, выявляет особенности личности, помогает справиться с кризисными состояниями, оказывает психологическую помощь и поддержку, проводит психокоррекцию уровня стресса.

- *Равный консультант* делится опытом по преодолению кризисных ситуаций, связанных с болезнью, оказывает поддержку клиенту с точки зрения человека, знающего проблему «изнутри», основанном на сопоставлении своего опыта совладания с болезнью, взаимодействия с помогающими структурами, семьей и ситуацией клиента.

Во внимание принимается мнение всех участников группы. Тематику, обсуждаемую в рабочей группе, кроме клиентов, может быть и обсуждение взаимоотношений в группе, проблем (без подробностей) самих сотрудников, таких как профилактика «выгорания». Единым подходом к работе с клиентом является подход «на равных», в режиме диалога. Ведущий метод - ориентированная на решение проблемы позитивная терапия как метод совместного решения проблем, исходя из целей и интересов клиента. Изменения психологического и, возможно, социального статуса людей, живущих с ВИЧ, которые следуют за установлением диагноза ВИЧ инфекции, требуют от специалистов мультипрофессиональной команды согласованной работы по преодолению связанных с этим последствий.

Данная форма работы особенно эффективна в ситуации, когда перед пациентом возникает проблема необходимости получения им антиретровирусной терапии (АРВТ). Это требует от него принятия решения, а затем соблюдения правил приёма препаратов. На этом этапе помощи людям, живущим с ВИЧ, стратегии совершенствования приверженности, реализуемые мультипрофессиональной командой, включают:

- Установление доверия.
- Предоставление доступа между визитами для вопросов и проблем (например, возможность консультаций по телефону).
- Контроль текущей приверженности, усиливающийся во время периодов неоптимальной приверженности - более частые визиты, привлечение семьи и друзей, других членов команды,

направление в службы психического здоровья и наркологической помощи.

- Использование команды для всех пациентов, включая консультирование «равный - равному» пациентов – потребителей наркотиков.
- Учёт влияния новых диагнозов (например, депрессии, заболеваний печени, истощённости, рецидивов наркопотребления).
- Использование возможностей всех профессионалов-членов команды, а также консультантов «равный - равному» для усиления информационного воздействия на приверженность.
- Проведение тренингов антиретровирусной терапии и приверженности для команды.

11.6. Работа с семьями людей, живущих с ВИЧ

Социальная помощь семье, затронутой проблемой ВИЧ, осуществляется в комплексе с другими социальными вмешательствами, например, с посредничеством или медицинским консультированием.

Основная задача семейной помощи при всех видах нарушений и расстройств у членов семьи - помочь семье в решении основных возникающих перед ней проблем и тем самым содействовать развитию навыков жизни с ВИЧ.

Образовательная программа для родственников ВИЧ-инфицированного Одна из наиболее известных семейных программ – модель, в которой образовательная программа для родственников тесно связана с курсом медикаментозной терапии для больных, с уходом за ВИЧ - позитивным членом семьи. Задача образовательной программы - убедить членов семьи в своей способности справиться с возникшими проблемами, обеспечить наиболее терапевтически благоприятные взаимоотношения семьи с ВИЧ - позитивным членом.

Образовательная программа может состоять из четырех частей.

1. *Присоединение* – личная встреча с семьей, ознакомление ВИЧ - сервисного работника с положением клиента в семье. Работник утверждается в роли союзника и партнера семьи.

2. *Однодневные курсы*: несколько лекций, цель которых – передать важнейшие знания о болезни и ее лечении и о жизни с ВИЧ.

3. *«Семейные сессии»*, которые имеют место каждые 2—3 недели на протяжении полугода и на которых обсуждается, как удастся осуществлять все то, о чем говорилось в течение однодневных занятий.

4. *Обсуждение результатов* программы в целом и принятие решения о завершении или продолжении ее. Многие семьи принимают решение продолжать и нередко посещают занятия еще 1,5-2 года.

Образовательные программы имеют ряд общих достоинств:

1. Они обеспечивают семью именно той информацией, которая, как показывают опросы семей, им более всего нужна.

2. Подчеркивают первоочередную необходимость обучения семьи, которое усиливает ощущение семьей своей самостоятельности и противодействие процессу стигматизации.

3. Формируют конструктивный тип взаимоотношений с работником ВИЧ-сервиса, основанный на взаимном информировании и общей ответственности за социализацию или реабилитацию.

Распространение ВИЧ-инфекции привело к возникновению новой проблемы, появлению ВИЧ-позитивных детей. У части этих детей умер один или оба родителя, очень часто от таких детей родители, по разным причинам, официально отказываются, передавая их на попечение государства. Воспитание детей с ослабленным здоровьем — это сложная задача, требующая высочайшей степени самоотдачи. Поэтому помощь семье в данном случае очень важна. Процесс социальной реабилитации таких детей можно условно разделить на четыре основных этапа:

1 этап. Определение уровня дезадаптации ребенка:

- диагностика (уровень развития в соответствии с возрастом);
- ближайшее окружение (круг общения);

- места, где ребенок бывает;
- возможности ребенка (компенсаторные и коррекционные): его реабилитационный потенциал в плане дальнейшего развития;
- социальный запрос семьи и ожидаемый результат.

2 этап. Конкретные шаги и оказание помощи:

- включение ребенка в реабилитационные мероприятия;
- работа с ближайшим окружением;
- коррекция семейных отношений;
- совместная работа специалистов и семьи над программой социальной адаптации ребенка.

3 этап. Интеграция:

- расширение круга общения (создание интeгративной среды) ребенка;
- повышение уровня социально-психологической адаптивности ребенка и семьи к негативным тенденциям и воздействиям общества — подготовка семьи и ребенка к интеграции в детские учреждения;
- профориентационные мероприятия.

4 этап. Поддержка:

- взаимодействие с органами минздравсоцзащиты;
- взаимодействие с органами образования;
- посещение специалистов психолого-медико-социальных центров.

Вопросы для обсуждения на семинарских занятиях

1. Раскройте специфику заболевания ВИЧ и социальные последствия ВИЧ – инфекции.
2. Охарактеризуйте социальные и психологические проблемы лиц живущих с ВИЧ и СПИДом.
3. Опишите особенности реабилитация лиц живущих с ВИЧ и СПИДом.
4. Раскройте роль социального работника в процессе реабилитации ЛЖВС.
5. Опишите использование мультипрофессиональных команд в процессе реабилитации ЛЖВС.

6. Охарактеризуйте социально – психологическую работу с семьями, в которых есть ЛЖВС.

Нормативно-правовые источники

1. Федеральный закон от 30.03.1995 N 38-ФЗ (ред. от 23.07.2008) «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (принят ГД ФС РФ 24.02.1995) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
2. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (принят ГД ФС РФ 21.12.2001) (ред. от 25.11.2009) (с изм. и доп., вступающими в силу с 01.01.2010) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Постановление Правительства РФ от 10.05.2007 N 280 (ред. от 09.04.2009) «О федеральной целевой Программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)"» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
4. Постановление Правительства РФ от 27.12.2004 N 856 «Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
5. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.09.2007 N 610 «О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией» (вместе с «Положением об оказании паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией», «Положением об организации деятельности отделения медико-социальной реабилитации и правовой помощи Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (в рамках оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией)», «Положением об организации деятельности кабинета

инфекционных заболеваний амбулаторно-поликлинических учреждений или стационарно-поликлинических учреждений (в рамках оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией)», «Положением об организации деятельности палат паллиативной помощи в отделениях инфекционной, туберкулезной, наркологической или многопрофильной больницы, оказывающих медицинскую помощь больным ВИЧ-инфекцией», «Положением об организации деятельности отделения паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией в составе лечебно-профилактического учреждения») // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

6. Методические указания «Мониторинг поствакцинальных осложнений и их профилактика» МУ 3.3.1.1123-02 (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 26.05.2002) (9.9.5. ВИЧ-инфицированные дети) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

Литература

1. Беляева, В.В. Консультирование при ВИЧ инфекции: пособие для врачей различных специальностей/ В.В.Беляева, В.В.Покровский, А.В.Кравченко. – М., 2003.
2. Влияние индивидуальных особенностей пациента на приверженность антиретровирусной терапии/ В.А.Анохин [и др.]/ Казанский медицинский журнал. – 2007. – №4. – С. 305–309.
3. Жизнь продолжается! Руководство по работе с ВИЧ-положительными людьми для руководителей реабилитационных центров, лидеров церквей и СПИД-сервисных организаций/ М.Телепов [и др.]. – Самара: Самарское отделение Литфонда, 2007.
4. Бикмухаметов, Д.А. Индивидуально-обусловленные факторы формирования приверженности антиретровирусной терапии среди ВИЧ-инфицированных пациентов в РТ/ Д.А.Бикмухаметов, В.А.Анохин, В.Д.Менделевич// Сборник

- материалов конференции «Актуальные вопросы инфекционной патологии». – Казань: «Отечество». – 2007. – С. 41.
5. Исаев, И.Д. Психология суицидального поведения/ И.Д.Исаев, К.В.Шерстков. – Самара, 2000.
 6. Консультирование до и после теста на ВИЧ: руководство. – М.: «СПИД Фонд – Восток – Запад», 2006.
 7. Кюблер-Росс, Э. О смерти и умирании/ Э.Кюблер-Росс. – София, 2000.
 8. Кочюнас, Р. Основы психологического консультирования/ Р.Кочюнас. – М.: 1991.
 9. Технический обзор ЮНЭЙДС: добровольное консультирование и тестирование (ДКТ). – ЮНЭЙДС, 2000.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

В данной работе предпринята попытка соотнести современную теорию адаптации и реабилитации с практикой по их реализации для различных категорий граждан. В учебном пособии проанализированы понятия «адаптация» и «реабилитация», раскрыты теоретические подходы к интерпретации данных явлений, показана возможность использования «процессного подхода» к феномену реабилитации, описаны специфические черты реабилитационного процесса; рассмотрены основные принципы организации процесса реабилитации; дана характеристика этапов и уровней процесса реабилитации.

Особое внимание в пособии уделяется роли специалиста социальной работы в процессе реабилитации. Проведен анализ реабилитационной деятельности специалиста социальной работы. Обобщены его функции, описанные в научной литературе, предложена их новая классификация. На основе анализа деятельности дано описание требований к уровню образованности и личностным качествам специалиста социальной работы.

В работе рассмотрены практические аспекты социальной адаптации и реабилитации отдельных социальных групп: инвалидов, лиц пожилого возраста, военнослужащих, мигрантов, наркозависимых, лиц, освобождаемых из мест лишения свободы, беспризорных и безнадзорных детей, ВИЧ-инфицированных. Изучен опыт других стран в области реабилитации данных групп.

Проведенный теоретический анализ и изучение практики адаптации и реабилитации в социальной работе позволяет увидеть всю многогранность и сложность описываемых явлений. Такой комплексный подход позволяет создать у студентов, обучающихся по специальности 040100 «Социальная работа», всестороннее видение специфики процесса адаптации и реабилитации в социальной работе и может послужить основой для более углубленного изучения данной проблемы.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Понятие инвалидности и период ожидания получения пособия по компенсации заработка¹

Страны	Понятие инвалидности	Обязательный период ожидания
Австралия	Ограничения, которые равняются минимум 20 баллам по таблицам нарушений, и невозможность выполнять работу более 30 часов в неделю или быть в течение двух лет обученным новой профессии с возможностью полного заработка.	Нет
Австрия	50 % ограничения способности к труду, или способности зарабатывать (для низкоквалифицированных работников). В данном случае велика роль судебных решений из-за нечеткого определения.	Обязательно, чтобы нарушение здоровья было более 6 месяцев.
Бельгия	66,6% ограничения способности к труду по специальности.	1 год
Канада	Серьезные и длящиеся нарушения, которые приводят к невозможности выполнять трудовые обязанности в обычных условиях	Нет

¹ Новиков, М. Сравнительный анализ государственной политики Российской Федерации и ведущих мировых стран в области поддержки доходов и обеспечения социальных выплат людям с инвалидностью [Электронный ресурс]/ М.Новиков, С.Котова.– Режим доступа: www.rabota.perspektiva-inva.ru, свободный.

Страны	Понятие инвалидности	Обязательный период ожидания
Дания	50 % уменьшения трудоспособности. После достижения 55 лет такое уменьшения может быть и по причине только социальных факторов.	Нет, но курс реабилитации должен быть завершен до назначения пособия.
Франция	66,6 % потери способности зарабатывать, но для полного пособия необходима полная потеря трудоспособности.	Нет
Германия	25 % потери трудоспособности для частичного пособия, определяется в зависимости от количества часов, которые человек может работать.	Нет, но нарушения здоровья должны продолжаться не меньше 26 недель.
Италия	66,6 % потери трудоспособности (для частичного пособия определяют, опираясь на подходящую работу).	Нет
Корея	Медицинские критерии с четким определением степени инвалидности.	50 дней
Мексика	50 % потеря способности к труду применительно к предыдущей работе.	Нет
Голландия	15 % потери способности зарабатывать (25 % для молодежи и индивидуальных предпринимателей). Степень инвалидности определяется как соотношение возможной зарплаты с такими-то нарушениями и зарплаты до инвалидности	1 год

Страны	Понятие инвалидности	Обязательный период ожидания
Норвегия	50 % потери трудоспособности, но степень способности зарабатывать определяет степень инвалидности	Нет, но необходимо пройти профессиональную реабилитацию до назначения пособия.
Польша	Постоянное или временное уменьшения трудоспособности	Нет
Португалия	66,6 % потери способности зарабатывать	Нет
Испания	33 % потери трудоспособности для частичного пособия, для полного пособия полная потеря способности к труду.	Нет
Швеция	25 % потери трудоспособности. Определяется в зависимости от того, сколько часов в день человек может работать.	Нет
Швейцария	40 % потери способности зарабатывать для неактивных инвалидов, степень инвалидности определяется в зависимости от занятия (сидит дома, получает образование...)	1 год
Турция	66,6 % потери трудоспособности по медицинским показателям.	Нет
Англия	Наличие ограниченный жизнедеятельности, которые влияют на возможность выполнять работу. Проводится медицинское обследование и оценка возможностей человека.	28 недель

Страны	Понятие инвалидности	Обязательный период ожидания
США	Потеря способности зарабатывать (невозможность выполнять приносящую доход деятельность, то есть, зарабатывать более 740 долларов в месяц).	5 месяцев

Регулирование освидетельствований инвалидности на предмет выплаты государственных социальных пособий в разных странах¹

Австралия	Пособие временное, медицинское переосвидетельствования каждые 2 года, а обычно 5 лет. Выборочная проверка доходов, применение опросного листа для выяснения изменений с прошлого переосвидетельствования.
Австрия	Пособие временное, переосвидетельствование проводится в срок до двух лет, может быть назначено постоянно при 100% инвалидности в случае если нет улучшения медицинских показателей
Бельгия	Четкой процедуры нет, обычно проводится несколько переосвидетельствований, после трех лет дается бессрочно.
Канада	Пособие бессрочное.
Дания	Пособие бессрочное, если реабилитация не принесла результатов.
Франция	Пособие временное, проводятся систематические переосвидетельствования.
Германия	Пособие временное до трех лет, если существуют положительные перспективы реабилитации. Выплачиваются пособия для ограниченно трудоспособных граждан.
Италия	Пособие бессрочное для полностью нетрудоспособных граждан. Временные пособия до трех лет для частично нетрудоспособных граждан. После 6 лет пособия становятся бессрочными
Корея	Гибкий график переосвидетельствований при изменениях в состоянии здоровья.

¹ Новиков, М. Сравнительный анализ государственной политики Российской Федерации и ведущих мировых стран в области поддержки доходов и обеспечения социальных выплат людям с инвалидностью [Электронный ресурс]/ М.Новиков, С.Котова.– Режим доступа: www.rabota.perspektiva-inva.ru, свободный.

Мексика	Пособия временные, проводятся периодические переосвидетельствования, в случае если возможны улучшения. Обычно становится бессрочным после двух лет.
Голландия	Пособия временные до 5 лет, систематические переосвидетельствования, но из-за нехватки кадров обычно проводится в форме опросного листа.
Норвегия	Пособия фактически бессрочные, нет процедуры систематического переосвидетельствования статуса инвалида. Изменения трудоспособности могут быть обнаружены с помощью сведений о доходах от налоговых органов.
Польша	Гибкая система, все зависит от вероятности улучшения положения.
Португалия	Постоянно, но переосвидетельствования могут проходить с частотой от 3 до 10 лет. По требованию специальной контрольной комиссии в любое время.
Испания	Пособия бессрочны.
Швеция	Пособия фактически бессрочное. Пособия с ограничением срока назначаются при наличии длящихся, но прекращающихся нарушениях.
Швейцария	Пособия де факто бессрочно, но переосвидетельствование проходят каждые 3-10 лет, а также в любое время по требованию самого получателя пособия или специальной комиссии.
Англия	Пособия обычно временные до тех пор, пока не достигнут пенсионных возраст. Частота переосвидетельствований решается на самих переосвидетельствованиях.
США	Пособия де факто бессрочны, но могут быть пересмотрены, однако соответствующие органы должны доказать, что состояние здоровья инвалида улучшилось.

**Основные законодательные акты, регулирующие
трудоустройство инвалидов¹**

Австралия	<ul style="list-style-type: none"> • Акт содружества о дискриминации инвалидов запрещает увольнение по причине инвалидности, определяет стандарты для трудоустройства. • Акт об услугах для инвалидов определяет правила предоставления услуг для инвалидов (поддерживаемая занятости, профессиональная реабилитация). • Акт о рабочем месте устанавливает субсидии для трудоустройства на открытом рынке труда.
Австрия	<ul style="list-style-type: none"> • Акт о трудоустройстве инвалидов устанавливает обязательную квоту для трудоустройства зарегистрированных инвалидов, увольнение после 6 месяцев работы на новом месте только с согласия региональной комиссии. • Австрийская Конституция содержит общую статью о запрете дискриминации.
Бельгия	<ul style="list-style-type: none"> • Акт о социальной реабилитации, сформулировал основы нового законодательства о недискриминации инвалидов в различных областях. • Трудовое законодательство запрещает дискриминацию при трудоустройстве, в том числе и по основанию инвалидности.
Канада	<ul style="list-style-type: none"> • Канадская Хартия о правах и свободах гарантирует равные права и недискриминацию инвалидов.

¹ Новиков, М. Сравнительный анализ государственной политики Российской Федерации и ведущих мировых стран в области поддержки доходов и обеспечения социальных выплат людям с инвалидностью [Электронный ресурс]/ М.Новиков, С.Котова.– Режим доступа: www.rabota.perspektiva-inva.ru, свободный.

Дания	<ul style="list-style-type: none"> • Социальная модель инвалидности и компенсационная модель (государство должно предоставить инвалидам все возможности, чтобы компенсировать свои нарушения для предоставления им равных возможностей), принцип секторной ответственности, каждый сектор общества должен отвечать за свой участок. • В основном законодательство сфокусировано на принципе добровольности и предоставлении информации.
Франция	<ul style="list-style-type: none"> • Акт о реабилитации инвалидов запрещает дискриминацию инвалидов. • Акт о работниках с инвалидностью устанавливает обязательную квоту, а также более длительный период для уведомления инвалидов об увольнении.
Германия	<ul style="list-style-type: none"> • Акт об интеграции инвалидов устанавливает обязательную квоту для трудоустройства инвалидов, увольнение после 6 месяцев после заключения контракта только с согласия государственного органа, а также другие обязанности работодателя. • Социальный кодекс устанавливает право на социальную интеграцию, основы реабилитации.
Италия	<ul style="list-style-type: none"> • Закон о правах, социальной интеграции и услугах для инвалидов устанавливает принцип интеграции в государственной политике и закрепляет определенные права в этой области. В их числе право на труд и обязательную квоту. 60 % инвалидность, или 30% потеря профессиональной трудоспособности не могут быть справедливыми основаниями для увольнения.
Корея	<ul style="list-style-type: none"> • Акт о трудоустройстве и профессиональной реабилитации инвалидов запрещает дискриминацию по причине инвалидности, устанавливает обязательную квоту. • Акт о социальной поддержке инвалидов запрещает дискриминацию со стороны работодателя и служб занятости.

Мексика	<ul style="list-style-type: none"> • Закон о трудоустройстве запрещает дискриминацию и несправедливое увольнение всех граждан, в том числе инвалидов. • Страна ратифицировала Конвенцию государств Америки о запрещении всех форм дискриминации по отношению к инвалидам.
Голландия	<ul style="list-style-type: none"> • Акт о ре-интеграции инвалидов устанавливает механизмы оставления на работе лиц получивших трудовые увечья или заболевания, устанавливает обязанности для работодателя по трудоустройству инвалидов. • Социальный Кодекс запрещает увольнение по причине болезни или инвалидности в течение 2 лет.
Норвегия	<ul style="list-style-type: none"> • Акт о рабочем месте устанавливает обязанности работодателя по отношению к работникам с инвалидностью. • Акт о недискриминации запрещает дискриминацию по причине инвалидности.
Польша	<ul style="list-style-type: none"> • Акт о социальной интеграции, профессиональной реабилитации и занятости инвалидов устанавливает обязательную квоту для работодателей. • Трудовой Кодекс запрещает дискриминацию в трудовых отношениях по причине инвалидности.
Португалия	<ul style="list-style-type: none"> • Конституция устанавливает, что инвалиды имеют такие же, как и другие граждане права и обязанности. • Основной законодательный акт о социальной реабилитации и интеграции инвалидов устанавливает основы государственной политики по отношению к инвалидам и механизмы реализации прав, закрепленных в Конституции, акт запрещает увольнение без обоснованных причин, предоставляет поддержку организациям, занимающимся профессиональной реабилитацией инвалидов.

Испания	<ul style="list-style-type: none"> Акт о социальной интеграции инвалидов устанавливает обязательную квоту, особую защиту для лиц, получивших инвалидность во время работы и получающих пенсию по инвалидности. Правила трудоустройства запрещают дискриминацию инвалидов при трудоустройстве.
Швеция	<ul style="list-style-type: none"> Акт о борьбе с дискриминацией запрещает дискриминацию по признаку инвалидности в трудовых отношениях. Акт о рабочем месте устанавливает дополнительные обязанности для работодателей. Акт об услугах для лиц с ограничениями жизнедеятельности устанавливает обязанности в этой сфере органов власти провинций и графств.
Швейцария	<ul style="list-style-type: none"> Конституция содержит общую норму о недискриминации. В основном политика построена не на обязывании и запретах, а на стимулировании.
Турция	<ul style="list-style-type: none"> Трудовой кодекс устанавливает обязательную квоту, регулирует занятость инвалидов, устанавливает критерии для определения инвалидности.
Англия	<ul style="list-style-type: none"> Акт о запрете дискриминации инвалидов запрещает дискриминацию в трудовых отношениях по признаку инвалидности, запрещает увольнение по причине инвалидности, обязывает работодателей со штатом более 15 человек предоставлять услуги для работников с инвалидностью вместе с другими работниками.
США	<ul style="list-style-type: none"> Акт об американцах с инвалидностью запрещает дискриминацию по причине инвалидности квалифицированных работников с инвалидностью (положение касается работодателей со штатом свыше 15 человек и организациями, получающими средства от федерального правительства), Возлагает на государственные органы обязанность стать лидером в трудоустройстве инвалидов

Нормативно-правовая база, регулирующая права инвалидов в РФ (по состоянию на 2010г.)

1. Всемирная программа действий в отношении инвалидов (Принята 03.12.1982 Резолюцией 37-52 Генеральной Ассамблеи ООН) // Всемирная программа действий в отношении инвалидов. - Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций, 1983. - С. 1-61.
2. Декларация о правах инвалидов (Резолюция тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 3447 (XXX) от 9 декабря 1975 г.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
3. Конвенция ООН «О правах инвалидов» (Принята ООН 13 декабря 2007) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
4. Конвенция № 48 Международной организации труда «Об установлении системы международного сотрудничества по сохранению прав, вытекающих из страхования по инвалидности, старости и на случай потери кормильца семьи» (Принято в Женеве 22 июня 1935 г.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
5. Конвенция Международной организации труда № 128 «О пособиях по инвалидности, по старости и по случаю потери кормильца» (Принята в Женеве 29 июня 1967 г.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
6. Конвенция Международной организации труда «О профессиональной реабилитации и занятости инвалидов» № 159 [рус., англ.] (Принята в г. Женеве 20.06.1983 на 69-ей сессии Генеральной конференции МОТ) // Конвенции и рекомендации, принятые Международной конференцией труда. 1957 - 1990. Т. II.- Женеве: Международное бюро труда, 1991. С. 2031 - 2035.
7. Рекомендация Международной организации труда № 131 «О

- пособиях по инвалидности, по старости и по случаю потери кормильца» (Принята в Женеве 29 июня 1967г.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
8. Рекомендация Международной организации труда № 168 «О профессиональной реабилитации и занятости инвалидов» [рус., англ.] (Принята в г. Женеве 20.06.1983) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2009].
9. Рекомендация Международной Организации Труда № 88 «О профессиональном обучении взрослых, включая инвалидов» от 30 июня 1950 г.// КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
10. Рекомендация Международной Организации Труда № 99 «О переквалификации инвалидов» (Принята в Женеве 22 июня 1955 г.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
11. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей Организации Объединенных наций на ее сорок восьмой сессии 20 декабря 1993 года (резолюция 48/96)) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
12. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
13. Трудовой кодекс РФ от 30.12.2001 г. № 197-ФЗ (ред. от 30.12.2008) // Российская газета. – 2001. – № 256. – 31 декабря.
14. Федеральный Закон «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам реабилитации инвалидов» (с изменениями от 22 августа

- 2004 года) от 23 октября 2003 г. № 132-ФЗ // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
15. Федеральный закон «О занятости населения в Российской Федерации» от 10.01.2003 г. №15-ФЗ (ред. от 18.10.2007) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 16. Федеральный закон «О коллективных договорах и соглашениях» от 11.03.1992 №2490-1 (ред.от 30.12.2001 № 196-ФЗ) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 17. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 24.07.2009) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (принят ГД ФС РФ 20.07.1995) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 18. Федеральный закон от 02.08.1995 N 122-ФЗ (ред. от 22.08.2004) «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» (принят ГД ФС РФ 17.05.1995) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
 19. Федеральный закон «О физической культуре и спорте в Российской Федерации» от 4 декабря 2007 г. N 329-ФЗ // Парламентская газета. – 2007. – № 178-180. – 14 декабря.
 20. Федеральный закон «Об образовании» от 10.07.1992 N 3266-1 (ред. от 13.02.2009) // Парламентская газета. – 2009. – 17 февраля.
 21. Федеральный закон «О высшем и послевузовском профессиональном образовании» от 22.08.1996 г. № 125-ФЗ (ред. от 13.02.2009) // Парламентская газета. – 2009. – 17 февраля.
 22. Указ Президента РФ от 06.05.2008 N 685 «О некоторых мерах социальной поддержки инвалидов» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М.,

2010].

23. Указ Президента РФ «О мерах по профессиональной реабилитации и обеспечению занятости инвалидов» от 25 марта 1993 г. №394 // Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации. – 1993. – № 13. ст. 1104.
24. Указ Президента РФ «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» от 27 июля 1992 г. № 802 // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
25. Указ Президента РФ «О некоторых мерах социальной поддержки инвалидов» от 6 мая 2008 г. № 685 // Российская газета". – 2008. – № 97. – 8 мая.
26. Распоряжение Президента РФ «О подписании Конвенции о правах инвалидов» от 5 августа 2008 г. № 450-рп // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
27. Постановление Правительства РФ «О внесении изменений в Правила признания лица инвалидом» от 7 апреля 2008 г. № 247 // Российская газета. – 2008. – N 84. – 17 апреля.
28. Постановление Правительства РФ «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» от 16 декабря 2004 г. N 805 (ред. от 25.08.2008) // Собрание законодательства РФ. – 2008. – 1 сентября.
29. Постановление Правительства РФ «О мерах по обеспечению беспрепятственного доступа инвалидов к информации и объектам социальной инфраструктуры» от 7 декабря 1996 г. № 1449 // Собрание законодательства РФ. – 1996. – № 51. – Ст. 5806.
30. Постановление Правительства РФ «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных

протезов), протезно-ортопедическими изделиями» от 7 апреля 2008 г. № 240 // Российская газета. – 2008. – № 81. – 15 апреля.

31. Постановление Правительства РФ «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы» от 16 декабря 2004 г. № 805 (ред. от 25.08.2008) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
32. Постановление Правительства РФ «О порядке и условиях признания граждан инвалидами» от 20 февраля 2006 г. № 95 (в ред. Постановления Правительства РФ от 07.04.2008 г № 247) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
33. Постановление Правительства РФ «О порядке признания граждан инвалидами» от 13.08.1996 г. № 965 (ред. от 01.02.2005) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
34. Постановление Правительства РФ «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг» от 27.07.1996 г. № 901 // Российская газета. – 1996. – №151. – 10 августа.
35. Постановление Правительства РФ от 29.12.2005 N 832 (ред. от 21.06.2010) «О федеральной целевой программе «Социальная поддержка инвалидов на 2006 – 2010 годы» // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
36. Постановление Правительства РФ «Об утверждении перечня технических средств, используемых исключительно для профилактики инвалидности или реабилитации инвалидов, реализация которых не подлежит обложению налогом на добавленную стоимость: постановление» от 21 декабря 2000 г. №

- 998 (в ред. от 10.05. 2001) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
37. Постановление Правительства РФ «Об утверждении правил установления степени утраты профессиональной трудоспособности в результате несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний» от 16 октября 2000 г. № 789 (ред. от 01.02.2005, с изм. от 20.08.2007) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
38. Постановление Правительства РФ «Об обеспечении формирования доступной для инвалидов среды жизнедеятельности» от 12 августа 1994 г. №927 // Российская газета. – 1994. – № 163. – 27 августа.
39. Постановление Правительства РФ «Об утверждении Порядка воспитания и обучения детей-инвалидов на дому и в негосударственных образовательных учреждениях» от 18 июля 1996 г. № 861 // Собрание законодательства РФ. – 2008. – № 29 (ч. 2) – Ст. 3519.
40. Распоряжение Правительства РФ «Об утверждении федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» от 30 декабря 2005 г. № 2347-р // Библиотечка Российской газеты. – 2004. – № 23.
41. Постановление Министерства труда и социального развития РФ и Министерства образования РФ «Положение об организации профессиональной подготовки, повышения квалификации и переподготовки безработных граждан и незанятого населения» от 13 января 2000 г. № 3/1 // Российской газета. – 2001. – 22 марта.
42. Постановление Министерства труда РФ «О перечне приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть

конкурентоспособными на региональных рынках труда» от 08.09.1993 г. № 150 // Российские вести. – 1993. – № 184. – 23 сентября.

43. Постановлением Министерства труда РФ «Перечень приоритетных профессий рабочих и служащих, овладение которыми дает инвалидам наибольшую возможность быть конкурентоспособными на региональных рынках труда» от 8 сентября 1993 г. № 150 // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
44. Приказ Минздравсоцразвития РФ «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации» от 04.08.2008 г. № 379н (ред. от 16.03.2009) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
45. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» от 22 августа 2005 г. № 535 // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
46. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены» от 7 мая 2007 г. № 321 (с изменениями от 14 марта, 30 июня 2008 г.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].

47. Приказ Минсоцобеспечения РСФСР «Методические указания по определению причин инвалидности» от 25 декабря 1986 г. № 161 (с изм. и доп. от 24 мая 1993 г.) // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
48. Приказом Минсоцобеспечения РСФСР «Методические указания по отдельным вопросам экспертизы трудоспособности» от 25 декабря 1986 г. № 161 // Сборник нормативных актов и документов «Социальная защита инвалидов». – М.: Юридическая литература, 1994.
49. Приказ Минобразования РФ «О федеральных головных и окружных учебно-методических центрах по обучению инвалидов» от 24 мая 2004 г. № 2356 // Вестник образования России. – 2004. – № 18.
50. Письмо ФСС РФ «О предоставлении льгот общественным организациям инвалидов» от 05.01.2004 № 02-18/07-95 // Страховая деятельность. – 2004 – № 1.
51. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об обеспечении техническими средствами реабилитации инвалидов - иностранных граждан» от 29 июля 2005 г. N 3587-ВС // Вестник государственного социального страхования. Социальный мир. – 2005. – № 11.
52. Письмо Министерства образования и науки РФ «О создании условий для получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами» от 18 апреля 2008 г. № АФ-150/06 // Вестник образования. – 2008. – № 18.
53. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Методические рекомендации по обеспечению инвалидов техническими средствами реабилитации в рамках Федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду

- (предназначены для специалистов федеральных учреждений медико-социальной экспертизы)» от 5 мая 2006 г. N 2317-ВС // КонсультантПлюс. ВерсияПроф. [Электронный ресурс]. – Электрон. дан. – [М., 2010].
54. Письмо Минобразования РФ «Об условиях приема и обучения инвалидов в учреждениях высшего профессионального образования» от 25.03.1999 г. № 27/502-6 // Бюллетень Минобразования РФ. – 1999. – № 5.
55. Письмо Минобразования РФ «О психолого-медико-педагогической комиссии» от 14 июля 2003 г. N 27/2967-6 // Логопед. – 2004. – № 5.
56. Письмо Минобрнауки РФ № ВФ-577/06, Минздравсоцразвития РФ № 2608-ВС от 04.04.2007 «О реализации конституционного права детей-инвалидов, проживающих в детских домах-интернатах для умственно отсталых детей, на образование» // Вестник образования. – 2007. – № 18.
57. Указание Федеральной службы занятости РФ «О признании инвалидов безработными» от 2 февраля 1996 г. № П-5-20-271 // Российские вести. – 1996. – № 48. – 14 марта.
58. Закон Республики Татарстан «О квотировании и резервировании рабочих мест для инвалидов и граждан, особо нуждающихся в социальной защите» от 24 июля 2006 г. № 60-ЗРТ № 150 (25746) // Республика Татарстан. – 2006. – № 150. – 28 июля.
59. Постановление Кабинета Министров РТ «Об утверждении Положения о порядке квотирования рабочих мест для трудоустройства инвалидов в организациях, расположенных на территории Республики Татарстан» от 04.05.2007 г. №170 // Сборник постановлений и распоряжений Кабинета Министров Республики Татарстан и нормативных актов республиканских органов исполнительной власти. 2007. – № 19. – Ст. 0673.