

Кравцова М.В., Новая парадигма социально-психологической помощи людям с особенностями психофизического развития в свете Конвенции ООН о правах инвалидов // Научные труды Республиканского института высшей школы. Исторические и психолого-педагогические науки Сборник научных статей. В 2-х частях. Выпуск 9 (14), под ред. проф В.Ф.Беркова, Мн: РИВШ, 2012.

## **НОВАЯ ПАРАДИГМА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В СВЕТЕ КОНВЕНЦИИ ООН О ПРАВАХ ИНВАЛИДОВ**

М.В.Кравцова  
БГПУ, г.Минск

### Резюме

Автор предлагает анализ концептуальных основ, определяющих основные задачи социально-психологической помощи людям с особенностями психофизического развития. В статье рассматривается современная парадигма работы, которая базируется на двух основных международных документах, а именно: Конвенция ООН о правах инвалидов и Международная классификация функционирования, нарушения жизнедеятельности и здоровья (ICF).

### Summary

The author of article submits conceptual basis that determine main tasks in helping of people with disabilities. There are modern paradigm considered in the article, that based on the main two documents: Convention on the Rights of Persons with Disabilities (WHO) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF).

Развитие сферы практики специальной психологии и педагогики происходит сегодня особенно динамично. Динамика прослеживается, прежде всего, в концептуальных основах, определяющих основные цели и задачи социально-психологической помощи людям с особенностями психофизического развития (ОПФР), от простой «нормализации условий жизни» через «интеграцию» к «инклюзии». От крайне суженного

представления о потребностях людей с ОПФР к признанию их права и возможности полноценного существования в обществе, от закрытых интернатных учреждений к независимому сопровождаемому проживанию, от выражено пассивной и иждивенческой жизненной позиции индивида с ОПФР к активному целенаправленному бытию.

Сегодня, новая социальная политика европейских стран стремится в отношении людей с особенностями психофизического развития осуществить свои цели реабилитации и развития с учетом требований Конвенции ООН о правах инвалидов. Цель Конвенции ООН заключается в поощрении, защите и обеспечении полного осуществления инвалидами на равной основе всех прав человека.

В конце прошлого года проект закона "О присоединении Республики Беларусь к Конвенции о правах инвалидов" был внесен в Совет Министров и направлен правительством на экспертизу в Национальный центр законодательства и правовых исследований. Начальник отдела по делам инвалидов Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь М.В. Сушко отметила, что присоединение к Конвенции ООН станет важным международным и государственным актом, свидетельствующим о готовности Беларуси создавать доступную для инвалидов среду, предоставлять услуги, обеспечивающие независимый образ жизни людей с особенностями психофизического развития [5].

Ратификация Конвенции ООН и принятие международных обязательств предполагает не только совершенствование нормативной правовой базы и приведение национального законодательства в соответствие с положениями Конвенции ООН, но и принципиальное изменение парадигмы социально-психологической и педагогической помощи детям и взрослым ОПФР. За последние три века она претерпела значительные изменения.

Первые формы отношения людей с ОПФР и общества носили характер социальной эксклюзии [2]. Сознательное исключение, отделение группы людей с ОПФР носило массовый характер. Создавались интернаты, специальные

учреждения, приюты и больницы для хронически больных людей. Целесообразность данной формы сопровождения была обоснована спектром особых потребностей данной категории людей. В качестве приоритетных рассматривались потребности в лечении и уходе. Отсюда и нозоцентрическая парадигма сопровождения людей с ОПФР. На первый план она выдвигает обнаружение отклонений от нормы, выявление симптомов болезни, оценку степени выраженности патологических изменений. При такой парадигме работы образ человека с ОПФР в сознании специалиста ограничен имеющимся дефектом, что порождает единственно приоритетные цели медицинского сопровождения (лечения и ухода) тех учреждений, где наблюдаются люди с ОПФР. Подобная модель сопровождения стремится к созданию защищенных условий (питание, жилье, медицинское обслуживание), но одновременно с этим представляет выраженную социальную сепарацию людей с ОПФР. При такой парадигме работы человек, по сути, не является членом общества.

Представляя ту или иную парадигму работы, речь идет не только о качестве оказываемых услуг в контексте доминирующих представлений о человеке с ОПФР, но, прежде всего, о том, насколько оказываемые услуги способствуют удовлетворению потребностей и повышению качества жизни данной категории населения, расширяют сферу их жизнедеятельности, способствуют развитию личности. Оценивая нозологическую модель по данным критериям, ее нельзя назвать целесообразной. Вся работа здесь выстраивается с ориентацией на витальные потребности индивида, высшие же потребности – нивелируются. Данная парадигма работы приводит к специфическим личностным изменениям человека с ОПФР, обусловлены они длительным планомерным воздействием специалистов, придерживающихся данной модели работы. Прежде всего, индивиду с ОПФР приписывается социальная роль «больного», связанная с особыми требованиями и привилегиями. Она предполагает систему измененных социальных ожиданий, в частности, освобождение от выполнения привычных жизненных задач, а также от обязательного соблюдения целого ряда социальных правил поведения и

норм. Одновременно с этим, у него появляются новые «обязанности» - он должен беречь себя, стараться выздороветь, а главная жизненная цель – посещать врача и выполнять все его указания. Эти ожидания активно поддерживаются социальным окружением, постепенно они интериоризируются индивидом с ОПФР, формируя, таким образом, человека с особыми характеристиками самосознания и поведения. Говоря о самосознании, особенно важным является то знание о себе, которое складывается у человека. При доминировании выученной социальной роли «больного», доминирует и соответствующее представление о себе как о больном человеке, ограниченном дефектом, «инвалиде». «Инвалидность» является не просто констатацией наличия физического или психического нарушения, «инвалидность», скорее, представляет собой планомерно сформированное посредством соответствующих установок общества, типа родительского отношения, стиля воспитания, рабочей парадигмы специалиста психическое состояние. Оно характеризуется неверием в свои возможности, пассивностью, отсутствием мотивации к достижениям, самореализации. В сфере деятельности можно наблюдать отсутствие продуктивности, активного взаимодействия с окружающим миром, в ходе которого происходило бы развитие психики. Например, при выполнении людьми с интеллектуальной недостаточностью несложных трудовых операций можно услышать характерные фразы: «я инвалид, почему вы заставляете меня работать», «нет, я не смогу это сделать, у меня вторая группа», «я же инвалид, у меня ничего не получится», «мне нельзя работать, мне станет плохо» и др.

При таком искаженно сформированном образе «Я» из поля зрения индивида с ОПФР полностью выпадают те сохраненные характеристики, которые могут способствовать адаптации и нормальному функционированию в обществе. Человек с таким представлением о себе испытывает серьезные трудности в прогнозировании перспектив своего будущего.

Эта позиция принципиально отличается от другой, однозначно более конструктивной позиции, которая связана со знанием индивидом своего

заболевания, пониманием особенностей его протекания, на базе которого формируются навыки организации своей жизни с учетом этих знаний. Такое восприятие болезни в большей мере характерно для антропоцентрической и социоцентрической парадигм. Такая позиция конструктивна, т.к. поддерживает активность человека в отношении своей собственной жизни, способствует грамотному использованию своих личностных ресурсов и активизации своего потенциала, способствует развитию и функционированию при максимальном раскрытии своих возможностей.

Появление новой парадигмы социально-психологического сопровождения, ориентированной на интеграцию людей с ОПФР, представляет собой значительные изменения в установках специалистов и формах работы. Появилось понимание необходимости нормализации условий жизни людей с ОПФР, что выражается в признании более широкого спектра потребностей, выходящего за рамки лишь витальных потребностей. Цели лечения и ухода сменяют цели реабилитации и развития [2]. Центры целенаправленно создают условия для реализации чувства причастности к группе, эстетических переживаний, потребности в уважении, взаимодействии. Рассматривается вопрос о выравнивании возможностей людей с ОПФР и не имеющих нарушений развития, как в сфере проживания, так в сфере труда и досуга. Обозначается роль трудовой занятости в нормализации жизни и становлении взрослого человека с ОПФР. В сферу внимания психологов и педагогов попадают дети и взрослые с множественными нарушениями развития, создаются условия для социализации и интеграции данной категории лиц. Однако, несмотря на столь значительные положительные изменения в характере работы с людьми с ОПФР, по-прежнему сохраняются следы сепарации, создается особый мир для особых людей (интернаты с хорошими условиями проживания, отделения дневного пребывания, мастерские, др.). Защищенная обстановка социально-педагогических учреждений создает комфортные условия существования, но не делает людей с ОПФР полноправными участниками общественной жизни. Данную парадигму работы,

ориентированную, по-прежнему, на опеку и выравнивание предполагаемых дефицитов, нельзя считать в должной мере эффективной и достаточной для оказания социально-психологического сопровождения людей с ОПФР.

На смену концепции интеграции сегодня приходит концепция инклюзии. Она базируется на двух основных международных документах, а именно: Конвенция ООН о правах инвалидов [3] и Международная классификация функционирования, нарушения жизнедеятельности и здоровья (ICF) [4].

Прежде всего, данная парадигма характеризуется новым ракурсом восприятия понятия «нарушение». Если ранее (ICIDH, 1980г.) нарушение рассматривалось с точки зрения потери субстанции психической, физической и анатомической структуры и, как следствие, ухудшение способности или навыка индивида, то сегодня, когда ВОЗ предложила новую классификацию нарушений (ICF, 2001г.), данное понятие, во-первых, содержит описание органических и функциональных нарушений, во-вторых, определение видов деятельности, позволяющих людям с ОПФР вести самостоятельный образ жизни, в-третьих, оценку влияния имеющихся органических и функциональных нарушений на возможности участия в основных жизненно важных сферах общества (культурной, социальной, политической, др.), в-четвертых, оценку влияния обстоятельств окружающей среды и условий, зависящих от самого индивида, на его интеграцию [4, 6]. Принципиально важным становится рассмотрение и проработка условий жизни и барьеров, которые затрудняют или делают невозможным участие индивида в общественных и культурных событиях, а также собственные достижения. Собственно нарушение как свойство личности при данном подходе не рассматривается. Восстановление или существенное улучшение функциональных способностей имеет целью, прежде всего, максимальное включение индивида с ОПФР в жизнь общества.

Новая парадигма кардинально меняет установку специалистов на людей с ОПФР и отношение к этой категории лиц. Инклюзия подразумевает включение, участие людей с ОПФР в жизнь общества, а значит в рамках новой парадигмы должен быть полностью завершен процесс деинституализации [1, 2]. В задачи

специалистов входит не создание благоприятной, комфортной, но обособленной среды, а обеспечение и поддержание жизнедеятельности человека в его привычной повседневной среде, которая контролируется самим индивидом. В контексте данного подхода сотрудниками НИИ труда Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь активно разрабатывается концепция института помощника, в функции которого, как предполагается, и будет входить сопровождение лица с ОПФР в ходе его повседневной жизни. Практика ассистентской помощи уже успешно зарекомендовала себя в европейском сообществе.

Другой важный момент парадигмы инклюзии заключается в том, что человек с ОПФР выступает не как объект социально-психологической помощи, а как активный субъект собственной жизни и, в частности, субъект процесса реабилитации [6]. Это предполагает личное участие человека с ОПФР в принятии решения в отношении его жизни, видов и интенсивности помощи, которые ему необходимы. Специалисты не принимают решения за человека с ОПФР, а учитывают его мнение при принятии тех или иных решений. Человек сам определяет, как должна выглядеть помощь, в которой он нуждается. И помощь ограничивается только теми услугами, в которых нуждается сам человек с ОПФР. Таким образом, специалист избегает излишнего вмешательства в жизнь индивида. Формулировка целей реабилитации и развития, выбор средств их достижения также предполагает их совместное обсуждение с человеком с ОПФР, совместную разработку плана реализации и собственно совместную реализацию. Оказание услуги определяется не учреждением, а потребностями индивида и зависит от его жизненной ситуации [2]. Право на самоопределение и независимость озвучено практически во всех положениях Конвенции ООН [3].

Более того, акцент в социально-психологическом сопровождении людей с ОПФР переносится с целей реабилитации на планирование активной деятельности, позволяющей лицу с ОПФР полноправно участвовать в жизни общества [2, 4]. С этой точки зрения лечение и реабилитация рассматриваются

не как цель, а как средство для достижения основной цели – инклюзии, т.е. максимально полноценного участия в общественной жизни и личностного развития.

Конвенция ООН первым правом признает право человека с ОПФР на равные возможности участия в жизни общества [3]. Полноправное участие в жизни предполагает создание таких средовых условий, которые бы учитывали особенности каждого человека и не препятствовали участию в жизни: получению образования, трудовой деятельности, досугу, общению, творческой самореализации. В данном случае, в построении социально-психологического сопровождения, необходимо отталкиваться не от возможностей, которые на данный момент предоставляют существующие социальные и образовательные учреждения, а собственно от потребностей самого человека [6]. С одной стороны, речь идет о доступности возможностей для удовлетворения спектра основных потребностей человека, и здесь мы подчеркиваем отсутствие каких-либо различий в потребностях людей с ОПФР и людей, не имеющих нарушений развития. Такая позиция, присущая парадигме инклюзии, противостоит мнению о наличии особого спектра потребностей у людей с ОПФР, характерному для ранних концепций работы. С другой стороны, создание условий для удовлетворения основных потребностей предполагает такие условия, которые обеспечат нормальный ход психического развития любого ребенка и взрослого человека. К примеру, у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата часто можно наблюдать недостаточный объем знаний, который обусловлен не нарушенным функционированием познавательных процессов, а ограниченностью доступа к информации в силу существующих барьеров среды и низким уровнем требований к объему знаний ребенка с ОПФР, который обусловлен непониманием перспектив будущего данного ребенка в обществе.

Кроме того, имея ввиду полноправное участие человека в жизни общества, предполагается создание условий для самостоятельного участия человека с ОПФР во всех значимых общественных сферах [1]. В задачи



специалистов входит, с одной стороны, сопровождение в быту и на рабочем месте, а также в медицинском, психологическом и социальном обслуживании в той мере, в которой это позволит человеку с ОПФР быть независимым субъектом общества, а с другой стороны, стимулирование к активному самостоятельному поиску, контролю и ответственности над собственным выбором и жизненно важными решениями, расширению спектра исполняемых социальных ролей, самоопределению и поддержка, которая реализуется в ассистентской помощи. Ассистентская помощь предполагает сугубо личностный подход, который учитывает все индивидуальные характеристики субъекта сопровождения, сводит к минимуму его зависимость от других людей в принятии решений и осуществлении жизнедеятельности [6].

Новая парадигма непременно влечет за собой кардинальное изменение образа человека с ОПФР, прежде всего, в сознании самих специалистов, которое должно повлечь появление новых целей и задач социально-психологического сопровождения, новой системы работы и методов. И практическая ее реализация потребует значительных усилий и планомерности. Важную роль в этом сыграет готовность специалистов к изменению стиля работы, видения ситуации, проявлению гибкости, а для этого нужна высокая мотивации в профессии.

Список использованных источников:

1. Грауманн З. Конвенция ООН о правах инвалидов. Об облике человек и защите его прав// Социальная реабилитация взрослых с ограничениями: сб. науч.- практ. Материалов/ под ред. Г.Вольхютера, О.В.Славинской; перевел с нем. А.И.Ладисов. – Минск: РИПК Минтруда и соцзащиты, 2011. – С. 20-25.
2. Винберг Г. От специализированных государственных учреждений – к коммунальной квартире. Новые концепции проживания людей с умственными ограничениями// «Дом моей мечты: какой он?» /ред.кол.:

Херберт Вольхютер и [др.], под общ. ред. Е.Г.Титовой. – Минск: А.Н.Вараксин, 2011. – С.26-28.

3. Конвенция ООН о правах инвалидов  
[http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conventions/disability.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conventions/disability.shtml)
4. Международная классификация функционирования, нарушения жизнедеятельности и здоровья (ICF)  
<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/Default.aspx>
5. Проект закона о присоединении Беларуси к Конвенции о правах инвалидов направлен на экспертизу//  
[http://naviny.by/rubrics/society/2011/11/16/ic\\_news\\_116\\_380767/](http://naviny.by/rubrics/society/2011/11/16/ic_news_116_380767/)
6. Шварте Н. Основополагающие направления и принципы социальной реабилитации // Социальная реабилитация взрослых с ограничениями: сб. науч.- практ. Материалов/ под ред. Г.Вольхютера, О.В.Славинской; перевел с нем. А.И.Ладисов. – Минск: РИПК Минтруда и соцзащиты, 2011. – С.39-72.

20.02.2012