

Кравцова М.В. Трудовая занятость как условие социализации лиц с особенностями психофизического развития// Формирование личности ребенка с особыми потребностями в условиях меняющегося мира: учеб.-метод. пособие: в приложении CD/ С.Е.Гайдукевич, В.В.Радыгина, С.Н. Феклистова и др. – Минск: БГПУ, 2011.

## ТРУДОВАЯ ЗАНЯТОСТЬ КАК УСЛОВИЕ СОЦИАЛИЗАЦИИ ЛИЦ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

### **I. Проблемы социализации людей с особенностями психофизического развития.**

**«...человек лишь постольку и является личностью,  
поскольку он имеет свою историю»  
С.Л.Рубинштейн**

Выдающийся отечественный психолог С.Л.Рубинштейн отмечал, что сущность человеческой личности состоит в том, что она не только развивается как всякий организм, но и имеет свою историю [7]. Каждый человек, каждая человеческая личность имеет свою историю, характеризующуюся определенным перечнем событий, индивидуальностью их восприятия и разной интенсивностью переживаний. И каждая такая история не обособлена, а является частью истории человечества, а значит и влияет на определение хода истории всего человечества.

Это принципиально важная концептуальная позиция определяет теоретико-методологические основания организации работы с людьми с особенностями психофизического развития. Невозможно выстроить процесс социализации вне контекста биографии человека. Концентрируя внимание лишь на дефекте и его коррекции, мы упускаем из внимания фундаментальные структуры личности и целостный подход к восприятию человека. Даже если это человек с нарушенным ходом психофизического развития, его биография имеет место, она оригинальна и включена в общий ход динамического функционирования социума.

Личность человека формируется в процессе совершения своего жизненного пути. В связи с этим, ни понимание психолого-педагогических проблем человека с особенностями психофизического развития, ни построение образовательных и коррекционных целей невозможно вне анализа контекста истории человека.

И.С.Кон подчеркивал, что нельзя свести жизненный путь человека к универсальным закономерностям онтогенеза [3]. Жизненный путь каждого

человека, его биография обусловлены сложной совокупностью индивидуальных условий, которые определяют своеобразие возможностей развития, познания, переживаний, а также целей, стоящих перед человеком в тот или иной период его жизни. Нельзя понять индивидуальное развитие человека в контексте неизменности социального мира.

К примеру, уже сейчас, при работе, мы можем выделить несколько групп людей с особенностями психофизического развития, принадлежащих к разным поколениям, и отличающихся и уровнем адаптации, социализации, и уровнем развития психических процессов, личностного развития. Обусловлено это серьезной разницей в концептуальном понимании инвалидности и места человека с инвалидностью в обществе, степени его участия в общественных процессах при разных идеологических эпохах нашего государства. Система сопровождения человека с особенностями психофизического развития, в особенности с тяжелыми и множественными нарушениями, принципиально отличалась в советский период и на современном этапе.

В основе организации процесса социализации человека с особенностями психофизического развития лежит конкретное концептуальное представление специалиста о таком человеке, о целях и смыслах его жизни.

Социализация – это процесс, который остановить невозможно. В любом случае, при контакте с социумом в том или ином виде процесс усвоения человеком социальных ценностей, норм, моделей поведения будет происходить. Сложность вопроса заключается в характере протекания этого процесса и его итоговых результатах. Можно допустить протекание этого процесса «стихийно», нецеленаправленно и непланомерно, тогда с большой степенью риска поведение взрослого человека с нарушениями развития будет неадекватным возрасту и социальным нормативам общества. Таким образом, мы можем говорить о разном характере протекания процесса социализации, который будет определять уровень адаптации в обществе человека с особенностями психофизического развития во взрослом возрасте.

Характер процесса социализации определяется рядом условий, среди которых для ребенка с особенностями психофизического развития первостепенное значение будут иметь средовые условия, в которых осуществляется процесс социализации и которые варьируют от общества к обществу.

«Несуществующий народ», - именно так Санкт-Петербургский писатель Борис Кривошей назвал свою первую книгу, посвященную размышлениям о жизни молодых людей с интеллектуальной недостаточностью, их родителей и обществе. Название этой книги, к глубокому сожалению, как нельзя точнее отражает среду, в которой до сегодняшнего дня протекает социализация людей с особенностями психофизического развития. Прежде

всего, это среда, характеризующаяся игнорированием основных потребностей людей с особенностями психофизического развития, среда, отличающаяся высоким уровнем депривации (и сенсорной, и эмоциональной, и интеллектуальной, и социальной). В настоящее время задается акцент на создание безбарьерной физической среды, однако для осуществления социализации процесс создания психологической безбарьерной среды, пожалуй, первичен, но требует значительных усилий и времени. Ограниченность социальных контактов и условий для реализации своих потенциалов (интеллектуального, эмоционального, нравственного, творческого) у людей с особенностями психофизического развития по-прежнему, достаточно высока. Возможности эмоционального принятия, доверительных контактов также не высоки. Как следствие – выраженное недоразвитие эмоциональной и личностной сфер, низкий уровень социальной компетентности, способностей и навыков.

Такая ситуация имеет несколько причин. Немаловажную роль, на мой взгляд, играют процессы индивидуализации общества. Общество становится высокодифференцированным, происходит освобождение от исторически-заданных социальных форм и связей, появляются самостоятельные индивиды, не имеющие тесных и продолжительных связей с другими [4;9]. Разобщенность, ослабление внутрисемейных связей, увеличение значения частной сферы, приоритетная ценность собственной жизни, наполненной глубоко индивидуальными переживаниями, приводит к отстранению общества и конкретных индивидуумов от проблем и нужд людей, требующих особого внимания и сопровождения. В этом случае создание условий, способствующих решению задач социализации личности человека с особенностями психофизического развития, не попадает в поле зрения общества и отдельных его индивидуумов. Во многом данную проблему решает осознанная социальная политика государства, которая целенаправленно лоббирует интересы людей с нарушениями развития и организует необходимые условия для воспитания, обучения, трудовой деятельности. Однако, эти действия безусловно окажутся затруднены без участия и поддержки самого общества. И надо отметить, что на сегодняшний день, за исключением отдельных общественных инициатив, позиция социума (общества) достаточно пассивна, а порой агрессивна. Именно поэтому вопросы социализации людей с особенностями психофизического развития необходимо начинать с активизации общественного сознания и привлечения внимания к проблематике людей с нарушениями развития, что способствовало бы созданию необходимых средовых условий для социализации.

Среди детерминант, определяющих подобную пассивную или, даже, негативную позицию общества (социума), представлены стереотипические воззрения – искаженные жесткие установки в отношении людей с

особенностями психофизического развития [6]. Назовем некоторые из них.

Прежде всего, это страх перед людьми с особенностями психического развития. Можно выделить здесь два типа страха. Первый – страх нестандартных реакций, эмоциональных проявлений, непохожего, непривычного поведения, которые часто сопровождают людей с особенностями психофизического развития в силу имеющихся нарушений. Этот страх, главным образом, связан с отсутствием знания о людях с особенностями психофизического развития и опыта реального взаимодействия с ними. Страх, который опирается на доминирующие представления бытового сознания. Второй тип страха – суеверный, иррациональный. Он связан со страхом перед болезнью: страх «заразиться» (если я буду общаться с этим человеком, если буду прикасаться к его вещам).

Большую роль играют установки на то, что болезнь – это стыдно. Необоснованное чувство стыда за болезнь ребенка часто можно встретить у родителей. Стыд всегда сопряжен со стремлением прятать, не предавать огласке – с одной стороны, и сознательно не замечать, не вмешиваться, не реагировать, – с другой. Именно так часто выглядит ситуация в общественных местах, где появляется человек с психофизическими особенностями.

Одна из них также связана с тем, что такие люди «не способны к развитию». Это формирует и определенное отношение к ним: очень низкий уровень требований как в обучении, вплоть до отказа от получения базового образования, так и в воспитании нравственных качеств, адекватных форм поведения в обществе. К сожалению, подобную позицию можно встретить даже среди специалистов. В значительной степени это сказывается на уровне развития детей, а потом и взрослых с особенностями психофизического развития. Уместно здесь вспомнить слова Л.С.Выготского, который сказал: «Неправильно было бы выводить все симптомы, все особенности психики умственно отсталого ребенка из основной причины его отсталости, то есть из факта поражения его головного мозга. Поступать так значило бы игнорировать процесс развития. ...Развитие психики – это специфика детского возраста, пробивающаяся сквозь любую, самую тяжкую патологию организма». Возможности психики к развитию даже при тяжелых нарушениях развития достаточно высоки.

Еще один стереотип восприятия, с которым часто можно встретиться: люди с интеллектуальной недостаточностью – агрессивны. Это предубеждение автоматически влечет за собой другое: эти люди опасны и требуют изоляции. Да, действительно, есть дети и взрослые, имеющие умственные нарушения, которые проявляют себя агрессивно, асоциально. Но нет статистических данных, подтверждающих превышение этой

среднестатистической нормы по сравнению с обществом условно «здоровых» людей.

Более того, рассматривая причинную обусловленность агрессии людей с интеллектуальной недостаточностью, опыт работы показывает, что в большинстве случаев агрессивные формы поведения обусловлены искаженными формами воспитания. Сюда относится и попустительский стиль семейного воспитания, без обозначения четких норм поведения, без стремления потратить усилия на формирование адекватных форм реагирования на ситуации. Этот стиль часто обусловлен либо пренебрежением, либо отсутствием веры в собственного ребенка, знаний о его возможностях. Сюда же относится потворствующий стиль воспитания, характеризующийся обстановкой вседозволенности, вседопустимости, который также приводит к тому, что ребенок не может быть адекватным требованиям общества. В основе потворствующего стиля часто лежит ложное представление о любви и заботе, которое не столько помогает развитию, сколько препятствует. Большую роль в формировании агрессивных паттернов поведения у людей с интеллектуальной недостаточностью играют также модели поведения, которые можно черпать в семье, в ближайшем окружении, на улице, из телепередач или видеозаписей. В отличие от интеллектуально сохранного человека ребенок или взрослый с особенностями интеллектуального развития обладает низкой способностью критически оценивать предлагаемые ему модели поведения.

Есть также бытовое мнение об абсолютной неполноценности людей с интеллектуальной недостаточностью. Как с точки зрения личностных качеств, так и с точки зрения способностей, знаний и навыков. Однако необходимо подчеркнуть, присутствие у взрослых людей с умственными нарушениями развития таких характерных личностных особенностей, как открытость, искренность, эмпатия, способность сопереживать, сострадать, заботливость, человеческое участие, внимательность к нуждам других и т.д. Эти качества, как правило, характеризуют достаточно высокий уровень нравственного и личностного развития и являются дефицитными в современном «здоровом» обществе. Такое же недоверие, граничащее с неверием, царит и в отношении способностей и вообще возможностей людей с особенностями психофизического развития. На мой взгляд, эта область остается еще недостаточно изученной. При достаточной стимулирующей среде активно развиваются и трудовые навыки, и личностные особенности, усваиваются нравственные качества.

Принятие людей с особенностями психофизического развития обществом затруднено их непохожестью, нестандартностью. Этого нет в опыте большинства тех людей, которые не обладают такими особенностями. Все, что «инако» – трудно понимается, оно чуждо, и потому возникает стремление от этого отказаться, пройти мимо, с опаской

оглядываясь. Именно поэтому процессы интеграции порой идут трудно, долго и не всегда удачно. Простое введение людей с особенностями психофизического развития в общество условно «здоровых» людей, для которых люди с особенностями остаются чем-то «инакообразным», может вызывать протест, раздражение, отрицание. Именно поэтому задача специалистов – продумать, как эта «инакообразность» может стать доступной для понимания.

Важно помнить, что депривированная среда, как правило, не просто затормаживает развитие личности ребенка, а приводит к искаженному формированию его личности. И ко взрослому состоянию человека мы имеем широкую вариацию разнообразных личностных и поведенческих проблем, которых могло бы и не быть. Например, нарушения привязанности - «прилипчивость» как следствие недостаточности эмоционально близких контактов. Особенно характерно для детей, воспитывающихся в закрытых интернатных учреждениях. Большое число детей в семьях с доминирующим стилем воспитания по типу гиперпротекции к периоду юности и ранней взрослости приобретают социофобические состояния. Они отказываются выходить из дома, поддерживать даже дружеские контакты, установленные в период детства, участвовать в мероприятиях, связанных с их интересами. Или мы имеем взрослого человека, который не умеет себя обслуживать даже на бытовом уровне. Зачастую эта проблема обусловлена не тяжестью нарушений, а характером воспитания в семье.

Продолжая тему стиля семейного воспитания и типа родительского отношения, фактически мы обозначаем еще одну весьма весомую проблему, которая может приводить к нарушению процесса социализации ребенка с особенностями развития. Известно, что на первых стадиях жизненного пути любой ребенок находится преимущественно в зоне родительского воздействия, а для ребенка с особенностями этот период значительно пролонгирован. Только благодаря грамотной родительской позиции возможно формирование основ здоровой личности: базового чувства доверия миру, автономности, инициативности, которые позволили бы взрослому как здоровому, так и больному ребенку успешно интегрироваться в современную социальную действительность. Еще Ф.Дольто основную трудность в прохождении детьми этапов становления личности видела не в детях, а в родителях [2]. Для описания данной проблемы воспользуемся классификацией дисфункций в системе взаимного влияния членов семьи, нарушений в структурно-ролевом аспекте жизнедеятельности семьи и в механизме ее интеграции, предложенной Э. Г.Эйдемиллером, В. В.Юстицкисом [10]. Надо сказать, что принципиально важную роль в формировании некорректного родительского отношения играет характер супружеских отношений.

Супружеские отношения выступают детерминантой родительского отношения.

Среди наиболее распространенных стилей семейного воспитания, нарушающих процесс социализации детей с особенностями психофизического развития, можно выделить гиперпротекцию. При потворствующей гиперпротекции ребенок находится в центре внимания семьи, которая стремится к максимальному удовлетворению его потребностей. Этот тип воспитания содействует развитию демонстративных и гипертимных черт характера у ребенка. При доминирующей гиперпротекции ребенок также находится в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени, но в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты.

Фобия утраты ребенка – феномен, который чаще всего ложится в основу господствующей или доминирующей гиперпротекции. Связан он с преувеличенным представлением о хрупкости ребенка, его болезненности, повышенной неуверенностью родителей. Как правило, подобное отношение обусловлено историей рождения ребенка (его долго ждали, родился хрупким и болезненным, с большим трудом удалось выходить и т. п.). Другой источник — тяжелые заболевания ребенка. Отношение родителя к ребенку в этом случае формируется под воздействием накопленного страха утраты ребенка. Этот страх заставляет одних родителей тревожно прислушиваться к каждому пожеланию подростка и спешить с его выполнением (потворствующая гиперпротекция), других — мелочно опекать его (доминирующая гиперпротекция) [5].

Доминирование гиперпротекции может быть связано также с феноменом расширения сферы родительских чувств. Данный источник нарушения воспитания возникает чаще всего тогда, когда в силу каких-либо причин супружеские отношения между родителями оказываются нарушенными: нет одного из супругов (смерть, развод) либо отношения с партнером по браку не удовлетворяют родителя, играющего основную роль в воспитании ребенка. У родителя (чаще матери) есть стремление, не всегда осознанное, чтобы ребенок удовлетворял хотя бы часть потребностей, которые в обычной семье должны быть удовлетворены в процессе супружеских отношений (взаимная исключительная привязанность, др.). Матери нередко отказывается от повторного замужества, стремясь отдать сыну «все чувства», «всю любовь». Когда ребенок достигает подросткового возраста, у родителя возникает страх перед нарастающей самостоятельностью подростка, в результате чего появляется стремление удержать его с помощью потворствующей или доминирующей гиперпротекции.

Потворствующая гиперпротекция может быть спровоцирована феноменом предпочтения во взрослеющем ребенке детских качеств. У родителей появляется стремление игнорировать взросление детей,

стимулировать у них детские качества (детскую импульсивность, непосредственность, игривость). Рассматривая ребенка как «еще маленького», родители снижают уровень требований к нему, создавая потворствующую гиперпротекцию и стимулируя развитие психического инфантилизма.

В ряде случаев потворствующая гиперпротекция сочетается с пониженным уровнем требований. Часто это обусловлено воспитательной неуверенностью родителей. В этом случае происходит перераспределение власти в семье между ребенком и родителем. Родитель «идет на поводу» у ребенка, уступает даже в вопросах, в которых, по его собственному мнению, уступать нельзя. В семье для ребенка складывается ситуация по принципу «минимум требований — максимум прав». Характерный признак таких родителей — доминирование в их высказываниях реплик с признанием большого числа ошибок, совершенных в воспитании. Такие родители боятся упрямства и сопротивления своих взрослеющих детей.

Помимо некорректных стилей воспитания, характеризующихся чрезмерным вниманием к ребенку, в семьях с детьми с особенностями психофизического развития присутствует и обратная тенденция, которую можно обозначить как гипопротекция. Она также связана с такими характеристиками как интенсивность внимания, затраченных усилий и времени, которое уделяют родители воспитанию ребенка. И характеризуется игнорированием и пренебрежением по отношению к ребенку. Ребенок попадает во внимание к родителям только в ситуации острой необходимости. Причины доминирования подобного стиля воспитания могут быть обусловлены сложностью и длительностью процесса переживания и проживания кризисного события, связанного с рождением больного ребенка в семье. Отвержение ребенка на психическом уровне обусловлено, прежде всего, разрушением родительских ожиданий в момент рождения ребенка с особенностями психофизического развития, необходимостью переоценки своих представлений о себе, пересмотра функционирования родительских ролей и структуры семьи, социального статуса. Спровоцирован данный стиль воспитания может быть также рождением здорового сиблинга, который возвращает былые мечты и надежды, восстанавливает психическое равновесие, социальный статус. Причиной гипопротекции может быть и неразвитость родительских чувств. Эмоциональное отвержение всегда связано с дефицитом родительской отзывчивости на нужды ребенка и нередко проявляется в жестком обращении с ним.

Среди доминирующего типа родительского отношения можно выделить симбиоз [8]. Этот психологический параметр характеризуется межличностной дистанцией в общении с ребенком. Родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком, т.е. родитель ощущает себя с ребенком единым целым, хочет по возможности удовлетворить все

потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Такой тип родителя не предоставляет ребенку самостоятельности добровольно никогда. Он постоянно ощущает тревогу за ребенка. И тревога родителя повышается, когда ребенок начинает автономизироваться.

Перечисленные выше типы родительского отношения и стилей семейного воспитания являются наиболее деструктивными для процесса взросления и социализации ребенка с особенностями психофизического развития. Они не создают возможностей для формирования внутренней определенности у ребенка, навыков самостоятельных действий и решения жизненных задач, чувства расширяющихся возможностей самоконтроля, активности в отношении собственной жизни.

Характер родительских установок оказывает непосредственное влияние на уровень реабилитационной активности семьи. Социальная реабилитационная активность, имеющая первостепенное значение для социализации ребенка, напрямую зависит от системы чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Таким образом, одна из первичных задач в вопросе социализации детей с особенностями психофизического развития заключается в создании средовых условий, достаточных для нормального хода протекания этого процесса. В то же время, нельзя забывать, что процесс развития и социализации личности – двухсторонний. Собственная активность личности человека с особенностями психофизического развития также имеет принципиальное значение и является движущей силой. Однако, без необходимых внешних условий даже при сформированной внутренней активной позиции человека с особенностями развития процесс социализации будет проходить затрудненно.

## **II. Возможности трудовой деятельности в социализации людей с интеллектуальными и множественными нарушениями развития.**

**«...Мастерские - это жизнь и работа, и радость в общении с людьми.**

**Это наша жизнь, которую мы должны познать достойно.**

**Если бы в мире не было мастерских, мы могли бы остаться без работы. Мастерские – это наша жизнь и работа, в которых нуждается каждый человек с ограничениями».**

**(Николай Г., сотрудник мастерских для людей с особенностями психофизического развития прихода храма иконы Божией Матери «Всех скорбящих Радость»)**

Организация жизнедеятельности того или иного человека в обществе всегда детерминирована мировоззрением общества, его культурой. Так сложилось, что издавна в нашей культуре отношение к больному ребенку и человеку (исключение составляет советский период) всегда было связано со страхом обидеть, с заботой, жалостью. Скорее всего, именно такое отношение сформировалось в доминирующую до сегодняшнего дня в структуре реабилитации концепцию ухода, ориентированную на заботу, попечение, но не на развитие. И именно поэтому не так легко идет процесс понимания и организации трудовой деятельности человека с особенностями психофизического развития.

Взгляд на трудовую деятельность людей с интеллектуальной недостаточностью и множественными нарушениями развития может быть рассмотрен как минимум с двух позиций:

1. Труд – нормативная характеристика жизни любого взрослого человека в обществе.

С одной стороны – это право на труд, закрепленное в международной Конвенции ООН, с другой – ведущий вид деятельности любого взрослого человека. Надо понять, что человеку с особенностями психофизического развития также присуща потребность в реализации своего потенциала, своих способностей; также присущи потребности в причастности к группе, в переживании прекрасного. Трудовая деятельность создает условия для удовлетворения широкого спектра потребностей взрослого человека и, будучи ведущим видом деятельности, создает также условия для развития.

Отправной точкой в организации трудовой деятельности человека с особенностями психофизического развития должно стать понимание его основных потребностей. И, надо сказать, самая большая проблема в организации трудовой деятельности человека с тяжелыми нарушениями развития на сегодняшний день лежит не в отсутствии достаточного финансирования, не в отсутствии помещений и оборудования и даже не в отсутствии знаний технологий, а в отсутствии понимания потребностей и мотивов, чувств и переживаний, особенностей сознания и самосознания человека с особенностями психофизического развития.

2. С другой стороны, труд – эффективный метод реабилитации и социализации человека с особенностями психофизического развития.

На вопрос о том, что можно было бы предложить людям, имеющим тяжелые интеллектуальные нарушения, в качестве максимально эффективного метода реабилитации, социализации и, как следствие, успешной интеграции в общество лучше ответить, обратившись к более чем 100-летнему опыту прогрессивных европейских государств в области организации социальной системы.

На сегодняшний день в отношении людей с особенностями психики социальная политика и экономика Европы признает не только более гуманным и адекватным 21 веку, но и более экономичным, создание условий для максимального включения в жизнедеятельность общества людей, имеющих особенности здоровья. Эта политика противостоит концепции-уходу и практике помещения людей с особенностями психофизического развития в закрытые интернатные учреждения. В частности, признанным для Германии, Швеции, Голландии и других европейских государств является создание возможностей трудовой деятельности людей с особенностями психики, а именно: мастерских с защищенными рабочими местами и интеграционных фирм как более развитой формы. В основе этой идеи лежат представления о работе как комплексной человеческой деятельности, осуществляемой на различных уровнях.

Еще в 1920 году работа была признана терапевтическим средством. Х.Симон требовал систематического активирования хронически больных людей, что оказывало стабилизирующее воздействие, поднимало настроение и приводило к сокращению медикаментозной терапии. Х.Симон стал создателем системы социальных воздействий, метода работы с людьми с ограничениями жизнедеятельности, который теперь называется социотерапией. Х.Симон исходил из положения, что приспособление к среде является основным принципом жизни. Оно требует от каждого индивида постоянной мобилизации всех сил и способностей. И, напротив, при излишне щадящем режиме ослабленные, но все же имеющиеся у человека с ограничениями жизнедеятельности силы бездействуют, что приводит к их дальнейшему ослаблению и патологической адаптации. Таким образом, через максимализацию адаптивных возможностей человека происходит восстановление и развитие его личного и социального статуса [1;11].

Это доказывают и многочисленные клинические наблюдения, выявившие негативные явления длительной госпитализации, связанной с пребыванием длительное время в депривированной среде, приводящей к явлениям «госпитализма».

В социотерапии нашел свое развитие ключевой принцип, заложенный в активирующей терапии, а именно апелляция к активной деятельности самого человека. Именно такая форма работы способствует устранению проявлений нарушений развития и состояний. Сущность терапии заключается в мобилизации тех резервных функций организма, которые часто не нарушены, в стимулировании людей с нарушениями развития в процессе трудовой терапии и путем трудоустройства.

Основой всех концепций социотерапии является представление о том, что социальное окружение имеет важнейшее значение для течения психических заболеваний и что социальные мероприятия могут влиять

позитивно и негативно на симптоматику болезни. Проведение социотерапии включает в себя реализацию следующих условий: образование по возможности «нормальной», дружеской и открытой среды; более гибкую организацию ограничения свободы; структурирование и организацию дня (рабочее время, время досуга); предоставление возможности встреч в неформальных и терапевтических группах; ориентацию людей с особенностями психическофизического развития на внешний мир; обеспечение возможности контактов; создание условий для посещения мест культуры и отдыха. Социотерапия должна способствовать усилению интереса человека к «нормальной», здоровой стороне жизни, ко всему, что не связано с ограничением болезнью.

Близкое к понятию социотерапии – терапия средой. В некоторых случаях оба эти понятия рассматриваются как синонимичные. В значительной степени терапия средой подчеркивает терапевтическое воздействие среды, которое предполагает использование терапевтического потенциала взаимодействия человека с окружением. При этом под средой необходимо понимать все, что окружает человека: вещи, люди, события, многое другое. В процессе организации трудовой деятельности людей с интеллектуальной недостаточностью происходит избегание неблагоприятной среды и все окружение организовывается таким образом, чтобы оно как можно больше приближалось к «нормальному».

Более дифференцированно, терапия средой рассматривается, с одной стороны, как сочетание самых различных мероприятий и воздействий на человека через географическое расположение, архитектуру зданий, внутреннюю структуру посещаемых учреждений, систему организации дня, виды досуга, различные виды занятости и пр. С другой стороны, это скорее характер складывающихся и определенным образом направляемых взаимоотношений с окружающими людьми — семьей, значимыми людьми.

В трудовой терапии людей с интеллектуальной недостаточностью находят применение все три доминирующие модели терапии средой, а именно:

1. Социотерапевтическое сообщество, основателем которого следует считать М. Джонса. В основе концепции терапевтического сообщества лежит утверждение, что противодействие болезненному процессу, а также восстановление и развитие способностей человека, имеющего особенности психики, к адаптивному поведению в здоровом обществе возможно путем такой организации отношений между специалистами и людьми с интеллектуальной недостаточностью в совместной деятельности, которая обеспечивает оптимальное использование их терапевтических способностей. Исходная модель терапии средой по М. Джонсу, предполагает изменение, реформирование социальной структуры среды. М.Джонс, а позднее и другие авторы описали основные принципы

формирования процессов среды: демократизация — отказ от традиционных, статусных различий, облегчающий открытую коммуникацию; участие людей с особенностями психики в терапевтическом процессе — сами люди с особенностями выступают в качестве ко-терапевтов друг для друга; разделение ответственности за социальное функционирование; формирование новых социальных ролей, а также другие.

2. Психоаналитическое психотерапевтическое сообщество. Согласно этой концепции К.Левина, учреждение представляет собой «терапевтическое поле», которое должно реализовать социальную жизнь людей с особенностями психики с помощью деятельности малых и больших групп. При этом общество рассматривается здесь в меньшей степени как место тренинга социальных взаимодействий, а главным образом как сцена, на которой осознаются и прорабатываются невротические проявления. Модификация невротического реагирования в соответствии с требованиями реального жизненного пространства, приобретение опыта искренних и легких социальных отношений и воздержанности от чрезмерных претензий дают возможность для стабильной жизни в реальном мире и усилению Я-функций.

3. Теория научения. В соответствии с этой теорией модель терапии средой строится на различных приемах вмешательства и коррекции нарушенного поведения. Одной из таких методик является методика подкрепления (поощрения) «экономической» стимуляцией. Отдельные социально одобряемые поступки вознаграждаются желаемыми акциями. Позднее Г.Полом были определены принципы построения модели терапии средой, исходя из теории научения. Эти принципы формулировались как «законы»: закон участия (новым способам поведения тем лучше можно обучиться, чем больше и чаще они используются самостоятельно), закон эффективности (новые способы поведения тем чаще применяются, чем они эффективнее) и др.

4. Интегративная модель. Дж.Гандерсон отмечал, что тот или иной тип среды («контроль», «поддержка», «структурирование», «активное участие») может иметь свои преимущества и недостатки для различных групп людей с особенностями психики. Другие авторы указывали, что потребности в среде могут быть различны на разных этапах. И в соответствии с этим должны определяться типы среды: структурирующая, уравнивающая, воодушевляющая (одобряющая), рефлексирующая, заботящаяся [11].

Таким образом, в подходе к организации терапии средой в настоящее время существуют две основные тенденции. Первая направлена на отказ от универсальной модели среды и создание системы специализированных терапевтических сред, обеспечивающих переход человека с особенностями психики из одной среды в другую по мере изменения его

психопатологического и личностного статуса. Вторая, противоположная тенденция, состоит в разработке гибких, пластичных, полифункциональных сред, объединяющих в себе достоинства самых разнообразных видов терапии.

Собственно трудовая деятельность, выступающая в том числе как терапевтический процесс, осуществляется, если при медицинском обследовании или во время использования нагрузки были установлены значительные физические, психические, интеллектуальные и практические нарушения, которые не позволяют человеку конкурировать на общем рынке труда. Тогда трудотерапия может быть проведена с помощью целенаправленных медицинских, психологических и профессионально педагогических методов, чтобы значительно расширить возможности, ограниченные болезнью. Цель - достичь того, чтобы человек, имеющий ограничения жизнедеятельности, смог справиться с более значительными физическими и психологическими нагрузками, улучшить и стабилизировать основную способность к труду и специальные способности для интеграции в общество.

Однако, трудотерапию едва ли можно определить как медицинское лечение, скорее она может быть рассмотрена как защищенное рабочее место. Для людей, имеющих необратимые нарушения, должно быть найдено ясное разграничение между трудовой терапией и защищенным рабочим местом, разграничение, которое, например, отражалось бы и в оплате труда.

Терапевтические цели могут обозначаться как цели обучения, поскольку представление о целях в трудовой терапии формально совпадает с представлением в педагогике. Терапия приходит на смену педагогике там, где проблемы слишком велики и степень ограничения здоровья достаточно высока.

В эрготерапии можно выделить следующее деление и описание целей [1;11]:

Цель реабилитации - это общая формулировка, которая описывает, что должно быть достигнуто применительно к сфере жизни (квартира, работа, свободное время) человека с особенностями интеллектуального развития. Цель реабилитации может одновременно соответствовать предписанной законом или задачей, целью определенного учреждения (например, мастерская для людей с особенностями психофизического развития). В этом случае она является обязательной для всех, причем всегда учитываются индивидуальные проблемы и потребности каждого.

Цель реабилитации должна разрабатываться всеми, кто каким-либо образом взаимодействует с человеком с особенностями интеллектуального развития (врач, психолог, социальный работник, эрготерапевт, другие), самим клиентом трудовой терапии, его родственниками и при

необходимости гибко адаптироваться к измененным условиям. Целями реабилитации могут быть:

- социальная интеграция на рабочем месте;
- начало обучения;
- самостоятельный образ жизни;
- внесемейная социальная интеграция;
- семейная интеграция;
- интеграция в общество.

Ориентировочные цели. Данные цели содержат конкретные указания, в чем может помочь каждая профессиональная группа при реабилитации. Это значит, что каждая профессиональная группа формулирует одну или несколько ориентировочных целей, которые могут решаться одновременно или поочередно.

Ориентировочными целями могут выступать:

- расширение компетенции относительно действия;
- приобретение социальной компетенции;
- приобретение инструментальной компетенции;
- улучшение основных психических функций;
- раскрытие и самореализация личности;
- улучшение коммуникативной способности;
- улучшение когнитивной функции;
- улучшение жизненно-практической компетенции.

Общие цели содержат терапевтические цели для одного или нескольких следующих друг за другом терапевтических этапов. Они могут касаться базовых способностей, умений (например, коммуникационная способность) или специальных навыков, которые необходимы для определенной деятельности (например, совершение покупок). Не рекомендуется преследовать сформулированные основные цели хаотично, лучше распределять их в соответствии с терапевтическим и педагогическим анализом. Например, если из собранных данных следует, что человек с особенностями психофизического развития имеет проблемы с коммуникацией и не в состоянии утвердиться в жизни, то целесообразнее будет сначала развить коммуникативную способность, поскольку она является предпосылкой для способности к утверждению в обществе.

Общими целями могут выступать:

- планирование и подготовка действия (общее или конкретное);
- улучшение способности к критике;
- расширение устойчивости к фрустрации;
- развитие готовности к сотрудничеству;
- развитие коммуникативной способности;
- улучшение интроспекционной способности;
- использование предложений по использованию свободного времени.

Отдельные цели описывают, что человек с интеллектуальной недостаточностью должен освоить на отдельно взятом терапевтическом этапе.

Отдельными целями могут выступать способности:

- оценивать собственную производительность в соответствии с заранее оговоренными критериями (ориентированный на личность- эталон);
- соблюдать договоренности относительно перерывов (ориентированный на личность);
- сделать одинаковыми стенки чаши (ориентированный на продукт);
- самостоятельно высказывать свои идеи (ориентированный на личность);
- при возникающих трудностях самому находить помощь (ориентированный на личность);
- оставлять рабочее место чистым без просьбы со стороны (ориентированный на личность).

Если нужно составить иерархию целей, то целесообразнее начинать с цели реабилитации. Она является вершиной, которая впоследствии выделяет дальнейшие цели.

Обобщая, можно выделить терапевтический потенциал, который содержится в работе:

- Работа - элементарная человеческая деятельность.
- Как правило, работа делается для других и связывает с окружающим миром.
- Работа делает возможным участие в общественно признанной жизни (значимые социальные контакты вне семьи)
- Работа создает ежедневные человеческие контакты, необходимы каждому, чтобы оставаться психологически уравновешенным.
- Работа является сильнейшей связью с реальностью и делает возможным накопление реального опыта (как работа с инструментами, применение материала, так и осуществление социальных связей).
- Работа создает так называемое чувство присутствия, например, по отношению к действительности (возвращение реальности).
- Работа служит защищенности существования (социальные услуги, обеспечение старости).
- Работа обеспечивает определенную степень независимости, например, делает независимым от материальной помощи других, если речь идет о регулярно оплачиваемом труде.
- Работа – утомительность деятельности, напряженность.
- Работа структурирует повседневность (структурирует распорядок дня и время).

- Работа как средство для развития личности (тренировка психомоторных функций и способности давать оценку, постоянное взаимодействие с окружающим миром, развитие способностей).
- Через работу человек учится принимать на себя ответственность (работа в нашем обществе означает переход от детства к взрослому состоянию).
- Работа создает перспективы для будущего.

Практика работы на каждом этапе дает богатейший фактический материал, свидетельствующий о том, насколько разнообразно и, порой, неожиданно, в процессе трудовой деятельности проявляются и развиваются способности людей с особенностями психофизического развития.

### **Литература:**

1. Бакк А., Грюневальд К. Забота и уход: книга о людях с задержкой умственного развития/пер.со шведск. Ю.Колесовой. – СПб.: ИРАВ, 2001.-360 с.
2. Дольто Ф. На стороне ребенка: Пер.с франз. Е.Баевская, О.Давтян. – Екатеринбург.: Рама Пабблишинг, 2010. – 720 с.
3. Кон И.С. В поисках себя. Личность и ее самосознание. – М.: Политиздат, 1984. – 336 с.
4. Лясников Н.В., Лясникова Ю.В. Социально-экономические условия формирования духовной культуры студенческой молодежи (социологический аспект). Учебное пособие. М.: Издательство ВНИИФК, 2003. – 142 с.
5. Олифинович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. — СПб.: Речь, 2006. — 360 с.
6. Панферов В.Н. Когнитивные эталоны и стереотипы взаимопознания людей. // Вопросы психологии. 1982. - №5. - С. 139 – 141.
7. Рубинштейн С.Л. Жизненный путь личности // Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии – СПб.: Питер, 2001.- С. 641- 644.
8. Семья в психологической консультации: Опты и проблемы психологического консультирования/ Под ред. А.А.Бодалева, В.В. Столина; Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. Наук СССР. – М.: Педагогика, 1989.- 208 с.
9. Токвиль Алексис де. Демократия в Америке: Пер. с франз./ Предисл. Гарольда Дж.Ласки. - М.: Издательство «Весь Мир», 2000. – 560 с.
10. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – Спб.: Издательство «Питер», 1999.- 656 с.
11. Эрготерапия в нейрофизиологии и нейропсихологии для детей и взрослых. ЭРГО-Беларусь, 2003.- 32 с.

РЕПОЗИТОРИЙ БГПУ