

Розділ 3.  
СОЦІАЛЬНІ КОМУНІКАЦІЇ І СОЦІАЛЬНІ ТЕХНОЛОГІЇ

УДК 316:364.27

Васильченко О.А.

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОБОТИ З РОЗУМОВО  
ВІДСТАЛИМИ ДІТЬМИ: АНАЛІЗ СУЧАСНИХ ПІДХОДІВ

*У статті наведений аналіз основних моделей роботи з розумово відсталими дітьми: медичної, психолого-орієнтованої і соціально-орієнтованої. Надано оцінку сучасних західних підходів у соціальній роботі з розумово відсталими дітьми, серед яких поширені теорія раннього втручання, теорія інтегрованого навчання, теорія інституціоналізації (безперервності догляду).*

**Ключові слова:** соціальна робота, розумова відсталість, теорія раннього втручання, теорія інтегрованого навчання, теорія інституціоналізації.

*В статье анализируются основные модели работы с умственно-отсталыми детьми: медицинская, психолого-ориентированная, социально-ориентированная. Представлена оценка современных западных подходов в социальной работе с умственно отсталыми детьми, среди которых особенно распространены теория раннего вмешательства, теория интегрированного обучения, теория институционализации.*

**Ключевые слова:** социальная работа, умственная отсталость, теория раннего вмешательства, теория интегрированного обучения, теория институционализации.

*The article analyses the basic models of working with mentally retarded children: medical, psychologically-oriented, and socially-oriented. The article estimates recent sociological approaches by western scientists dealing with mentally retarded children, among which the early intervention theory the theory of integrated education, and the theory of institutionalization being recognized authority on the subject.*

**Key words:** social work, mental retardation, early intervention theory, the theory of integrated education, the theory of institutionalization.

На сьогодні у світі існує багато теорій та моделей соціальної і соціально-педагогічної роботи з розумово відсталими дітьми. Протягом останніх десятиліть вітчизняні й зарубіжні спеціалісти розробляли та втілювали у життя нові теорії втручання й корекції,

навчання і реабілітації таких дітей. Прихильники різних психолого-педагогічних концепцій розглядали підходи до цієї складної та багатоаспектної роботи, виходячи зі своїх положень щодо психічного розвитку та етапів соціалізації таких дітей.

Підвищення ефективності навчально-виховної та корекційно-розвивальної роботи з дітьми, які мають помірну та тяжку розумову відсталість, можливе лише за умови організації індивідуального підходу до кожного вихованця, врахування його особистісного розвитку, психофізичних порушень як первинних, що обумовили важку інтелектуальну патологію, так і вторинних, корті виникли на базі основного дефекту. Численні дослідження в галузі спеціальної педагогіки і психології підтвердили той факт, що правильно організована система навчання та виховання вказаної групи дітей дає свій позитивний ефект і призводить до їхнього значного просування в напрямку адаптації до життя у суспільстві.

У нашій країні розробка проектів роботи з дітьми, які мають особливі потреби, зокрема з розумово відсталими дітьми, набуває все більших масштаби. Соціальна робота з такими дітьми – це передусім відповідальна, багатопланова та комплексна діяльність, адже вона охоплює практично всі сфери життя дитини.

Необхідність в аналізі та узагальненні підходів зарубіжних та вітчизняних спеціалістів, розробка технологій соціальної роботи з розумово відсталими дітьми – це актуальна соціально-педагогічна проблема в контексті роботи з дітьми, які мають особливі потреби. Врахування попереднього світового досвіду, а також сучасних можливостей соціально-педагогічної діяльності у цій сфері є на наш час основою соціальної роботи з такими дітьми.

Значний внесок у розвиток практики навчання і виховання дітей з помірною та тяжкою розумовою відсталістю внесли російські спеціалісти Е. Агеєва, А. Бабушкіна, І. Бгажнікова, А. Ватажина, С. Забрамна, Т. Ісаєва, М. Кузьмицька, А. Маллер, М. Рейдибойм, Г. Цикото, Л. Шипіцина та інші. Організація допомоги дітям з важкими інтелектуальними вадами та їхнім батькам була предметом дослідження М. Бірюкової, М. Генінг, С. Забрамної, Н. Лур'є, Т. Чернікової. В Україні даною проблемою займаються такі науковці, як Л. Вавіна, А. Висоцька, О. Гаврилов, Ю. Галецька, О. Гармаш, В. Золотоверх, А. Колупаєва, М. Матвеева, Н. Мацько, Т. Сак, В. Синьов, О. Хохліна та інші.

У сучасній соціально-педагогічній літературі та працях із соціальної роботи представлено проблеми соціально-педагогічної роботи з розумово відсталими дітьми та їхніми сім'ями, сучасних концепцій соціалізації дітей з обмеженими можливостями,

обґрунтування різних технологій, моделей, проектів роботи з такими дітьми на державному, регіональному, місцевому рівнях та в територіальній громаді. Провідними стали ідеї, представлені у працях Л. Акатова, Н. Бастун, О. Безпалько, М. Беляєвої, Р. Вайноли, Ю. Василькової, О. Гармаш, Т. Губаревої, К. Журавель, Н. Заверико, В. Зайнишева, І. Зверєвої, Л. Зіборової, Р. Кравченко, В. Курбатова, Н. Майорової, Л. Мардахаєва, Н. Маруди, Л. Міщик, Л. Нижника, І. Пінчук, В. Полтавець, О. Сагірової, Л. Сідельнік, В. Смирнової, В. Тесленка, С. Толстоухової, І. Трубавіної, С. Харченка, О. Холостової та багатьох інших.

Метою дослідження є порівняльний аналіз і оцінка основних теоретико-практичних підходів у соціальній і соціально-педагогічній роботі з розумово відсталими дітьми.

У спеціальній літературі використовується термін «розумова відсталість», оскільки він вказує не лише на кількісну характеристику відхилення, але й на якісну, яка передбачає певний позитивний поступ розвитку дитини внаслідок організації цілеспрямованої корекційної та соціальної роботи, що враховує її потенційні можливості та опирається на збережені або менш ушкоджені її функції чи функціональні системи. Різна структура відхилення викликає різноманітні види (або ступені) відхилення.

Водночас зараз здійснюються спроби замінити термін «розумова відсталість» його синонімами, оскільки він вказує перш за все на неадекватність дитини у розумовому плані. Але така дитина має порушення розвитку не лише інтелектуальних функцій, а й моторики, емоційно-вольової сфери, особистості в цілому. Окрім того, ярлик «розумово відсталий» важко сприймається батьками. Пошук більш адекватного терміну поки що не привів до успіху. Запропоновані синоніми типу «діти з відхиленнями розвитку», «діти з особливими потребами», «діти з недостатністю розвитку», «діти з проблемами інтелектуального здоров'я» не отримали свого визнання, оскільки їхнє тлумачення досить розмите і може бути віднесено до значно більшої популяції. У зарубіжній літературі використовуються терміни «*mentally retarded children*», «*schwachsinniger kinder*» [5].

Психологи, дефектологи, психіатри визначають розумову відсталість як стійке порушення пізнавальної діяльності внаслідок органічного ураження головного мозку (набутого або спадкового). Розумова відсталість як патологія може бути констатована лише у тому випадку, коли у суб'єкта будуть виявлені одночасно три основні порушення: органічне ураження головного мозку (набуте або спадкове), яке містить розлитий характер і охоплює значні частини головного мозку і в першу чергу ті, що відповідають за

інтелектуальний розвиток; порушення пізнавальної діяльності, зокрема усіх мисленнєвих операцій (аналізу, синтезу, узагальнення, абстрагування тощо), це не дає можливості суб'єкту опанувати програму загальноосвітньої школи у повному обсязі та у відповідні терміни; стійкість даного відхилення (його регресивність), котра не дає можливості такій дитині в майбутньому адаптуватися повною мірою до життя у соціальному середовищі або призводить до постійного погіршення її стану внаслідок прогресування патологічного стану внаслідок загострення хвороби [2; 3].

Особи з інтелектуальною недостатністю, крім звичайних потреб, мають специфічні, спричинені діагнозом розумова відсталість. Серед них виділяють специфічних потреби у:

- сторонній допомозі для прийняття рішень та розв'язання важливих пролем, потреба в опікунстві;
- щоденному соціальному супроводі – моніторингу та розв'язанні соціальних, медичних, матеріальних проблем та втручанні у разі їх незадоволення;
- отриманні безпечного місця проживання;
- догляді – допомозі у задоволенні щоденних фізіологічних потреб;
- набутті та підтримці навичок максимально автономного функціонування;
- визнанні з боку оточуючих людини як особистості, а не носія певного діагнозу;
- спілкуванні;
- самоповазі та самореалізації особистого потенціалу [6].

Сучасний стан надання допомоги розумово відсталим дітям в Україні має свою особливість щодо напрямків діяльності, методичної і методологічної основи, наукової бази. На сучасному етапі розвитку держави діє розгалужена система допомоги розумово відсталим особам, до складу якої входять державні та недержавні установи. Україна ратифікувала ряд міжнародних правових документів, які регламентують права дітей-інвалідів; було підписано декілька законів та підзаконних актів, що стосуються цієї проблеми.

Хоча державна система допомоги дітям з тяжкими інтелектуальними патологіями частково застаріла, вона діє і гарантує забезпечення дитини та її родини такими видами пільг та допомоги: медичною (у тому числі і психіатричною) допомогою, зокрема щорічним забезпеченням санітарно-курортною путівкою; соціальним захистом, що передбачає державну грошову допомогу та пільги дітям-інвалідам та їхнім сім'ям (пенсія на утримання дитини-інваліда,

пільговий проїзд) та право дитини-інваліда на повне державне утримання у системі інтернатних закладів; спеціальною освітою для дітей, які мають легкий ступінь розумової відсталості; реабілітаційними послугами центрів соціальних служб для молоді та реабілітаційних центрів системи Міністерства соціальної політики; пільгами для батьків [1].

Протягом тривалого часу у світовій практиці існувала медична концептуальна модель організації виховання і соціальної адаптації осіб з помірною розумовою відсталістю. На Заході вона домінувала до 60-х років минулого століття. Згідно з нею розумову недостатність фактично прирівнювали до невиліковної психічної хвороби. Головним фахівцем, який опікувався особами з помірною розумовою відсталістю, був психіатр. З 60-х років минулого століття у розвинених країнах стала переважати психологічно-орієнтована модель. З'явилася посада клінічного психолога зі своїми методами діагностики і терапії. Більше уваги стали приділяти розвивальному навчанню та психотерапевтичним засобам корекції поведінки, які витіснили вживання стимулюючих і заспокійливих медикаментів. На зміну психологічно орієнтованій моделі прийшла соціально орієнтована модель, яка сьогодні набуває дедалі більшого поширення. Перехід до нової соціальної моделі ознаменувався змінами у суспільному положенні осіб з розумовою недостатністю. Тепер їх розглядають не як душевнохворих осіб зі зниженими здібностями, а як певну соціальну групу зі своїми життєвими потребами, суспільними запитами та правами. Провідним фахівцем у роботі з ними став соціальний працівник. Звісно, ця модель не відкидає необхідної медичної допомоги, котра є частиною комплексної реабілітації осіб з розумовою відсталістю, а педагогічна робота з дітьми побудована на сучасних знаннях про їхні психологічні особливості.

Сьогодні у практиці соціальної роботи з розумово відсталими дітьми застосовуються різноманітні теоретичні та концептуальні моделі, серед яких необхідно виділити теорію раннього втручання, теорію інтегрованого навчання, теорію інституціоналізації (безперервності догляду).

Спеціалісти 40-50-х років ХХ ст. вважали, що розумово відсталі люди страждають від надмірно ригідної когнітивної системи [7]. Одне з найважливіших питань стосується способів осмислення різниці між розумово відсталими та нормально розвиненими дітьми [5]. Слід звернутися до полеміки між прихильниками теорії розвитку та теорії різниці, яка була у центрі уваги дослідників розумової відсталості протягом останніх 25 років. Згідно з теорією розвитку такі діти саме

відстають у своєму розвитку. Вони проходять ті ж самі стадії когнітивного розвитку, що й нормальні діти, однак відбувається це більш уповільнено. Прихильники теорії різниці (дефекту), навпаки, виходять із твердження, що відсталість є результатом одного або ряду дефектів. Серед них – ригідність та дефіцитарність процесів, що включають вербальну активність та увагу. Зважаючи на специфіку проблеми, зауважимо, що відсталі діти розглядаються як такі, котрі суттєво відрізняються від невідсталих. Виходячи з цього, найкращим видом втручання вважається той, що покращує поведінку, безпосередньо пов'язану з дефектом.

Друге питання стосується того, що розуміється під самим розвитком. Згідно з положеннями теоретиків розвитку Ж. Піаже і К. Брунера розвиток відбувається у складній взаємодії організму, що активно прагне досягти стану зрілості у середовищі, що постійно змінюється. Взаємодія організму із середовищем є базовим твердженням для всіх теорій розвитку. Протилежну позицію займають психологи-біхевіористи [5], які схильні применшувати роль активної природи організму та зосереджуватися на його реакціях на раптово виникаючі впливи середовища. Згідно з цими теоріями послідовність позитивних та негативних стимулювань з моменту народження визначає поведінку в даний момент. У своїх радикальних твердженнях теорія біхевіоризму не враховує вроджених властивостей організму, а також неоднозначних, складних властивостей самого оточуючого середовища. Обидві точки зору визначають особливі види програм втручання.

Теорія раннього втручання забезпечується такими принципами: раннім початком допомоги, постійним обліком вікової та індивідуальної динаміки.

Ранній початок допомоги допускає раннє втручання фахівців у світ дитини, сприяє багатобічному (культурному, соціальному, емоційному, інтелектуальному і фізичному) розвитку за рахунок активізації індивідуальних і соціальних ресурсів [9]. Чим раніше діагностуються особливості дозрівання, а родина і дитина включаються в систему соціальної роботи, тим успішніша соціалізація, більша вірогідність компенсації недостатнього розвитку, ширші можливості освоєння різних соціальних контекстів і поведінкових моделей. Цим забезпечується і превентивна сутність ранньої інтервенції, її здатність запобігти можливим вторинним порушенням [8].

У систему раннього втручання входять такі послуги: сімейний тренінг, консультування, спостереження вдома; спеціальний інструктаж; підтримка мовленнєвого розвитку; медичне

обслуговування; професійна терапія; психологічні і медичні послуги, пов'язані з діагностикою та оцінкою стану дитини; послуги з раннього виявлення, відбору і оцінки; залучення медичних послуг, необхідних дітям раннього віку, з інших соціальних програм [10]. Експертна модель соціальної роботи змінюється на сімейно-клієнтцентровану модель. Партнерство родини і професіоналів – неодмінна умова розкриття сімейного потенціалу, ідентифікації практик функціонування конкретної сім'ї і вироблення індивідуальної програми, яка відповідає сімейним потребам і стилям.

Професіонали планують хід реабілітаційної програми так, щоб усі методи і процедури знаходилися відповідно до розвитку дитини і підводили її до наступного етапу програми. При цьому особлива увага звертається на зони переходу – від одного віку в іншій, від одного агентства (або комплексу соціальних послуг) до іншого, а також на життєві зміни (соціального статусу, переїзд, навчання у школі).

Облік вікової та індивідуальної динаміки означає моніторинг змін, що відбуваються в дитини і її сім'ї при реалізації соціальних програм, визначення або коригування подальших цілей соціального втручання відповідно до вікових та індивідуальних особливостей дитини.

Забезпечення інтегрованого навчання розумово відсталих дітей означає перебування їх у звичайних шкільних класах разом з невідсталими дітьми. Це спроба дати можливість відсталім дітям розвиватися в більш «нормальному» оточенні. У загально визначеному розумінні освітня інтеграція передбачає надання можливості учням з порушенням психофізичного розвитку навчатися у звичайних класах загальноосвітньої школи [4]. Як колективна форма освітньої інтеграції функціонують спеціальні класи (групи), у яких діти з розумовою відсталістю мають освітній рівень спеціальної школи-інтернату відповідного типу або загальноосвітнього закладу. Це передбачає проведення спільних заходів учнів зі стійким пізнавальним недорозвиненням і їхніх однолітків з масової школи, спілкування під час позакласної роботи, проте окреме перебування під час усього навчання. На думку О. Гаврилова, існує перешкода при організації колективної інтегрованої освіти розумово відсталих дітей у загальноосвітньому закладі, яка обумовлена проблемою адекватності оцінки патологічних станів, соціальним середовищем [1].

Цікавим є погляд німецьких дослідників на інтеграцію. Так, на їхню думку, інтеграція як освітній процес має шість рівнів: психолого-педагогічний, понятійно-термінологічний, правовий,

соціально-комунікативний, навчально-методичний і навчально-психологічний [5]. На нашу думку, така диференціація процесу інтеграції доцільна і для здійснення соціально-педагогічного супроводу у системі інтегрування розумово відсталої дитини в загальноосвітній заклад.

Таким чином, питання соціально-педагогічного супроводу учнів з особливими освітніми потребами, які перебувають в умовах інтегрованого навчання, має вагому значущість, оскільки саме надання соціально-педагогічної підтримки дітям з обмеженими можливостями є найсуттєвішою диференціальною ознакою спеціальної освіти. Освітня інтеграція дійсно наближує розумово відсталу дитину до здорових однолітків лише у тому випадку, коли забезпечується комплекс умов, необхідних для надбання дитиною зі стійким пізнавальним недорозвиненням досвіду позитивної соціальної взаємодії у ході отримання освіти. У цій ситуації однією з найважливіших умов успішної соціальної інтеграції є здійснення комплексного соціально-педагогічного супроводу, адже в процесі сумісного навчання існує небезпека ізоляції дітей з розумовою відсталістю від здорових однолітків, що суттєво ускладнить їхню соціальну реабілітацію.

Результати багатьох досліджень свідчать про необхідність забезпечення безперервного догляду в контексті умов життя розумово відсталих дітей. Так, В. Лейкін [5] зазначає, що великі медичні, соціальні, реабілітаційні та освітні заклади мають продовжувати своє існування як основні місця проживання дітей із найнижчим рівнем функціонування та найсерйознішими відхиленнями, а також виступати постійною житловою альтернативою для тих, чиє проживання у суспільстві є неможливим (наприклад, через асоціальну поведінку).

М. Гріссі, провідний діяч в області розумової відсталості, запропонувала перелік послуг, що можуть бути запропоновані великими закладами [5]. Вона підкреслила, що великі заклади ідеально підходять для спостереження за широкою мережею послуг для осіб з відсталістю протягом усього життя. Вони можуть служити джерелом інформації для батьків, забезпечувати короткострокову, довгострокову і підтримуючу допомогу дітям та особам усіх вікових категорій, також можуть виступати єдиною ланкою із загальноосвітніми школами, лікарнями та іншими закладами, котрі обслуговують дану категорію дітей. Також у рамках мереж спеціальних закладів може бути підготовлене нове покоління спеціалістів для роботи з дітьми. Значна увага приділяється нормалізації послуг для дітей з розумовою відсталістю, що



передбачає визначення їх у будинки, школи та інші заклади, умови яких максимально наближені до нормального середовища. Кінцевий висновок щодо забезпечення необхідного догляду можна зробити тільки шляхом ретельного дослідження питання із обов'язковим урахуванням теорії розвитку, позиції гуманізму та різновидів діагнозів розумово відсталих дітей. У цьому полягає основна мета фахівців з питань розумової відсталості на найближчі роки.

Отже, аналіз різних концептуальних моделей і теоретичних підходів у соціальній роботі з розумово відсталими дітьми дозволив визначити декілька важливих аспектів у практичній соціальній роботі з даною категорією пацієнтів.

По-перше, для підвищення ефективності роботи з розумово відсталими дітьми необхідне застосування методів всіх концептуальних моделей (медичної, психологічно орієнтованої, соціально орієнтованої), які реалізують принцип комплексності в соціальній роботі.

По-друге, переваги застосування розглянутих підходів (теорія раннього втручання, теорія інтегрованого навчання, теорія інституціоналізації) залежать від комплексу факторів: моделі системи соціальної політики і соціального забезпечення, соціокультурних цінностей і національних особливостей, рівня розвитку громадянського суспільства, діагностичних критеріїв розумової відсталості, психологічних особливостей дитини та її родини, наявності спеціалістів і прихильників того чи іншого підходу в певному регіоні.

По-третє, підвищення ефективності соціальної роботи з розумово відсталими дітьми пов'язано із застосуванням мультипрофесійного підходу, тобто здійснення допомоги мультидисциплінарною командою як оптимальною формою організації соціальної і соціально-педагогічної роботи з розумово відсталими дітьми та їхніми сім'ями.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

1. Гаврилов О.В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі: навч. посіб. / О.В. Гаврилов. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – 308 с.
2. Гаврилов О.В. Характеристика розумово відсталих осіб як клієнтів соціальної роботи / О.В. Гаврилов // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського нац. ун-та ім. І.Огієнка. – Кам'янець-Подільський, 2009. – Вип. 11. – С. 13-17.

3. Дробинская О.А. Диагностика нарушений развития у детей: клинические аспекты / О.А. Дробинская. – М.: Школьная пресса, 2006. – 80 с.

4. Колупаєва А.А. Інклюзивна освіта: реалії та перспективи: монографія / А.А. Колупаєва. – К.: «Самміт-Книга», 2009. – 272 с.

5. Обучение детей с проблемами развития в разных странах мира / под ред. Л.М. Шипицина. – СПб.: АКМЭ, 1997. – 197 с.

6. Руководство для практических психологов и других специалистов, работающих с детьми раннего дошкольного возраста / М.Г. Борисенко, О.Е. Камышникова, Т.Ф. Кирьнова. – СПб.: Паритет, 2002. – 180 с.

7. Служба раннього втручання в Україні: шлях до інтеграції: зб. наук. праць / за ред. Н.А. Бастун. – К.: ІКЦ «Леста», 2005. – 184 с.

8. Соціальна робота з різними категоріями клієнтів / за ред. С.Я. Харченко. – Луганськ: Альма-матер, 2003. – 198 с.

9. Block A.W. Strengthening social work approaches through advancing knowledge of early childhood intervention / A.W. Block, S.R. Block // Child and Adolescent Social Work Journal. – 2002. – Vol. 19. – № 3. – P. 126-136.

10. Woody R.H. Case management for the Individualized Family Service Plan under Public Law 99-457 / R.H. Woody, J.D. Woody, D.B. Greenberg // The American Journal of Family Therapy. – 1991. – Vol. 19. – № 1. – P. 234-246.