

**СОЦИАЛЬНО-  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ  
СОПРОВОЖДЕНИЕ  
ИНВАЛИДОВ  
С ПСИХОНЕВРОЛОГИ-  
ЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВА-  
НИЯМИ В УСЛОВИЯХ  
ОБСЛУЖИВАНИЯ  
НА ДОМУ**

**Введение**

Отношение общества к лицам с отклонениями в развитии имеет исторический характер и определяется уровнем развития общества: состоянием науки и культуры, социально-экономическими отношениями, господствующими религиозными взглядами, национальными традициями, правовыми нормами. Проявления психических заболеваний были зафиксированы еще в древнейшие времена во всевозможных преданиях, мифах, библейских сказаниях. В древней Греции Гиппократом были окончательно установлены «мозговая теория» психических заболеваний и значение соматического состояния и влияния внешней среды на возникновение психических заболеваний [1].

В ряде культур лица с аномальным поведением становились шаманами и сами производили ритуальные воздействия на других больных. Первым социальным обрядом воздействия на соматические психические расстройства является trance-dance бушменов Калахари, в котором воздействие на аномальное поведение осуществлялось ритмическим пением и танцами [1].

Душевнобольных в казахской степи считали «одержимыми духами, джиннами». С внедрением мусульманских идеалов в шаманский культ музыкальные инструменты заменялись иными атрибутами – четками, книгой [2].

До середины XIX века исследования в области психологии детей и взрослых с аномалиями развития носили эпизодический характер, сообщения об их результатах изредка появлялись в медицинских, философских и психологических изданиях, главным образом в связи с первыми успешными попытками воспитания и обучения слепых, глухих, слепоглухих людей.

Большое влияние на развитие всей психологической науки и становление специальной психологии оказало учение Л.С. Выготского о соотношении обучения и развития. Выдвинутые и разработанные в трудах Л.С. Выготского, его учеников и последователей Н.П. Блонского, Б.Г. Ананьева, Л.С. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, П.Я. Гальперина, Д.Б. Эльконина и др. идеи бесценны для решения современных проблем организации научных исследований и целенаправленной коррекционно-психологической помощи.

Лица, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, травмами, их последствиями, дефектами и приводящее к ограничению жизнедеятельности и необходимости его социальной защиты, называются инвалидами. Инвалиды – это категория населения, которая нуждается в особом общественном внимании [3].

По биологическому, социальному, психологическому и педагогическому аспектам причины нарушений могут быть разнообразными. В основе самой распространенной классификации причин нарушений в развитии лежит разделение их на две группы в зависимости от времени и среды воздействия. Выделяют причины внутреннего происхождения (эндогенные) и внешнего происхождения (экзогенные).

В государстве отсутствует система сопровождения лиц от 18 лет до 31 года. Преобладает низкий уровень информированности пациентов и их родственников в правовом аспекте, а именно, практически полное незнание прав, связанных с диагнозом психического расстройства и фактом наличия в семье душевно больного человека [3]. В стране реализуется ряд законов, направленных на людей с ограниченными возможностями. Важным шагом для нашего государства стало подписание Президентом страны Н.А. Назарбаевым Конвенции о правах инвалидов и Факультативного протокола в декабре 2008 года, которым была подтверждена готовность Казахстана к дальнейшей имплементации международных стандартов в области прав человека и созданию правового поля для более эффективной реализации прав инвалидов.

Термин «сопровождение» прочно вошел в профессиональную жизнь практических психологов, педагогов, медиков и употребляется как концептуально, так и в отношении практической деятельности по решению конкретных проблем, но единства мнений специалистов в определении этого понятия еще нет. Например, Ю. Слюсарев понятие «сопровождение» употребляет для обозначения недирективной формы оказания здоровым людям психологической помощи, направленной «не просто на укрепление или достройку, а на развитие и саморазвитие самосознания личности», помощи, запускающей механизмы саморазвития и активизирующей собственные ресурсы человека [4]. Ряд авторов понимает сопровождение как поддержку психически здоровых людей, у которых на определенном этапе развития возникают личностные

трудности. Сопровождение рассматривается как системная интегративная технология социально-психологической помощи семье и личности и как один из видов социального патронажа – социально-психологический патронаж.

Сущностной характеристикой психологического сопровождения является создание условий для перехода личности и (или) семьи к самопомощи. Условно можно сказать, что в процессе психологического сопровождения специалист создает условия и оказывает необходимую и достаточную (но ни в коем случае не избыточную) поддержку для перехода от позиции «я не могу» к позиции «я могу сам справиться со своими жизненными трудностями». Методологический анализ позволяет утверждать, что на сегодняшний день сопровождение – это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи – патронажа. В отличие от коррекции, оно предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития человека или семьи, опору на его (её) собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для восстановления связей с миром людей. Результатом психологического сопровождения личности в процессе адаптации к жизни становится новое жизненное качество – адаптивность, т.е. способность самостоятельно достигать относительного равновесия в отношениях с собой и окружающими как в благоприятных, так и в экстремальных жизненных ситуациях.

Для лиц, страдающих психоневрологическими заболеваниями, наиболее характерно отдаление от жизни общества, наличие проблемы примирения со своим положением и преодоления психологического дискомфорта, а в дальнейшем затруднение в обучении, участии в общественной жизни, трудоустройстве, создании семьи. Поэтому вопросы социально-психологического сопровождения и реабилитации становятся основополагающими в жизни этих людей с рождения. Человек с проблемами в здоровье не может изменить мир, но должен научиться приспосабливаться к существующим условиям.

### Основная часть

Целью нашего исследования было изучение особенностей сопровождения и развития инвалидов. Программа исследования включала в себя диагностический, коррекционный и аналитический этапы.

Мы использовали следующие методики:  
 – экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности (Д. Рассел и М. Фергюссон) [5];  
 – методика «Оценка эмоциональной и коммуникативно-поведенческой сферы детей с тяжелыми нарушениями развития» В.В. Ткачева [6];

– шкала Векслера для измерения интеллекта [6].  
 В исследовании приняли участие 30 человек, из которых 37% страдают олигофренией в стадии дебильности, имбецильности – 17%, идиотии – 13%, страдающие Синдромом Дауна 10%; эпилепсией и глубокой умственной отсталостью – 10%; 13% – слабоумием (деменция).



Рисунок 1 – Соотношение диагноза испытуемых в процентном соотношении

Метод прямого включенного наблюдения позволил сравнить характеристику группы испытуемых с клинико-патологическими признаками диагноза. У испытуемых с диагнозом олигофрения в стадии дебильности – 37% отмечаются нарушения познавательной деятельности, которые выражаются в неспособности к выработке сложных понятий и вследствие этого в невозможности сложных обобщений, абстрактного мышления или при более легкой степени дебильности – в ограниченности абстрактного мышления. Таким образом, результаты первичных исследований показали следующее: лица, страдающие психоневрологическими заболеваниями, в большинстве случаев являются социально-изолированной категорией населения.

Высокий уровень изолированности составил 37%, средний уровень изолированности – 56%, низкий уровень – всего 7%. Учитывая аспекты и последствия социальной изолированности, стоит отметить то, что испытуемые нуждаются в постоянном общении, положительных эмоциях, поддержке семьи и окружающих. Это отражается в результатах исследования эмоционально-поведенческой сферы: высокий уровень – 3%, средний уровень – 83%, низкий уровень – 14%. Исследование уровней интеллектуального развития показало низкие результаты. У 13 % испытуемых отмечается пограничная зона интеллектуального развития. 87% испытуемых имеют стойкие нарушения – умственные дефекты. Контрольный срез результатов первичного исследования представлен в таблице 1.

Таблица 1 – Результаты первичного среза

№	Исследуемый объект	Высокий	Средний	Низкий	Методы получения данных
1	Социальная изолированность	37%	56%	7%	Экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности (Д. Рассел и М. Фергюссон)
2	Эмоциональная и коммуникативно-поведенческая сфера	3%	83%	14%	Методика «Оценка эмоциональной и коммуникативно-поведенческой сферы детей с тяжелыми нарушениями развития» В.В. Ткачева
3	Интеллектуальное развитие	-	-	100%	Шкала Векслера для измерения интеллекта

Полученные данные по диагностическому срезу показаны в рисунке 2.



Рисунок 2 – Результаты первичного исследования

Основными целями групповой коррекционной работы являются формирование коллектива инвалидов и организация коллективной деятельности. Групповая коррекционная работа включает в себя: обучение общебытовым навыкам в коллективе (тренинги обучения навыкам самообслуживания); обучение творческим навыкам в коллективе; организация и проведение тренингов сплочения коллектива, тренингов дружбы, самопознания; организация коллективной культурно-досуговой деятельности (экскурсии, музеи, выставки, концерты, соревнования, цирк).

После проведения коррекционной работы с подопечными Центра было проведено вторичное исследование социальной изолированности, коммуникативной поведенческой сферы и интеллектуального развития инвалидов. Вторичное исследование социальной изолированности

по экспресс-диагностике Д. Рассел и М. Фергюссон показало следующие результаты: из 30 испытуемых 36% находятся на высоком уровне социальной изолированности. Как правило, это лица, имеющие грубейшие и глубокие нарушения. К среднему уровню изолированности относятся 48%. Менее изолированными от общества являются 16%.

В сравнении с результатами первичного исследования социальной изолированности можно отметить низкий уровень изолированности повысился с 7% до 16%, средний уровень социальной изолированности сократился с 56% до 48%, высокий уровень остался без изменений – 36%. Таким образом, можно сделать вывод о том, что после проведения коррекционной работы показатели социальной изолированности улучшились.

Таблица 2 – Результаты контрольного среза

№	Исследуемый объект	Высокий	Средний	Низкий	Методы получения данных
1	Социальная изолированность	36%	48%	16%	Экспресс-диагностика уровня социальной изолированности личности (Д. Рассел и М. Фергюссон)
2	Эмоциональная и коммуниктивно-поведенческая сфера	10%	77%	13%	Методика «Оценка эмоциональной и коммуниктивно-поведенческой сферы детей с тяжелыми нарушениями развития» В.В. Ткачева
3	Интеллектуальное развитие	-	-	100%	Шкала Векслера для измерения интеллекта

Вторичное диагностирование уровней эмоциональной и коммуниктивно-поведенческой

сфер показало следующее: высокий уровень эмоциональной и коммуниктивно-поведенческой

кой сферы – 10%, средний уровень – 77% и низкий уровень – 13%. Таким образом, после проведения коррекционных мероприятий высокий уровень повысился на 7%.

При повторном проведении теста Векслера частично изменилась общая сумма баллов в субтестах «Осведомленность», «Понятливость», «Сходство», «Недостающие детали», «Сложение фигур», «Последовательные картинки». Шкальные оценки остались без изменений. В таблице показаны результаты контрольного среза после проведения коррекционной работы.

Более того, успешно организованное социально-психологическое сопровождение открывает перспективы личностного роста, помогает человеку войти в ту «зону развития», которая ему пока еще недоступна. Сущностной характеристикой психологического сопровождения является создание условий для перехода личности и (или) семьи к самопомощи.

Условно можно сказать, что в процессе психологического сопровождения специалист создает условия и оказывает необходимую и достаточную (но ни в коем случае не избыточную) поддержку для перехода от позиции «я не могу» к позиции «я могу сам справиться со своими жизненными трудностями». Методологический анализ позволяет утверждать, что на сегодняшний день сопровождение – это особая форма осуществления пролонгированной социальной и психологической помощи – патронажа. В отличие от коррекции, оно предполагает не «исправление недостатков и переделку», а поиск скрытых ресурсов развития человека или семьи, опору на его (её) собственные возможности и создание на этой основе психологических условий для восстановления связей с миром людей.

Полученные данные по диагностическому срезу показаны в рисунке 3.



Рисунок 3 – Контрольный срез после коррекционной программы

## Выводы

Таким образом, после проведения второго этапа исследования были замечены положительные изменения в эмоциональной и коммуникативно-поведенческой сферах, улучшились результаты уровня социальной изолированности. После коррекционной работы испытуемые пытаются самостоятельно наладить общение со сверстниками, с большим интересом посещают занятия, культурно-досуговые мероприятия, выполняют задания. К выполнению

заданий относятся ответственно. Некоторые испытуемые проявляют инициативу, пытаются самостоятельно справиться с проблемной ситуацией.

В целом, полученные результаты позволили сделать вывод, что если с инвалидами, страдающими психоневрологическими заболеваниями, регулярно проводить индивидуальные и групповые коррекционно-развивающие занятия, то это в значительной мере улучшит их эмоциональное состояние и ускорит процесс интеграции в общество.

### Литература

- 1 Киселев М.И. Генезис отношения к детям с ограниченными возможностями // Молодой ученый. – 2012. – №12. – С. 412-415.
- 2 Басилов В.Н. Шаманство у народов Средней Азии и Казахстана. – М.: Наука, 1992. – С. 7.
- 3 Закон Республики Казахстан «О социальной защите инвалидов в Республике Казахстан» от 13 апреля 2005 года №39-III ЗРК.
- 4 Павленок П.Д. Основы социальной работы: учебник. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: ИНФРА – М, 2004. (Серия «Высшее образование»). – С. 196.
- 5 Истратова О.Н., Эксакусто Т.В. Справочник психолога средней школы. – Изд. 6-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2010. – 510 с.
- 6 Сорокин В.М. Специальная психология: учеб. пособие / под научн. ред. Л.М. Шипицыной. – СПб.: Речь, 2003. – 216 с.

### References

- 1 Kiselev M.I. Genesis otноsheniya k detjam s ogranichennymi vozmozhnostjami // Molodoy uchenyj. – 2012. – №12. – S. 412-415.
- 2 Basilov V.N. Shamanstvo u narodov Srednej Azii i Kazahstana. – M.: Nauka, 1992. – S. 7.
- 3 Zakon Respubliki Kazahstan «O social'noj zashhite invalidov v Respublike Kazahstan» ot 13 aprelja 2005 goda №39-III ZRK.
- 4 Pavlenok P.D. Osnovy social'noj raboty: uchebnik. – 2-e izd., ispr. i dop. – M.: INFRA – M, 2004. (Serija «Vysshee obrazovanie»). – S. 196.
- 5 Istratova O.N., Jeksakusto T.V. Spravochnik psihologa srednej shkoly. – Izd. 6-e. – Rostov n/D: Feniks, 2010. – 510 s.
- 6 Sorokin V.M. Special'naja psihologija: ucheb. posobie / pod nauchn. red. L.M. Shipicynoj. – SPb.: Rech', 2003. – 216 s.