

СОЦИАЛИЗИРУЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ В РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Детский церебральный паралич (ДЦП) занимает особое место в структуре заболеваемости и инвалидности детского населения. Инвалидность следует рассматривать как оценочный параметр тяжести клинического течения болезни. Однако поводом для определения инвалидности является не сама болезнь или травма, а их последствия, проявляющиеся в виде нарушений той или иной психологической, физиологической или анатомической функции, приводящих к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности. В среднем в год число детей, больных ДЦП, в возрасте от 6 месяцев до 14 лет, у которых впервые устанавливают инвалидность, достигает почти 3 тысяч. Выявлено более 400 неблагоприятных факторов, способствующих развитию ДЦП в антенатальном, интранатальном (80%) и раннем постнатальном (20%) периодах, при которых страдают жизненно важные функции организма: движение, речь и психика. Частота ДЦП составляет 1,7-3,3 на 1000 детского населения и 1,7-5,9 на 1000 родов [1].

Проблема реабилитации детей, страдающих детским церебральным параличом, на протяжении многих лет привлекает к себе особое внимание. Существенное значение при этом придается оказанию своевременной комплексной помощи детям с ограниченными возможностями и их семьям. Реабилитация является не только психосоциальной, но и клиничко-биологической проблемой, требующей для своего успешного функционирования понимания ее физиологической и патофизиологической сущности. Речь идет об использовании (регулировании) механизмов адаптации, компенсации, о механизмах физиологической и психологической защиты, играющие огромную роль в процессе реабилитации.

Н.С.Steinhausen [4] по-своему рассматривает модель психосоциальной адаптации, выделяя 5 составляющих модели психосоциальной адаптации. Во-первых, он определяет общий опыт, приобретаемый из-за болезни. Каждый неполноценный ребенок вынужден познакомиться с опытом пребывания в больнице, медикаментозными назначениями, операциями, болями, ограничениями и своей «инакостью» по сравнению со здоровыми детьми; и все это не только в течение какого-то ограниченного времени, но и перманентно. Во-вторых, рассматривает специфические аспекты болезни: течение болезни, очевидность нарушения (проблема стигматизации), степень тяжести болезни. Тем не менее, никогда нельзя заранее быть уверенным, что при большей соматической неполноценности менее благоприятной будет и психическая ситуация ребенка. В-третьих, у ребенка происходит ограничение обычного жизненного опыта. Формирование социальных контактов для детей с нарушениями опорно-двигательного ап-

парата затруднено из-за их ограниченной мобильности. Как следствие, в-четвертых, уровень эмоционального, мотивационного, когнитивного и социального развития снижен. Чтобы понять возможности ребенка совладать с болезнью, необходимо на каждой ступени развития учитывать уровень его эмоционального, мотивационного, когнитивного и социального развития. Особо автор рассматривает такие реакции, как реакции ближайшего окружения и социального окружения. Если ребенок в очень тяжелой психической ситуации остается без поддержки семьи, это сказывается на совладании с болезнью негативно. Стигматизация со стороны окружения часто приводит не только к социальной изоляции ребенка, но и к социальной изоляции семьи.

Реабилитационные возможности ребенка-инвалида отражают его реабилитационный потенциал, который в контексте современной концепции инвалидности (формы взаимоотношения инвалида и общества) представляет собой единство биолого-психофизиологического и социально-средового статуса ребенка и изменяется в ходе реабилитационного процесса. Для прогнозирования эффективности предлагаемых реабилитационных мероприятий необходимо учитывать степень сохранности нарушенных функций, физиологические показатели, характеризующие функциональные системы, которые в процессе проведения реабилитационных мероприятий могут определить механизм компенсации [3].

На субъективные показатели эффективности реабилитации оказывают влияние: степень достижения ребенком-инвалидом адаптации в обществе вследствие усвоения определенной системы знаний, норм и ценностей и на их основе овладение действиями и умениями, позволяющими самостоятельно осуществлять соответствующую биологическому возрасту активную деятельность; степень удовлетворенности деятельностью комплексной реабилитации категории граждан (родители, опекуны, сам ребенок), для которых она предназначена.

На объективные показатели эффективности реабилитации влияют – класс болезни, реабилитационный потенциал. Среди всех данных о ребенке-инвалиде, помимо конкретной возрастной характеристики, половой принадлежности, исключительно важное значение имеет характер инвалидизирующей патологии. Известно, что поражение костно-мышечной системы с нарушением функций опорно-двигательного аппарата или психическое заболевание с нарушениями психологического развития по-разному отражаются на жизнедеятельности инвалидов подросткового возраста и по-тому требуют различных подходов социализирующего воздействия.

Еще одним показателем биологической (медицинской) характеристики ребенка-инвалида является уровень функциональных нарушений, который соотносится с нозологической формой заболевания, с одной стороны, и глубиной поражения органов и систем организма, с другой. Детский церебральный паралич как основное инвалидизирующее заболевание

может характеризоваться большим или меньшим уровнем выраженности речевых расстройств, двигательных нарушений, отставания в интеллектуальном развитии.

Характер социализирующего воздействия в зависимости от функциональных нарушений может включать либо логопедические, либо медицинские, либо педагогические меры. Важным показателем выбора социализирующего воздействия в рамках биологического (медицинского) фактора является степень ограничения жизнедеятельности в области самообслуживания, передвижения, обучения, общения, трудовой деятельности, ориентации и контроля за своим поведением. Социализация таких детей, меры социализирующего воздействия в социальных технологиях будут иметь различное содержание при разных категориях ограничений жизнедеятельности. Они будут представлены мерами воспитательного, коррекционно-педагогического либо социально-психологического характера.

Таким образом, биологический фактор, лежащий в основе социализации детей с ДЦП и учитываемый в социальных технологиях, определяется медицинскими критериями, среди которых характер инвалидизирующего заболевания, уровень функциональных нарушений и степень ограничения жизнедеятельности. В связи с этим социальные технологии социализации детей-инвалидов должны учитывать медицинский аспект инвалидности в общей системе социализации этой категории инвалидов.

Социальный фактор предполагает необходимость учета условий социально-средового окружения. В первую очередь, это касается характеристики семьи, образа жизни членов семьи, стиля поведения и отношения к ребенку-инвалиду. Не менее значимым моментом в реабилитации является анализ семейных отношений, так как именно в семейном контексте формируются основы личности ребенка. Взаимоотношения в родительской семье, отношение к ребенку со стороны родителей могут сформировать эффективную потребностно-мотивационную систему маленького человека, позитивный взгляд на мир и на самого себя. Те же самые факторы, но с другим психологическим содержанием, могут приводить к ущербному развитию потребностей и мотивов, низкому самоуважению, недоверию к окружающим, дефицитарности в общении. Наиболее вредным оказывается непредсказуемость родительских реакций, которая лишает ребенка ощущения стабильности окружающего мира и провоцирует повышенную тревожность.

В то время как чувствительные, эмоционально понимающие и сопереживающие детям родители, адекватно и своевременно реагирующие на все потребности ребенка, формируют в нем уверенность в том, что он может контролировать свои действия, себя, других и достигать своих целей. Если же в родительских отношениях преобладает эмоциональное отвержение, игнорирование потребностей ребенка из-за погруженности в собственные дела и переживания, а тем более, если это больной ребенок, у него

может возникнуть чувство опасности, непредсказуемости среды, минимальной собственной ответственности за ее изменения в направлении обеспечения комфортного существования. Отношение к больному ребенку – одна из важнейших характеристик семьи, определяющая ее внутренние ресурсы в процессе реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Также исследования показывают, что на ухудшение реабилитации влияют следующие причины [2]:

- недостаточная мотивация семьи участвовать в реабилитационном процессе вследствие отсутствия ожидаемого эффекта от проведенных ранее реабилитационных мероприятий или стремления решить свои проблемы за счет льгот, гарантированных детям-инвалидам, и боязнью их лишиться;

- отсутствие законодательных актов, регламентирующих ответственность родителей за выполнение реабилитационных мероприятий;

- отсутствие необходимых специалистов (специалист по реабилитации, логопед, дефектолог, психолог, социальный педагог);

- недостаточное финансирование рекомендуемых реабилитационных мероприятий (технические средства реабилитации, санаторно-курортное лечение, ортопедическая обувь);

- отождествлением понятий «болезнь» и «инвалидность», «лечение» и «реабилитация». Лечение предусматривает устранение этиологического фактора и ликвидацию или ослабление клинических проявлений болезни, а также замедление прогрессирования заболевания и профилактику обострений. Реабилитация детей-инвалидов направлена на устранение или на возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функции организма.

Таким образом, реабилитация детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата является одной из важных, сложных и, вместе с тем, до сих пор не в полной мере разрешенных проблем. Специфика названной проблемы связана в основном с ограничением возможностей реализации широкого спектра факторов социализирующего воздействия на детей-инвалидов с данной патологией.

Библиографический список

Газалиева А.М. Комплексная реабилитация больных с гемипаретической формой детского церебрального паралича // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 1.

Макарова Л. В. Медико-социальная экспертиза и реабилитация в педиатрии // Сб. мат. межрегион. науч.-практ. конф. / Под ред. Е.В.Прониной, Н.Н.Лебедевой. СПб., 2007.

Науменко Л.Л., Аджаматов М.Г. Некоторые аспекты реабилитации детей-инвалидов в Российской Федерации // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 4.

А.А.Сафина

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ В МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЕ

Консультирование (от лат. *consultare* – совещаться, советоваться, заботиться) как особый вид профессиональной деятельности прочно вошло в культуру современного общества и является одной из ключевых областей психолого-педагогических, социальных, медицинских и других служб. Повсеместное его распространение началось с 1960-х гг. с создания первых ассоциаций профессиональных консультантов.

В литературных источниках встречаются различные определения консультирования. Одно из наиболее емких определений консультирования применительно к помогающим профессиям, на наш взгляд, представил Р. Нельсон-Джоунс [1, с. 13-14], рассматривающий его как:

1. Особый вид отношений помощи. Хорошие отношения помощи необходимы для эффективной работы с клиентами, при этом некоторые специалисты полагают, что это не только необходимо, но и достаточно, чтобы с клиентами произошли конструктивные изменения. Другие считают необходимым оговаривать основные характеристики отношений помощи, «стержневыми» из которых являются эмпатическое понимание, уважительное отношение, конгруэнтность (подлинность) отношений.

2. Некий репертуар возможных воздействий. Используется в дополнение к отношениям помощи. Альтернативой воздействиям являются метод консультирования и стратегии помощи. Консультанты должны определить, какие воздействия следует применять по отношению к различным клиентам и какова вероятность успеха.

3. Психологический процесс.

Исследователи также выделяют множество видов консультирования, например, такие, как социально-психологическое, социально-педагогическое, социально-правовое, управленческое, профессиональное, медико-социальное и некоторые другие. Данная статья посвящена консультированию как одной из форм медико-социальной работы.

Как известно, медико-социальная работа рассматривается в качестве нового вида мультидисциплинарной профессиональной деятельности медицинского, психолого-педагогического и социально-правового характера, направленного не только на восстановление, но и сохранение, и укрепление здоровья [2, с. 56]. Она принципиально меняет существующий подход к охране здоровья, так как предполагает системное медико-социальное воздействие на более ранних этапах развития болезненных процессов, по-