

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

ФАКУЛЬТЕТ СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ
Кафедра социальной работы

**СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ
ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА**

Диссертация на соискание академической степени магистра

магистранта
очной формы обучения
направления подготовки 39.04.02 Социальная работа
группы 87001009
Чехонадских Анастасии Николаевны

Научный руководитель:
кандидат философских наук, доцент
Мозговая Е.И.

Рецензент:
Директор ГБУСОССЗН «Томаровский
психоневрологический интернат»
Волобуев В.В.

БЕЛГОРОД 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА	11
1.1. Социальная адаптация инвалидов: сущность, структура	11
1.2. Основные технологии социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната	2
2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА (НА ПРИМЕРЕ ГБУСОССЗН «ТОМАРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»)	39
2.1. Опыт социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната (на примере ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»)	39
2.2. Диагностика проблем социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната (на основе социального исследования)	51
2.3. Программа социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната	62
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	76
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	79
ПРИЛОЖЕНИЯ	87

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. Проблема социальной адаптации инвалидов к условиям жизни в обществе является одной из важнейших граней общей интеграционной проблемы. В последнее время этот вопрос приобретает дополнительную важность и остроту в связи с большими изменениями в подходах к людям, которые являются инвалидами. Несмотря на это, процесс адаптации этой категории граждан к основам жизнедеятельности общества остаётся практически неизученным, а именно он решающим образом определяет всю эффективность тех адаптационных мероприятий, которые предпринимают специалисты, работающие с инвалидами.

Актуальность темы исследования определяется ростом численности инвалидов вследствие психических расстройств, длительностью пребывания больных в стационарных учреждениях психоневрологического профиля, необходимостью систематики этого контингента в целях решения задач их комплексной адаптации и интеграции в обществе.

Необходимость их комплексной адаптации обусловлена тем, что психические заболевания приводят к изменениям личности, социальной дезадаптации и значительно снижают способность больных к социальному функционированию (Н.Ф. Дементьева, А.А. Модестов) [25]. Психически больные, находящиеся в условиях психоневрологического интерната (ПНИ) относятся к категории длительно госпитализированных. Они испытывают на себе своеобразное социально-средовое воздействие монотонного образа жизни, ограниченной занятости, недостаточного контакта со здоровым окружением (Н.А.Береговский, Н.Ф.Дементьева, J.K.Wing, D.Abrahamson).

В связи с ситуацией постоянного проживания инвалидов в ограниченном пространстве, в относительно изолированном от окружающего мира учреждении правомерно встает вопрос об организации этого пространства, которое может стать адаптационным. Методологической

основой адаптации в психоневрологическом интернате является концепция социального подхода к психической болезни и адаптации больных. Адаптация является целостным структурно-функциональным образованием, в котором все факторы социально-средового воздействия выполняют адресную функцию влияния на инвалида и тесно взаимодействуют друг с другом.

Длительное, многолетнее и по существу пожизненное пребывание психически больных в психоневрологических интернатах накладывает определенный отпечаток на личность больных. Наряду с биологическими (патологическими), социальные (ситуационные) факторы негативно отражаются на клиническом состоянии больных. Он усугубляет дефект, отстраняет инвалидов от участия в «жизни» учреждения, способствует усилению их пассивности, апатии и зависимости (Г.П. Киндрас, В.М.Розенцвайг) [24].

Эти обстоятельства делают необходимым разработку адаптационных мероприятий, которые отвечали бы особенностям контингента больных, находящихся в психоневрологических учреждениях, могли бы нивелировать негативные ситуационные факторы и составить альтернативу их влиянию. С учетом этого комплексная адаптация этого контингента инвалидов должна представлять собой систему активизирующих, стимулирующих мер в условиях реально существующего окружающего пространства.

Степень разработанности проблемы. Проведенные научные исследования в области адаптации психически больных и инвалидов отражают различные мнения ученых на этот процесс. История адаптации психически больных свидетельствует об определенной динамике взглядов со смещением акцентов с трудовой реабилитации (трудоустройства) на социальную и психосоциальную адаптацию (Г.Я.Авруцкий, И.Я.Гурович, М.М.Кабанов, Е.Д.Красик, Д.Е.Лившиц, Д.Е.Мелехов, М.С.Розова) [20]. Также разносторонне исследовали эту проблему. Становление теории

адаптации и дезадаптации связано с именами М. Вебера, Ч. Дарвина, Э. Дюркгейма, Р. Мертона, Г. Мида, Ж. Пиаже, Г. Спенсера, Г. Селье,

Проблемы инвалидности в современном обществе нашли свое отражение в социологических трудах и диссертациях Н.В. Васильевой, Т.А. Добровольской, А.В. Ефремова, М.П. Левицкой, С.Г. Мезенина, Е.И. Холостовой [80].

Социальная адаптация в психоневрологическом интернате отличается своей спецификой, имеет свои цели и задачи, обусловленные особенностями психических заболеваний граждан, проживающих в учреждении. Н.Ф. Дементьева [25] выделяет основные цели социальной адаптации в психоневрологическом интернате:

- создание благоприятного социально-психологического климата (терапевтической среды);

- организация жизнедеятельности инвалидов;

- социальная адаптация инвалидов, поддержание и продление психической активности лиц с ограниченными возможностями здоровья.

По мнению Э.В. Устиновой, социальная адаптация включает в себя социально-бытовую адаптацию и социально-средовую ориентацию.

Т.В. Зозуля [31], определяет, что социальная адаптация - это система и процесс определения структуры наиболее развитых функций инвалида с целью последующего подбора на этой основе вида общественной или семейно-общественной деятельности. Изучение трудов в области психосоциальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната в основном указывают на то, что в научной литературе опубликованы единичные работы, посвященные вопросам социальной адаптации инвалидов, находящихся в этих Учреждениях (Л.М. Акопов, Н.Ф. Дементьева, Т.В. Зозуля, Е.А. Свистунов) [30]. Но опыт работы учреждений изучен недостаточно. Отсутствуют методические подходы по оценке качества программ психосоциальной адаптации, проводимых данному контингенту. Например, Н.Ф. Дементьева Е.И. Холостова работали над

раскрытием теоретических аспектов социальной адаптации инвалидов, её сущности и содержания [27].

В ряде исследований широко обсуждаются проблемы социальной адаптации лиц с выраженными отклонениями в психическом здоровье на примере больных шизофренией, у которых заболевание достигло инвалидизирующей стадии и явилось поводом для помещения больных (инвалидов) в психоневрологический интернат. Применительно к этому заболеванию социальная адаптация понимается как процесс приспособления индивида, имеющего отклонения в психическом здоровье, в новом его статусе, к условиям ближайшего социума, в частности к условиям психоневрологического интерната.

В последнее время специалисты разных профессиональных направлений ведут разработку технологии социального, социально-медицинского, социально-психологического сопровождения инвалидов. Идет активное обсуждение опыта работы ведущих социально-реабилитационных центров и психоневрологических интернатов в специальных журналах, на конференциях и других научно-практических форумах. Однако, на наш взгляд, внимание к этой проблеме уделяется недостаточно.

Таким образом, можно сделать *вывод*, о том, что вопрос социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологических интернатов раскрыт не достаточно. Нет единства мнений в трактовке социальной адаптации инвалидов. Существующие модели адаптации не покрывают проблемное поле приспособления инвалида к условиям пребывания.

Возникает необходимость теоретического обоснования и эмпирического изучения целостной социальной адаптации инвалидов, длительное время проживающих в условиях психоневрологического интерната. Проблема социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологических интернатов в отечественной психосоциальной работе практически не раскрыта. Соответственно, недостаточно разработанное научное обеспечение требует задать новый теоретико-методологический

формат исследования в области социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

Объект исследования – социальная адаптация инвалидов.

Предмет исследования – особенности социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

Цель исследования – раскрыть сущность и специфику социальной адаптации инвалидов; разработать программу социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

Достижение поставленной цели исследования предполагает решение следующих *задач*:

1. Раскрыть сущность и содержание социальной адаптации инвалидов.
2. Изучить опыт социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.
3. Провести диагностику проблем социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната; разработать программу социальной адаптации инвалидов в условиях ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат».

Гипотеза исследования. Повышение результативности социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната возможно при условии формирования терапевтической среды, определяющей условия и технологии организации жизнедеятельности инвалидов и продления их психической активности.

Теоретико - методологическую основу исследования составили: принципы отечественной психологии: принцип единства сознания и деятельности (С.Л. Рубинштейн); принцип детерминизма, понимаемый как закономерная и необходимая зависимость психических явлений от порождающих их условий и факторов (С.Л. Рубинштейн, А.Н. Леонтьев) [43]; подходы о проблемах формировании доступной среды для жизнедеятельности инвалидов Е.И. Холостовой., А.В. Ефремова, Н.В. Васильевой, Т.А. Добровольской, М.П. Левицкой, С.Г. Мезенина [80].

На различных этапах исследования были использованы следующие *методы* научного исследования:

1. Методы научного исследования: анализ документов (специальной литературы, нормативно-правовых, статистических, периодических источников), сравнение, типологизация, моделирование, позволившие осуществить теоретическое обоснование сущности и содержания социальной адаптации инвалидов.

2. Методы прикладной социологии: анкетирование, экспертный опрос, которые позволили вывить состояние и проблемы социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

3. Статистические методы интерпретации и анализа результатов (описательная статистика), посредством которых были получены данные, необходимые для разработки программы социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

Эмпирической базой исследования послужили Конституция Российской Федерации, Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (утвержденный 24 ноября 1995 г. № М 181-93), постановления правительства РФ и Белгородской области, Государственная программа Белгородской области «Социальная поддержка граждан в Белгородской области на 2014- 2020 годы», распоряжения Департамента социальной защиты населения Белгородской области; отчетные документы ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»; результаты социологического исследования «Проблемы социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната», проведенного автором в период с 18.05.2015 по 14.06.2015 на базе ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат», включающего в себя анкетирование, тестирование; вторичный анализ результатов исследований, проведенных другими авторами по исследуемой проблеме.

Научная новизна исследования состоит в следующем:

- раскрыта специфика социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната;

- разработана программа социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

На защиту выносится *следующее положение*: в современных условиях модернизации системы социальной защиты населения особую значимость приобретает повышение эффективности социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

Социальную адаптацию инвалидов в условиях психоневрологического интерната можно представить как систему мер, воздействий, условий и ресурсов, обеспечивающих планирование, реализацию, повышение эффективности деятельности, направленной на создание благоприятного социально-психологического климата в условиях психоневрологического интерната и выработку результативной адаптационно-интеграционной стратегии у инвалидов, проживающих в интернатном учреждении.

Программа социальной адаптации инвалидов предполагает формирование в условиях психоневрологического интерната психологической развивающей среды, обеспечивающей восстановление основных социальных функций личности, психического, физического и нравственного здоровья, формирование наиболее адекватного типа отношения к болезни у инвалидов и создание условий для выработки инновационных направлений данной деятельности, оценки качества ее организации и реализации.

Научно-практическая значимость работы заключается в следующем: определена сущность, содержание и специфика социальной адаптации инвалидов; изучен опыт социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната; диагностированы проблемы в данной области и обоснована необходимость разработки программы социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

Основные положения и выводы диссертационного исследования могут быть использованы при организации работы субъектов и органов социальной защиты населения; при подготовке студентов по направлению «Социальная работа» в рамках изучения учебных курсов «Психология социальной работы», «Социально-психологическая адаптация клиента социальной работы», «Социальная реабилитация инвалидов», «Социальная реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья».

Апробация результатов исследования. Работа выполнена по заказу ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат», где прошла апробацию в ходе учебной (научно-исследовательской) практики и получила одобрение специалистов центра.

Основные положения и выводы диссертационного исследования были представлены на VI, VII Международной научно-практической конференции «Социальная работа в современной России: взаимодействие науки, образования и практики» и сборнике Ерошенковского форума «Человек года». По теме диссертационного исследования опубликовано 4 статьи в сборниках материалов научных конференций международного и всероссийского уровней.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы, включающего в себя 86 наименований. Содержание диссертационной работы изложено на 112 страницах и включает в себя 7 приложений.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА

1.1. Социальная адаптация инвалидов: сущность, структура

Социальная адаптация занимает существенное место в содержании социальной работы. Она характеризует, с одной стороны, процесс взаимодействия объекта социальной работы с социальной средой, а с другой - является отражением определенного результата социальной работы, который может выступать критерием ее эффективности. Поэтому понимание сущности адаптивных процессов, их механизма - необходимое условие профессионализма социального работника. Адаптивные процессы обеспечиваются соответствующей технологией.

Понятие «адаптация» происходит от латинского слова *adaptatio* - приспособление. Важнейшая задача адаптационного процесса - это проблема выживания человека, через приспособление потенций организма индивида с процессами природной и социальной среды. Существуют различные процессы взаимоотношения человека с окружающим миром, и поэтому жизненно необходимо найти оптимальные механизмы и способы адаптации человеческого организма (его физиологическая организация) с индивидуально-личностными сторонами (психическая организация) и потребностями, нуждами, требованиями и нормами социального обустройства (система социальных отношений). Можно выделить четыре вида адаптации человека: биологическая, физиологическая, психологическая, социальная. Эти виды тесно взаимосвязаны, но иногда могут иметь относительную независимость или приобретать временный приоритет.

Спецификой человеческой адаптации является то, что этот процесс связан с социализацией человека, с процессом усвоения социальных норм поведения, с «врастанием в социальный мир». По существу социальная

адаптация является важнейшим механизмом социализации. Но если «социализация» представляет собой постепенный процесс формирования личности в определенных социальных условиях, то понятие «социальная адаптация» подчеркивает, что в относительно короткий промежуток времени личность или группа активно осваивает новую социальную среду, которая возникает либо в результате социального или территориального перемещения, либо при изменении социальных условий.

Процесс социальной адаптации носит конкретно-исторический характер, который по разному влияет на личность или подталкивает ее к определенному выбору механизмов действия в заданном контексте времени.

Любой вид социальной адаптации требует от человека определенных способностей. Характер и степень адаптации либо дезадаптации личности зависит во многом от биологических, физиологических, психических свойств человека и его социального развития. Но, с другой стороны, хорошо организованная профессиональная работа со стороны социальных служб различного профиля направлена на обеспечение помощи отдельным личностям, группам, социальным слоям общества на различных этапах их развития и уровня их социальной адаптации.

Социальная адаптация является целенаправленным взаимодействием элементов сознания и поведения социального субъекта и ценностной системы внешней для него среды с целью установления между ними соответствия и преодоления разногласий взаимоотношений. Адаптация выступает в качестве разновидности общественных отношений, процессов, деятельности и социальных институтов, оптимизирующих и направляющих ее развитие. Главные цели адаптации как общественного феномена - преодоление дисфункций социальной системы, гармонизация взаимосвязей социального субъекта с элементами среды.

Социальная адаптация личности направлена на восстановление норм, социально-полезных отношений с социальными субъектами (группами и отдельными ее членами), изменение в позитивном плане общения,

поведения, деятельности. Психологическая адаптация – усвоение социально полезных стандартов поведения и ценностных ориентации, сближение установок и направленности личности с ожиданиями социальной среды. Социальная и психологическая стороны адаптации находятся в неразрывном единстве, хотя иногда могут не совпадать.

Социальная адаптация на уровне отдельных личностей включает:

1) реализацию механизма взаимодействия личности с микросредой путем определенного приспособления к ней через общение, поведение, деятельность;

2) усвоение норм, моральных ценностей ближайшего позитивного социального окружения путем их рационального осознания или путем интериоризации;

3) достижение состояния адаптированности субъекта путем установления динамического равновесия между его личностными установками и ожиданиями социальной среды при наличии контроля с ее стороны.

Сложность механизма социальной адаптации проистекает от того, что взаимодействуют две структурно сложные системы - личность и социальная среда. Адаптация - это приспособление уже сформировавшейся личности к новым условиям жизнедеятельности. А социальная среда на макроуровне – это общество в целом, на микроуровне – микросреда, которую составляет ближайшее окружение человека и его отношения в семье, трудовом коллективе, в различных малых социальных группах. Микросреда – это непосредственная среда, взаимодействующая с личностью в процессе ежедневной практической деятельности. Макро - и микросреда находятся в постоянном взаимодействии с личностью и в неразрывной связи между собой, т. е. формируют как типовые, так и индивидуальные признаки личности.

Адаптация - двуединый процесс, в ходе которого субъект не только испытывает воздействие со стороны социальной среды и социальных

институтов (семья, система образования, СМИ и пр.), но и сам может активно воздействовать на внешнюю среду, трансформируя ее в соответствии со своими потребностями. Обладая сложной и многоуровневой структурой и функциями, адаптация оказывается способной как к глубоким изменениям в сознании и поведении субъекта, так и к внесению существенных корректив в инновационную среду. При этом ее содержание не сводится только к социальной реабилитации. Оно значительно шире, благодаря чему адаптация имеет отношение к эвристическим, эмоционально-чувственным, вербально-коммуникативным, ценностно-ориентационным, институционально-организационным и другим компонентам взаимодействия субъекта и среды.

Механизм социальной адаптации личности выступает как единый процесс деятельности, общения, самосознания в социальной деятельности человека, когда происходит преобразование его внутреннего мира, реализация скрытых потенций, помогающих полноценно включиться в процессы социальной адаптации как активной личности. Социальное самосознание личности выступает как механизм социальной адаптации, при котором происходит формирование и осмысление своей социальной принадлежности и роли.

Существуют и такие механизмы социальной адаптации личности, как:

1) когнитивный, включающий все психические процессы, связанные с познанием: ощущения, восприятие, представление, память, мышление, воображение и т. д.;

2) эмоциональный, включающий различные моральные чувства и эмоциональные состояния: беспокойство, озабоченность, сочувствие, осуждение, тревога и т. д.;

3) практический, поведенческий, предлагающий определенную направленную деятельность человека в социальной практике.

В целом, все эти социально-психологические механизмы социальной адаптации личности составляют полное единство. В основе социальной

адаптации личности лежит активное или пассивное приспособление, взаимодействие с существующей социальной средой, а также способность изменять и качественно преобразовывать саму личность человека.

Эффективность, конечный результат адаптации определяются объективными показателями достижений и субъективной удовлетворенностью своими достижениями в той профессиональной и социально-экономической позиции, которую занимает человек, занимающийся эмоциональным самочувствием личности.

Согласно Ф.Б. Березину [12], психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивая в то же время соответствие психической деятельности человека и его поведения требованиям среды. Тем самым понятие психической адаптации является экстраполяцией принципа гомеостатического уравнивания на взаимодействие индивида и его окружения [15]. В то же время имеются и альтернативные точки зрения. Так, В.П. Казначеев [34;] к психической адаптации относит психическую регуляцию только в состоянии стресса, в проблемной психической ситуации, признаки которой включают:

- а) наличие потребности в разрешении глобального конфликта;
- б) принципиальную неразрешимость глобального конфликта привычными средствами;
- в) связанную с этим высокую степень психической напряженности.

П.Д. Павленюк [52] выделяет следующие взаимосвязанные виды психической адаптации (и соответственно дезадаптации) человека, рассматриваемые как составляющие ее компоненты:

- 1) психофизиологическая адаптация, или свойство организма целесообразно перестраивать физиологические функции в соответствии с

требованиями среды. Сюда относятся такие адаптивные процессы, нарушение которых приводит к отклоняющемуся поведению и собственно психологической дезадаптации, а также физиологические проявления стресса;

2) собственно психологическая адаптация, нарушения которой связаны с напряженностью, психологическим стрессом;

3) психосоциальная адаптация, или адаптация личности к общению с новым коллективом.

Аналогичное подразделение составляющих психической адаптации находим у Ф.Б. Березина [15], подчеркивающего их неотъемлемую взаимосвязь, определяющую установление адекватных соотношений между психической деятельностью, обуславливающей поведение, и физиологическими механизмами, которые это поведение обеспечивают. Тем самым психическая адаптация рассматривается как комплексный феномен, который не сводится только к адаптации психологической (в англоязычной литературе термин «психологическая адаптация» - *psychological adaptation* - используется как синоним психической адаптации) и требует для своего изучения учета как психологических, так и физиологических параметров. По определению В.П. Казначеева [34], под «психической адаптацией» понимается адаптация на уровне психических функций, в их интегральной связи, являющаяся тем самым наиболее высоким уровнем адаптации. Психофизиологическая же адаптация отражает адаптацию не только на уровне психической сферы, но и связанных с ней физиологических функций, причем это разделение в значительной мере условно. Аналогичные представления высказываются А.П. Коцюбинским, Н.С. Шейниной [34], с точки зрения которых психическая адаптация состоит из 3 блоков: биологического, психологического и социального, соответствующих принятым представлениям о трех уровнях психической регуляции - биологическом, индивидуально-личностном и личностно-средовом. При этом каждая из компонент психической адаптации, в свою очередь, имеет

собственную сложную структуру. Так, собственно психическая адаптация включает в себя познавательные, эмоционально-волевые, мотивационные и практические аспекты. При этом, очевидно, эффективность психической адаптации зависит от того, насколько адекватно индивид воспринимает себя и свои социальные связи; искаженное или недостаточно развитое представление о себе ведет к нарушениям адаптации. Психосоциальная адаптация как процесс и результат вхождения человека в новую социокультурную среду, также зависит от целей и ценностных ориентаций индивида, от возможностей их достижения в соответствующей социальной среде и от принятия индивидом социальной роли. По выражению В.В. Романова [58], «в основе социальной адаптивности лежит психологическая адаптация человека». Важнейшей характеристикой психической адаптации является ее активно-приспособительный характер. Принципиальным отличием функциональной деятельности системы психической адаптации человека от всех других самоуправляемых систем, как указывает Т.С. Алферова [7], является наличие механизмов сознательного саморегулирования, в основе которых лежит субъективная индивидуально-личностная оценка природных и социальных воздействий на человека. Соответственно адаптация человека проявляется возникновением приспособительных форм поведения при переменах обстановки. Как подчеркивает В.М. Воловик [16], психическая адаптация - это активная личностная функция, обеспечивающая согласование актуальных потребностей индивида с требованиями окружения и динамическими изменениями условий жизни.

Существенную роль в процессе психической, в первую очередь психосоциальной адаптации играет связанная с личностно-типологическими характеристиками способность индивида к динамической перестройке системы отношений, установок, жизненных целей. Как указывает Т. Миллон [32], если индивидуум способен гибко взаимодействовать с окружающими, его можно отнести к нормальному, адаптивному типу личности, и напротив,

если на повседневные задачи индивид реагирует негибко или не выполняет их, а также, если обычные действия и впечатления приводят к дискомфорту, необходимо говорить о патологической или малоадаптивной личности. Психическая адаптация индивида в группе неизбежно требует умения и готовности психологически «подстраиваться» к окружающим, проявляя при необходимости взаимопонимание и уступчивость, сдерживая эмоциональные порывы, совершая те или иные поступки вопреки собственным эгоистическим тенденциям. По мнению того же автора, адаптированная психическая деятельность является важнейшим фактором, обеспечивающим человеку состояние здоровья. Только в том случае, когда эта способность поддержания здоровья соответствует уровню, необходимому для активной жизнедеятельности, или превышает его, можно говорить об адаптированной, «нормальной» психической деятельности человека, иными словами, соответствующей показателям психической «нормы». В качестве критериев, определяющих психическую «норму», рассматриваются следующие показатели:

- а) показатели адекватности интрапсихических механизмов отражения окружающей действительности;
- б) показатели зрелости личности;
- в) показатели социальной адаптированности (чувство положения в среде себе подобных и гармония взаимоотношений с ними; адекватность реакций на социальную среду; способность самокоррекции поведения в соответствии с нормами, принятыми в коллективе и умение уживаться с окружающими и добиваться самоутверждения в коллективе, в обществе без ущерба для остальных его членов).

Стойкая адаптация к условиям длительной нервно-психической напряженности приводит к переходу психики, всего организма человека в качественно иное состояние по сравнению с исходным. Поэтому даже при адекватном протекании адаптационного процесса, смена средовых условий с возвратом к нормальным условиям жизни и деятельности требует

соответствующей реадaptации- как психологической, так и социально-психологической (ресoциализации).

В целом, говоря о структуре процесса психической адаптации, необходимо подчеркнуть, что комплексное рассмотрение его, с учетом взаимных связей между эмоциями и физиологией, адаптацией психологической и социальной, неизбежным образом требует сочетания психологического и физиологического подхода, «от психопатологии и патофизиологии к социопсихопатофизиологии, или психосоматической медицине.

Одной из актуальных социальных проблем современного общества является инвалидность, интеграция лиц с ограниченными возможностями в общество. Неуклонный рост численности инвалидов во всем мире, в том числе и в России, представляет собой глобальный социальный процесс. Согласно Федеральному закону РФ «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г. № 181 «Инвалид – лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеванием, последствием травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты» [4]. «Ограничение жизнедеятельности - это полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью», - поясняется в этом законе. Учитывая отмеченный выше факт, стратегической основой социальной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации является их адаптация. Она рассматривается как система и процесс восстановления нарушенных связей индивидуума и общества, способов взаимодействия инвалида и социума. При этом основная роль в осуществлении процесса адаптации инвалидов в соответствии с адаптационными программами отводится учреждениям социальной защиты

населения, в том числе, интернатам, которые, в свою очередь, используя эффективные инновационные технологии должны качественно реализовывать стандарты социального обслуживания данной категории.

Внимание к исследованию вопросов адаптации инвалидов как социального явления в России в последние годы постоянно растет. В настоящее время процесс адаптации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Его изучают психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и так далее. Они вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной адаптации.

Вопросы адаптации инвалидов в течение первой половины 20 века рассматривались, прежде всего, с точки зрения медицинской модели инвалидности. Первоначальные идеи и организационная практика по интеграции процесса медицинской адаптации инвалидов были разработаны в России ещё в XIX веке хирургом Н. И. Пироговым, затем эти идеи развивались организатором социальной психиатрии П. П. Кащенко, а в общественной мысли В. П. Бехтеревым, В. И. Водовозовым и др. [29].

Отечественными и зарубежными учеными разрабатывались теоретические вопросы лечения и медицинской адаптации лиц с нарушениями функций организма, методики компенсации патологий, восстановления дефектов. Наибольший вклад в исследование и развитие этой научной проблематики внесли О. С. Андреева, М. М. Кабаков, Д. И. Лаврова, Е. С. Либман, А. И. Осадчик, А. А. Дыскин, С. А. Овчаренко и другие [84]. Постепенный переход к осознанию необходимости социальной адаптации инвалидов был связан с освоением зарубежного опыта, а также реализацией различных технологий социальной деятельности [21]. Развитие исследований по социальной адаптации инвалидов в России связано с работами таких ученых, как В. Д. Альперович, С. А. Беличева, Л. К. Грачев, О. С. Лебединская, Е. И. Холостова, Ю. Б. Шапиро и др. [34].

Необходимо отметить, что адаптация - это процесс, включающий в себя меры и мероприятия медицинского, профессионального и социального характера. Сущность адаптации - не только в восстановлении здоровья, но и в создании возможностей для социального функционирования в обществе. Целью адаптации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация, интегрирование клиентов с недостатком интеллектуального развития в общество.

Среди основных задач социальной адаптации можно выделить следующие:

1. Содействие социально-бытовой адаптации инвалида с последующим включением его в окружающую жизнь.

2. Оказание помощи в определении жизненных перспектив и выборе способов их достижения.

3. Развитие коммуникативных навыков.

Различают следующие виды адаптации лиц с ограниченными возможностями здоровья: медицинская, социально-средовая, социально-бытовая.

Медицинская адаптация направлена на восстановление или компенсацию нарушений, утраченных функций организма (лекарственное обеспечение, санаторно-курортное лечение, психотерапия, физиотерапия, лечебная физкультура и т.д.). Целью медицинской адаптации в психоневрологическом интернате является стабилизация либо активизация психической деятельности, лечение и профилактика соматических заболеваний, устранение психопатологических расстройств.

Социально-средовая адаптация направлена на создание оптимальной среды жизнедеятельности, обеспечение условий для восстановления социального статуса и утраченных социальных связей (обеспечение специальным оборудованием, оснащением, которое даёт относительную бытовую независимость).

Мероприятия по социально-средовой ориентации включают:

- социально-психологическую адаптацию (психологическое консультирование,
- психодиагностику и обследование личности инвалида, психологическую коррекцию, психотерапевтическую помощь, психопрофилактическую и психогигиеническую работу, психологические тренинги, привлечение инвалидов к участию в группах взаимоподдержки, клубах общения, экстренную (по телефону) психологическую и медико-психологическую помощь), обучение общению; социальной независимости; навыкам проведения отдыха, досуга, занятиями физкультурой и спортом, оказание помощи в решении личных проблем, социально-психологический патронаж семьи.

Социально-бытовая адаптация включает в себя:

- социально-бытовую ориентацию (процесс ознакомления инвалида с предметами и окружением социально-бытового назначения и содержания);
- социально-бытовое образование (восстановление, обучение или формирование навыков пользования приборами, оборудованием социально-бытового назначения с целью обеспечения относительной независимости, обучение навыкам хозяйственно-бытовой деятельности);
- трудовую и профессиональную адаптацию, которые направлены на профориентацию, трудовое и профессиональное обучение и трудоустройство в соответствии с состоянием здоровья, квалификацией и личными склонностями инвалида;
- психолого-педагогическую адаптацию, которая направлена на адаптацию в окружающей среде, в обществе, достижение морально-психологического равновесия (практические занятия, тренинги, индивидуальные беседы, консультации, психодиагностика).

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.

Таким образом, конкретные разнообразные социальные проблемы на всех уровнях требуют от социальных служб оказания необходимой помощи для достижения социальной адаптации инвалидов. Отсюда возрастает роль социальных работников, различных служб помощи населению, призванных отрегулировать механизмы взаимоотношений человека с социальной средой благодаря своей профессиональной компетенции.

1.2. Основные технологии социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната

В процессе социальной адаптации используют различные социальные технологии, под которыми подразумевается совокупность приемов, методов и воздействий, которые необходимо применять для достижения поставленных целей в процессе социального развития, для решения тех или иных социальных проблем. Технологию социальной адаптации можно определить как способы осуществления деятельности по социальной адаптации на основе ее рационального расчленения на процедуры и операции с их последующей координацией и синхронизацией и выбора оптимальных средств, методов их выполнения [39].

Люди с ограниченными умственными возможностями относятся к наиболее социально дезадаптированным группам населения. В общей структуре инвалидности по классам болезни психические заболевания занимают третье ранговое место и составляют 10 %. Психические расстройства отличаются большой вариабельностью как по клиническим особенностям, тем, или иным проявлениям психической дезорганизации, так и по степени ее выраженности. В 10-й Международной классификации болезней описано 458 категорий психических расстройств, но далеко не все из них приводят к инвалидизации. К наиболее серьезным заболеваниям, вызывающим выраженные нарушения жизнедеятельности, относятся шизофрения, умственная отсталость, старческое слабоумие, расстройства настроения, личности и некоторые другие. Программы адаптационных мероприятий при психических расстройствах определяются как характером ограничения жизнедеятельности и способностью к компенсации нарушенных психических функций, так и местом их проведения. Но в любом случае предусматриваются две стратегии вмешательств: развитие навыков инвалида; расширение внешних ресурсов. На протяжении многих десятилетий основными организационными формами психиатрической

помощи в системе социальной защиты населения считались учреждения стационарного типа - психоневрологические интернаты (ПНИ).

Н. Ф. Дементьева выделяет следующие основные цели социальной адаптации в психоневрологическом интернате:

- создание благоприятного социально-психологического климата (терапевтической среды);
- организация жизнедеятельности инвалидов;
- социальная адаптация и реабилитация инвалидов, поддержание и продление психической активности лиц с ограниченными возможностями здоровья [24, 26].

Основными задачами при этом являются: материально-бытовое обеспечение инвалидов и создание наиболее адекватных по возрасту и состоянию здоровья условий жизнедеятельности;

- организация ухода и надзора за пациентами, оказание медицинской помощи, проведение лечебно-оздоровительных и профилактических мероприятий;
- осуществление адаптационных мероприятий медицинского, социального и лечебно-трудового характера;
- организация отдыха и досуга лиц, проживающих в интернате.

В соответствии с данными целями и задачами социальная адаптация должна быть направлена на оказание помощи гражданам, проживающим в учреждении, на преодоление индивидуальных проблем, связанных с умственной и физической ущербностью; ориентирована на индивидуальные потребности лиц с ограниченными возможностями здоровья, их возрастные, жизненные и социальные запросы.

В настоящее время основу подавляющего большинства адаптационных мероприятий, реализуемых учреждениями социальной защиты населения, составляют методические рекомендации ЦИЭТИНа, который разработал программы трудового обучения лиц с глубокой умственной отсталостью по десяти видам труда, а также программы социальной адаптации лиц с

выраженной умственной отсталостью, находящихся в детских и психоневрологических интернатах (Москва, 1988–1989 гг.). Но за прошедшее с момента выхода данных программ время в обществе произошли серьёзные социально-экономические и политические перемены, изменилась политика государства в образовании, в частности, и в отношении к лицам с ограниченными возможностями. Ввиду этого в настоящее время является актуальной проблема разработки и внедрения новых и эффективных программ адаптации инвалидов с ограниченными умственными возможностями, включающих в себя принципы работы, технологии, методические рекомендации.

Для решения задач социальной адаптации инвалидов важное значение имеют повышение качества медицинского, бытового и психологического обслуживания, организация их досуга и посильной трудовой занятости. Важной формой психосоциальной адаптации инвалидов является трудовая терапия, создание возможности трудоустройства, создание среды позитивного общения.

Для достижения социальной адаптации инвалидов необходимо осуществление многих аспектов: обеспечение возможности трудоустройства, бытового обустройства (жилье, прописка), производственная адаптация в трудовом коллективе, семейно-бытовая адаптация, восстановление положительных социальных связей.

Проблемы социальной адаптации и профессиональной переориентации встают перед многими инвалидами, утратившими привычный социальный статус.

Медикаментозная и психологическая коррекция может играть существенную роль в решении задач социальной адаптации инвалидов.

Таким образом, конкретные разнообразные социальные проблемы на всех уровнях требуют от социальных служб оказания необходимой помощи для достижения социальной адаптации инвалидов. Отсюда возрастает роль социальных работников, различных служб помощи населению, призванных

отрегулировать механизмы взаимоотношений человека с социальной средой благодаря своей профессиональной компетенции.

На социальную ситуацию адаптационного процесса оказывает существенное влияние учреждение, в котором обслуживаются инвалиды. Психоневрологический интернат в отличие от психиатрической больницы имеет существенные особенности: стабильный состав больных, пожизненное пребывание в этом учреждении, преобладание лиц с выраженной умственной отсталостью, необходимость создания «домашней обстановки» в связи с многолетним пребыванием больных в однообразных условиях и ограниченным выбором видов занятий и досуга. Очевидно, что существенная роль отводится бытовому устройству клиентов, созданию для них комфортных условий проживания, обеспечению возможностей межличностных контактов на основе общности интересов.

Психоневрологический интернат - это государственное специализированное медико-социальное учреждение, предназначенное для постоянного проживания и обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов с психическими хроническими заболеваниями, которые нуждаются в постоянном уходе. Граждане, проживающие в данном учреждении, - это пожилые люди и молодые инвалиды I и II групп, страдающие психическими заболеваниями различного генеза, особенностью которых является отдаленный этап течения, хронические стадии и необратимость болезненных явлений. Клиенты интерната нуждаются в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию или передвижению. Возраст клиентов - от 18 лет и до конца жизни. В интернате всегда функционируют несколько отделений, имеющих свою специфику.

Отделение «Милосердие» предназначено для клиентов, двигательная активность которых и способность к самообслуживанию резко ограничена.

Лечебно-охранительный режим в этом отделении направлен на организацию медицинского ухода и поддержание физиологических функций клиентов.

Клиентами женского и мужского отделений являются, в основном, инвалиды I и II групп, имеющие психические заболевания. Нозологический состав проживающих данных отделений представлен умственной отсталостью умеренной и глубокой степени выраженности, органическими заболеваниями ЦНС, исходной состоянием шизофрении, эпилепсией, деменциями различного генеза (при сосудистой патологии, органических и эндогенных заболеваниях, эпилепсии); сопутствующей соматической патологией, заболеваниями опорно-двигательной системы.

В реабилитационном отделении находятся умственно отсталые молодые люди, интеллектуальный дефект которых не препятствует овладению несложными профессиями и систематическому занятию трудом, без выраженных эмоционально-волевых нарушений, полностью владеющие санитарно-гигиеническими навыками и способные к полному самообслуживанию, в данном учреждении предполагается для всех проживающих свободный режим содержания.

Отделение социальной адаптации предназначено для молодых инвалидов из числа контингента реабилитационного отделения с легкой умственной отсталостью и шизофренией без нарушения поведения в возрасте владеющих основными социально-бытовыми навыками и способных работать на предприятиях и в учреждениях.

Необходимо отметить, что диагноз «умственная отсталость», имеющийся у большинства клиентов интерната - это состояние задержанного или неполного развития психики, которое характеризуется нарушением когнитивных, речевых, моторных и социальных способностей.

Люди с ограниченными умственными возможностями отличаются недостаточным развитием психических процессов: различные по характеру и глубине нарушения умственной деятельности, недостатки двигательной сферы, своеобразие речевого развития, которые приводят к нарушению

познания окружающего мира, изменению способов коммуникации и нарушению средств общения, трудностям социальной адаптации и обеднению социального опыта. У умственно отсталых людей на уровне нервных процессов имеет место слабость замыкательной функции коры головного мозга, инертность нервных процессов, повышенная склонность к сохранному торможению. Все это создает патогенную основу для снижения познавательной активности в целом.

Нарушения восприятия у лиц с психическими заболеваниями проявляются в замедленном темпе, сужении объема, недифференцированности признаков образов, слабая ориентировка в пространстве и т. д. [40].

Для психически больных людей свойственна недостаточность внимания, особенно произвольного, которое определяют точность восприятия, прочность запоминания, направленность и продуктивность мышления, воображение. Внимание пассивное, непроизвольное.

Исходя из этого, можно выделить следующие задачи, стоящие перед коллективом интерната:

- создание благоприятных условий жизни, приближенных к домашним;
- организация ухода за клиентами, оказание им медицинской помощи и организация содержательного досуга;

Организация посильной трудовой занятости инвалидов.

В соответствии с основными задачами коллектив учреждения осуществляет:

- активное содействие в адаптации инвалидов к новым условиям;
- бытовое устройство, обеспечивая клиентов благоустроенным жильем, инвентарем и мебелью, постельными принадлежностями, одеждой и обувью;
- организацию питания с учетом возраста и состояния здоровья;
- диспансеризацию и лечение инвалидов, организацию консультативной медицинской помощи, а также госпитализацию нуждающихся в лечебные учреждения;

- обеспечение нуждающихся клиентов слуховыми аппаратами, очками, протезно-ортопедическими изделиями и креслами-колясками;
- организацию трудовой занятости, способствующей поддержанию активного образа жизни, в соответствии с медицинскими рекомендациями.

Клиенты интерната ввиду нахождения в условиях закрытого психиатрического учреждения подвержены отрицательному воздействию «больного окружения» и однообразной обстановки, способствующей развитию явлений госпитализма. Оно имеет следующие признаки: монотонный образ жизни; ограниченность связей с внешним миром; бедность впечатлений; скудность, недостаточность жизненного пространства; зависимость от персонала; ограниченные возможности занятости; регламентированность деятельности социального учреждения. Данная ситуация усугубляется еще и тем, что клиенты интерната в силу особенностей своей психики не способны к активному побуждению, самостоятельным поступкам. Особенно актуальна эта проблема для отделения «Милосердие», так как в нем находятся пациенты, которые не передвигаются или передвигаются в пределах комнаты, с тяжелыми соматическими и неврологическими расстройствами, с глубокой степенью слабоумия, дезориентированные в месте, времени, окружающей обстановке, неспособные к самообслуживанию, обучению простейшим трудовым навыкам, к общению с окружающими, нуждающиеся в полном медицинском и бытовом уходе.

Многолетнее воздействие данной средовой ситуации негативно сказывается на жизнедеятельности клиентов. У них возникают черты, нивелирующие личностные особенности, характеризующиеся ограничением интересов и желаний, в результате чего больные становятся похожими друг на друга по поведению и внешней экспрессии.

Понятие «технология», широко используемое в управленческой сфере, нашло свое место и в других областях знаний. В частности, понятие «социальные технологии» означает систему методов выявления и

использования скрытых потенциалов социальной системы в соответствии с целями ее развития, социальными нормативами [56]. Социальные технологии можно рассматривать как совокупность операций, процедур социального воздействия на пути получения оптимального социального результата. Социальные технологи – это определенные методы и способы воздействия на социальные объекты, их деятельность, поведение, психику и так далее с целью оптимизации процессов адаптации к условиям жизни в социуме.

К одной из основных технологий социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната относится социально- трудовая адаптация.

Социально-трудовая адаптация направлена на восстановление либо формирование трудовых навыков. Технология трудовой адаптации инвалидов включает ряд форм: трудовую занятость, трудовое обучение, трудовая терапия, трудоустройство. В основу разграничения этих форм положен организационно-правовой принцип, под которым подразумевается соответствие клинического статуса и функциональных возможностей инвалида требованиям, предъявляемым ему характером и условиями труда.

Трудовая занятость – необходимость занятия инвалида трудом. Как правило, связано с элементарной бытовой деятельностью по самообслуживанию, созданию уюта, порядка, чистоты в комнатах. Занятия элементарным хозяйственно-бытовым трудом позволяет инвалидам вступать в социальные связи с персоналом и другими больными, делает возможным лучше ориентироваться в окружающей обстановке. Трудовая занятость инвалидов напрямую соотносится с проблемой профессиональной реабилитации инвалидов, профессиональной ориентацией и переобучением.

Трудовая терапия – это направленное вовлечение инвалида в трудовую деятельность с целью воздействия трудом на психофизиологические функции организма и их максимально возможное восстановление. Трудовая терапия выступает как лечебный фактор: способствует физическому и интеллектуальному развитию, коррекции двигательных функций,

нормализации общих физиологических параметров организма, улучшению психологического состояния. Особенностью трудотерапии является возможность дозирования нагрузки: длительности выполнения трудового задания, кратности, сложности. Фактор дозирования позволяет соразмерить вид и характер труда с потенциальными возможностями и особенностями инвалида. Благоприятное воздействие труда, по мнению Н. Ф. Дементьевой и А. А. Модестова [25], в системе адаптационных мероприятий является клинически установленным фактом. Трудовые движения и операции стимулируют физиологические процессы, мобилизуют волю, дисциплинируют, приучают к концентрации внимания, создают бодрое настроение, направляют активность в русло предметной, результативной и дающей удовлетворение деятельности. Занятие трудом раскрывает перед инвалидами перспективу восстановления способностей общения в процессе труда, формирует осознание причастности к общей деятельности. Вовлечение в трудовую деятельность умственно отсталых лиц преследует еще более широкие цели, имея в виду перспективу обучения трудовым навыкам и трудоустройство с последующей интеграцией в общество. Трудовая терапия используется в индивидуальных и групповых формах. В процессе трудотерапии происходит становление личности, преодолеваются психологические комплексы, формируются новые межличностные взаимоотношения; человек вовлекается в коллективную деятельность, в результате чего повышается уровень его адаптации в социуме. Требованием к организации трудотерапии выступает обеспечение многообразия трудовых процессов и постепенного их усложнения, поддержания интереса к труду, психологический комфорт, постоянное наблюдение лечащим врачом и трудинструктором. Наиболее важная функция трудовой терапии инвалидов в психоневрологическом интернате – это выявление трудовой ориентации. При олигофрении воздействие трудового процесса направлено на обучение инвалидов, привитие им навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового

и производительного труда, формирование профессиональных навыков, накопление социального опыта с последующей интеграцией в социум.

По мнению Е. И. Холостовой, общеукрепляющая трудотерапия направлена на восстановление физиологической толерантности пациента до определенного уровня [81]. Она начинается на самых ранних этапах адаптации и представляет собой выполнение самых легких заданий и операций, целью которых служат отвлечение человека от мыслей о болезни, повышение жизненного тонуса, заинтересованности в активных физических действиях, мотивации к выздоровлению и восстановлению трудоспособности. Как пишет Т. В. Зозуля, восстановительная трудотерапия направлена на профилактику двигательных расстройств больного и восстановление нарушенных функций организма [30]. Она проводится в основном в адаптационный период, когда происходит приспособление к новым условиям жизнедеятельности, восстанавливаются и компенсируются нарушенные функции. Восстанавливающая трудотерапия включает тренировку пострадавших функций и использование заместительных функций при выполнении определенных операций, необходимых для жизнеобеспечения в быту, или при выполнении трудовых операций. Предлагаемые трудовые операции должны соответствовать индивидуальным возможностям и интересам, побуждать к самостоятельности и творчеству, приносить удовлетворение, мотивировать к восстановлению трудоспособности. Осваиваемые навыки и умения должны иметь общественную и личностную ценность, практическую направленность. Учебные тренирующие или производственные задания по своей структуре, объему или времени должны быть посильными, но при этом выполнять тренирующую роль и вызывать дозированное напряжение психофизиологических систем организма больного.

Таким образом, обобщая изложенный материал, можно сказать, что организация социально-трудовой адаптации инвалидов в психоневрологическом интернате носит комплексный характер, что

позволяет разносторонне воздействовать на личностно-психологические и психофизиологические стороны развития (формирование и восстановление) инвалидов. Кроме того, технологии социально-трудовой адаптации инвалидов, находящихся в психоневрологическом интернате, отражают системный подход, взаимосвязь, взаимозависимость, и последовательность собственно реабилитационных мероприятий и взаимодействие различных специалистов. Результативность технологий социально-трудовой адаптации сказывается в обобщенном виде в повышении уровня социальной адаптации, уровне социального развития.

Оккупационная терапия также является технологией психосоциальной работы. Оккупационная терапия происходит от английского термина «occupation» - «занятость». Оккупационная терапия – это форма профессиональной социальной работы, которая является частью комплексной программы медицинской, социальной и психолого-педагогической адаптации; это терапия повседневными занятиями, форма профессиональной социальной работы [54]. В зависимости от специфики объекта воздействия, целей и задач определяются и методы воздействия.

Оккупационная терапия позволяет:

- развить двигательные навыки;
- развить когнитивную сферу;
- развить сенсорную и моторную сферы;
- стимулирует продуктивные взаимоотношения;
- получить трудовые навыки;
- развить конструктивные навыки решения проблем и жизненных ситуаций;
- увеличить самостоятельность в повседневной деятельности и связанных с ней навыков самообслуживания.

Ключевой элемент оккупационной терапии - это выбор видов занятий, которые формируют навыки независимого функционирования и

удовлетворение потребностей индивида в контексте его социального окружения.

В работе с молодыми людьми, имеющими интеллектуальную недостаточность, оккупационная терапия направлена на увеличение мобильности, силы и выносливости; стимулирование здоровья и продуктивные взаимоотношения; преодоление депрессии и неврологической дисфункции; поиск ресурсов в социальном окружении.

Оккупационная терапия исходит из представления том, что состояние здоровья человека определяется рядом факторов, которые лежат за границами понятий о болезни или патологическом состоянии. Наличие болезни является важным, но не единственным фактором в определении оккупационального здоровья. Как правило, клиент, оккупационная деятельность которого ограничена по состоянию здоровья, будет хорошо поддаваться терапии, которая сочетает медикаментозное лечение и компенсаторные приемы оккупациональной терапии.

Основными задачами оккупациональной терапии являются:

- расширение независимости и автономности человека в плане перечисленных занятий;
- обеспечение успешного и независимого выполнения оккупациональных действий.

Оккупационная терапия направлена не только на возврат утраченных способностей ухода за собой, но и возврат к активной деятельности (участие в досуговых мероприятиях, выполнение трудовых обязанностей и т.д.).

Участие в оккупациональной деятельности жизненно необходимо: оно позволяет человеку удовлетворять природные потребности, приобретать навыки и способности, необходимые для преодоления жизненных проблем, достигая чувства удовлетворенности и значимости.

Участие в оккупациональной деятельности является важным компонентом социальной адаптации человека.

Участие человека в оккупациональной деятельности зависит от воздействия ряда факторов, которые включают индивидуальные особенности, характер и смысл оккупациональной деятельности, социальную и окружающую среду, на фоне которых осуществляется эта деятельность.

На основании изложенного можно сказать, что оккупациональная терапия состоит из комплекса знаний, умений и навыков, которые помогают лицам с ограниченными возможностями сохранять здоровье, уменьшать последствия инвалидности и вести независимый образ жизни.

Анималтерапия. Термином анималтерапия называют терапию с помощью животных. Ученые еще много лет назад выявили благотворное действие на человека общения с животными.

Основными целями применения анималтерапии в практике адаптационных мероприятий для лиц с ограниченными умственными возможностями являются:

- адаптация и реабилитация инвалидов;
- психологическая поддержка инвалидов;
- содействие всестороннему гармоничному развитию лиц с ограниченными возможностями;
- коррекция и развитие моторной, познавательной, эмоционально-волевой и личностной сфер;
- повышение социального статуса инвалида путем включения его в общественно-полезную деятельность [62].

Вовлечение лиц с ограниченными умственными возможностями в процессе реализации анималтерапии позволил достичь следующих результатов:

- улучшение коммуникативной функции клиентов;
- повышение уровня самостоятельности клиентов;
- улучшение физического, психологического, эмоционального состояния клиентов;
- развитие у клиентов навыков ухода за животными;

- появление у клиентов уверенности в своих силах, активности, улучшение обучаемости и внимательности;

- снижение у клиентов возбудимости, постепенное избавление от безучастности, страхов, агрессивности, замкнутости.

В реализации данного направления терапии активное участие принимают не только специалисты, обучающие взаимодействию с животными, но и сотрудники интерната (воспитатели, сопровождающие инвалидов до места проведения занятий и до интерната; психолог, отслеживающий динамику происходящих изменений и т.д.).

Арттерапия - это совокупность психокоррекционных методик, имеющих различия и особенности, определяющиеся жанровой принадлежностью к определенному виду искусства, направленностью и технологией психокоррекционного применения. Целью арттерапии является гармонизация развития личности через развитие способностей самовыражения и самопознания. Занятия в рамках арттерапии при правильной их постановке оказывают существенное воздействие на интеллектуальную, эмоциональную и двигательную сферы, способствуют формированию личности умственно отсталого человека, воспитанию у него положительных навыков и привычек.

В основе разработки и реализации занятий в рамках творческого направления лежат следующие задачи:

- способствовать коррекции недостаточного развития познавательной сферы умственно отсталых людей путем систематического и целенаправленного воспитания и развития у них правильного восприятия формы, конструкции, величины, цвета предметов, их положения в пространстве;

- находить в изображаемом объекте существенные признаки, устанавливать сходство и различие; содействовать развитию у инвалидов аналитико-синтетической деятельности, умения сравнивать, обобщать;

- ориентироваться в задании и планировать свою работу, намечать последовательность выполнения действий;

- исправлять недостатки моторики и совершенствовать зрительно-двигательную координацию путем использования вариативных и многократно повторяющихся графических действий с применением разнообразного материала.

Метод арттерапии является достаточно эффективным и не имеет ограничений, а также противопоказаний.

Таким образом, результаты адаптационной деятельности посредством различных инновационных социальных технологий, свидетельствует об их эффективности в рамках организации работы с клиентами, имеющими ограниченные умственные возможности. При этом основной целью проводимых мероприятий является восстановление у клиентов социального взаимодействия и нарушенных потребностей в коммуникации, активизацию личностного потенциала, выработку у клиента качеств, способствующих наиболее оптимальному приспособлению к социальной среде в условиях ограниченных возможностей здоровья.

Организация социальной адаптации инвалидов в психоневрологическом интернате должна носить комплексный характер, что позволит разносторонне воздействовать на личностно-психологические и психофизиологические стороны развития (формирование и восстановление) личности.

Социальные технологии, применяющиеся в практике адаптационной деятельности должны быть взаимосвязаны, взаимозависимы, последовательны и реализовываться специалистами полифункциональной бригады.

Эффективность реализуемых мер положительно влияет не только на уровень адаптированности инвалида в социуме, но и позволит, в целом, повысить качество его жизни.

2. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ СОЦИАЛЬНОЙ АДАПТАЦИИ ИНВАЛИДОВ В УСЛОВИЯХ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ИНТЕРНАТА (НА ПРИМЕРЕ ГБУСОССЗН «ТОМАРОВСКИЙ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ ИНТЕРНАТ»)

2.1. Опыт социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната (на примере ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»)

Непосредственно опыт социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната рассмотрен нами на примере государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения «Томаровский психоневрологический интернат».

Учреждение открыло свои двери 01.03.1994 года по решению местных органов власти для приёма первых жильцов как «Томаровский дом-интернат для престарелых и инвалидов». С 01.01.2011 года в соответствии с Распоряжением Правительства Белгородской области от 19.07.2010 г. №290-рп ГБУСОССЗН «Томаровский дом-интернат для престарелых и инвалидов» был перепрофилирован в Государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения «Томаровский психоневрологический интернат»

По специализации интернат относится к категории специализированных интернатных учреждений и предназначен для постоянного проживания и стационарного обслуживания престарелых и инвалидов старше 18 лет, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе, бытовом и медико-социальном обслуживании. Плановая наполняемость интерната составляет 105 человек.

Контингент обслуживаемых: престарелые и инвалиды старше 18 лет, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе, бытовом и медико-социальном обслуживании.

Предоставляемые виды услуг: государственное бюджетное стационарное учреждение социального обслуживания системы социальной защиты населения «Томаровский психоневрологический интернат», входит в общую систему, обеспечивающую оказание психоневрологической помощи гражданам в Российской Федерации. Тарифы на предоставляемые социальные услуги по стационарной форме рассчитываются на основе тарифов на социальные нужды, но не превышают 75% среднедушевого дохода. (п.4 ст.32 №442-ФЗ). Предметом деятельности Учреждения являются оказание социальных услуг гражданам, проживающих в учреждении:

Социально-бытовые:

- 1) предоставление площади жилых помещений, согласно утвержденным нормативам;
- 2) обеспечение питанием согласно утвержденным нормативам, включая диетическое питание (согласно заключению врача) по соответствующим диетам;
- 3) обеспечение мягким инвентарем (одеждой, обувью, нательным бельем и постельными принадлежностями) согласно утвержденным нормативам, в том числе при выписке из учреждения выдача закрепленной за гражданином одежды, белья и обуви по сезону;
- 4) уборка жилых помещений;
- 5) организация досуга и отдыха, в том числе обеспечение книгами, журналами, газетами, настольными играми;
- 6) предоставление в пользование мебели согласно утвержденным нормативам;
- 7) помощь в приеме пищи (кормление);
- 8) обеспечение за счет средств пожилых граждан и инвалидов книгами, журналами, газетами, настольными играми;

9) предоставление гигиенических услуг лицам, не способным по состоянию здоровья самостоятельно осуществлять за собой уход;

10) отправка за счет средств пожилых граждан и инвалидов почтовой корреспонденции.

Социально-медицинские:

1) выполнение процедур, связанных с сохранением здоровья пожилых граждан и инвалидов (измерение температуры тела, артериального давления, контроль за приемом лекарств, закапывание капель, пользование катетерами и другими средствами);

2) проведение оздоровительных мероприятий (оздоровительная гимнастика и прогулки на свежем воздухе);

3) систематическое наблюдение за пожилыми гражданами и инвалидами для выявления отклонений в состоянии их здоровья;

4) консультирование по социально-медицинским вопросам (поддержания и сохранения здоровья пожилых граждан и инвалидов, проведения оздоровительных мероприятий, наблюдения за пожилыми гражданами и инвалидами для выявления отклонений в состоянии их здоровья);

5) проведение занятий, обучающих здоровому образу жизни;

6) проведение занятий по адаптивной физической культуре;

7) оказание первой медицинской (доврачебной) помощи (поддержание жизненно важных функций: дыхания, кровообращения);

8) оказание санитарно-гигиенической помощи (обмывание, обтирание, стрижка ногтей, причесывание, смена нательного и постельного белья);

9) оказание содействия в обеспечении лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения (согласно заключению врача);

10) оказание содействия в госпитализации, сопровождение нуждающихся в медицинские учреждения;

11) проведение первичного медицинского осмотра и первичной санитарной обработки;

12) профилактика и лечение пролежней;

13) организация прохождения диспансеризации в организациях здравоохранения.

Социально-психологические:

1) социально-психологическое консультирование, в том числе по вопросам внутрисемейных отношений;

2) оказание консультативной психологической помощи анонимно, в том числе с использованием телефона доверия;

3) социально-психологический патронаж.

Социально-педагогические:

1) обучение родственников практическим навыкам общего ухода за тяжелобольными пожилыми гражданами и инвалидами, имеющими ограничения жизнедеятельности;

2) социально-педагогическая коррекция, включая диагностику и консультирование;

3) формирование позитивных интересов у пожилых граждан и инвалидов (в том числе в сфере досуга);

4) организация досуга (праздники, экскурсии и другие культурные мероприятия).

Социально-трудовые услуги:

1) проведение мероприятий по использованию трудовых возможностей и обучению доступным профессиональным навыкам;

2) оказание помощи в трудоустройстве;

3) организация помощи в получении образования и (или) квалификации инвалидами в соответствии с их способностями;

Социально-правовые услуги:

1) оказание помощи в оформлении и восстановлении документов пожилых граждан и инвалидов;

2) оказание помощи в получении юридических услуг;

3) оказание помощи в защите прав и законных интересов пожилых граждан и инвалидов;

Услуги, направленные на повышение коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих ограничения жизнедеятельности:

1) обучение инвалидов пользованию средствами ухода и техническими средствами реабилитации;

2) проведение социально-реабилитационных мероприятий в сфере социального обслуживания;

3) обучение навыкам поведения в быту и общественных местах;

4) оказание помощи в обучении навыкам компьютерной грамотности

Приём, размещение и содержание граждан в ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат» производится согласно:

- путёвке управления социальной защиты населения Белгородской области;

- Постановления правительства Белгородской области «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 22.06.2009 г. №206-пп;

- Постановления правительства Российской Федерации «Об отдельных вопросах осуществления опеки и попечительства в отношении совершеннолетних недееспособных или не полностью дееспособных граждан» от 17.10.2010 г. №927.

На каждого поступившего клиента в интернате оформляется:

- личное дело;
- история болезни;
- арматурная карточка;
- сберегательная книжка;
- медицинский полис.

Здание интерната имеет 2 жилых этажа (где размещаются: на 1 этаже – холлы, административный блок (кабинеты директора, начальника хозяйственной службы, отдела кадров, бухгалтерии), пищеблок, приёмно-

карантинное отделение, медицинский пост (с круглосуточным пребыванием дежурного мед. персонала), бытовые помещения и жилые комнаты; на 2 этаже – медицинский блок (кабинеты врача, фельдшера, старшей мед. сестры), библиотека, читальный зал, актовый зал, бильярд, швейная мастерская, тренажёрный зал, парикмахерская, массажный кабинет, кабинет физиопроцедур, процедурный кабинет, бытовые помещения и жилые комнаты) и 1 цокольный этаж (где размещаются продуктовый склад, склад мягкого инвентаря, прачечная и бытовые помещения, столярный цех).

Структурные подразделения:

- административно-хозяйственное отделение;
- социально-медицинское отделение;
- отделение интенсивного медицинского ухода (отделение милосердия);
- отделение медико-педагогической коррекции;
- отделение социо-реабилитационного профиля.

Отделение медико-педагогической коррекции это отделение, в котором помещены больные, у которых интеллектуальный дефект сочетается с выраженными расстройствами эмоционально-волевой сферы, дезорганизацией целенаправленной деятельности и поведения. Они способны овладеть санитарно-гигиеническими навыками, частичным самообслуживанием, простейшими трудовыми навыками, но только при постоянной стимуляции со стороны персонала и коррекции их поведения и целенаправленной деятельности.

Задачи медико-педагогической коррекции:

1.Создание условий для использования остаточных трудовых возможностей и участия в лечебно-трудовой деятельности, проведение мероприятий по обучению доступным профессиональным навыкам, восстановлению личностного и социального статуса;

2. Социально-педагогическое консультирование (оказание помощи клиентам в решении интересующих их социально-педагогических проблем жизнедеятельности);

3. Организация досуга (посещение театров, выставок, экскурсий, концерты художественной самодеятельности, юбилеи и другие культурные мероприятия).

Виды медико-педагогической коррекции:

1. Театральные, литературные и музыкальные мероприятия;
2. Танцевальные вечера и постановки;
3. Концерты, выставки;
4. Библиотерапия;
5. Просмотр кинофильмов;
6. Выездные экскурсионные мероприятия;
7. Кружковая деятельность (бисероплетение, лепка, вышивание нитками «мулине»).

Отделение социально-реабилитационного профиля – это отделение, в котором находятся наиболее сохранные больные, интеллектуальный дефект которых не препятствует обучению несложным профессиям и систематическому занятию трудом, без выраженных эмоционально-волевых нарушений, способные к полному бытовому самообслуживанию, владеющие санитарно-гигиеническими навыками. Состояние здоровья позволяет им находиться на полном бытовом самообслуживании. Обеспечиваемые этого отделения самостоятельно посещают столовую, по рекомендации врача могут заниматься трудотерапией до 4-х часов в сутки.

Социальная адаптация инвалидов представляет собой систему и процесс восстановления способностей инвалида к самостоятельной общественной и семейно - бытовой деятельности. Социальная реабилитация включает социально-средовую ориентацию и социально-бытовую адаптацию.

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.

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.

Задачи отделения:

1. Конкретизация потребности инвалида в различных видах социальной помощи.

2. Конкретизация услуг и технических средств, предоставляемых инвалиду.

3. Реализация индивидуальных программ реабилитации инвалидов.

Функции отделения:

1. Уточнение программы социальной реабилитации инвалида с учетом оптимального набора средств и методик, имеющихся в распоряжении специалистов Отделения.

2. Освоение и внедрение в практику работы отделения новых современных методов и средств социальной реабилитации инвалидов, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта в области медико-социальной реабилитации инвалидов.

3. Оказание консультативной и организационно-методической помощи по вопросам социальной реабилитации инвалидам, соответствующим кабинетам в районе действия отделения.

4. Взаимодействие с другими учреждениями, принимающими участие в медико-социальной реабилитации инвалидов.

5. Осуществление мероприятий по повышению квалификации работников отделения по вопросам медико-социальной реабилитации.

Виды социально - адаптационной помощи:

1. Социально-психологическое консультирование (получение от клиента информации о его проблемах, обсуждение с ним этих проблем для раскрытия и мобилизации внутренних ресурсов и последующего решения его социально-психологических проблем) (см. приложение 1);

2. Психодиагностика и обследование личности (выявление и анализ психического состояния и индивидуальных особенностей личности клиента, влияющих на отклонения в его поведении и взаимоотношениях с окружающими людьми для составления прогноза и разработки рекомендаций по психологической коррекции личности клиента);

3. Психологическая коррекция (активное психологическое воздействие, направленное на преодоление или ослабление отклонений в развитии, эмоциональном состоянии и поведении клиента для обеспечения соответствия этих отклонений возрастным нормативам, требованиям социальной среды и интересам клиента);

4. Психологические тренинги (активное психологическое воздействие, направленное на снятие последствий психотравмирующих ситуаций, нервно-психической напряженности, формирование личностных предпосылок для адаптации клиента к новым условиям)

5. Социально-психологический патронаж (систематическое наблюдение за клиентами для своевременного выявления ситуаций психического дискомфорта или межличностного конфликта и других ситуаций, могущих усугубить трудную жизненную ситуацию, показания им, при необходимости, психологической помощи и поддержки).

В интернате организована работа по культурно- досуговой адаптации проживающих. Постоянно работают 5 кружков художественной самодеятельности: кружок пения и танца, кружок бисероплетения и вышивки, кружок оригами, литературный кружок, кружок декоративно-прикладного искусства.

Ежедневно получатели социальных услуг играют в настольные игры (шашки, шахматы, домино) и бильярд. Несколько раз за год проводятся турниры между проживающими.

Просмотр кинофильмов также является частью культурной жизни интерната. Собрана большая коллекция DVD-дисков, которая постоянно пополняется.

Еженедельно проводится дискотека со светомузыкой. Часто проводятся концерты с участием проживающих с музыкальными, танцевальными и театральными постановками.

В конце каждого месяца в честь Дня рождения получателей социальных услуг устраиваются праздничные чаепития со сладостями.

В теплое время года проживающие выезжают на экскурсии по памятным местам Белгородской области.

Ежедневно проживающие участвуют в трудовых процессах интерната. Это посильная помощь по уборке жилых помещений интерната, помощь на кухне, уборка территории интерната, помощь на подсобном хозяйстве.

Также на протяжении всего 2015 года реализовывался социально-психологический проект «Содействие и поддержка», цель которого состояла в эффективной поддержке проживающих; интегративное включение их в окружающую среду, социум; социально-психологическая адаптация (коррекция отклонений в поведении, деятельности и общении, а также содействие в восстановлении социальной адаптации).

В рамках проекта реализовывались 7 подпрограмм:

1. Программа по восстановлению высших психических функций на стадии грубых расстройств при афферентной моторной афазии.
2. Программа по развитию когнитивных функций у инвалидов с органическим поражением ЦНС.
3. Программа по развитию и коррекции когнитивной сферы инвалидов с диагнозами умственная отсталость.
4. Программа по развитию и коррекции культурной сферы у инвалидов с диагнозами умственная отсталость и шизофрения.
5. Программа по развитию социально-бытовой сферы инвалидов с диагнозами умственная отсталость.
6. Программа по развитию и коррекции графомоторных навыков у инвалидов с диагнозами умственная отсталость и шизофрения.

7. Программа сохранения и укрепления психологического здоровья у инвалидов и престарелых (тренинги, тематические беседы, просмотр кинофильмов).

Задачи проекта:

1. Выявление и анализ причин и источников социальной дезадаптации, психического напряжения, кризисных ситуаций и негативных влияний на условия жизни.

2. Поиск средств и способов их устранения; составление и реализация индивидуальной программы психологической реабилитации с учетом индивидуальных и возрастных особенностей клиента.

3. Оказание своевременной, квалифицированной, комплексной помощи клиентам, направленной на восстановление, коррекцию психических функций и состояний.

4. Формирование условий способствующих благоприятному развитию адаптивной личности, социализации и поддержке психического здоровья клиента.

5. Помощь в преодолении кризисных ситуаций, коррекции нарушений отношений, разрешении личностных проблем клиента.

В ходе реализации всех реабилитационных мероприятий было выявлено уменьшение выраженности эмоционально-волевого дефекта, отмечен рост позитивных изменений в поведении проживающих и их взаимоотношениях с окружающими, повысился уровень нравственных качеств, расширились представления об общечеловеческих ценностях.

Также, клиенты интерната активно принимают участие в выездных мероприятиях.

Так, в рамках ежегодного фестиваля самодеятельного творчества инвалидов «Верю в себя», организованного под эгидой Управления социальной защиты населения Белгородской области, клиенты принимают участие в номинациях: эстрадный вокал (соло), народный вокал (соло), авторское чтение, декоративно-прикладное творчество, где занимают

почетные места. В последнем фестивале, который проходил в декабре 2015 года двое получателей социальных услуг были награждены дипломами лауреатов II степени в номинации «Авторское чтение» и «Инновационные техники декоративно-прикладного творчества».

В рамках физкультурно-оздоровительного направления на базе ГБУСОССЗН «Борисовский психоневрологический интернат», также под эгидой Управления социальной защиты населения Белгородской области и Управлением физической культуры и спорта Белгородской области проводится ежегодный турнир активным и пассивным видам спорта. Клиенты принимают участие в соревнованиях по бегу на короткие дистанции, прыжках в длину с разбега, настольный теннис, шашки, шахматы, где также занимают почетные места.

В феврале 2016 года Управлением физической культуры и спорта Белгородской области совместно с центром адаптивного спорта и физической культуры Белгородской области был организован фестиваль-марафон «Мир равных возможностей».

Таким образом, можно сделать вывод, что в интернате проводится достаточно эффективная работа по психосоциальной адаптации инвалидов. Но вследствие психических заболеваний постоянно надо поддерживать самостоятельную деятельность инвалидов, заинтересовывая их новыми формами работы. Именно поэтому целесообразно для каждого проживающего разработать индивидуальную программу психосоциальной помощи в зависимости от их психологических особенностей. С этой целью было организовано и проведено социальное исследование «Проблемы определения уровня психосоциальной адаптации в зависимости от типа отношения к болезни».

2.1. Диагностика проблем социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната (на основе социального исследования)

Исследование особенностей социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната проводилось на базе ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат».

Данное учреждение ведет начало своей деятельности с 1994 года. По специализации интернат относится к категории специализированных интернатных учреждений и предназначен для постоянного проживания и стационарного обслуживания престарелых и инвалидов старше 18 лет, страдающих психическими хроническими заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе, бытовом и медико-социальном обслуживании. Плановая наполняемость интерната составляет 105 человек.

Общее количество испытуемых с психическими заболеваниями, выбранных для нашего исследования, составило 65 человек (70,2 % - мужчины, 29,8 % – женщины). Средний возраст обследуемых – 51,17 лет.

Целями практической части нашей работы являются:

- диагностика проблем социальной адаптации инвалидов в Томаровском психоневрологическом интернате;
- разработка программы социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната.

Этапы исследования:

- знакомство с ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»;
- заполнение карт психосоциальной реабилитации инвалидов с психическими заболеваниями (см. приложение 2);
- проведение социологического исследования на базе ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»;
- обработка и анализ полученных результатов;

- разработка программы социальной адаптации инвалидов в условиях ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат».

В ходе исследования в качестве основных психодиагностических процедур нами использовались:

- Для определения типа отношения к болезни использовалась «Методика Тобол» (см. приложение 3). Методика ТОБОЛ предназначена для психологической диагностики типов отношения к болезни.

При такой диагностике была использована типология отношений к болезни, предложенная в 1980 году А. Е.Личко и Н. Я.Ивановым. Методика позволяет диагностировать следующие 12 типов отношений к болезни:

- сенситивный;
- тревожный;
- ипохондрический;
- меланхолический;
- апатический;
- неврастенический;
- эгоцентрический;
- паранойяльный;
- анозогнозический;
- дисфорический;
- эргопатический;
- гармоничный.

12 типов отношения к болезни объединены в три блока. При объединении типов в блоки были выбраны два критерия:

«Адаптивность – дезадаптивность», которая отражает влияние отношения к болезни на адаптацию личности больного.

«Интер - интрапсихическая направленность» дезадаптации (в случае дезадаптивного характера отношения).

Первый блок включает: гармоничный, эргопатический и анозогностический типы отношения к болезни, при которых психическая и социальная адаптация существенно не нарушается.

Второй блок включает: тревожный, ипохондрический, неврастенический, меланхолический, апатический типы отношения, для которых характерна интрапсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, обуславливающая нарушения социальной адаптации больных с этими типами реагирования.

В третий блок вошли: сенситивный, эгоцентрический, дисфорический и паранойяльный типы отношения, для которых характерна интерпсихическая направленность личностного реагирования на болезнь, также обуславливающая нарушения социальной адаптации больных.

Для диагностики уровня осознанной адаптации использовалась «Методика диагностики социально - психологической адаптации» (см. приложение 4). Авторы К. Роджерс и Р. Даймонд. Целью данной методики является выявление особенностей адаптационного периода личности через следующие интегральные показатели: «адаптация», «самоприятие», «приятие других», «эмоциональная комфортность», «интернальность», «стремление к доминированию».

После проведения методики «Тобол», целью которой является определение типа отношения к болезни, на основе полученных данных нами были сформированы 3 группы обследуемых.

По методике «Тобол» в первой группе испытуемых были получены следующие данные, представленные на рисунке 1:

Рис. 1. Показатели 1 группы испытуемых по методике «Тобол»



Таким образом, можно говорить о том, что в первой группе испытуемых большинство обследуемых (61%) склонны к эргопатическому (стеническому) типу отношения к болезни. Для данных больных характерен «уход от болезни в работу», им крайне важно, во что бы то ни стало, сохранить свой профессиональный статус и продолжить трудовую деятельность. Они отличаются сверхответственным отношением к выполнению любого дела, даже, несмотря на все тяжести болезни.

Наименьшее число обследуемых (11%) склонны к гармоничному (реалистичному, взвешенному) типу отношения к болезни. Данные больные оценивают свое состояние без склонности преувеличивать его тяжесть, но и без недооценки тяжести болезни. Они стремятся содействовать собственному выздоровлению, облегчению тягот близких и родственников. В случае понимания неблагоприятного прогноза заболевания данные обследуемые сосредотачивают свое внимание на том, что еще остается доступным – собственные дела, забота о близких и т.д.

Оставшиеся 28% обследуемых данной группы испытуемых склонны к анозогнозическому типу отношения к болезни, что проявляется в своеобразном отрицании, или игнорировании собственного заболевания. Часто такие больные некритично воспринимают симптомы своего недуга, всячески пытаются доказать окружающим, что они здоровы.

По методике «Тобол» во второй группе испытуемых были получены следующие данные, представленные на рисунке 2:

Рис. 2. Показатели 2 группы испытуемых по методике «Тобол»



Таким образом, можно говорить о том, что во второй группе испытуемых большинство обследуемых (33%) склонны к апатическому типу отношения к болезни. Для данных больных характерна слабость, подавленное и угнетенное состояние, нежелание задумываться и принимать какие – либо действия касаясь собственного заболевания.

Наименьшее число обследуемых (11%) склонны к меланхолическому типу отношения к болезни. Они склонны драматизировать, иногда преувеличивать собственное состояние.

Оставшиеся обследуемые данной группы испытуемых склонны к тревожному (17%), неврастеническому (17%) и ипохондрическому (22%) типам отношения к болезни. Обследуемые с тревожным типом отношения к болезни характеризуются частым и нередко интенсивным чувством тревоги как касаясь собственной персоны, так и касаясь различных жизненных неурядиц. При неврастеническом типе реагирования на болезнь проявляется раздражительность, частые смены настроения. Подавленность, снижение фона настроения характерны для больных с ипохондрическим типом отношения к болезни.

По методике «Тобол» в третьей группе испытуемых были получены следующие данные, представленные на рисунке 3:

Рис. 3. Показатели 3 группы испытуемых по методике «Тобол»



Таким образом, можно говорить о том, что в третьей группе испытуемых большинство обследуемых (69%) склонны к паранойальному типу отношения к болезни. Для данных больных характерна уверенность, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла. Также такие больные характеризуются крайней подозрительностью и настороженностью к разговорам о себе, к лекарствам и процедурам. Они стремятся приписывать возможные осложнения или побочные действия лекарств халатности или злему умыслу врачей и персонала, склонны к «пустым» обвинениям и требованиям наказания.

Наименьшее число обследуемых (12%) склонны к эгоцентрическому (истероидному) типу отношения к болезни. Они «принимают» свою болезнь и склонны искать из нее выгоду. Выставляют напоказ близким и окружающим свои страдания и переживания с целью вызвать сочувствие и полностью завладеть их вниманием. Требуют исключительной заботы о себе в ущерб другим делам и заботам, проявляют полное невнимание к близким. Склонны переводить разговоры окружающих «на себя». Другие люди, также требующие внимания и заботы, рассматриваются как «конкуренты», отношение к ним – неприязненное. При таком типе отношения к болезни

характерно постоянное желание показать другим свою исключительность, непохожесть на других.

Оставшиеся 19% обследуемых данной группы испытуемых склонны к сенситивному типу отношения к болезни, что проявляется в чрезмерной ранимости, уязвимости, озабоченности возможными неблагоприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни. Такие больные опасаются, что окружающие станут жалеть их, считая неполноценными, либо относиться к ним пренебрежительно, с опаской, распускать сплетни неблагоприятные слухи о причине болезни. Они боятся стать обузой для своих близких. Колебания настроения связаны всегда в основном с межличностными контактами.

Далее, для выявления уровня психосоциальной адаптации больных нами была проведена «Методика диагностики социально - психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда.

На основании полученных данных социально-психологической адаптации в первой группе испытуемых можно дать ей следующую характеристику: по интегральному показателю «Адаптация» группа характеризуется как имеющая повышенные адаптивные способности, т. е. в данной группе в большей степени присутствуют респонденты с высокими и нормальными адаптивными способностями. Так же большинство респондентов этой группы имеют высокий показатель самопринятия, принятие других, эмоциональный комфорт, интернальность, доминирование.

Таблица 1. Результаты по «Методике диагностики социально – психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда в первой группе испытуемых.

Показатели	Адаптивность	Самопринятие	Принятие других	Эмоциональная комфортность	Интегральность	Стремление к доминированию
<i>Высокие</i>	72%	69%	81%	78%	92%	65%
<i>Зона неопределенности</i>	18%	12%	5%	13%	2%	22%
<i>Низкие</i>	10%	19%	14%	9%	6%	13%

Таким образом, можно говорить о том, что больные, которые в большей степени склонны адекватно относиться к собственному заболеванию более адаптивны, стремятся к принятию собственной личности и личности окружающих. Большинству обследуемых данной группы характерно чувство эмоционального комфорта и целостности и гармоничности собственной личности. Высокий уровень адаптации большинства исследуемых первой группы свидетельствует о владении больными навыками социального поведения в обществе (пользование общественным транспортом, умение ориентироваться в окружающей обстановке), освоении элементарных правил межличностных и деловых отношений. Эти пациенты привлекаются к общественным и спортивным мероприятиям, интересуются художественной литературой, родственники поддерживают с ними постоянные отношения. Они не нуждаются в лечении психотропными препаратами. Эти больные могут проживать в условиях учреждений общего типа и находиться на свободном режиме содержания.

По результатам данной методики во второй группе испытуемых можно дать ей следующую характеристику: по интегральному показателю «Адаптация» группа характеризуется как имеющая средние адаптивные способности, т. е. в данной группе в большей степени присутствуют

респонденты со средними и низкими адаптивными способностями. Так же большинство респондентов этой группы имеют средний показатель самопринятия, принятие других, эмоциональный комфорт, интернальность, доминирование.

Таблица 2. Результаты по «Методике диагностики социально – психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда во второй группе испытуемых.

Показатели	Адаптивность	Самопринятие	Принятие других	Эмоциональная комфортность	Интегральность	Стремление к доминированию
<i>Высокие</i>	20%	12%%	31%	17%	11%	25%
<i>Зона неопределенности</i>	48%	52%	62%	59%	71%	49%
<i>Низкие</i>	32%	36%	7%	24%	18%	26%

Таким образом, обследуемые второй группы испытуемых, которым присуще в основном апатическое отношение к собственному заболеванию характеризуются средней адаптивностью к условиям психоневрологического интерната. Они в достаточной степени, однако несколько своеобразно, принимают собственную личность, а также окружающих. Стремление к доминированию не является ведущим в системе адаптации к окружающим людям. Приобретенные навыки общения позволяют им ориентироваться в ситуации, производить покупки, пользоваться транспортом, самостоятельно и в составе группы выходить за пределы учреждения. Этот уровень отражает владение навыками общения, социального поведения (при психосоциальной коррекции) и позволяет проживать в отделении свободного режима учреждения психоневрологического профиля.

По результатам данной методики в третьей группе испытуемых можно дать ей следующую характеристику: по интегральному показателю «Адаптация» группа характеризуется как имеющая низкие адаптивные

способности, т. е. в данной группе в большей степени присутствуют респонденты с низкими адаптивными способностями. Так же большинство респондентов этой группы имеют низкий показатель самопринятия, принятие других, эмоциональный комфорт, интернальность. Лишь по показателю «стремление к доминированию» большинство обследуемых данной группы имеют средние значения.

Таблица 3. Результаты по «Методике диагностики социально – психологической адаптации» К. Роджерса и Р. Даймонда в третьей группе испытуемых.

Показатели	Адаптивность	Самопринятие	Принятие других	Эмоциональная комфортность	Интегральность	Стремление к доминированию
<i>Высокие</i>	5%	14%	3%	11%	9%	9%
<i>Зона неопределенности</i>	14%	11%	9%	20%	2%	69%
<i>Низкие</i>	81%	75%	88%	69%	89%	22%

Таким образом, обследуемым третьей группы, которые характеризуются в основном паранойяльным типом отношения к собственному заболеванию характерна социальная активность, как метод адаптации, но лишь при условии контроля со стороны, поддерживающем лечении. Пациенты с низким уровнем социальной адаптации при постоянной ежедневной психосоциальной работе со стороны персонала вовлекаются в полезно-общественную деятельность, а также им прививаются элементарные навыки общения, общей культуры и поведения.

Таким образом, мы можем сделать вывод, что психосоциальная адаптация зависит от типа отношения к заболеванию и уровня личностного адаптационного потенциала.

Безусловно, для того, чтобы добиться у больных более успешной адаптации к условиям психоневрологического интерната, а также

сформировать максимально адекватное отношение к собственному заболеванию в интернатных учреждениях для лиц, страдающих психическими расстройствами, взят курс на переход от чисто медицинского подхода оказания помощи к биологическому, психологическому и социальному подходам одновременно.

Целесообразно разработать комплексную программу психосоциальной работы с инвалидами психоневрологического интерната, которая будет включать в себя все компоненты терапевтического воздействия и будет способствовать повышению уровня адаптированности получателей социальных услуг и формированию адекватного типа отношения к собственному заболеванию.

2.3. Программа социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната

По результатам исследования была разработана программа социальной адаптации инвалидов «Психосоциальная адаптация как фактор повышения качества жизни получателей социальных услуг ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»» (см. приложение 5).

Актуальность. Социальная работа - важнейшая область социальной сферы жизнедеятельности общества, представляющая собой особый вид деятельности, цель которого удовлетворение личностных интересов и потребностей различных групп населения создание условий содействующих восстановлению или улучшению способностей людей к социальному функционированию.

В соответствии с Федеральным Законом РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности, вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите. В перспективе ожидается дальнейший рост числа инвалидов трудоспособного возраста. Несмотря на существующие макроэкономические и финансово-бюджетные ограничения, с которыми сталкивается экономика, очевидно, что при таких масштабах и процессах игнорировать проблему инвалидности российское государство позволить себе не может.

Государство призвано создавать инвалидам необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета их потребностей в соответствующих государственных программах, предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав.

Особенно нуждаются в социальной помощи люди с психическими заболеваниями. Их познавательные возможности в сравнении с нормально развивающимися членами общества не создают прочной основы для усвоения необходимого спектра социальных, общественных и других форм жизни. Степень интеграции этих лиц в общество зависит от уровня их социально-бытовой ориентации и профессионально-трудовой подготовки.

Для систематизации мер адаптации, обеспечение контроля над ходом адаптационного процесса, возможности внесения корректив необходим комплексный проект адаптации. В нем должны быть отражены основные направления адаптации. Необходимы также данные об адаптационном потенциале, под которым понимается совокупность имеющихся физиологических, психических и физических особенностей и задатков, позволяющих при создании определенных условий в той или иной степени компенсировать или восстанавливать нарушенные сферы жизни и деятельности.

Реализация представленной программы нацелена на создание условий, в которых учитываются основные психосоциальные факторы, способствующие максимальной адаптации инвалидов, проживающих в ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат».

Государственный заказчик программы - ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат» в рамках государственной программы Белгородской области «Социальная поддержка граждан Белгородской области на 2014-2018 годы» (подпрограмма «Развитие мер социальной поддержки отдельных категорий граждан».

Представитель государственного заказчика, руководитель и разработчик программы психолог ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат» Чехонадских А.Н.

Участники программы - получатели социальных услуг ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»

Цель. Организация планомерного комплексного воздействия факторов социальной среды интерната для улучшения самочувствия, мироощущения и качества жизни получателей социальных услуг, повышения их удовлетворенности изменениями социальной ситуации, формирование наиболее адекватного типа отношения к болезни.

Задачи программы:

- приобретение и укрепление у получателей социальных услуг навыков самообслуживания;
- расширение у клиентов отделения круга интересов;
- восстановление и развитие коммуникативных способностей клиентов отделения;
- повышение степени удовлетворенности клиентов отделения своей жизнью и наличие у них позитивного мировосприятия;
- стабилизация эмоционального фона у клиентов;
- профилактика проявлений девиантных и деструктивных форм поведения.

Основные условия реализации поставленных задач:

- поддержание соматического и психического здоровья клиентов отделения;
- сохранение физической и социальной активности;
- активизация интеллектуальной деятельности;
- создание положительного эмоционального фона;
- обеспечение соответствующих условий содержания, ухода и лечения.

Ожидаемые результаты:

- развитие когнитивных процессов;
- уменьшение выраженности эмоционально-волевого дефекта;
- рост позитивных изменений в поведении клиента и его взаимоотношениях с окружающими;
- формирование адекватного типа отношения к собственной болезни.

Программа рассчитана на 1 год (январь- декабрь 2016 года) и состоит из – 3-этапов:

1. Предварительный.
2. Реализация программ.
3. Подведение итогов.

Социальная программа адаптации включает в себя 6 направлений работы:

1. Социально- психологическая адаптация (Приложение 6).
2. Социально- бытовая ориентация (Приложение 7).
3. Спортивно- оздоровительная адаптация.
4. Культурно - досуговая адаптация
5. Арт- терапия.
6. Милиотерапия (Приложение 8).

Охарактеризуем каждое из направлений.

1. Социально- психологическая адаптация.

В ходе проведенного нами социологического исследования была выявлена взаимосвязь между уровнем психосоциальной адаптации и типом отношения к болезни у инвалидов, проживающих в психоневрологическом интернате. В связи с этим, целесообразно было разработать программу, направленную на адаптацию инвалидов не только к окружающей микро среде, но и на адаптацию к собственному заболеванию и принятию его.

В настоящее время одной из наиболее распространенных форм психосоциальной адаптации является психообразование инвалидов. Основным принципом является то, что каждый человек имеет право получить информацию о возможных отклонениях в развитии личности и способах их коррекции. Психообразовательная программа может использоваться как источник помощи участникам в опоре на их сильные стороны и поощрении чувства надежды на восстановление.

Цели программы - психообразование инвалидов о возможных психических отклонениях в развитии личности.

Задачи:

- информирование получателей социальных услуг о психических отклонениях, чтобы правильное понимание своего состояния вело к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов;

- обеспечение психологической поддержки, создание терапевтической среды, в которой получатели социальных услуг могут вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладения со сложными ситуациями.

Занятия проводятся 1 раз в неделю. Продолжительность от 30 минут до 1 часа.

Цикл занятий состоит из теоретической и практической части (тестирования). В теоретической части ведущий дает теоретический материал об основных психологических характеристиках личности. В практической части участники выполняют тестовые задания. После обработки данных, участники анализируют свои показатели с показателями нормы, ведущей разрабатывает индивидуальные рекомендации.

2. Трудотерапия, социально- бытовая ориентация.

Трудотерапия играет неопределимую роль в коррекции нарушений, которые являются следствием психических заболеваний. Эти занятия позволяют развить навыки самообслуживания, обучить человека обходиться без посторонней помощи в быту.

Цель - оздоровление получателей социальных услуг и оказание им помощи в восстановлении и развитии профессиональных навыков.

Задачи:

- снижение негативной симптоматики или смягчение ее проявлений;
- восстановление утраченных функций;
- оказание общеукрепляющего и психологического воздействия на организм.

Мероприятия осуществляются в зависимости от сезона и погодных условий.

При проведении данных мероприятий обязательно учитываются показания общего заболевания инвалида, показания к трудотерапии, желание участвовать в занятиях, непрерывность процесса трудотерапии, подбор индивидуальных занятий для каждого проживающего, комплексность, нагрузку и увеличение времени занятий по трудотерапии. Внедрение данной комплексной программы позволило снизить количество девиаций у проживающих, активизировать социально-полезную деятельность инвалидов (сформировать и развить у них позитивные социально-трудовые навыки), что, в свою очередь, положительно отразилось на социальной адаптации и реабилитации проживающих с ограниченными умственными возможностями.

В практике психосоциальной адаптации наиболее широко используются следующие методы формирования социально-бытовой ориентировки и привития навыков самообслуживания:

- упражнения (планомерно организованная деятельность, предполагающая многократное повторение каких-либо действий с целью формирования определенных навыков и умений);
- моделирование воспитывающих ситуаций (инвалиду создаются такие условия, когда он становится перед необходимостью выбирать определенное решение из нескольких возможных вариантов);
- инструктаж (он обеспечивает понимание задач и способов осуществления определенных действий, последовательности выполнения операций, а также типичные приемы их использования).

Занятия по социально-бытовой ориентировке не сводятся только к овладению умением вести домашнее хозяйство. Задачи данного направления значительно шире. Инвалиды в силу особенностей их развития не могут самостоятельно приобретать знания и умения, кроме того, они имеют относительно меньшие возможности общения с окружающим миром.

Поэтому занятия предусматривают активное включение инвалидов в окружающую их жизнь. В связи с этим обязательным является наличие экскурсий, с помощью которых проживающие в интернате расширяют свои знания и представления об окружающем, развивают наблюдательность, внимание, учатся действовать в новых условиях. Кроме того, в рамках данного направления воспитательной работы решается такая задача, как отработка коммуникативных моделей поведения в наиболее типичных ситуациях.

Позитивные социально-трудовые навыки инвалидов начинают вырабатываться по мере усвоения ими системы ценностей; постепенно пробуждается интерес к познавательной деятельности. Проживающие в интернате инвалиды работают подсобными рабочими, занимаются уборкой и озеленением территории интерната, являются уборщиками служебных помещений, кроме того, несколько человек трудятся за пределами интерната.

Необходимо отметить, что трудовая деятельность для людей с ограниченными умственными возможностями является средством компенсации нарушений, а также влияет на поведение человека: улучшается ориентировка в пространстве и речевые функции, повышается четкость и осмысленность восприятия изображения, формируется самостоятельность и ответственность.

3. Спортивно- оздоровительная адаптация.

Организация спортивно-оздоровительной адаптации в Томаровском психоневрологическом интернате – это, в первую очередь, система мероприятий спортивно-оздоровительного характера, направленных на адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями. Исходя из возможностей каждого клиента и ресурсов и условий учреждения, определены виды спортивно-оздоровительной работы, в которых наши клиенты могут принимать посильное активное участие.

В частности для тех, кому обычные виды спорта не доступны в силу физического состояния здоровья, проводятся занятия ЛФК. Наши клиенты

участвуют в соревнованиях по доступным видам спорта, причем, как на своей территории, так и вне её. Важно подчеркнуть, что привлекая клиентов к занятиям физическими упражнениями и спортом, мы тем самым восстанавливаем утраченный контакт с окружающим миром. Систематические физкультурные занятия, тренировки, выезды и участие в соревнованиях являются стимулирующим фактором, формирующим чувство гордости за себя и свой интернат. Своим примером призёры соревнований привлекают и других клиентов к занятиям физической культурой. Организация физкультурно-спортивных занятий и участие в спортивных соревнованиях являются формой необходимого общения, восстанавливают психическое равновесие клиентов, снимают ощущение изолированности, возвращают чувство уверенности и уважения к себе, дают возможность вернуться к активной жизни.

В задачу специалистов в рамках реализации направления входит не только подбор необходимого физкультурно-оздоровительного комплекса для участников, но и вовлечение, по возможности, всех клиентов отделения.

Осуществляя адаптацию инвалидов методами физической культуры и спорта, системно реализуются следующие задачи: коррекция и компенсация нарушений физического развития; развитие двигательных возможностей в процессе обучения; формирование, развитие и совершенствование двигательных умений и навыков; развитие у инвалидов основных физических качеств, привитие устойчивого отношения к занятиям по физкультуре; укрепление здоровья, физического развития и повышение работоспособности инвалидов; приобретение знаний в области гигиены; развитие чувства темпа и ритма, координации движений. Клиенты интерната принимают активное участие в соревнованиях по различным видам спорта (лыжи, настольный теннис, шашки, футбол, легкая атлетика), постоянно завоевывая призовые места, а также в специальных состязаниях. Это, безусловно, способствует улучшению здоровья, самочувствия, удовлетворяет потребность в общении, расширяет кругозор, в конечном итоге способствует

самореализации человека в современном обществе. Участие в спортивно-реабилитационных мероприятиях позволяет инвалидам преодолевать страх, формировать отношения к еще более слабому, корректировать гипертрофированные потребительские тенденции и, наконец, включать инвалидов в процесс самовоспитания, приобретения навыков вести самостоятельный образ жизни, быть достаточно свободным и независимым.

4. Культурно - досуговая адаптация.

В интернате используются следующие виды организации досуга: праздничные мероприятия; тематические беседы; вечера отдыха; игры; викторины; экскурсии; культурно-зрелищные мероприятия. Широко распространены все виды игровой терапии, которая поддерживает хорошее настроение, оптимизм, благотворно влияет на различные функции организма. Отметим, что все формы организации досуга необходимо планировать с учетом возраста, общего состояния клиента и возможностей его физической активности. Участие в мероприятиях культурно-досугового направления формирует или развивает у участников способность быстрой реакции на ситуацию, дает возможность творческого восприятия окружающего мира.

Социально-культурные реабилитационные мероприятия представлены активными и пассивными формами. Пассивный досуг – это просмотр телепередач, прослушивание музыки и т.п., активные формы – это занятия рукоделием, рисованием, оригами, лепкой, участие в художественной самодеятельности, праздниках.

Мероприятия этого направления нацелены на повышение самооценки участников программы, создание возможностей их успешной адаптации к новым условиям жизни путем реализации их интеллектуальных и культурных потребностей.

Для читающих клиентов работает библиотека, где можно выбрать книгу. В библиотеке ведется изучение читательских интересов и постепенно формируется интерес к чтению; регулярно проводятся обзоры центральной и местной прессы с возможным обсуждением событий; вместе с клиентами

оформляются книжные выставки, посвященные праздничным и знаменательным датам. Необходимо отметить, что для пациентов с ограниченными возможностями передвижения многие мероприятия проводятся непосредственно в отделениях.

Мероприятия по социально-культурной адаптации инвалидов включают с себя подготовку и проведение концертов художественной самодеятельности, вернисажей выставок изобразительного творчества инвалидов, занятия музыкально-драматического коллектива, занятия вокалом, ремеслами, рисованием, танцами и другими видами искусства и творческой деятельностью. Социокультурная адаптация в интернате проводится таким образом, чтобы стимулировать инвалидов к активным формам рекреации, что будет способствовать их социализации.

Социально-культурные адаптационные мероприятия представлены активными и пассивными формами. Пассивный досуг – это просмотр телепередач, прослушивание музыки и т.п., активные формы – это занятия рукоделием, рисованием, оригами, лепкой, участие в художественной самодеятельности, праздниках.

В качестве результатов реализации социокультурной адаптации, можно отметить следующее: у проживающих расширяется кругозор и коммуникативное пространство, повышается творческий потенциал, формируется и поддерживается позитивное отношение к жизни, приобретаются новые знания, умения, социально значимые навыки и опыт.

5. Арт- терапия.

В рамках адаптационной деятельности в интернате реализуются следующие виды арттерапии:

- изотерапия - воздействие, коррекция посредством изобразительной деятельности. Она формирует такие важные качества личности, как активность, самостоятельность, инициативность, целеустремленность. Кроме того, изотворчество способствует поднятию общего жизненного тонуса. Занятия изобразительным искусством при правильной их постановке

оказывают существенное воздействие на интеллектуальную, эмоциональную и двигательную сферы, способствуют формированию личности умственно отсталого человека, воспитанию у него положительных навыков и привычек. В основе разработки и реализации занятий в рамках творческого направления лежат следующие задачи: способствовать коррекции недостаточного развития познавательной сферы умственно отсталых людей путем систематического и целенаправленного воспитания и развития у них правильного восприятия формы, конструкции, величины, цвета предметов, их положения в пространстве; находить в изображаемом объекте существенные признаки, устанавливать сходство и различие; содействовать развитию у инвалидов аналитико-синтетической деятельности, умения сравнивать, обобщать; ориентироваться в задании и планировать свою работу, намечать последовательность выполнения рисунка; исправлять недостатки моторики и совершенствовать зрительно-двигательную координацию путем использования вариативных и многократно повторяющихся графических действий с применением разнообразного изобразительного материала.

- музыкотерапия и музыкальная релаксация - лечебное воздействие посредством музыки, проявляющееся в регулировании психовегетативных процессов, регуляции психоэмоциональных состояний, повышение социальной активности, облегчение усвоения новых положительных установок. В рамках этого направления широко используется музыкотерапия, которая также не только положительно влияет на основные функции человеческого организма, но и снимает нервно-психологическое напряжение. Музыкотерапия включает в себя в основном терапию пением (разучивание песен, частушек). Это лучше всего воспринимается клиентами отделения, так как во время занятий возникает эмоциональная активность, развиваются и укрепляются межличностные отношения. Наступает эмоциональная разрядка, повышается социальная активность, улучшается физическое самочувствие.

Танцетерапия - творческая двигательная деятельность, основанная на выражении пластикой тела определенных чувств, состояний, эмоций.

Психогимнастика - воздействие посредством упражнений, этюдов, позволяющих выразить себя, снять мышечные зажимы, эмоциональные проблемы.

Наиболее распространенными среди клиентов интерната видами творческой активности являются рисование, вязание, бисероплетение, вышивка бисером и гладью, оригами, лепка. Отметим, что вязание, рисование, выполнение различных поделок позволяет человеку с ограниченными способностями расслабиться, успокоиться даже на физиологическом уровне.

Занятия творчеством способствуют выражению психоэмоциональных состояний, проблем, всестороннему развитию личности; в их процессе уточняются и углубляются зрительные представления об окружающих объектах, предметах, так как задействованы зрение, осязание, движение рук. Вовлечение в творческую деятельность позволяют человеку ощутить и понять самого себя, выразить свободно мысли и чувства, освободиться от конфликтов и сильных переживаний, развить эмпатию, быть самим собой, свободно выражать мечты и надежды.

Занятия в рамках арттерапии при правильной их постановке оказывают существенное воздействие на интеллектуальную, эмоциональную и двигательную сферы, способствуют формированию личности умственно отсталого человека, воспитанию у него положительных навыков и привычек.

Мероприятия социокультурной адаптации нацелены на повышение самооценки участников проекта, создание возможностей их успешной адаптации к новым условиям жизни путем реализации их интеллектуальных и культурных потребностей.

6. Милиотерапия.

Слово «милио» французское и означает «окружение». Милиотерапия означает «лечение окружением» или «лечение средой». Под средой

подразумеваются все компоненты среды – физический (физические условия, среда, в которой живет человек) психологический и социальный компоненты. Милитерапия исследует и использует все компоненты, так, чтобы они взаимодействовали между собой и имели терапевтическое влияние на клиента. Тем самым, это создание такой среды, которая была бы более благоприятна для жизни и реабилитации клиента, среды, в которой были бы созданы условия для использования всех методов лечения – медицинской терапии, медикаментозного лечения, психотерапии и любого другого вида воздействия и взаимодействия. Это такая среда, в которой каждый специалист и каждый метод имеют свое место. Именно сотрудничество и кооперация членов коллектива, работающих в такой обстановке, имеет важное значение. Действия всех сотрудников должны быть скоординированы и направлены на одну же цель.

Анализ полученных предварительных данных по результатам наблюдения свидетельствует о том, что внедрение программы позволило снизить количество девиаций у клиентов; активизировать социально-полезную деятельность инвалидов (сформировать и развить у них позитивные социально-трудовые навыки); развить двигательные навыки, когнитивную, сенсорную и моторную сферы; развить конструктивные навыки решения проблем и жизненных ситуаций; увеличить самостоятельность в повседневной деятельности и связанных с ней навыков самообслуживания. Все это положительно отразилось на социальной адаптации лиц с ограниченными умственными возможностями.

По итогам реализации социальной программы можно сделать вывод о ее эффективности. Об этом свидетельствуют положительные результаты, которые были получены в результате наблюдения за участниками программы. Участники представили разные результаты, но общая динамика положительная. Практически у всех участников программы наблюдалось уменьшение уровня напряженности, которая была характерна для них до

адаптации, появилась уверенность в себе и в собственных силах, повысилась самооценка.

Наиболее важным и показательным результатом адаптационной работы является формирование у участников установки на значимость личных усилий, собственной активности в преодолении различных жизненных трудностей и достижении поставленных целей.

Безусловно, полученные положительные результаты требуют закрепления. Тем не менее, наметившаяся положительная динамика дает основания рекомендовать продолжение социальной работы. Однако для достижения максимально возможного положительного эффекта в адаптационной работе необходимо уделять внимание формированию терапевтической среды, менять не только внутреннее психологическое состояние людей, проживающих в психоневрологическом интернате, но и общественное мнение на уровне социальных установок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната определяется ростом численности инвалидов вследствие психических расстройств, длительностью пребывания больных в стационарных учреждениях психоневрологического профиля, необходимостью систематики этого контингента в целях решения задач их комплексной адаптации и интеграции в обществе.

Необходимость их комплексной адаптации обусловлена тем, что психические заболевания приводят к изменениям личности, социальной дезадаптации и значительно снижают способность больных к социальному функционированию. Психически больные, находящиеся в условиях психоневрологического интерната (ПНИ) относятся к категории длительно госпитализированных. Они испытывают на себе своеобразное социально-средовое воздействие монотонного образа жизни, ограниченной занятости, недостаточного контакта со здоровым окружением.

Социальная работа - важнейшая область социальной сферы жизнедеятельности общества, представляющая собой особый вид деятельности, цель которого удовлетворение личностных интересов и потребностей различных групп населения создание условий содействующих восстановлению или улучшению способностей людей к социальному функционированию.

В соответствии с Федеральным Законом РФ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации», инвалидом является лицо, которое в связи с ограничением жизнедеятельности, вследствие наличия физических или умственных недостатков нуждается в социальной помощи и защите. В перспективе ожидается дальнейший рост числа инвалидов трудоспособного возраста. Несмотря на существующие макроэкономические и финансово-бюджетные ограничения, с которыми сталкивается экономика, очевидно, что

при таких масштабах и процессах игнорировать проблему инвалидности российское государство позволить себе не может.

Государство призвано создавать инвалидам необходимые условия для индивидуального развития, реализации творческих и производственных возможностей и способностей путем учета их потребностей в соответствующих государственных программах, предоставления социальной помощи в предусмотренных законодательством видах в целях устранения препятствий в реализации инвалидами прав на охрану здоровья, труд, образование и профессиональную подготовку, жилищных и иных социально-экономических прав.

Особенно нуждаются в социальной помощи люди с психическими заболеваниями. Их познавательные возможности в сравнении с нормально развивающимися членами общества не создают прочной основы для усвоения необходимого спектра социальных, общественных и других форм жизни. Степень интеграции этих лиц в общество зависит от уровня их социально-бытовой ориентации и профессионально-трудоустройственной подготовки.

Социальная адаптация является целенаправленным взаимодействием элементов сознания и поведения социального субъекта и ценностной системы внешней для него среды с целью установления между ними соответствия и преодоления разногласий взаимоотношений.

Опыт социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната рассмотрен нами на примере государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания системы социальной защиты населения «Томаровский психоневрологический интернат».

По специализации интернат относится к категории специализированных интернатных учреждений и предназначен для постоянного проживания и стационарного обслуживания престарелых и инвалидов старше 18 лет, страдающих психическими хроническими

заболеваниями и нуждающихся в постоянном уходе, бытовом и медико-социальном обслуживании.

На базе Томаровского психоневрологического интерната было организовано и проведено социальное исследование «Проблемы социальной адаптации инвалидов в условиях психоневрологического интерната».

По результатам исследования была разработана программа социальной адаптации инвалидов «Социальная адаптация как фактор повышения качества жизни получателей социальных услуг ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат». Мероприятия программы носят комплексный характер и включают в себя все компоненты терапевтического воздействия, которые будут способствовать повышению уровня адаптированности получателей социальных услуг и формированию адекватного типа отношения к собственному заболеванию.

Анализ полученных предварительных данных по результатам наблюдения свидетельствует о том, что внедрение программы позволило снизить количество девиаций у клиентов; активизировать социально-полезную деятельность инвалидов (сформировать и развить у них позитивные социально-трудовые навыки); развить двигательные навыки, когнитивную, сенсорную и моторную сферы; развить конструктивные навыки решения проблем и жизненных ситуаций; увеличить самостоятельность в повседневной деятельности и связанных с ней навыков самообслуживания. Все это положительно отразилось на социальной адаптации лиц с ограниченными умственными возможностями.

Наиболее важным и показательным результатом адаптационной работы является формирование у участников установки на значимость личных усилий, собственной активности в преодолении различных жизненных трудностей и достижении поставленных целей.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // "Библиотечка Российской газеты", выпуск N 22-23, 1999 г.
2. Конвенция Международной организации труда N 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (Женева, 20 июня 1983 г.), Рекомендация Международной Организации Труда от 20 июня 1983 г. N 168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов // Международная Организация Труда. Конвенции и рекомендации. 1957-1990, том 2.
3. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 года N 5487-I // Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации от 19 августа 1993 г., N 33 ст. 1318
4. Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ "О социальной защите инвалидов в Российской Федерации" // Собрание законодательства Российской Федерации от 27 ноября 1995 г. N 48, ст. 4563.
5. Постановление Правительства РФ от 13 августа 1996 г. N 965 "О порядке признания граждан инвалидами" // СЗ РФ от 19 августа 1996 г. N 34, ст. 4127
6. Айшервуд М.М. Полноценная жизнь инвалида / М.М. Айшервуд – М.: Педагогика, 2001.- 324 с.
7. Алферова Т.С., Потехина О.А. Основы реабилитологии./ Т.С. Алферова. - Тольятти, 2007.- 344 с.
8. Бакк А., Грбневальд К. Забота и уход: Книга о людях с задержкой умственного развития. / А.Бакк. - СПб: ИРАВ. - 2001. - 360 с.
9. Баканова И.В., Зейгарник Б.В. и др. Отношение к болезни как условие формирования осознаваемых и неосознаваемых мотивов деятельности

- Бессознательное. Природа, функции и методы исследования./ И.В. Баканова. - Тбилиси. - 463 с.
10. Батыгин, Г. С. Лекции по методологии социологических исследований: учеб. для студентов гуманитарных вузов и аспирантов / Г.С. Батыгин. Изд. 2-е. – М.: Российский университет дружбы народов, 2008. – 368 с.
 11. Белявский Б.В. Образование инвалидов в России: история вопроса, статистика // Образование детей-инвалидов в России. Материалы международной конференции: "Инклюзивное образование: перспективы развития в России". - М. - 2006. - 60 с.
 12. Березин Ф. Б. Психологическая и психофизиологическая адаптация человека. -Л., 1988. -255 с.
 13. Березовский А.Э., Крайнова Н.Н., Бондарь Н.С. Самосознание психически больных: Методическое пособие. / А.Э. Березовский. - Самара, 2001. - 44 с.
 14. Блейлер Е. Руководство по психиатрии. / Е. Блейлер. - М.: издательство Независимой психиатр. ассоц., 1999 год.- 123 с.
 15. Бодалев А.А. Общение и формирование личности. Социальная психология личности. / А.А. Бодалев. - М.: Наука, 1979.
 16. Введение в социальную работу : теоретические и прикладные аспекты: учеб. пособие / под общ. ред. Н. Г. Стойко. - Красноярск, 1998.- 249 с.
 17. Гришина Л.П., Талалаева Н.Д., Амирова Э.К. Особенности профессиональной реабилитации инвалидов в регионах Российской Федерации./ Л.П.Гришина // Медико-социальная экспертиза и реабилитация, 2001. - № 3. - 27 с.
 18. Гусева Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов в Российской Федерации. / Н.К. Гусева. - Н.Новгород, 2009г.- 198 с.
 19. Гусева Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов в Российской Федерации: Руководство для профессионального образования./ Н.К.Гусева. - Нижний Новгород: Изд-во Нижегородской государственной медицинской академии, 1999. - 508с.

20. Гурович И. Я., Шмуклер И. Я., Сторижакова Я. А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. / И.Я. Гурович. - М.: ИД Медпрактика, 2004. - 492 с.
21. Гурович И.Я., Ньюфельдт О.Г. Современные тенденции развития и новые формы психиатрической помощи. - М.: ИД "Медпрактика, 2007. - 356 с.
22. Гурьева В.А., Гиндикин В.Я. Раннее распознавание шизофрении. / В.А. Гурьева. - М.: Высшая школа психологии, 2005.- 304 с.
23. Елисеев О.П. Конструктивная психология и психодиагностика личности. Практическая психология. / О.П. Елисеев.- М.: Псков, 2004.-328 с.
24. Дементьева Н.Ф., Болтенко В. В., Доценко Н.М. и др. "Социальное обслуживание и адаптация лиц пожилого возраста в домах-интернатах"./ Н.Ф. Дементьева // Методич. рекоменд. - М.: ЦИЭТИН, 1985. - 36 с.
25. Дементьева Н.Ф., Модестов А.А. Дома-интернаты: от призрения к реабилитации. / Н.Ф. Дементьева. - Красноярск, 1993. - 195 с.
26. Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан. / Н.Ф.Дементьева. - М.: ЦИЭТИН, 1991. - 345 с.
27. Дементьева Н.Ф., Шаталова Е.Ю., Соболев А.Я. Организационно-методические аспекты деятельности социального работника./ Н.Ф. Дементьева. В кн.; Социальная работа в учреждениях здравоохранения. - М., 1992.-263 с.
28. Долгалев Б.А., Ладикова В.Н. Социально- психологические проблемы инвалидов//Человек: его сущность, развитие и проблемы. Вып. 1/Под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д., 2000.- 345 с.
29. Жулковская Т., Ковалева А.И., Луков В.А. «Ненормальные» в обществе: Социализация людей с ограниченными интеллектуальными возможностями: Науч. монография./ Т.Жуловская- Москва-Щецин: Изд-во Моск. гуманит. ун-та, 2003. – 432 с.
30. Зозуля Т.В. Основы социальной и клинической психиатрии./ Т.В.Зозуля. - М.: Издательский центр "Академия", 2001. - 224 с.

31. Зозуля Т.В., Свистунова Е.Г., Чешихина В.В. Комплексная реабилитация инвалидов: Учебное 24. Кравченко А.И. Социальная работа./Т.В.Зозуля. - М.: ТК Велби; Проспект, 2008.-325 с.
32. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. / М.М.Кабанов. – СПб, 1998. - 256 с.
33. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. / М.М. Кабанов. - М.: Медицина, 2003. - 311 с.
34. Казначеев В.П. Современные проблемы адаптации. / В.П. Казначеев. - М.: Новосибирск: Наука, Сиб. отд-ние, 1980. - 191 с.
35. Кемпинский А. Психология шизофрении. / А. Кемпинский. - С.-П.,1998. - 294 с.
36. Ковалева О. Доступная среда нужна всем. / А.Кемпинский // Соц. защита. - 2010. - N 12. – 13 с .
37. Корнилова М.В. Особенности социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов/ М.В.Корнилова // Социол. исслед. - 2011. - N 8. – 97 с.
38. Косенкова Т.В. К вопросу об эффективности социальных механизмов управления институтом реабилитации инвалидов/Т.В. Косенкова // Соц.-гуман. знания. - 2012. - N 1. 359 с .
39. Косенкова Т.В. Эволюция формирования института реабилитации инвалидов/ Т.В. Косенкова // Соц.-гуман. знания. - 2010. - N 5. – 338 с .
40. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, познание. / В.П. Критская. - М.: МГУ, 1991. - 256 с.
41. Кундин А. Если стал инвалидом/ А.Кундин // Соц. защита. - 2001. - N 8. – 14 с.
42. Курбатова В.И. Социальная работа. / В.И.Курбатова.- Ростов-на-Дону: Феникс,2013.- 576 с.

43. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. / Р.А. Лурия. -М.: Медицина, 1970.- 111с.
44. Манько Ю.В. Теория и практика социальной работы./ Ю.В.Лурия. - СПб.: ИД «Петрополис», 2008. - 276 с.
45. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств./ С.Н. Мосолов. - М.: Москва , « Новый цвет», 2001. - 240 с.
46. Нестерова Г.Ф. Технология и методика социальной работы. –/ Г.Ф. Нестерова.- СПб: Имена, 2006.-189 с.
47. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику./ В.В.Николаева.- М.: Изд-во МГУ, 1997. - 167 с.
48. Николаева В.В. Психологические аспекты рассмотрения внутренней картины болезни. Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской деонтологии. / В.В.Николаева.- Л., 1997. – 99 с.
49. Носачев Г.Н. Введение в психотерапию. / Г.Н. Носачев. М.: - Самара, Самарский дом печати, 1997.- 309 с.
- 50.Обучение социальной работе в России: программы и технологии / отв. ред. М. П. Гурьянова. Ч. VI. Методика и практика социальной работы. - М., 1998.- 218 с .
- 51.Обучение практике социальной работы: международный опыт и перспективы / под ред. М. Доэл., С. Шардлоу ; пер. с англ. ; под ред Б. Ю. Шапиро. - М., 1997.- 312 с .
- 52.Павленок П.Д. Технологии социальной работы с различными группами населения./ П.Д. Павленюк. - М.: ИНФРА-М, 2009. – 536 с.
- 53.Панов А.М. Социальная поддержка инвалидов в Российской Федерации: современное состояние, проблемы, перспективы/ А.М.Панов.//Отечественный журнал социальной работы. - 2007. - № 3. – 58 с.

54. Преодолевая проблемы инвалидности: Программа Лиен./ М.: Издательство Института социальной работы Ассоциации работников социальных служб, 1997. – 230 с.
55. Психодиагностика в системе социальной работы: учебное пособие / В.Б. Никишина, Т.Д. Василенко. - М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2004.- 104 с.
56. Реут М. Комплексный подход к определению инвалидности/ М.Реут // Власть. - 2008. – №7. 96 с.
57. Рогов В. Спасение инвалидов - дело рук самих инвалидов/ В.Рогов // Соц. защита. - 1998. - N 7. – 20 с.
58. Романов Р.С. Инвалид: профессиональная реабилитация в регионах./В.Рогов // Социальная работа - 2003. - № 10. – 17 с.
59. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Политика инвалидности: Социальное гражданство инвалидов в современной России./ П.В. Романов. - Саратов: Изд-во «Научная книга», 2006.-253 с.
60. Савинов А.И. Организация работы органов социального обеспечения: Учебник. / А.И. Савинов - М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2003. - 368 с.
61. Сергеев И. И., Петракова А. В. Транзиторные психозы шизофренического спектра. / И.И. Сергеев. - Астрахань: Новая Линия, 2004. -120 с.
62. Сигидин, Я.А. Клинические, научно-методические и организационные аспекты / Я.А. Сигидин, Г.В. Лукина. М.: Анко, 2001. - 623 с.
63. Содержание и методика социальной работы: учебное пособие / под ред. Е.А. Сигиды. - М.: ВЛАДОС, 2005.- 243 с.
64. Социальная работа / Под общей редакцией проф. В.И. Курбатова. - Ростов-на-Дону: «Феникс», 2003. - 480 с.
65. Социальная работа с инвалидами: Настольная книга специалиста. /Под. Ред. Е.М. Холостовой. М.: Институт социальной работы, 1996. -210 с.
66. Социальная работа: учебное пособие / под ред. В.И.Курбатова. - Ростов-на-Дону: Феникс, 2006. - 479 с.
67. Социальная работа: учебное пособие / под ред. Н.Ф.Басова. - М.: Дашков и К, 2007. - 363 с.

68. Скалыга И.М., Фролов В.М.. Шизофрения: новые подходы к терапии. Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи) / Под общ. ред. И. И. Кутько, П. Т. Петрюка. - Харьков, 1995. - 99 с.
69. Теория социальной работы/Под ред. Е.И.Холостовой. М.:Юрист, 1998.- 334 с.
70. Технологии социальной реабилитации инвалидов/ сост. Андреева О.С., Лаврова Д.И. и др.- СПб, издат-во ГАООРДИ, 2003.-216 с.
71. Технология социальной работы / под ред. И.Г.Зайнышева. – М.: ВЛАДОС, 2005.-198 с.
72. Технология социальной работы в различных сферах жизнедеятельности: учебное пособие / под ред. П.Д.Павленка. – М.: Дашков и К, 2007. – 607 с.
73. Технология социальной работы: Для практических занятий / под ред. П. Е. Циткилова. - Новочеркасск ; Ростов на/Д, 1998.-248 с.
74. Трошин О.В., Жулина Е.В., Кудрявцев В.А. Основы социальной реабилитации и профориентации./ О.В. Трошин.- М., 2010.-259 с.
75. Тхостов А.Ш., Нелюбина А.С. Обыденные представления как фактор, опосредующий поведение в ситуации болезни. Психология и педагогика. / А.Ш. Тхостов. - 2008. -№ 9. - 245 с.
76. Фирсов М.В. Технология социальной работы: учебное пособие / М.В.Фирсов. – М.: Академ. проект, 2007. – 427 с.
77. Диагностика социально-психологической адаптации (К.Роджерс, Р.Даймонд) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. - М., Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 197 с.
78. Фрит К., Джонстон Э. Шизофрения: Краткое введение / Пер. с англ. Ю. В. Крижевской. - М.: Астрель: АСТ, 2005. - 204 с.
79. Фуллер Э. Шизофрения: книга в помощь врачам, пациентам и членам их семей. / Э.Фуллер. - С.-Петербург: Питер, 1996 . - 448 с.

80. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами./ Е.И.Холостова. - М.: Дашков и К, 2006.- 240 с.
81. Холостова Е.И. Социальная работа./ Е.И.Холостова. - М.: Дашков и К, 2008. - 666 с.
82. Холостова Е.И. Социальная реабилитация./ Е.И.Холостова. - М.: Дашков и К, 2005.-340 с.
83. Холостова Е.И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация./ Е.И.Холостова. - М.: «Дашков и К», 2002.- 356 с.
84. Храпылина, Л.П. Реабилитация инвалидов. / Л.П.Храпылина. -М.: Экзамен, 2006.- 415 с.
85. Юрьева Л.Н. Шизофрения: Клиническое руководство для врачей. / Л.Н. Юрьева. - Д.: Новая идеология, 2010. -244 с.
86. Психологическая диагностика отношения к болезни: пособие для врачей. / Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова. - <http://www.medpsy.ru/library/library122.pdf>.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Карта консультативного приема

1. Дата
2. Ф.И.О. клиента
3. Возраст
4. Профессия
5. Семейный статус
6. Социальный статус
7. Тема консультационной беседы:
8. Субъективный локус жалобы
9. Объективный локус жалобы
10. Начальное состояние клиента (нужное подчеркнуть):
 - тревога;
 - уныние;
 - сомнение, неуверенность;
 - потрясение;
 - порочный круг конфликта;
 - поиск участия;
 - психологическая интоксикация;
 - эстетизация личных проблем;
 - манипуляция;
 - др.
11. Характер консультации (нужное подчеркнуть):
 - общая эмоциональная поддержка;
 - поддержка принятого решения;
 - анализ и обсуждение жизненной ситуации и жизненной альтернативы;
 - информирование – направление в другие учреждения (не психиатрические);
 - информация о разного рода супружеских и семейных взаимоотношениях;
 - информация о возрастных особенностях детей;
 - рекомендации в области: профессиональных проблем, семейных отношений, отношений с детьми, личных проблем, другие рекомендации (указать)_____
 - диагностика _____
 - прочие формы (указать)_____
12. Случай относится к разряду (подчеркнуть):
 - а) острых, требующих немедленной помощи;
 - б) несет суицидальную опасность;
 - в) требующих дополнительных встреч;
 - г) требующих помощи других специалистов (врача-психиатра, психотерапевта, логопеда, социального педагога и др.)
 - д) требующих передачи другому психологу-консультанту.
13. Удовлетворенность клиента консультацией (по оценке консультанта):
14. Резюме

Психосоциальная реабилитационная карта проживающего**1. Общие демографические сведения.**

Ф.И.О. _____

Дата рождения _____

Группа _____ Дееспособность _____

Дата поступления _____

Предыдущее место нахождения _____

Наследственность _____

Диагноз _____

Образовательный статус: _____

Профессиональный статус: _____

Семейный статус: _____

Больной посещается родственниками: _____

Социально-бытовой статус:

- способ передвижения _____

Самообслуживание:

- питание _____

- одевание _____

- элементарная уборка помещения _____

- гигиенические процедуры _____

- уход за одеждой _____

2. Психодиагностический блок.**3. Оценка реабилитационного прогноза и потенциала**

Реабилитационный потенциал : _____

Реабилитационный прогноз: _____

Возможность
компенсации: _____**4. Рекомендации по реализации реабилитационных мероприятий.**

Мотивационная (личностная) готовность больного к следующим видам реабилитации:

Индивидуальный реабилитационный план

На 201 г. проживающему/проживающей рекомендованы следующие реабилитационные мероприятия (программы):

Рекомендации разработаны:

_____/_____/_____

Методика диагностики типа отношения к болезни ТОБОЛ (Вассерман Л.И. и др.)**I. Самочувствие**

1. С тех пор как я заболел, у меня почти всегда плохое самочувствие
2. Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил
3. Дурное самочувствие я стараюсь перебороть
4. Плохое самочувствие я стараюсь не показывать другим
5. У меня почти всегда что-нибудь болит
6. Плохое самочувствие у меня возникает после огорчений
7. Плохое самочувствие появляется у меня от ожидания неприятностей
8. Я стараюсь терпеливо переносить боль и физические страдания
9. Мое самочувствие вполне удовлетворительно
10. С тех пор как я заболел, у меня бывает плохое самочувствие с приступами раздражительности и чувством тоски
12. Мое самочувствие очень зависит от того, как ко мне относятся окружающие
13. Ни одно из определений мне не подходит

II. Настроение

1. Как правило, настроение у меня очень хорошее
2. Из-за болезни я часто бываю нетерпеливым и раздражительным
3. У меня настроение портится от ожидания возможных неприятностей, беспокойства за близких, неуверенности в будущем
4. Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти
5. Из-за болезни у меня почти всегда плохое настроение
6. Мое плохое настроение зависит от плохого самочувствия
7. У меня стало совершенно безразличное настроение
8. У меня бывают приступы мрачной раздражительности, во время которых достается окружающим
9. У меня не бывает уныния и грусти, но может быть ожесточенность и гнев
10. Малейшие неприятности сильно огорчают меня
11. Из-за болезни у меня все время тревожное настроение
12. Ни одно из определений мне не подходит

III. Сон и пробуждение ото сна

1. Проснувшись, я сразу заставляю себя встать
2. Утро для меня – самое тяжелое время суток
3. Если меня что-то расстроит, я долго не могу уснуть
4. Я плохо сплю ночью и чувствую сонливость днем
5. Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко
6. С утра я более активен и мне легче работать, чем вечером
7. У меня плохой и беспокойный сон и часто бывают мучительно-тоскливые сновидения
8. Утром я встаю бодрым и энергичным
9. Я просыпаюсь с мыслью о том, что сегодня надо будет сделать
10. По ночам у меня бывают приступы страха
11. С утра я чувствую полное безразличие ко всему
12. По ночам меня особенно преследуют мысли о моей болезни
13. Во сне мне видятся всякие болезни
14. Ни одно из определений мне не подходит

IV. Аппетит и отношение к еде

1. Нередко я стесняюсь есть при посторонних людях
2. У меня хороший аппетит

3. У меня плохой аппетит
4. Я люблю сытно поесть
5. Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде
6. Мне легко можно испортить аппетит
7. Я боюсь испорченной пищи и всегда тщательно проверяю ее доброкачественность
8. Еда меня интересует, прежде всего, как средство поддержать здоровье
9. Я стараюсь придерживаться диеты, которую сам разработал
10. Еда не доставляет мне никакого удовольствия
11. Ни одно из определений мне не подходит

V. Отношение к болезни

1. Моя болезнь меня пугает
2. Я так устал от болезни, что мне безразлично, что со мной будет
3. Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью
4. Моя болезнь больше всего угнетает меня тем, что люди стали сторониться меня
5. Без конца думаю о всех возможных осложнениях, связанных с болезнью
6. Я думаю, что моя болезнь неизлечима и ничего хорошего меня не ждет
7. Считаю, что моя болезнь запущена из-за невнимания и неумения врачей
8. Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают
9. Стараюсь перебороть болезнь, работать как прежде и даже еще больше
10. Я чувствую, что моя болезнь гораздо тяжелее, чем это могут определить врачи
11. Я здоров, и болезни меня не беспокоят
12. Моя болезнь протекает совершенно необычно – не так, как у других, и поэтому требует особого внимания
13. Моя болезнь меня раздражает, делает нетерпеливым, вспыльчивым
14. Я знаю по чьей вине я заболел и не прощу этого никогда
15. Я всеми силами стараюсь не поддаваться болезни
16. Ни одно из определений мне не подходит

VI. Отношение к лечению

1. Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать
2. Меня пугают трудности и опасности, связанные с предстоящим лечением
3. Я был бы готов на самое мучительное и даже опасное лечение только бы избавиться от болезни
4. Я не верю в успех лечения и считаю его напрасным
5. Я ищу новые способы лечения, но, к сожалению, во всех них постоянно разочаровываюсь
6. Считаю, что мне назначают много ненужных лекарств и процедур, уговаривают меня на никчемную операцию
7. Всякие новые лекарства, процедуры и операции вызывают у меня бесконечные мысли об осложнениях и опасностях, с ними связанных
8. Лекарства и процедуры нередко оказывают на меня такое необычное действие, что это изумляет врачей
9. Считаю, что среди применяющихся способов лечения есть настолько вредные, что их следовало бы запретить
10. Считаю, что меня лечат неправильно
11. Я ни в каком лечении не нуждаюсь
12. Мне надоело бесконечное лечение, хочу, чтобы меня только оставили в покое
13. Я избегаю говорить о лечении с другими людьми
14. Меня раздражает и озлобляет, когда лечение не дает улучшения
15. Ни одно из определений мне не подходит

VII. Отношение к врачам и медперсоналу

1. Главным во всяком медицинском работнике я считаю внимание к больному

2. Я хотел бы лечиться у такого врача, у которого большая известность
3. Считаю, что я заболел, прежде всего, по вине врачей
4. Мне кажется, что врачи мало что понимают в моей болезни и только делают вид, что лечат
5. Мне все равно, кто и как меня лечит
6. Я часто беспокоюсь о том, что не сказал врачу что-либо важное, что может повлиять на успех лечения
7. Врачи и медперсонал нередко вызывают у меня неприязнь
8. Я обращаюсь то к одному, то к другому врачу, так как не уверен в успехе лечения
9. С большим уважением я отношусь к медицинской профессии
10. Я не раз убеждался, что врачи и персонал невнимательны и недобросовестно исполняют свои обязанности
11. Я бываю нетерпеливым и раздражительным с врачами и медперсоналом и потом сожалею об этом
12. Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь
13. Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время
14. Ни одно из определений мне не подходит

VIII. Отношение к родным и близким

1. Я настолько поглощен мыслями о моей болезни, что дела близких перестали волновать меня
2. Я стараюсь родным и близким не показывать виду, что я болен, чтобы не омрачать им настроения
3. Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжело больного
4. Меня одолевают мысли, что из-за моей болезни моих близких ждут трудности и невзгоды
5. Мои родные не хотят понять тяжесть моей болезни и не сочувствуют моим страданиям
6. Близкие не считаются с моей болезнью и хотят жить в свое удовольствие
7. Я стесняюсь своей болезни даже перед близкими
8. Из-за болезни я утратил всякий интерес к делам и волнениям близких и родных
9. Из-за болезни я стал в тягость близким
10. Здоровый вид и беззаботная жизнь близких вызывает у меня неприязнь
11. Я считаю, что заболел из-за моих родных
12. Я стараюсь поменьше доставлять тягот и забот моим близким из-за моей болезни
13. Ни одно из определений мне не подходит

IX. Отношение к работе (учебе)

1. Болезнь делает меня никуда не годным работником (неспособным учиться)
2. Я боюсь, что из-за болезни я лишусь хорошей работы (придется уйти из хорошего учебного заведения)
3. Моя работа (учеба) стала для меня совершенно безразличной
4. Из-за болезни мне теперь стало не до работы (не до учебы)
5. Все время беспокоюсь, что из-за болезни могу допустить оплошность на работе (не справиться с учебой)
6. Считаю, что заболел из-за того, что работа (учеба) причинила вред моему здоровью
7. На работе (по месту учебы) совершенно не считаются с моей болезнью и даже придираются ко мне
8. Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)
9. Я стараюсь, чтобы на работе (по месту учебы) поменьше знали и говорили о моей болезни
10. Я считаю, что несмотря на болезнь, надо продолжать работу (учебу)
11. Болезнь сделала меня неусидчивым и нетерпеливым на работе (в учебе)
12. На работе (за учебой) я стараюсь забыть о своей болезни

13. Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь

14. Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу

15. Ни одно из определений мне не подходит

X. Отношение к окружающим

1. Мне теперь все равно, кто меня окружает, и кто около меня

2. Мне хочется, чтобы окружающие только оставили меня в покое

3. Здоровый вид и жизнерадостность окружающих вызывают у меня раздражение

4. Я стараюсь, чтобы окружающие не замечали моей болезни

5. Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется

6. Мне бы хотелось, чтобы окружающие на себе испытали, как тяжело болеть

7. Мне кажется, что окружающие сторонятся меня из-за моей болезни

8. Окружающие не понимают моей болезни и моих страданий

9. Моя болезнь и то, как я ее переношу, удивляет и поражает окружающих

10. С окружающими я стараюсь не говорить о моей болезни

11. Мое окружение довело меня до болезни, и я этого не прощу

12. Общение с людьми теперь стало мне быстро надоедать и даже раздражать меня

13. Моя болезнь не мешает мне иметь друзей

14. Ни одно из определений мне не подходит

XI. Отношение к одиночеству

1. Предпочитаю одиночество, потому что одному мне становится лучше

2. Я чувствую, что болезнь обрекает меня на полное одиночество

3. В одиночестве я стремлюсь найти какую-нибудь интересную или нужную работу

4. В одиночестве меня начинают особенно преследовать нерадостные мысли о болезни, осложнениях, предстоящих страданиях

5. Часто, оставшись наедине, я скорее успокаиваюсь: люди стали меня сильно раздражать

6. Стесняясь болезни, я стараюсь отдалиться от людей, а в одиночестве скучаю по людям

7. Избегаю одиночества, чтобы не думать о своей болезни

8. Мне стало все равно, что быть среди людей, что оставаться в одиночестве

9. Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения

10. Я боюсь оставаться в одиночестве из-за опасений, связанных с болезнью

11. Ни одно из определений мне не подходит

XII. Отношение к будущему

1. Болезнь делает мое будущее печальным и унылым

2. Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее

3. Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях

4. Аккуратным лечением и соблюдением режима я надеюсь добиться улучшения здоровья в будущем

5. Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем

6. Свое будущее я целиком связываю с успехом в моей работе (учебе)

7. Мне стало безразлично, что станет со мной в будущем

8. Из-за моей болезни я в постоянной тревоге за свое будущее

9. Я уверен, что в будущем вскроются ошибки и халатность тех, из-за кого я заболел

10. Когда я думаю о своем будущем, меня охватывает тоска и раздражение на других людей

11. Из-за болезни я очень тревожусь за свое будущее

12. Ни одно из определений мне не подходит

Регистрационный лист к опроснику ТОБОЛ

Фамилия, имя, отчество _____

Возраст _____ Пол _____ М _____ Ж (ненужное зачеркнуть)

В графе «Номера выбранных ответов» обведите кружком те номера утверждений из таблиц, которые наиболее для вас подходят. На каждую тему разрешается делать два выбора.

	Темы	Номера выбранных утверждений
I	Самочувствие	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
II	Настроение	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
III	Сон и пробуждение ото сна	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
IV	Аппетит и отношение к еде	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
V	Отношение к болезни	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
VI	Отношение к лечению	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
VII	Отношение к врачам и медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
VIII	Отношение к родным и близким	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
IX	Отношение к работе (учебе)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
X	Отношение к окружающим	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
XI	Отношение к одиночеству	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
XII	Отношение к будущему	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

**Методика диагностики уровня социально- психологической адаптации
Роджерса- Даймона**

1. Испытывает неловкость, когда вступает с кем-нибудь в разговор.
2. Нет желания раскрываться перед другими.
3. Во всем любит состязание, соревнование, борьбу.
4. Предъявляет к себе высокие требования.
5. Часто ругает себя за сделанное.
6. Часто чувствует себя униженным.
7. Сомневается, что может нравиться кому-нибудь из лиц противоположного пола.
8. Свои обещания выполняет всегда.
9. Теплые, добрые отношения с окружающими.
10. Человек сдержанный, замкнутый; держится ото всех чуть в стороне.
11. В своих неудачах винит себя.
12. Человек ответственный; на него можно положиться.
13. Чувствует, что не в силах, хоть что-нибудь изменить, все усилия напрасны.
14. На многое смотрит глазами сверстников.
15. Принимает в целом те правила и требования, которым надлежит следовать.
16. Собственных убеждений и правил не хватает.
17. Любит мечтать — иногда прямо среди бела дня. С трудом возвращается от мечты к действительности.
18. Всегда готов к защите и даже нападению; "застревает" на переживаниях обид, мысленно перебирая способы мщения.
19. Умеет управлять собой и собственными поступками, заставлять себя, разрешать себе; самоконтроль для него — не проблем.
20. Часто портится настроение: накатывает уныние, хандра.
21. Все, что касается других, не волнует; сосредоточен на себе; занят собой.
22. Люди, как правило, ему нравятся.
23. Не стесняется своих чувств, открыто их выражает.
24. Среди большого стечения народа бывает немножко одиноко.
25. Сейчас очень не по себе. Хочется все бросить, куда-нибудь спрятаться
26. С окружающими обычно ладит.
27. Всего труднее бороться с самим собой.
28. Настораживает незаслуженное доброжелательное отношение окружающих.
29. В душе — оптимист, верит в лучшее.
30. Человек неподатливый, упрямый; таких называют трудными.
31. К людям критичен и судит их, если считает, что они этого заслуживают.
32. Обычно чувствует себя не ведущим, а ведомым: ему не всегда удается мыслить и действовать самостоятельно.
33. Большинство из тех, кто его знает, хорошо к нему относится, любит его.
34. Иногда бывают такие мысли, которыми не хотелось бы ни с кем делиться.
35. Человек с привлекательной внешностью.
36. Чувствует себя беспомощным, нуждается в ком-то, кто был бы рядом.
37. Приняв решение, следует ему.
38. Принимает, казалось бы, самостоятельные решения, не может освободиться от влияния других людей.
39. Испытывает чувство вины, даже когда винить себя как будто не в чем.

40. Чувствует неприязнь к тому, что его окружает.
41. Всем доволен.
42. Выбит из колеи: не может собраться, взять себя в руки, организовать себя.
43. Чувствует вялость; все, что раньше волновало, стало вдруг безразличным.
44. Уравновешен, спокоен.
45. Разозлившись, нередко выходит из себя.
46. Часто чувствует себя обиженным.
47. Человек порывистый, нетерпеливый, горячий; не хватает сдержанности.
48. Бывает, что сплетничает.
49. Не очень доверяет своим чувствам: они иногда подводят его.
50. Довольно трудно быть самим собой.
51. На первом месте рассудок, а не чувство: прежде чем что-либо сделать, подумает.
52. Происходящее с ним толкует на свой лад, способен напридумывать лишнего... Словом — не от мира сего.
53. Человек терпимый к людям и принимает каждого таким, каков он есть.
54. Старается не думать о своих проблемах.
55. Считает себя интересным человеком — привлекательным как личность, заметным.
56. Человек стеснительный, легко тушуетя.
57. Обязательно нужно напоминать, подталкивать, чтобы довел дело до конца.
58. В душе чувствует превосходство над другими.
59. Нет ничего, в чем бы выразил себя, проявил свою индивидуальность, свое Я.
60. Боится того, что подумают о нем другие.
61. Честолюбив, равнодушен к успеху, похвале; в том, что для него существенно, старается быть среди лучших.
62. Человек, у которого в настоящий момент многое достойно презрения.
63. Человек деятельный, энергичный, полон инициатив.
64. Пасует перед трудностями и ситуациями, которые грозят осложнениями.
65. Себя просто недостаточно ценит.
66. По натуре вожак и умеет влиять на других.
67. Относится к себе в целом хорошо.
68. Человек настойчивый, напористый; ему всегда важно настоять на своем.
69. Не любит, когда с кем-нибудь портятся отношения, особенно — если разногласия грозят стать явными.
70. Подолгу не может принять решение, а потом сомневается в его правильности.
71. Пребывает в растерянности, все спуталось, все смешалось у него.
72. Доволен собой.
73. Невезучий.
74. Человек приятный, располагающий к себе.
75. Лицом, может, и не очень пригож, но может нравиться как человек, как личность.
76. Презирует лиц противоположного пола и не связывается с ними.
77. Когда нужно что-то сделать, охватывает страх: а вдруг — не справлюсь, а вдруг — не получится.
78. Легко, спокойно на душе, нет ничего, что сильно бы тревожило.
79. Умеет упорно работать.
80. Чувствует, что растет, взрослеет: меняется сам и отношение к окружающему миру.
81. Случается, что говорит о том, в чем совсем не разбирается.
82. Всегда говорит только правду.
83. Встревожен, обеспокоен, напряжен.
84. Чтобы заставить хоть что-то сделать, нужно как следует настоять, и тогда он уступит.
85. Чувствует неуверенность в себе.
86. Обстоятельства часто вынуждают защищать себя, оправдываться и обосновывать свои поступки.

87. Человек уступчивый, податливый, мягкий в отношениях с другими.
88. Человек толковый, любит размышлять
89. Иной раз любит прихвастнуть.
90. Принимает решения и тут же их меняет; презирает себя за безволие, а сделать с собой ничего не может.
91. Старается полагаться на свои силы, не рассчитывает на чью-то помощь.
92. Никогда не опаздывает.
93. Испытывает ощущение скованности, внутренней несвободы.
94. Выделяется среди других.
95. Не очень надежный товарищ, не во всем можно положиться.
96. В себе все ясно; себя хорошо понимает.
97. Общительный, открытый человек; легко сходится с людьми.
98. Силы и способности вполне соответствуют тем задачам, которые приходится решать; со всем может справиться.
99. Себя не ценит: никто его всерьез не воспринимает; в лучшем случае к нему снисходительны, просто терпят.
100. Беспокоится, что лица противоположного пола слишком занимают мысли.
101. Все свои привычки считает хорошими.

Паспорт программы
«Социальная адаптация как фактор повышения качества жизни получателей социальных услуг ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»»

№ п/п	Наименование Программы	«Социальная адаптация как фактор повышения качества жизни получателей социальных услуг ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»»
1	Дата принятия решения о разработке Программы	11 января 2016 года в соответствии с положением директора ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»
2	Государственный заказчик Программы	ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат» в рамках государственной программы Белгородской области «Социальная поддержка граждан Белгородской области на 2014-2018 годы» (подпрограмма «Развитие мер социальной поддержки отдельных категорий граждан»)
3	Представитель государственного заказчика (координатор) Программы	Чехонадских А.Н., психолог ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»
4	Ф.И.О., должность руководителя Программы	Чехонадских А.Н., психолог ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»
5	Разработчики Программы	Чехонадских А.Н., психолог ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»
6	Исполнители Программы	Психиатр, инструктор по труду, психолог, библиотекарь.
7	Участники Программы	Получатели социальных услуг и персонал ГБУСОССЗН «Томаровский психоневрологический интернат»
	Цели и задачи Программы	Цель. Организация планомерного комплексного воздействия факторов социальной среды интерната для улучшения самочувствия, мироощущения и качества жизни получателей социальных услуг, повышения их удовлетворенности изменениями социальной ситуации, формирование наиболее адекватного типа

		<p>отношения к болезни.</p> <p>Задачи программы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - приобретение и укрепление у получателей социальных услуг навыков самообслуживания; - расширение у клиентов отделения круга интересов; - восстановление и развитие коммуникативных способностей клиентов отделения; - повышение степени удовлетворенности клиентов отделения своей жизнью и наличие у них позитивного мировосприятия; - стабилизация эмоционального фона у клиентов; - профилактика проявлений девиантных и деструктивных форм поведения. <p>Основные условия реализации поставленных задач:</p> <ul style="list-style-type: none"> - поддержание соматического и психического здоровья клиентов отделения; - сохранение физической и социальной активности; - активизация интеллектуальной деятельности; - создание положительного эмоционального фона; - обеспечение соответствующих условий содержания, ухода и лечения.
8	Срок и этапы реализации Программы	<p>Программа рассчитана на 1 год (январь- декабрь 2016 год).</p> <p>Этапы реализации Программы:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Предварительный. 2. Реализация программ. 3. Подведение итогов.
10	Объем и источники финансирования Программы	Бюджетные средства ГБУСОСЗН «Томаровский психоневрологический интернат»
11	Целевые показатели Программы	<p>Для систематизации мер адаптации, обеспечения контроля над ходом адаптационного процесса, возможности внесения корректив необходим комплексный проект психосоциальной адаптации. Реализация представленной программы нацелена на создание условий, в которых учитываются основные социальные факторы, способствующие максимальной адаптации</p>

		получателей социальных услуг.
12	Показатели социально-экономической эффективности реализации Программы	Одним из существенных показателей социально-экономической эффективности реализации программы является снижение нагрузки на персонал, за счет обучения получателей социальных услуг необходимым знаниям и навыкам поведения в жизни, включение их в трудовые процессы.

Социально- психологическая адаптация инвалидов в условиях психоневрологического интерната»

В настоящее время одной из наиболее распространенных форм социальной адаптации является психообразование получателей социальных услуг. Основным принципом является то, что каждый человек имеет право получить информацию о возможных отклонениях в развитии личности и способах их коррекции. Психообразовательная программа может использоваться как источник помощи участникам в опоре на их сильные стороны и поощрении чувства надежды на восстановление.

Цели программы: психообразование получателей социальных услуг о возможных психических отклонениях в развитии личности.

Задачи:

- информирование получателей социальных услуг о психических отклонениях, чтобы правильное понимание своего состояния вело к своевременному распознаванию и контролю отдельных болезненных проявлений и симптомов;

- обеспечение психологической поддержки, создание терапевтической среды, в которой получатели социальных услуг могут вырабатывать адекватные навыки поведения, общения, совладения со сложными ситуациями.

Занятия проводятся 1 раз в неделю. Продолжительность от 30 минут до 1 часа.

Цикл занятий состоит из теоретической и практической части (тестирования). В теоретической части ведущий дает теоретический материал об основных психологических характеристиках личности. В практической части участники выполняют тестовые задания. После обработки данных, участники анализируют свои показатели с показателями нормы, ведущей разрабатывает индивидуальные рекомендации.

Тематическое планирование.

№ п/п	Тема занятия	Вид занятия
1	Подходы к пониманию психической нормы и психической патологии, психического здоровья и психической болезни.	Лекция
2	Внимание.	Лекция
3	Нарушения внимания.	Лекция
4	Оценка устойчивости внимания	Тест «Корректирующая проба».
5	Оценка объема динамического внимания	Тест «Таблицы Шульте»
6	Определение избирательности внимания	Методика Мюнстерберга
7	Измерение степени концентрации и устойчивости зрительного внимания.	Методика «Перепутанные линии»
8	Память.	Лекция.

9	Нарушение памяти.	Лекция.
10	Определение объема кратковременной памяти.	Тест «Объем кратковременной памяти»
11	Объем логической и механической памяти.	Методика «Смысловая память»
12	Восприятие.	Лекция.
13	Нарушение восприятия.	Лекция.
14	Исследование восприятия.	Тестирование
15	Мышление.	Лекция.
16	Нарушения мышления.	Лекция.
17	Исследования процессов обобщения и абстрагирования	Тест «Классификация предметов»
18	Исследование аналитико-синтетической деятельности.	Методика «Исключение слов»
19	Исследование процессов анализа и синтеза мышления.	Методика «Сравнение понятий»
20	Исследование мышления.	Методика «Соотношение пословиц, метафор и фраз»
21	Выявления развития речи, продуктивности ассоциаций.	Тест Эббингауза (заполнение пропущенных в тексте слов)
22	Выявления произвольности и дифференцированности ассоциаций.	Методика «Противоположности»
23	Креативность.	Тест креативности Торранса
24	Психомоторные показатели.	Методика экспресс-диагностики свойств нервной системы по психомоторным показателям Е.П.Ильина (теппинг-тест)
25	Поведенческая активность.	Методика диагностики поведенческой активности Л.И. Вассермана и Н.В.Гуменюка
26	Эмоции.	Лекция
27	Расстройства эмоций.	Лекция.
28	Настроение	Методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения.
29	Самооценка	Методика диагностики самооценки Ч.Д.Спилбелгера и Ю.Л.Ханина.
30	Тревожность	Методика измерения уровня тревожности Тейлора (адаптация Т.А.Немчинова)
31	Одиночество.	Методика диагностики уровня субъективного ощущения одиночества Д.Рассела и М. Фергюсона
32	Депрессия.	Методика дифференциальной

		диагностики депрессивных состояний В.А.Жмурова.
33	Агрессия.	Методика диагностики показателей и форм агрессии А.Басса и А.Дарки (адаптация А.С.Осницкого)
34	Расстройства личности	Опросник мини-мульти
35	Психологическая защита	Методика диагностики доминирующей стратегии психологической защиты в общении В.В.Бойко
36	Личностные качества.	Тест «Персональный автопортрет»
37	Межличностные отношения	Методика диагностики межличностных отношений Т. Лири
38	Конфликтное поведение.	Методика диагностики предрасположенности личности к конфликтному поведению К.Томаса (адаптация Н.В.Гришиной)
39	Характерологические особенности личности.	Методика экспресс-диагностики характерологических особенностей личности Т.В.Матолина
40	Адаптивность.	Многоуровневый личностный опросник «адаптивность» (МЛО-АМ) А.Г.Маклакова и С.В.Чермянина
41	Самоконтроль.	Методика диагностики оценки самоконтроля в общении М.Снайдера.
42	Исследование личности.	Тест «Дом, дерево, человек».
43	Исследование личности.	Тест «Несуществующее животное».

Социально- бытовая ориентация инвалидов

В силу умственных и физических способностей у получателей социальных услуг, находящихся в стационарных учреждениях, значительно снижена способность к нормальному функционированию в обществе. Порой даже самые незначительные действия вызывают затруднения, а в экстремальных ситуациях, даже здоровый человек не всегда знает, какие действия надо предпринять. Для повышения уровня социализации получателей социальных услуг была разработана программа «Основы безопасности жизнедеятельности».

Цель подпрограммы: подготовка получателей социальных услуг к безопасному поведению в повседневной жизни, в опасных, в том числе чрезвычайных ситуациях природного, техногенного и биолого-социального характера, формирование у них здорового и безопасного образа жизни, умений и навыков оказания первой помощи.

Задачи программы:

- осознание необходимости знаний правил поведения в чрезвычайных ситуациях, овладение умением ориентироваться в них;
- воспитание способности к восприятию и оценке жизненных ситуаций, таящих в себе опасность, приобретение опыта их преодоления;
- формирование представлений о причинах возникновения опасных ситуаций, правилах безопасного поведения в них;
- воспитание самоконтроля и самооценки поведения в опасных для здоровья и жизни условиях, развитие умения предвидеть последствия своего поведения.

Занятия проводятся 1 раз в неделю. Продолжительность 40 минут.

Тематическое планирование

№ п/п	Тема занятия
1	Тестирование. Введение.
2	Пожар в жилище. Основные причины. Правила обращения с огнем. Опасные факторы пожара. Что делать при пожаре. Средства пожаротушения.
3	Освещение дома. Электричество в квартире. Электроприборы. Чтобы телевизор не причинил вред здоровью. Как вести себя при возгорании электроприборов.
4	Водоснабжение дома. Затопление квартиры. Правила безопасного использования предметов.
5	Общие правила первой доврачебной помощи. Отравления пищевые.
6	Общие правила первой доврачебной помощи. Отравление химическими веществами.
7	Общие правила первой доврачебной помощи. Отравления этиловым спиртом.
8	Общие правила первой доврачебной помощи. Отравление никотином.
9	Общие правила первой доврачебной помощи. Отравление угарным газом.
10	Первая медицинская помощь при неотложных ситуациях: наружное кровотечение, ушибы и переломы. Общие правила транспортировки.
11	ЗОЖ. Основные положения здорового образа жизни. Основные виды

	двигательной активности и закаливания. Правильное питание.
12	Факторы, разрушающие здоровье человека. Вредные привычки.
13	Безопасность на дорогах. Причины ДТП. Организация дорожного движения. Обязанности пешеходов и пассажиров.
14	Безопасность на водоемах.
15	Безопасность в лесу.
16	Транспортные аварии. Аварии грузовых железнодорожных, пассажирских поездов, поездов метрополитена, аварии на автомобильных дорогах, на мостах, в туннелях, аварии грузовых судов (на море и реках). Пассажирских судов, авиационные, ракетные и космические аварии.
17	Пожары и взрывы. В зданиях, на коммуникациях, взрывы на объектах добычи, переработке легковоспламеняющихся веществ, взрывы в шахтах, на радиационно-опасных объектах.
18	Аварии и выбросом химически опасных веществ.
19	Аварии и выбросом радиоактивных веществ. Аварии на АЭС, предприятиях ядерно-топливного цикла.
20	Аварии и выбросом биологически опасных веществ. Аварии в лабораториях.
21	Гидродинамические. Прорыв платин (дамб, шлюзов, перемычек), с образование волн прорыва и катастрофических затоплении, повлекшие смыв плодородных почв или отложение наносов на обширных территориях.
22	Природные ЧС. Космогенная ЧС. Падение на Землю астероидов, столкновение Земли с кометами, метеоритами, болидными потоками. Кометные ливни. Магнитные бури.
23	Геофизическая ЧС. Землетрясения.
24	Извержения вулканов.
25	Геологическая. Оползни, сели, обвалы, осыпи, лавины, склонный смыв.
26	Просадка лессовых пород, земной поверхности в результате карста, абразия, эрозия, курумы, пыльные бури.
27	Метеорологическая. Бури (9-11 баллов), ураганы (12-15 баллов), смерчи (торнадо), шквалы, вертикальные вихри (потоки.)
28	Гидрометеорологическая. Крупный град, сильный дождь (ливень), туман.
29	Сильный снегопад, гололед, мороз, метель заморозки.
30	Жара засуха, суховей,
31	Морская гидрологическая. Тропические циклоны (тайфуны), цунами, сильное волнение (5 баллов и более), сильное колебание уровня моря, сильный тягун в портах.
32	Ранний ледяной покров или припай, напор льдов, интенсивный дрейф льдов, непроходимый (труднопроходимый лед), обледенение судов, отрыв прибрежных льдов.
33	Гидрологическая. Высокие уровни воды, половодье, дождевые паводки, заторы и зажоры, ветровые нагоны, низкие уровни воды, повышение уровня грунтовых вод.
34	Природные пожары. Лесные пожары.
35	Пожары степных и хлебных массивов.

36	Торфяные пожары, подземные пожары горючих ископаемых.
37	Опасные ситуации в природных условиях. Обеспечение безопасности при встрече с дикими животными в природных условиях.
38	Укусы насекомых и защита от них.
39	Клещевой энцефалит и его профилактика.
40	Первая помощь при неотложных состояний. Личная гигиена и оказание первой помощи в природных условиях.
41	Оказание первой помощи при травмах
42	Оказание первой помощи при тепловом и солнечном ударе, отморожении и ожоге.
43	Оказание первой помощи при укусах змей и насекомых.
44	Экстремизм и терроризм. Итоговый контроль

Милиотерапия в условиях психоневрологического интерната

Цель. Организация планомерного комплексного воздействия факторов социальной среды интерната для улучшения самочувствия, мироощущения и качества жизни получателей социальных услуг, повышения их удовлетворенности изменениями социальной ситуации, формирование наиболее адекватного типа отношения к болезни.

Задачи милиотерапии:

1. Формирование партнерских взаимоотношений клиента и персонала, который рассматривает свое отношение к клиенту с позиций гуманизма и уважает личное достоинство каждого пациента.

2. Организация более гибкой системы неизбежного в психоневрологическом интернате ограничения свободы клиента (обеспечение контактов с родственниками, вовлечение в мероприятия, побуждение к собственной активности, регулируемая сотрудниками учреждения самостоятельность, возможность проявить себя).

3. Структурирование и организация режима дня. Повышение роли клиентов в организации и соблюдении режима в отделении.

4. Разделение клиентами ответственности за социальное функционирование отделения. Этот пункт предполагает возможность пациентов вносить предложения по улучшению условий пребывания в стационаре, участвовать в организации праздников, «кружков».

5. Создание в отделениях максимального уюта, бытовых условий пребывания в отделении, эстетически оформленной среды с привлечением клиентов.

6. Развитие психологической компетентности персонала.

Основные направления работы в рамках программы:

1. Социально-бытовая адаптация.

2. Социально-трудовая адаптация.

В программу милиотерапии включены мероприятия, необходимые для улучшения качества социальных услуг, предоставляемых психоневрологических интернатах, которые содержат алгоритмы предоставляемых услуг в зависимости от направления и вида социальных услуг.

В ходе реализации мероприятий милиотерапии в соответствии с индивидуальной программой социального обслуживания клиента одним из приоритетных направлений работы является социально- бытовая адаптация. Ее целью является создание и поддержание благоприятных, комфортных условий жизнедеятельности инвалидов в быту.

Задачи:

- социально-бытовая адаптация инвалида к новым условиям проживания;
- восстановление утраченных социально-бытовых навыков;
- социотерапевтическое воздействие окружающей среды на личность человека.

В первую очередь, работа по социально- бытовой адаптации направлена на создание комфортных условий проживания.

Условия проживания в стационарном учреждении социального обслуживания определяются нормативными документами.

Направления работы:

- создание комфортных условий проживания, эстетическое оформление холлов, коридоров и комнат, современный дизайн, разнообразие комнатных растений;
- благоустроенная территория учреждения, оформление удобных прогулочных дорожек, посадка деревьев и кустарников, установка скамеек для отдыха, беседок и павильонов;
- создание домашней обстановки и уюта - использование современных строительных материалов, удобной комфортной мебели, адаптированной к нуждам пожилых людей и инвалидов, необходимых бытовых приборов (аудио-, видеоаппаратура, телевизоры, индивидуальные мобильные телефоны).

Клиенты проживают в комнатах по одному - два человека. На каждого человека предусмотрено индивидуальная тумбочка и шкаф на двоих. В комнатах разрешено иметь некоторые личные вещи. У многих в рамках стоит фотографии родных и близких, висят календари и плакаты, есть дневники и блокноты для записей, журналы и книги. Для поддержания чистоты и порядка в комнатах каждый четверг организуется санитарный день. Клиенты сами меняют постельное бельё, протирают пыль с подоконников, подметают, моют полы. В конце дня администрация делает обход и лучшие комнаты поощряются небольшими призами.

Совместными усилиями эстетически оформляются холлы и коридоры интерната. В коридорах расположен диван с креслами, палас, на стенах висят картины, на подоконниках стоят цветы.

В каждом блоке (их в интернате 4) расположен холл. В нем также предусмотрены диван, кресла, телевизор с множеством каналов, часы, картины. Здесь в любое время каждый может отдохнуть и посмотреть телевизор. Для менее сохранных клиентов вместо диванов стоят кресла или скамейки. Телевизор располагается высоко на стене.

Также в интернате оборудована комната для приезжих. В ней есть две кровати, стол, диван, кресла, отдельный санузел. Здесь проходят встречи с родственниками

клиентов. Часто родственники проживающих привозят продовольственные пайки для клиентов. В силу своих психических особенностей больные сами не критичны к своему поведению и зачастую вся еда находится у них в комнате продолжительное время. Иногда они забывают про нее, после чего персоналу приходится делать генеральные уборки. Но наиболее распространенная проблема – клиенты крадут еду друг у друга. Это происходит из-за булимии- отсутствие чувства насыщения. Из-за этого нередко происходят конфликты между проживающими. Поэтому, было принято решение, о размещении холодильника в комнате персонала. Дежурная медсестра после встречи с родственниками кладет все содержимое пайка в отдельный пакет, после чего клиент может в любое время прийти и взять свои продукты.

Также клиентам разрешено иметь личные мобильные телефоны, которые хранятся на медицинском посту. Три раза в неделю проживающим разрешено звонить родным и близким.

В актовом зале интерната располагается кинотеатр и проектор, где еженедельно проводятся тематические беседы, а также клиенты смотрят кинофильмы, а также бильярдный стол, стол для игры в шашки и шахматы.

Также в актовом зале проходят все праздничные мероприятия. В украшении зала принимают участие сами клиенты: занимаются изготовлением покатов, вырезают трафареты, надписи, надувают воздушные шары.

Для читающих клиентов работает библиотека, где можно выбрать книгу. В библиотеке ведется изучение читательских интересов и постепенно формируется интерес к чтению; регулярно проводятся обзоры центральной и местной прессы с возможным обсуждением событий; в рамках программы оформляются книжные выставки, посвященные праздничным и знаменательным датам.

Вторым направлением социально- бытовой адаптации является оснащение учреждений средствами реабилитации. Сюда относятся:

- устройство поручней в коридорах, в палатах, около дверей палат, в туалетной комнате, в ванной комнате, в душевых;
- оснащение учреждений знаками доступности, информационными табличками;
- установление функциональных кроватей или модифицированных кроватей, поручней для удобства приподнимания и вставания в кровати;
- использование прикроватных столиков;
- оснащение отделений средствами реабилитации, такими как кресла-туалеты, кресла коляски прогулочного или комнатного типа, опорные трости для устойчивости при передвижении.

Целью проведения социально-трудовой адаптации является проведение мероприятий по лечебно-трудовой деятельности и оказание помощи инвалидам в использовании остаточных трудовых возможностей, обучение доступным профессиональным навыкам, развитие творческого потенциала и самостоятельности.

Задача - улучшение общего состояния и здоровья в результате лечебно-трудовой деятельности.

В рамках этого направления в психоневрологическом интернате был создан орган местного самоуправления.

Цель создания органа - осуществлять взаимодействие и взаимосвязь между клиентами учреждения и администрацией для решения социальных, бытовых, досуговых вопросов проживающих.

Виды трудовой деятельности, которые осуществляет орган местного самоуправления:

1. Уборка территории интерната.
2. Работа в швейной комнате.
3. Помощь садоводу. Работа в теплицах, разбивка клумб, уход за цветниками.
4. Участие в погрузочных работах
5. Подсобные работы,
6. Уход за слабыми больными.

Работа по благоустройству территории на протяжении всего периода существования психоневрологического интерната проводилась только с помощью сотрудников интерната. Получатели социальных услуг в силу своих психических заболеваний выполняли только посильную помощь, например, привоз воды или земли, уборка листьев, подметание территории и т.д. в рамках программы милитерапии был составлен план мероприятий, по привлечению клиентов в работу по благоустройству интерната.

Так в зимний период клиенты ухаживали за геранями. За каждым был закреплен, определенный цветок. Участник программы должен был самостоятельно его поливать, рыхлить землю, стирать пыль с листьев, питать удобрениями. В начале мая планируется высадка более 30 гераней, 10 из которых расцвели уже в апреле.

Также, были разбиты клумбы и высажены более 2000 цветов. В 2014 году была разбита клумба «Бабочка», которая всегда засаживалась цветами. Но по инициативе клиентов, было предложено заполнить ее галькой, и затем раскрасить цветными болончиками. Реализация данной задачи поставлена на май- июнь 2016 года. Также, на территории интерната есть декоративный бассейн. В рамках программы был объявлен

конкурс, на лучшее благоустройство бассейна. В копилку идей поступило более 20 предложений. Но лучшим, по мнению сотрудников, было предложение об изготовлении золотых рыбок и лягушки, которые будут размещаться на дне бассейна.

Активно велась работа по благоустройству помещений. В 2015 году в интернате закончился капитальный ремонт, и было принято решение, о пошиве новых тюлей в комнаты проживающих. Подбор цветовой гаммы и формы ламбрекенов осуществлялся клиентами самостоятельно. Наиболее предпочтительнее оказались цвета бирюзового, персикового и шоколадного оттенков. Две женщины, проживающие в интернате, работали совместно со швеей, помогали делать выкройки и замеры, гладили и разносили тюли по комнатам.

После, каждый самостоятельно надевал крючки на тесьму и под присмотром санитарок вешал тюли на карниз.

Клиенты активно принимают участие по уборке холлов и коридоров интерната. На каждом этаже назначен ответственный, который должен следить за чистотой. Ежедневно, до 8 часов утра, на каждом этаже протираются полы, происходит смена нательного белья, которое затем сдается в прачку. В течении дня также идет уборка санитарных узлов, подоконников и т.д.

Также клиенты оказывают посильную помощь при уходе за ослабленными больными: осуществляют привоз еды в комнаты, подготавливают их к приему пищи.