

Министерство образования и науки Российской Федерации
Российский государственный социальный университет

Дубровская Татьяна Александровна
Воронцова Марина Викторовна
Кукушин Вадим Сергеевич

Т.А. Дубровская М.В. Воронцова В.С. Кукушин

**АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

**АДАПТАЦИЯ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ
С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Учебное пособие

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

Редактор *О.Д. Абрамова*
Корректор *Н.Г. Кожушкова*
Технический редактор *Т.А. Пробыллова*
Художественный редактор *О.В. Горбачёва*

Подписано в печать 05.05.11. Формат 60х90/16.
Гарнитура Times. Усл.п.л. 22,75. Тираж 500 экз.

Издательство Российского государственного социального университета
107150, Москва, ул. Лосиноостровская, вл. 24.
Тел.: 8 (499) 169-7960; 8 (499) 169-7860
www.rgsu.net

Отпечатано в типографии
Российского государственного социального университета
Заказ № 11-96
107150, Москва, ул. Лосиноостровская, вл. 24.
Тел.: 8 (499) 169-4802

Издательство
Российского государственного социального университета
Москва
2011

УДК 364.65(07)
ББК 60.993я73
Д 79

Рекомендовано УМО по образованию в области социальной работы в качестве учебного пособия для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальности «Социальная работа»

Рецензенты:

Л.А. Кайгородова, кандидат социологических наук, профессор, заведующая кафедрой социальной работы Новочеркасской государственной мелиоративной академии

П.Д. Павленок, доктор философских наук, профессор, заведующий кафедрой социологии и социальной работы Московского государственного университета сервиса

Дубровская Т.А., Воронцова М.В., Кукушин В.С.

Д 79 **Адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья:** учеб. пособие. – М.: Изд-во РГСУ, 2011. – 364 с.

ISBN 978-5-7139-0823-2

В учебном пособии рассматриваются вопросы социальной реабилитации лиц со специфическими социальными проблемами и потребностями: теоретические аспекты детской инвалидности; функции и приоритеты государственной социальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья; нормативно-правовое обеспечение социальной адаптации детей-инвалидов. В работе уделено внимание инклюзивному образованию детей-инвалидов и организации социально-педагогической помощи детям данной категории. На примере учреждений Ростовской области анализируются системы коррекционной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Пособие предназначено для социальных работников, социальных педагогов, психологов и студентов, обучающихся по специальности «Социальная работа»

УДК 364.65(07)
ББК 60.993я73

ISBN 978-5-7139-0823-2

© Дубровская Т.А., Воронцова М.В.,
Кукушин В.С., 2011
© Изд-во РГСУ, 2011

- обсуждение вопроса «Как пользоваться похвалой и поощрениями»;
 - игра «Смена ролей»;
 - обсуждение моделей позитивного поведения.
2. Основная часть занятия:
- разыгрывание ролевой ситуации «Как мы смогли сохранить семью».
3. Аутотренинг:
- аутотренинг. Пластический тренинг: упражнение «Скульптор и глина».
4. Релаксация с помощью психотерапевтических техник:
- музыкальная релаксация «Времена года».
5. Домашнее задание. Листая фотоальбом, описать самые радостные и счастливые дни вашей семьи.

Занятия 23–24

Тема: Подведение итогов групповой работы.

Цели: Формирование поведенческих навыков для построения позитивных, гармоничных отношений в семье. Формирование и закрепление гармоничного образа семьи с помощью пантомимы. Обучение технике снятия напряжения и преодоления стресса.

Содержание занятий

1. Разминка:
- рассказы участников группы о счастливых днях семейной жизни;
 - пантомима «Групповая скульптура семьи».
2. Основная часть занятия:
- обсуждение рассказа «Воскресенье – день общения».
3. Аутотренинг:
- аутотренинг. Саморелаксация «Медитация в саду».
4. Релаксация с помощью психотерапевтических техник:
- подведение итогов работы группы;
 - беседа за чашкой чая.

2. Основная часть занятия:
 - микролекция «Чувства родителей и детей. Привила выражения чувств»;
 - разыгрывание ролевой ситуации «Любовь к ребенку – объединяющая нас сила».
3. Аутотренинг:
 - пластический тренинг «Как снять отрицательные эмоции».
4. Релаксация с помощью психотерапевтических техник:
 - релаксация «В фокусе – цветок».
5. Домашнее задание. Какие черты больного ребенка импонируют вашему мужу?

Занятия 19–20

Тема: Реконструкция супружеских отношений и родительских ролей.

Цель: Формирование гармоничного образа семьи с помощью методики проектного рисунка. Формирование позитивных психологических установок, способствующих оптимальным взаимоотношениям с другими людьми.

Содержание занятий

1. Разминка:

- обсуждение анкеты для отца «Что мне нравится в моем ребенке»;
- монолог «Услышь меня»;
- обсуждение моделей позитивного поведения.

2. Основная часть занятия:

- микро лекция «Поощрение хорошего поведения»;
 - групповое рисование «Мы вместе – это счастье».
- ##### 3. Аутотренинг:
- аутотренинг. Саморелаксация «Тело в покое и движении».
- ##### 4. Релаксация с помощью психотерапевтических техник:
- ароматерапия;
 - музыкотерапия.
- ##### 5. Домашнее задание. «Какой должна быть похвала».

Занятия 21–22

Тема: Изменение мировоззренческих установок семьи.

Цели: Формирование гармоничного образа семьи с помощью изменения мировоззренческих установок. Реконструкция супружеских отношений и родительских ролей.

Содержание занятий

1. Разминка:

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	7
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ	10
1.1. Понятия «инвалиды» и «инвалидность» в современном обществе, концептуальный анализ теорий инвалидности	10
1.2. Функции и приоритеты государственной социальной политики России в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья	25
1.3. История вопроса детской инвалидности	29
1.4. Общие виды отклоняющегося развития детей-инвалидов и их категории	36
1.5. Нормативно-правовое обеспечение социальной адаптации детей-инвалидов	53
2. ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	65
2.1. Существующие возможности в области образования для детей с особыми потребностями	65
2.2. Инклюзивное образование: подходы, проблемы, пути решения	69
2.3. Правовые основы инклюзивного образования	77
2.4. Специальное образование	85
2.5. Социально-педагогическая помощь детям-инвалидам ..	92
2.6. Организация социально-педагогической помощи детям-инвалидам в условиях общеобразовательной школы	112
2.7. Специальная развивающая социальная среда	115

2.8. Технологии социально-культурной деятельности в формировании отношения к детям-инвалидам.	118
2.9. Концепция толерантности и ее реализация в детской инвалидной среде	133

3. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ (региональный опыт)

3.1. Психологические и социальные аспекты инвалидности	164
3.2. Коррекция и социальная адаптация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.	168
3.2.1. Общие положения	168
3.2.2. Таганрогский Дом молодых инвалидов	172
3.2.3. Школа искусств «Лира»	180
3.2.4. Занятия оригами как средство социальной адаптации ребенка-инвалида	185
3.2.5. Зоотерапия детей, перенесших ДЦП	189
3.3. Социальная адаптация незлышащих детей в специальных школах I типа	191
3.3.1. Обоснование концепции развития учащихса на примере РОЦОНУ	191
3.3.2. Мониторинг развития детей с дефектом слуха	196
3.3.3. Система коррекционной работы по формированию полноценной речи	204
3.3.4. Арттерапия как средство социальной адаптации учащихса	206
3.3.5. Адаптация незлышащих детей в эстрадно-цирковой студии «Сурдинка»	217
3.3.6. Устранение страхов с помощью изотерапии	220
3.3.7. Игротерапия в специальной школе	234
3.3.8. Иппотерапия в школе для незлышащих учащихса	239
3.3.9. Некоторые аспекты профессиональной ориентации детей-инвалидов	245

4. Релаксация с помощью психотерапевтических техник:
 - релаксация «Мысленный автопортрет» с использованием музыкотерапии.

5. Домашнее задание. «Эту работу мы с папой выполним сами».

Занятий 15–16

Тема: Развитие эмпатии, сопереживания. Формирование адекватной самооценки.

Цели: Обсуждение конфликтной ситуации, изложенной в рассказе, с привлечением примеров из жизни участников группы. Формирование конструктивной позиции матери больного ребенка через осмысление позиции героини рассказа. Формирование позитивных психологических установок, способствующих коррекции родительско-детских взаимоотношений.

Содержание занятий

1. Разминка:

- упражнение «Смена ролей»;
- зарядка «К подводным сокровищам».

2. Основная часть:

- обсуждение рассказа «Непреодолимая преграда».

3. Аутотренинг:

- пластический тренинг «Я – кошка».

4. Релаксация с помощью психотерапевтических техник:

- ароматерапия.

5. Домашнее задание. Ответить на вопрос: «Какой видит ребенок свою мать?».

Занятия 17–18

Тема: Формирование адекватных гармоничных отношений.

Цели: Активизация личностной позиции участников группы, развитие способности к самоанализу и уверенности в себе. Реконструкция внутрисемейных связей. Формирование позитивных психологических установок, способствующих коррекции родительского поведения.

Содержание занятий

1. Разминка:

- упражнение «Холодно – горячо»;
- игра «Диалог между сторонами моего Я: любимая и нелюбимая мать»;
- обсуждение моделей позитивного поведения.

Занятия 11–12

Тема: Формирование позитивных психологических установок, способствующих коррекции родительского поведения.

Цели: обсуждение между родителями проблемы возникновения в их сознании чувства виновности в рождении больного ребенка. Формирование позитивных психологических установок. Обучение технике выхода из стресса.

Содержание занятий

1. Разминка:

- упражнение «Моя семья»;
- пантомима «Разговор через стекло»;
- обсуждение модели позитивного поведения.

2. Основная часть:

- микролекция «Гармонизация отношений в семье»;
- обсуждение рассказа «Кто виноват».

3. Аутотренинг:

- аутотренинг. Саморелаксация. Релаксация.

4. Психотерапевтические техники:

- музыкотерапия «Тело в движении».

5. Сформировать девиз семьи. Вспомните и запишите слова восхищения, сказанные вашему мужу.

Занятия 13–14

Тема: Формирование адекватных семейных отношений.

Цели: Обучение проигрыванию конфликтных ситуаций. Поиск путей формирования адекватных семейных отношений. Формирование позитивных психологических установок, способствующих коррекции супружеского поведения.

Содержание занятий

1. Разминка:

- упражнение «Слепой и поводырь»;
- игра: «Диалог между сторонами моего Я: любимая и нелюбимая мать и жена»;

- обсуждение моделей позитивного поведения.

2. Основная часть:

- микролекция «Что нас сближает?»;
- разыгрывание ролевой ситуации «Мы понимаем друг друга».

3. Аутотренинг:

- аутотренинг. Пластический тренинг «Слепи фигуру».

3.4. Социальная адаптация невидящих детей в специальной школе III типа	250
3.4.1. Формирование пространственных представлений у незрячих младших школьников. .	250
3.4.2. Развитие пространственных представлений на уроках математики	253
3.4.3. Приобщение слепых детей к труду	259
3.4.4. Коррекция развития личности незрячего ребенка средствами изобразительного искусства	263
3.4.5. Коррекционно-развивающая работа в процессе обучения незрячих детей музыке	272
3.4.6. Роль игротерапии в жизни детей-инвалидов по зрению	280
3.4.7. Социальная практика агротерапии	284

4. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ

ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

4.1. Формы помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями	288
4.2. Социализация подростка-инвалида в семье	297

ЛИТЕРАТУРА

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. КОНЦЕПЦИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ИНВАЛИДОВ С ДЕТСТВА	316
---	-----

Приложение 2. СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО РАЗВИТИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ	331
--	-----

Приложение 3. ЛЬГОТЫ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ И СЕМЬЯМ, ИМЕЮЩИМ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ	339
---	-----

Приложение 4. КРАТКИЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОТВЕТ НА ЗАПРОС КОМИТЕТА ООН ПО ПРАВАМ РЕБЕНКА (август 2005 г. Документ ООН (CRC/C/125/Add.5).....	341
Приложение 5. СОЦИАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ СЕМЬИ	343
Приложение 6. КОРРЕКЦИОННАЯ ПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА».....	349
Приложение 7. ПРОГРАММА «ГАРМОНИЗАЦИЯ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ» (ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ).....	357

Цели: Обсуждение проблем, связанных с воспитанием ребенка. Формирование позитивных психологических установок, способствующих коррекции родительского поведения.

Содержание занятий

1. Разминка:
 - упражнение «Что изменилось»;
 - обсуждение модели позитивного поведения;
 - игра «Диалог между сторонами моего Я: ласковая и строгая мать и жена».
2. Основная часть:
 - микролекция «Возможные нарушения воспитания в семье»;
 - обсуждение рассказа «Папа поиграй со мной».
3. Дыхательные мантры.
4. Психотерапевтические техники:
 - музыкотерапия;
 - ароматерапия.
5. Домашнее задание. Описать радостные события в вашей супружеской жизни.

Занятия 9–10

Тема: Формирование гармоничного образа семьи.

Цели: Обучение технике «Приятное воспоминание». Воспроизведение образов членов семьи с помощью арттерапевтической техники.

Содержание занятий

1. Разминка:
 - упражнение «Смена ролей»;
 - игра «Диалог между сторонами моего Я: рациональная и эмоциональная».
2. Основная часть:
 - микролекция «Совместная деятельность в семье»;
 - рисунок «Наш папа и мы».
3. Дыхательные мантры:
 - аутотренинг «Тающее тело».
4. Психотерапевтические техники:
 - релаксация. Элементы йоги.
5. Домашнее задание. Ответить на вопрос: почему папы стесняются своих больных детей?

Содержание занятий

1. Разминка:

- упражнение «Совместное рисование»;
- пантомима «Мой ребенок, его отец и я – наши отношения».

2. Основная часть:

• микролекция «Поддержка как стратегия конструктивного взаимодействия в семье»;

- упражнение «Мы и мир вокруг нас».

3. Аутотренинг:

- упражнение «Зеркало»;
- упражнение «Освобождение от тревоги».

4. Психотерапевтические техники:

- арттерапия «Я рисую свое настроение»;
- дыхательные упражнения.

5. Домашнее задание. Сформировать причины разногласий с мужем, связанные с воспитанием ребенка.

Занятия 5–6

Тема: Взаимоотношения в супружеских парах.

Цели: Выяснение особенностей взаимоотношений между супругами.

Формирование позитивных психологических установок. Обучение технике релаксации.

Содержание занятий

1. Разминка:

- упражнение «Моя семья»;
- обсуждение моделей позитивного поведения.

2. Основная часть:

- микролекция «Наши сильные и слабые стороны»;
- опросник «Семейная социограмма: моя семья до рождения ребенка и после рождения больного ребенка».

3. Аутотренинг:

- воздушная медитация;
- упражнение «Как разорвать цепь взаимных упреков?».

4. Психотерапевтические техники:

- ароматерапия;
- музыкотерапия.

5. Домашнее задание. Понимаем ли мы друг друга.

Занятия 7–8

Тема: Коррекция личного нарушения

ВВЕДЕНИЕ

Изменения, произошедшие в последнее десятилетие в гуманитарной сфере жизни российского общества, в числе прочего выразились в усилении внимания к тем категориям и группам населения, специфические проблемы которых прежде неоправданно рассматривались как незначимые, либо не замечались и игнорировались, либо и вовсе намеренно замалчивались и скрывались. Речь идет, в частности, о детях и взрослых с ограниченными возможностями здоровья (инвалидах).

Особую обеспокоенность вызывает значительное увеличение числа детей-инвалидов. В зависимости от болезни или характера отклонений в развитии выделяют различные категории таких детей: слепые и слабовидящие, умственно отсталые, с нарушениями речи, опорно-двигательного аппарата. Дети, имеющие столь значительные проблемы физического, психического, интеллектуального развития, становятся субъектами специального законодательства, получают на основе медицинских показаний особый медицинский статус – «инвалид».

В Российской Федерации за последние 20 лет уровень детской инвалидности увеличился более чем в 3,6 раза и по прогнозам будет увеличиваться в дальнейшем. По имеющимся данным, из 38,8 млн детей, проживающих в Российской Федерации, 4,5%, то есть 1,7 млн, относятся к категории детей с ограниченными возможностями, обусловленными различными отклонениями в состоянии здоровья. На 1 января 2008 года в России зарегистрировано 533,926 тыс. детей-инвалидов в возрасте до 18 лет (на 1 января 2007 года – 554,0 тыс.), из них получателей социальной

пенсии – 526,5 тыс. человек и 7,4 тыс. детей-инвалидов, получающих трудовые пенсии по случаю потери кормильца.

Основными причинами увеличения числа детей-инвалидов являются: ухудшение условий жизни, которые губительно действуют уже в период развития плода; рост врожденных и наследственных патологий; хронизация многих соматических заболеваний; ухудшение условий труда женщин; бытовых условий жизни; высокий уровень заболеваемости родителей; ухудшение экологической обстановки.

Около 500 тыс. детей-инвалидов воспитываются в семьях; чуть более 28 тыс. воспитываются в 151 детском доме-интернате системы социальной защиты населения (дети с тяжелыми умственными и физическими дефектами, которые не могут себя обслуживать и нуждаются в постоянном постороннем уходе); до 5 тыс. детей-инвалидов находятся в 249 домах ребенка системы здравоохранения.

Известно, что дети-инвалиды – самый социально незащищенный общественный слой населения России. Тенденция увеличения в России количества детей-инвалидов при общем снижении рождаемости и недостаточность существующих форм обучения и воспитания, адекватных потребностям и способностям детей данной категории, позволяют сделать вывод об определенном несовершенстве социальной и образовательной политики в отношении детей с нарушениями развития и поставить задачу поиска эффективных путей оказания социально-педагогической помощи детям данной категории.

Современное российское государство (свидетельством тому служит принятие целого ряда мер нормативно-правового характера, осуществление целевых программ и т.п.) осознало социальную реабилитацию граждан, находящихся в специфической ситуации социального развития, в качестве своей неотъемлемой функции и важнейшей задачи социальной политики.

Новые федеральные программы позволили усилить адресность социальной защиты детей-инвалидов в части обеспечения техническими средствами реабилитации, необходимыми лекарственными средствами, путевками на санаторно-курортное лечение.

Приложение 7

ПРОГРАММА «ГАРМОНИЗАЦИЯ СЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ» (ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ ДЕТЕЙ С ОТКЛОНЕНИЯМИ В РАЗВИТИИ)

Занятия 1–2

Тема: Знакомство участников друг с другом.

Цели:

- определение общего круга проблем, возникающих в семьях, воспитывающих детей с отклонениями в развитии;
- установление атмосферы доброжелательности;
- обучение технике релаксации;
- обучением формам контакта с окружающим миром.

Этапы занятий и содержание

1. Разминка:

- игра «Знакомство»;
- упражнение «Здравствуй, я рад видеть тебя снова»;
- упражнение «Оценка партнера».

2. Основная часть:

- микролекция «Я и мой ребенок» – поиски взаимодействия;
- беседа «Мама, папа, Я – дружная семья». Тематический опросник: социограмма «Моя семья».

3. Аутотренинг:

- упражнение 1 «Воздушные шары»;
- упражнение 2 «Освобождение от тревоги».

4. Психотерапевтические техники:

- арттерапия – «Мы»;
- музыкотерапия.

5. Домашнее задание. Сформировать девиз семьи.

Занятия 3–4

Тема: Кредо жизни.

Цели: Определение основной жизненной установки семьи в виде ее кредо.

4. Упражнение «Прощание»

Дети, стоя в кругу, по очереди, говорят, прикасаясь друг к другу ладошками:

- «Спасибо, Саша»,
- «Спасибо, Маша» (и так все дети).

Берутся все вместе за руки:

– «Спасибо всем нам (аплодируют себе и всем, кто присутствовал на занятии)».

Занятие № 3. Побеждаем вместе

Цель: закрепить полученные навыки и умения общения у детей с нарушением зрения.

Задачи:

- 1) подвести итоги;
- 2) закрепить доверительные отношения между детьми.

1. Упражнение «Приветствие»

Дети, приветствуя друг друга, говорят при этом собеседнику комплименты.

2. Упражнение «Рассказ»

Каждый ребенок рассказывает всем остальным детям о самом приятном моменте в своей жизни.

3. Упражнение «Я глазами группы»

Учитель называет имя каждого ребенка по очереди и просит других учеников рассказать о нем то, что больше всего им запомнилось за время совместного общения.

4. Упражнение «Прощание»

Дети встают в круг и берутся за руки, смотрят друг другу в глаза и улыбаются. Затем все прощаются друг с другом.

Условия реализации мероприятий

Название занятия, упражнения	Необходимый материал
Игра «Да-Нет»	Листы маленькие (20 шт.)
Игра «Статуи»	Магнитофон
Игра «Веселый счет»	Листы маленькие (20 шт.)
Игра «Ложки»	Ложка
Определение времени для проведения занятия	В режиме дня ребенка
Помещение, приспособленное для проведения занятий	Школа-интернат (III вида) № 33 г. Новочеркаска

Наряду с медицинской и трудовой реабилитацией для детей с ограниченными возможностями здоровья необходимым является участие в программах социальной реабилитации, основная цель которых – успешная социализация и интеграция в общество. Обеспечение условий, способствующих социальной интеграции, социализации и оптимальному индивидуальному развитию детей, – важнейшая проблема правового, демократического государства¹.

Современные социальные практики реабилитации представлены широким спектром разновидностей: агротерапия, зоотерапия, ипротерапия, изобразительная терапия (лепка, рисование, конструирование из бумаги), эстетотерапия, музыкотерапия, игротерапия, компьютерное игровое моделирование социальных ситуаций, а также арттерапия, рекреационная терапия, гидротерапия, методика «социального бара» и другие. Выбор той или иной конкретной социальной практики реабилитации из множества существующих строго индивидуален и осуществляется в соответствии в особенностями каждого ребенка.

Авторами предпринята попытка обобщения теоретического материала по проблеме социальной реабилитации детей-инвалидов и опыта учреждений Ростовской области по работе с данной категорией детей.

Авторы выражают свою признательность рецензентам данной работы: кандидату социологических наук, профессору, заведующей кафедрой социальной работы Новочеркасской государственной мелиоративной академии Кайгородовой Л.А. и доктору философских наук, профессору, заведующему кафедрой социологии и социальной работы Московского государственного университета сервиса Павленку П.Д., принимавшим активное участие в обсуждении поднятых в монографии вопросов.

¹ См.: Конвенция о правах ребенка: Конвенция ООН. М., 2006. Ст. 23; Российская Федерация. Конституция (1993). Конституция Российской Федерации: офиц. текст. М., 2001. Ст. 38; Российская Федерация. Законы. Семейный кодекс Российской Федерации. М., 2001; Федеральный закон от 24 июля 1998 г. «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации». Ст. 38.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДЕТСКОЙ ИНВАЛИДНОСТИ

1.1. Понятия «инвалиды» и «инвалидность» в современном обществе, концептуальный анализ теорий инвалидности

Слово «инвалид» происходит от латинского *invalidus*, что означает слабый, немощный. В социологическом энциклопедическом словаре приводится следующее определение этого понятия: «инвалид – лицо, частично или полностью утратившее трудоспособность».

Инвалидность – это социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

В социальных науках представления об инвалидности можно условно разделить на два типа. Одна точка зрения – традиционная – начинается объяснение инвалидности с констатации органической патологии и дисфункции, приписывая инвалидам статус девиантов, и приходит к выводу о необходимости их исправления или изоляции. Концепция роли больного была разработана Т. Парсонсом, раскрывшим специфику взаимоотношений врачей и пациентов. Он указал на особенности социальной роли больного, которая предполагает легитимное освобождение заболевшего от некоторых социальных обязательств и делегирования ответственности за себя профессионалам.

Другая точка зрения объясняет феномен инвалидности с позиций теории социального конструктивизма. С этой точки зрения состояние человеческого организма может быть по-разному воспринято самим человеком и окружающими и иметь разные пос-

быстро и понятно ответить на этот вопрос. Если он промедлит более трех секунд или употребит при ответе запрещенное слово, то выбывает из игры. Тот, кто продержится дольше всех, выиграл: он будет в следующем раунде журналистом.

5. Упражнение «Прощание»

Дети встают в круг и берутся за руки, смотрят друг другу в глаза и улыбаются. Затем прощаются друг с другом.

Занятие № 2. Игровая эстафета

Цель: развитие навыков коллективной деятельности.

Задачи:

- 1) развитие сплоченности группы;
- 2) обучение детей взаимодействию друг с другом;
- 3) обучение детей умению прислушиваться к мнению окружающих.

1. Упражнение «Приветствие»

Дети садятся в круг. Приветствуют друг друга словами:

- «Доброе утро, Катя!»;
- «Доброе утро, Андрюша!»

Поприветствовать нужно каждого сидящего в кругу.

2. Игра «Веселый счет»

Для проведения этой игры заранее заготавливается комплект карточек с цифрами от 0 до 9 на каждую команду. Команды выстраиваются в шеренгу напротив ведущего, перед которым стоят по два стула. Каждый игрок получает карточку с одной из цифр. После того как ведущий для команд зачитает пример, игроки с цифрами, составляющими результат, выбегают к ведущему и садятся на стулья так, чтобы можно было прочитать ответ. Допустим, это был пример: $32 + 4$. На стулья рядом с ведущим должны сесть ребята, у которых в руках карточки 3 и 6, так как сумма 32 и 4 равна 36. Команда, которая сделала это быстро и правильно, зарабатывает очко. Счет идет до пяти очков.

3. Игра «Ложки»

Игроки делятся на две команды. Обе команды становятся в шеренги напротив друг друга на некотором расстоянии. Посередине между шеренгами стоит учитель и держит в руках ложку. По команде учитель произносит слово «красный» или «черный». Если звучит слово «красный», то первый игрок рукопожатием передает сигнал по цепочке. После того как последний игрок получил сигнал, он хватается за ложку. Если звучит слово «черный», все стоят на месте. Если первый участник ошибается, то он переходит в конец шеренги.

у детей, что должен делать хозяин этого фанта. Это может быть просьба прочитать стихотворение, рассказать анекдот, изобразить животное и т.д.

4. Игра «Слово за слово»

Дети садятся в круг и начинают рассказывать истории. Только это они делают все вместе: каждый из ребят добавляет к ней по одному слову. Кто-нибудь начинает ее, сказав первое слово. Его сосед прибавляет к истории второе слово и так далее по кругу.

5. Упражнение «Прощание»

Дети прощаются, называя друг друга по имени. Попрощаться нужно со всеми, сидящими в кругу.

Блок 2. Развитие навыков общения у детей с нарушением зрения

Занятие № 1. Давайте общаться

Цель: развитие коммуникативных навыков у детей с нарушениями зрения.

Задачи:

- 1) знакомство с правилами общения;
- 2) развитие способности работать в группе;
- 3) развитие навыков общения в группе.

1. Упражнение «Приветствие»

Ведущий дает игрушку, называя ребенка по имени. Он передает игрушку по кругу другому, называя свое и его имя.

- «Здравствуй, Саша!»;
- «Здравствуй, Саша, Коля»...

2. Беседа «Правила общения»

Учитель рассказывает ребятам элементарные правила общения друг с другом, с чужими людьми, со взрослыми и т.д.

3. Игра «Мюнхгаузен»

Дети садятся в круг. По порядку каждый будет поднимать одну или две руки над головой, рассказывая, что он сделал одной рукой (или двумя). Эта история должна быть короткой – не более трех предложений. Главное условие: история должна быть выдуманной.

4. Игра «Табу»

Один из детей становится на время журналистом. Он должен выбрать какое-нибудь часто встречающееся слово, например «да» или «нет», «ты» или «я», «он» или «она», «мы» или «они». Это слово объявляется запретным. Теперь его нельзя произносить. После этого журналист по порядку задает остальным игрокам какой-нибудь вопрос. Игрок должен

ледствия для участников взаимодействия в зависимости от их пола и возраста, культуры, традиций и социальных условий, то есть контекста рассматриваемой ситуации. В этом случае инвалидность можно рассматривать не только как физиологическую патологию организма, но и как социальное определение, своеобразный «ярлык».

Процесс социального взаимодействия между больным и обществом с соответствующими социальными ожиданиями и последствиями в виде формирования инвалидом стигматизированной идентичности исследовали П. Бергер и Т. Лукман, которые рассматривали проблему инвалидности через такое понятие, как «социальная роль». Важной характеристикой большинства социальных ролей является то, что действия, необходимые для их выполнения, не предписываются во всех подробностях, а существует некоторый диапазон варибельности. В этом случае ролевое поведение определяется и регулируется представлениями самой личности и общества о том, как должен вести себя человек, занимающий определенное социокультурное положение.

Исследователи социальной политики выделяют 12 различных исторических моделей инвалидности, повлиявших или влияющих на конструируемую социумом социальную политику в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья¹. Они условно разделяются исследователями на две парадигмы инвалидности – «старую», традиционную, или индивидуальную, и «новую», посттрадиционную, или социальную, хотя не исключается с дальнейшим развитием общества и появление третьей, «новой» парадигмы инвалидности².

¹ См.: Pfeiffer D.A. Comment on the Social Model (s) [online] Disability Studies Quarterly. Fall 2002, Volume 22, No. 4. Date of access: February, 19. 2003. http://www.afb.org/dsq/_articles_html/2002/Fall/dsq_2002_Fall_24.html

² Несмотря на то что исследователи часто артикулируют эти модели для объяснения инвалидности, стоит отметить, что они не являются академической классификацией в чистом виде. Скорее всего, они представляют собой различные точки зрения на инвалидность, существующие в мире и влияющие на формирование официальных национальных концепций социальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Важное место в моделях отводится так называемой «старой», или традиционной, парадигме инвалидности, включающей в себя индивидуальные модели инвалидности:

– моральную (религиозную) модель, вытекающую из базовых постулатов практически всех мировых религий;

– медицинскую модель, вытекающую из научного рационализма и в качестве методологической базы опирающуюся на биологический детерминизм;

– экономическую модель, опирающуюся на экономическую теорию и социологию функционализма;

– реабилитационную модель, в качестве методологической базы использующую социологию функционализма;

– функциональную модель, или модель ограниченности, в качестве методологической базы, использующей социологию функционализма.

Моральная (религиозная) модель инвалидности, являющаяся исторически самой древней и наименее преобладающей в наши дни, определяла инвалидность, во-первых, как религиозное наказание за грехи, искупление, позор или как знак причастности к злым духам. Во-вторых, религиозная модель инвалидности считала лиц с ограниченными возможностями святыми, мучениками, отмеченными особой благосклонностью Господа (например, если посмотреть на значение слова «убогий», каким называли на Руси инвалидов, то оно уже имеет указание на особый статус – находящийся уже у бога, пострадавший). В-третьих, она определяла инвалидность как особое испытание, карму («эти вещи посланы нам для того, чтобы испытать нас»).

Дуализм религиозного восприятия людей с ограниченными возможностями здоровья порождал дуализм их положения в социуме: с одной стороны, это означало для них низкий статус и пренебрежение, а с другой стороны, почитание их как «мучеников Господних». Обеспечение им помощи и обслуживания рассматривалось, например, в православном христианском обществе как акт особой христианской любви и сострадания к нуждающимся.

4. Упражнение «Прощание»

Дети, стоя в кругу, по очереди говорят, прикасаясь друг к другу ладошками:

– «Спасибо, Женья»,

– «Спасибо, Маша» (и так все дети).

Берутся все вместе за руки:

– «Спасибо всем нам» (аплодируют себе и всем, кто присутствовал на занятии)».

Занятие № 2 Импровизация и творчество

Цель: развитие творческих способностей у детей с нарушением зрения.

Задачи:

- 1) расширение поведенческого набора ребенка;
- 2) помощь в реализации потребности ребенка в самовыражении;
- 3) помощь ребенку стать более уверенным и раскованным.

1. Упражнение «Приветствие»

Дети вместе с учителем стоят в кругу. Дети прикасаются друг к другу ладошками:

– «Доброе утро, Саша», (называют имена детей по кругу),

– «Доброе утро, Наталья Николаевна»,

– «Доброе утро, солнце» (все поднимают руки, затем опускают),

– «Доброе утро, небо» (все поднимают руки, затем опускают),

– «Доброе утро всем нам» (все разводят руки в стороны, затем опускают)».

2. Игра «Статуи»

В игре одно правило: все должны делать одно и то же, предварительно ни о чем не договариваясь. Выигрывают все или никто.

Учитель: «Я хочу предложить вам игру, в которой нужно будет двигаться. Когда играет музыка, вы все будете танцевать, не ограничивая себя в движениях, танцуя все, что вам нравится. Вы можете делать это парами или поодиночке, двигаясь так, как вам нравится. Но как только я остановлю музыку, вы должны застыть, словно вы в один момент превратились в статуи. Но это еще не все. Когда музыка снова начнет играть, вы все вместе должны сделать одинаковое движение, не договариваясь ни о чем заранее (например, хлопнуть в ладоши и т.д.). Либо вы все угадали, либо нет».

3. Игра «Фанты»

Необходимо у каждого ребенка взять какую-либо вещь и сложить их все вместе в шляпу. Затем учитель вытаскивает фант и спрашивает

1. Упражнение «Приветствие»

Дети вместе с учителем стоят в кругу. Дети прикасаются друг к другу ладошками:

- «Доброе утро, Саша», (называют имена детей по кругу),
- «Доброе утро, Наталья Николаевна»,
- «Доброе утро, солнце» (все поднимают руки, затем опускают)),
- «Доброе утро, небо (все поднимают руки, затем опускают)),
- «Доброе утро, всем нам (все разводят руки в стороны, затем опускают))».

2. Игра «Да–Нет»

Понадобится по три карточки на игрока.

Каждый игрок выбирает себе партнера. Это должен быть человек, который кажется ему интересным. Теперь эти двое могут отойти в сторону или сесть в укромном месте и начать беседу. Можно разговаривать обо всем, что вас интересует. Весь фокус в том, что во время диалога нельзя говорить «да» или «нет». Тот, кто первым произнесет запрещенное слово, получает от партнера карточку. После этого оба игрока ищут себе других партнеров и с ними повторяют разговор. После того, как все карточки будут розданы, игра прекращается.

3. Игра «Мистер Почтальон»

Учитель: «Наверняка в вашей жизни был момент, когда вы с нетерпением ждали почтальона с письмом или открыткой. В игре, которую я вам предлагаю, тоже есть почтальон. Сейчас один из вас выйдет из комнаты – он станет первым почтальоном. Остальные должны рассчитывать по порядку, так что у каждого будет свой номер. Когда все получают номера, кто-нибудь крикнет: «Готовы!» – тогда почтальон трижды постучится в дверь комнаты, а группа хором спросит: «Кто это?» Почтальон из-за двери: «Это почтальон пришел! У меня послание для номера 2 (3, 4, 5)». Игрок под эти номером выходит из комнаты к почтальону. Вместо того чтобы вручить письмо или открытку, почтальон обнимает адресата и говорит ему что-нибудь приятное. После этого почтальон и получатель меняются ролями: почтальон входит в комнату, а получатель становится почтальоном. С приходом нового игрока все заново рассчитываются и получают новые номера. После этого группа дружно зовет почтальона, который стучит в дверь и называет номер нового адресата. Игра продолжается до тех пор, пока каждый не получит свою порцию объятий и комплиментов.

Для людей с ограниченными возможностями здоровья данная модель является особенно тягостной, поскольку способствует самоидентификации, которая является тяжелой ношей и испытанием для родственников. Такой подход порождает социальный ostracism и самоненависть у лиц с ограниченными возможностями здоровья. Поскольку Моральная модель инвалидности распространяла позор на всю семью с инвалидом, то, чтобы избавиться от стигмы, семьи пытались дистанцироваться от него, помещая в изолированные стационарные учреждения, лишая возможности играть когда-нибудь значимую роль в обществе¹.

Моральная модель инвалидности косвенно способствовала появлению и развитию институциональных форм ухода за людьми с ограниченными возможностями. В качестве теоретической базы для концепции социальной политики в области инвалидности она в настоящее время открыто не используется.

Медицинская модель инвалидности в течение длительного времени была доминантной и претендовала на особую научность, объективность и гуманность. Иногда данную модель называют еще «административной» моделью², поскольку зародилась она в недрах системы здравоохранения и социального обеспечения³.

Медицинская модель инвалидности рассматривает физические и психические различия между людьми в терминах патологических отклонений и дефектов, то есть «неполноценности». При этом здоровье определяется как «норма», а физический или психический недуг рассматривается как девиантность, то есть отклонение от «нормы».

¹ См.: *Lightfoot E.* The Implications of New Disability Rights Policies on the Contours of the Welfare State in the United States and Great Britain. PhD Dissertation, Indiana University, August 1998. P. 203–215.

² См.: *Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К.* Социальная работа с инвалидами: учеб. пособ. Саратов, 2003. С. 13.

³ Данный подход к пониманию инвалидности, который можно еще назвать «Моделью социальной патологии», сливается с Медицинской моделью. Модель социальной патологии понимает инвалидность как девиацию, а Медицинская модель рассматривает инвалидность как медицинскую девиацию. Важно то, что обе эти модели порождают единый тип социальной политики в отношении инвалидов.

Медицинская модель инвалидности рассматривает людей с ограниченными возможностями как некомпетентных, неспособных отвечать за себя и трудиться, нуждающихся в присмотре и, возможно, опасных для общества¹. Медицинское определение инвалидности в значительной мере довлеет и сегодня над самим явлением инвалидности, над всей социальной политикой и социальной работой. При таком подходе недуги, заболевания, которыми страдают инвалиды, автоматически исключают их участие в традиционной социальной деятельности. На этом основании делается вывод, что они будут в дальнейшем непригодны к полноценной работе или функционированию и социальной коммуникации в «обычном» обществе. Такой подход способствует понижению социального статуса людей с ограниченными возможностями, усиливает социальные стереотипы восприятия их как лиц социально некомпетентных. В этом случае инвалиды выступают объектом социальной политики, а не ее субъектом.

Постепенно социальные теоретики и клиницисты, использующие Медицинскую модель инвалидности, начинают осознавать методологическую противоречивость данного подхода. Связано это с трудностью идентификации категории «норма», которая может быть различной в различных обществах. Более того, сторонники данного подхода начинают осознавать, что инвалидность – это нечто большее, чем просто физический или психический недостаток.

В настоящее время медицинские работники широко используют Медицинскую модель инвалидности, когда трактуют инвалидность или ведут лечение. Данный подход используется в социальной политике США, Великобритании и России. Официально инвалидность в этих странах определяется в терминах функциональной недостаточности.

¹ Согласно этой модели инвалиды вынуждены исполнять традиционную роль больного (концепция Парсонса), по сути дела роль социального аутсайдера, заключающуюся, с одной стороны, в неспособности к независимой жизни и отказе от ответственности и обязательств перед обществом, а с другой стороны, в ожидании повышения своего статуса после медицинского излечения. Однако наивно было ожидать для инвалидов и людей со стойкими нарушениями здоровья полного излечения, соответственно роль больного закреплялась за ними навсегда.

		«Мистер Почтальон»	Игра	10 мин
		«Прощание»	Упражнение	5 мин
2.	Вторник	«Импровизация и творчество»		40 мин
		«Приветствие»	Упражнение	5 мин
		«Статуи»	Игра	10 мин
		«Фанты»	Игра	10 мин
		«Слово за слово»	Игра	10 мин
		«Прощание»	Упражнение	5 мин
Блок 2. Развитие навыков общения у детей с нарушением зрения				
1.	Среда	«Давайте общаться»		40 мин
		«Приветствие»	Упражнение	5 мин
		«Правила общения»	Беседа	15 мин
		«Мюнхгаузен»	Игра	15 мин
		«Табу»	Игра	10 мин
		«Прощание»	Упражнение	5 мин
2.	Четверг	«Игровая эстафета»		40 мин
		«Приветствие»	Упражнение	5 мин
		«Веселый счет»	Игра	15 мин
		«Ложки»	Игра	15 мин
		«Прощание»	Упражнение	5 мин
3.	Пятница	«Побеждаем вместе»		40 мин
		«Приветствие»	Упражнение	5 мин
		«Рассказ»	Упражнение	20 мин
		«Я глазами группы»	Упражнение	10 мин
		«Прощание»	Упражнение	5 мин

Содержание

Блок 1. Преодолеваем застенчивость

Занятие № 1 «Начинаем...»

Цель: преодоление замкнутости и застенчивости у детей с нарушением зрения.

Задачи:

- 1) создание положительного эмоционального настроения в группе;
- 2) повышение ребенком собственного авторитета и авторитета товарищей;
- 3) создание доверительных отношений в группе.

лектив, где учатся слепые и зрячие. В таких коллективах слепые часто самоизолируются, занимают позицию «зависимого» от зрячих. Сложность взаимоотношений также обусловлена трудностями восприятия человека человеком, широким распространением индифферентного отношения слепых друг к другу и к зрячим. Следует отметить, что и у зрячих часто формируются субъективные и неадекватные установки по отношению к слепым. Это либо негативная установка на избегание, либо псевдоположительная установка, проявляющаяся в жалости к слепому. Тонко чувствующие отношение партнера по общению слепые не остаются безразличными к таким ситуациям и закрепляют установку на избегание зрячих. Все это приводит к формированию микрогрупп в школьном коллективе и в результате к уходу слепого в свой внутренний мир, выпадению из жизни общества.

Таким образом, проблема общения в коллективе детей с нарушением зрения является весьма актуальной.

Цель программы – устранение нарушений эмоциональной сферы, коррекция межличностного общения.

Задачи программы:

- 1) развитие коммуникативных навыков;
- 2) обучение детей взаимодействию в коллективе;
- 3) сплочение коллектива;
- 4) воспитание коммуникабельности, осознания своей общности с коллективом, духа товарищества и сотрудничества;
- 5) преодоление негативных черт характера: замкнутости, застенчивости.

Средства коррекции: игры, упражнения, психогимнастика, беседы.

Коррекционно-развивающая работа проводится с детьми на специальных занятиях. Занятия рассчитаны на детей 6–10 лет. Занятия рассчитаны на 5 дней. Продолжительность каждого занятия составляет 30–40 минут. Занятия проводятся педагогом, психологом.

Тематический план

№ п/п	Предполагаемый день проведения занятий	Тема занятия	Форма занятия	Количество часов
1	2	3	4	5
Блок 1. Преодолеваем застенчивость				
1.	Понедельник	«Начинаем»		30 мин
		«Приветствие»	Упражнение	5 мин
		«Да-Нет»	Игра	10 мин

Наиболее широко данный подход представлен в международном определении инвалидности. Медицинский подход к классификации инвалидности лежит в основе Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которая отделяет заболевания и структурные нарушения от социальных последствий для инвалида. Многие исследователи критикуют данную международную систему определения инвалидности (ICIDH) именно за то, что она базируется на Медицинской модели инвалидности¹. Несмотря на несовершенство определения инвалидности и его критику, ICIDH весьма активно используется как международными организациями², государственными структурами, так и исследователями.

Экономическая модель инвалидности является закономерным продолжением медицинской модели и направлена на перераспределение доходов между различными слоями общества, когда медицинское определение инвалидности принимает в качестве методологической основы. Экономическая модель рассматривает инвалидность как дефицит человеческого капитала, в результате чего возникает неспособность участия в рынке труда. Лица с ограниченными возможностями в рамках данной модели рассматриваются как неполноценные физически или психически. Отсюда делается вывод: они способны работать с гораздо меньшей нагрузкой, чем здоровые люди, или неспособны работать вообще³.

Лица, страдающие «неполноценностью», изначально рассматриваются как менее производительные и экономически ущербные, как неспособные производить достаточное количество ресурсов, чтобы обеспечивать себя. Поэтому они – обуза для общества. Дефиниция инвалидности напрямую связывается с тем, может ли

¹ См.: *Oliver M.* The Politics of Disability. London: Macmillan, 1990. P. 25–38.

² См.: *E. Лайдфут* дает информацию, какие именно страны используют определение ICIDH ВОЗ для построения социальной политики в отношении инвалидов. Например, Италия использует данную дефиницию и в качестве модели инвалидности, и для стандартизации определений в Законе социальной интеграции. Канада также использует ICIDH ВОЗ для стандартизации определений в национальной социальной политике.

³ См.: Энциклопедия социальной работы / пер. с англ. М., 1994. Т. 2. С. 135.

инвалид трудиться в «обычных» условиях без соответствующих приспособлений. Согласно этой модели инвалидность – это скорее эластичный концепт, который является зависимым от таких факторов, как состояние экономики и положение на рынке труда. Подобный подход является эффективным инструментом для его регулирования.

Экономическая модель активно подвергалась критике среди зарубежных исследователей в основном за то, что делала участие на трудовом рынке зависимым от состояния здоровья индивида. И не принимала в расчет того, что создание безбарьерной среды резко повышает трудовые возможности инвалидов. Также данный подход плохо учитывал другие аспекты жизни, которые могли препятствовать полному участию лиц с ограниченными возможностями в жизни социума. Сегодня экономическая модель активно используется большинством государственных институтов, принимающих решения в отношении лиц с ограниченными возможностями.

Функциональная модель инвалидности, или Модель функциональной ограниченности, описывает инвалидность как неспособность лица выполнять те или иные функции наряду со здоровыми людьми. Она признает существенные функциональные ограничения человека следствием хронической неполноценности здоровья.

Непосредственно из Модели функциональной ограниченности вытекает Реабилитационная модель инвалидности. Реабилитационная модель инвалидности определяет главную проблему инвалида в наличии больного, «ненормального» тела или психики, нуждающихся в медицинском лечении и реабилитации, цель которых – устранение или компенсация возникших функциональных расстройств¹. Подразумевается, что такие социальные

¹ Реабилитационная модель инвалидности возникла после Второй мировой войны в США, когда множество ветеранов-инвалидов нуждались в медицинском лечении, психологической терапии для интеграции в социум и специальных государственных мерах для включения в трудовую деятельность, в том числе квотировании рабочих мест на предприятиях для инвалидов.

Приложение 6

КОРРЕКЦИОННАЯ ПРОГРАММА «РАЗВИТИЕ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА»

Пояснительная записка

Жизнь – это самая большая ценность, какой обладает человек. А самая большая роскошь в этой жизни – «это роскошь общения», как сказал А. де Сент-Экзюпери. От умения правильно общаться зависит вся жизнь человека. Особенно общение важно для людей с ограниченными возможностями здоровья. Правильное и продуктивное общение способствует компенсации существующего дефекта.

Для детей с нарушением зрения общение должно выступать как основной источник информации об окружающем мире. Однако личность ребенка и межличностные отношения при тяжелых нарушениях зрения имеют определенные особенности. Л.С. Выготский отмечает, что любой дефект является фактором, изменяющим отношения человека с окружающим миром, то есть провоцирует возникновение у слепого и незрячих, социальных установок.

Дефект зрения провоцирует нарушение социальных контактов, что приводит к отклонениям в формировании личности слепого: сужение круга интересов, изменение динамики потребностей, связанное с затруднением их удовлетворения, и др.

Ограниченные контакты с окружающим влекут замкнутость, некоммуникабельность, стремление уйти в свой внутренний мир.

Исследователи отмечают, что зависимость межличностных отношений от состояния зрения отсутствует, если дети находятся в однородном коллективе, и проявляется тогда, когда они попадают в смешанный кол-

Структура потребностей _____

Обеспечение средствами реабилитации и вспомогательными техническими приспособлениями (инвалидные кресла, оборудование туалетной комнаты, тифло- и сурдотехника, дидактические игрушки, пособия, специальная литература и т.д.) _____

Учреждения, оказывающие помощь семье и ребенку (социальные службы, медицинские и образовательные учреждения) _____

Наличие индивидуальной программы реабилитации и номер учреждения Государственной службы медико-социальной экспертизы, давшего реабилитационно-экспертное заключение _____

Реабилитационный потенциал: высокий, удовлетворительный, низкий (подчеркнуть).

6. Организация комплексного сопровождения семьи, имеющей ребенка-инвалида.

Перечень учреждений, предоставляющих комплекс реабилитационных услуг ребенку-инвалиду и его семье _____

Оценка качества предоставляемых услуг _____

Перечень необходимых дополнительных мероприятий в рамках индивидуальной программы реабилитации _____

Аксенова Л.И. Социальная педагогика в специальном образовании: Учебное пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2001. С. 290

институты, как институты занятости и государственной службы, создаются только для нужд здоровых людей. Работа большинству инвалидов при таком подходе совершенно недоступна.

Поэтому общество отделяет большинство инвалидов в специально созданное параллельное пространство, мало пересекаемое с «мейнстримом» неинвалидов. В результате люди с ограниченными возможностями становятся либо неработающими пенсионерами, либо занимают сегрегированные, как правило, низко оплачиваемые и не престижные «специальные» рабочие места для инвалидов.

Адаптация, приспособление инвалида к социуму, как и задача изменения социума в интересах инвалида, поднятие его социального статуса не рассматриваются. Весьма интересно, что в России ставится цель реабилитации инвалидов, провозглашается идея восстановления социального статуса лиц с ограниченными возможностями. Однако реабилитация чаще всего означает адаптацию инвалидов к социуму, а не наоборот¹.

Исследователи отмечают родственную связь Модели функциональной ограниченности, Реабилитационной и Медицинской моделей, которая позволяет говорить о смешанном характере этих трех моделей.

И Религиозная, и Медицинская, и Экономическая модели, как и Модель функциональной ограниченности, делают упор на лимитированности или отсутствии у инвалида чего-либо. Религиозная модель акцентирует внимание на неспособности инвалидов к социальной адаптации по моральным основаниям («божье наказание»), Медицинская – на нездоровье, Экономическая – на неспособности к экономическому труду, Модель функциональной ограниченности – на неспособности в широком смысле этого слова. Кроме того, все дефиниции данных моделей определяются в пространстве телесности инвалида, возможности которой ограничены. В связи с этим данные модели инвалидности можно определить как относящиеся к индивидуальным моделям инва-

¹ См.: Социальная политика: учебник /под общ. ред. Н.А. Волгина. М., 2003. С. 693–694.

лидности, в которых индивид имеет проблему, а следовательно, он должен изменяться под требования общества. Общество при этом остается неизменным.

Данные модели инвалидности относят к так называемой «старой» парадигме инвалидности, или парадигме инвалидности как индивидуального конструкта. Они оказали значительное воздействие как на определение самого понятия инвалидности, так и на конструирование национальных концепций социальной политики в области инвалидности. В результате для инвалидов создавались отдельные социальные ниши, а политика не пыталась вписать их в социум. Это приводило к созданию барьеров общения между здоровыми членами общества и инвалидами.

Старым моделям инвалидности противостоит новая, так называемая *посттрадиционная, или социальная, парадигма инвалидности*. Она обращает внимание не на «недостатки» лиц с ограниченными возможностями, а на динамическое взаимодействие между инвалидом и окружающей средой, социумом. Социальная модель подчеркивает, что инвалиды, которые различаются по степени физического или психического недуга, угнетаются обществом за счет концепта о нормальности. «Новая» посттрадиционная парадигма инвалидности состоит из ряда социальных моделей инвалидности, считающих, что не индивид, а общество имеет проблему и именно оно должно измениться. Социальные модели признают, что инвалидность существует лишь настолько, насколько она социально конструируется. Социальные модели инвалидности переносят проблему в коллективную ответственность общества как на макроуровне, так и на уровне отдельных индивидов.

Социальные модели условно делятся на британские, или материалистические, и американские, или идеалистические, модели инвалидности.

Так называемые Материалистические (Британские) модели инвалидности включают в себя Марксистскую модель и Модель независимой жизни.

Социально-экономический статус

Основные источники доходов семьи:

1. Заработная плата _____ руб./мес.
2. Пенсия по инвалидности _____ руб./мес.
3. Пенсия по старости _____ руб./мес.
4. Пенсия по случаю потери кормильца _____ руб./мес.
5. Социальные пособия _____ руб./мес.
6. Другие социальные выплаты _____ руб./мес.
7. Стипендии _____ руб./мес.
8. Другие источники доходов _____ руб./мес.

Специальные сведения о ребенке с отклонениями в развитии

1. Дата официального назначения инвалидности ребенку на основании решения Государственной службы медико-социальной экспертизы _____

2. Общая продолжительность инвалидности _____

3. Динамика инвалидности _____

4. Диагноз _____

Основное нарушение _____

Сопутствующие заболевания _____

Осложнения _____

5. Оценка уровня развития ребенка и состояния реабилитационного потенциала.

Физическое развитие _____

Психическое развитие _____

Эмоциональное развитие _____

Особенности поведения _____

Особенности общения _____

Сформированность социально-бытовых навыков _____

Качественная характеристика речи _____

Характеристика интеллектуального развития _____

Характеристика деятельности (мотивация, критичность, работоспособность, темп и т.д.) _____

Характеристика конструктивной, графической деятельности _____

Специфические особенности в указанных сферах _____

Кругом обозначаются женщины (девочки). В центре обозначаются возраст, родство (если бабушка, указать, чья она мать – отца ребенка или матери).

Квадратом обозначаются мужчины (мальчики). В центре обозначаются возраст, родство (если дедушка, указать, чей он отец – отца ребенка или матери).

Дополнительные сведения (наблюдения):

11. Кто является главой семьи (поддерживает эмоциональный климат) _____

12. Кто осуществляет основные функции по уходу, образованию и лечению ребенка с отклонениями в развитии _____

13. Кто выполняет ежедневные бытовые обязанности (уборка, стирка, приготовление пищи) _____

14. Охарактеризуйте режим дня и режим питания в семье _____

15. Социальная активность семьи в соответствии с образом жизни: закрытость от общества и уход от контактов с внешним миром, открытость для общения с небольшим кругом близких людей, активная жизненная позиция, использование всех имеющихся возможностей для участия в общественной жизни _____

16. Уровень включенности ребенка с отклонениями в семейные мероприятия: бытовые, досуговые, спортивные, культурные и др. _____

17. Анализ отношений ближайшего окружения (родственников, соседей, друзей) к проблемам семьи, имеющей ребенка с отклонениями в развитии _____

18. Анализ предшествующих условий воспитания (в доме ребенка, в инвалидном доме, в родной семье, в приемной семье и др.) _____

Идеалистические модели включают в себя Психосоциальную, Социально-политическую, Культурную модели и Модели человеческого разнообразия.

Британская Материалистическая Марксистская модель¹ представляла собой Социальную модель инвалидности, вытекающую из учения К. Маркса. Она была впервые сформирована в Великобритании и названа «великой идеей» британского социального движения инвалидов. Основной ее постулат: разделение социума на инвалидов и физически здоровое большинство является социальной конструкцией, вытекающей из экономического и социального развития капитализма. Материалистическая модель инвалидности настаивает на том, что инвалидность есть не что иное, как социальное угнетение, которое испытывают инвалиды².

Сторонники данной модели утверждают, что политическое и экономическое устройство капиталистического общества порождает необходимость появления зависимых категорий граждан, поскольку это помогает регулировать рынок труда, создает расширенную сеть бюрократических институтов для «идентифицирования» и обслуживания инвалидов³.

Британская модель независимой жизни вытекала из идей нормализации и социальной валоризации. Модель независимой жизни стала философией социального движения инвалидов во многих западных странах начиная с 1970-х годов. Данная модель рассматривала инвалидность как интеракцию между индивидом, обществом и окружающей средой. По модели независимой жизни следовало, что самопомощь лиц с ограниченными возможностями и потребительский контроль над сервисом для инвалидов –

¹ В Великобритании лоббисты прав инвалидов еще называют ее «Социальная модель инвалидности».

² В связи с этим и наиболее точно термин «инвалиды» – «disabled people» переводится с английского как «инвалидируемые обществом люди». В этом заключается его принципиальное отличие от определения «инвалиды» – «people with disabilities», трактуемого как «люди с инвалидностью» или «люди с ограниченными возможностями».

³ Вик Финкельштейн артикулировал данную модель и разработал первый в Великобритании курс исследований инвалидности.

это основное противоядие для всех проблем, ассоциированных с инвалидностью. Концепт независимой жизни подразумевал способность лиц с ограниченными возможностями осуществлять контроль над своей жизнью, действиями профессионалов-практиков и возможность самостоятельного принятия решений. Модель независимой жизни – это скорее Модель социального обслуживания инвалидов, чем просто Модель инвалидности.

Психосоциальная модель инвалидности получила широкое распространение в последующих американских моделях инвалидности: Социально-политической модели инвалидности как группы угнетаемого меньшинства, Культурной модели инвалидности, Модели человеческого разнообразия.

В науке с недавних пор ведутся дебаты о том, что пришло время действия «новой» парадигмы инвалидности, по сути отвергающей понятие инвалидности как таковое. Лицо с ограниченными способностями в рамках данной парадигмы перестает быть только реципиентом, безвластным объектом социальной политики, он становится в полной мере рефлексирующим субъектом, полностью интегрированным в социум, Человеком с большой буквы, профессионалом, способным создавать свое будущее, практически неотличимое от будущего лиц без инвалидности. Представители данного направления предлагают уничтожить само понятие «лицо с ограниченными возможностями» и заменить его термином «лицо, активно использующее достижения научно-технического прогресса». Именно это послужило основой для конструирования модели инвалидности в терминах высоких технологий, которая получила название Технической модели инвалидности. Ближе к ней примыкает Модель инвалидности как незанятости.

В настоящее время Россия находится на стадии либеральной экономики и пытается формировать национальную концепцию социальной политики в этой области. В качестве приоритетной концепции социальной политики предпринимается слабая попытка выбрать модели гражданских прав. Это связано с известным переосмыслением инвалидности как социальной конструкции со-

Образование (квалификация) _____

Выполняемая к моменту освидетельствования работа: _____

Профессия _____

Специальность _____

Должность (звание) _____

По уходу за больным _____

Выполнение общественных работ _____

Не работает в связи с пенсионным возрастом _____

Проживает ли совместно с ребенком _____

8. Сестры и братья

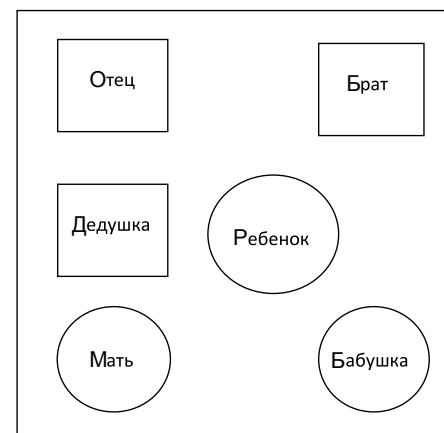
Количество _____

Возраст _____

Состояние здоровья _____

9. **Психоэмоциональная атмосфера в семье:** спокойная, конфликтная, скандалы, физическое насилие и др. (подчеркнуть).

10. Генограмма семьи



Обозначьте линией определенного типа межличностные отношения в семье.

Используйте следующие обозначения:

_____ нормальные отношения,

----- прохладные отношения,

----- конфликтные отношения,

← (СТРЕЛКА) в случае, если отношения не взаимны, следует указать их, направление от члена семьи стрелкой.

5. Причины распада полной семьи: развод, смерть одного из супругов, лишение родительских прав, лишение свободы одного из супругов, и др. (подчеркнуть).

6. Родители

Мать (Ф. И. О.) _____

Возраст _____

Образование (квалификация) _____

Выполняемая к моменту освидетельствования работа:

Профессия _____

Специальность _____

Должность (звание) _____

По уходу за больным _____

Выполнение общественных работ _____

Проживает ли совместно с ребенком _____

Отец (Ф. И. О.) _____

Возраст _____

Образование (квалификация) _____

Выполняемая к моменту освидетельствования работа:

Профессия _____

Специальность _____

Должность (звание) _____

По уходу за больным _____

Выполнение общественных работ _____

Проживает ли совместно с ребенком _____

7. Старшее поколение семьи

Бабушка (Ф. И. О.) _____

Возраст _____

Образование (квалификация) _____

Выполняемая к моменту освидетельствования работа:

Профессия _____

Специальность _____

Должность (звание) _____

По уходу за больным _____

Выполнение общественных работ _____

Не работает в связи с пенсионным возрастом _____

Проживает ли совместно с ребенком _____

Дедушка (Ф. И. О.) _____

Возраст _____

циального неравенства. Модель гражданских прав действительно дает возможность усилить степень участия граждан-инвалидов в жизни общества и формировании своей судьбы.

Как отмечает Н.В. Куваева¹, поиск концептуальной модели социальной политики для России должен идти не по принципу «усвоения» современных западных теорий, а по принципу их переосмысления. Причем конструирование этих новых моделей должно осуществляться не за счет отказа от ранее достигнутых социальных завоеваний, а на основе анализа и обобщения работающих и адекватных схем реализации социальной политики, которые предпринимались на протяжении последних десятилетий

Исследователь считает, что в современных российских условиях необходимо совмещение этих двух моделей инвалидности. К существующим политическим инструментам и программам в рамках Медицинской модели необходимо добавить антидискриминационные законы, существующие в пространстве социальной концепции инвалидности. Важно учитывать, что категории инвалидов в обществе различны. Отдельные индивиды могут быть классифицированы как имеющие глубокую степень инвалидности и постоянно нуждающиеся в медицинской помощи и социальном обслуживании. Большинство из них могут существовать только в условиях специализированных интернатов и учреждений стационарного типа. Другие, имеющие меньшую степень инвалидности, способны к социальному интегрированию. Медико-социальный подход позволяет дифференцировать группы инвалидов, рассматривая их не как единое целое, а как различные группы, нуждающиеся в разной помощи со стороны государства.

Для внедрения этой концепции социальной политики необходимо реформирование общества, его основных социальных институтов по включению в них инвалидов, формирование в общественном сознании позитивного образа инвалидности. Здоровое большинство должно изменить свое отношение к инвалидности, расстаться с дискриминационными стереотипами.

¹ См.: Куваева Н.В. Профессиональное становление в процессе социализации молодого инвалида: дис. ... канд. социолог. наук. М., 2006. С. 24.

Фундаментальным отечественным исследованием в рамках социокультурной концепции инвалидности является работа Е. Ярской-Смирновой «Социокультурный анализ о нетипичности». Социальное конструирование инвалидности представляет собой процесс формирования объективной реальности ограниченных возможностей человека из знания о функциональной норме и отклонении посредством человеческой деятельности на индивидуальном и социальном уровнях¹. В данной социальной модели проблема инвалидности выведена за рамки индивидуального существования и рассматривается в плоскости взаимоотношений между личностью и различными элементами общественной системы, акцентируя внимание на социальном давлении, дискриминации и эксклюзии². Важность данной модели в том, что она не рассматривает инвалидов как людей, с которыми что-то не в порядке, а видит причины недееспособности в неподходящей архитектурной среде, несовершенных законах и т.п.

Важной особенностью рассмотрения социальной модели инвалидности является то, что состояние здоровья социально конструируется, а нарушение здоровья обусловлено социальными факторами. Причины в данном случае идентифицируются через убеждения и мнения, которые изменяются и всегда субъективны, а также через интерпретации, построенные на обычаях и социальном давлении. В отличие от Медицинской модели медицинские знания здесь рассматриваются не как эксклюзивные, имеющие исторический, культурный, социальный контекст и формирующиеся вовлеченными в ситуацию людьми. Как отмечает Е. Ярская-Смирнова, «состояние человека может быть по-разному воспринято самим человеком и окружающими, а также иметь разные последствия для участников взаимодействия в зависимости от контекста рассматри-

¹ См.: Ярская-Смирнова Е. Социальное конструирование инвалидности // Социологические исследования. 1999. № 4. С. 40.

² См.: Mulvaney J. Disability, impairment or illness? The relevance of the social model of disability to the study of mental disorder // Sociology of Health and Illness. 2000. Vol. 33, № 5. P. 582.

Приложение 5

СОЦИАЛЬНЫЙ ПАСПОРТ СЕМЬИ

Дата заполнения _____

Общие сведения о ребенке

1. Ф.И.О. _____

2. Пол _____ 3. Дата, год рождения _____

4. Адрес постоянного или временного проживания (подчеркнуть):

почтовый индекс _____ город (район) _____ улица _____

дом № _____ квартира _____ контактный телефон _____

Социально-бытовой статус

1. Ребенок родной усыновленный опека

2. Бытовые условия проживания: в условиях семьи или социального учреждения (подчеркнуть)

3. Анализ социально-бытовых условий проживания:

Собственный дом (общая площадь _____ кв. м.)

Отдельная квартира (общая площадь _____ кв. м.)

Комната в коммунальной квартире (общая площадь _____ кв. м.)

Арендуемая квартира (комната) (общая площадь _____ кв. м.)

Этаж _____ Лифт _____ Пандус _____

Централизованное отопление (да/нет) _____

Канализация (да/нет) _____

Удаленность жилья от транспортных коммуникаций _____

Социально-средовой статус

1. Состав семьи (количество членов семьи, проживающих на одной жилплощади):

2. Социальный статус семьи: многодетная, полная, неполная, родная, опекунская (подчеркнуть).

3. Форма и длительность брачных отношений родителей: брак зарегистрирован, гражданский (подчеркнуть).

4. Какой по счету брак для каждого из родителей _____

**Образовательные учреждения для детей
с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации
(на начало учебного года)**

	Число школ					В них учащихся, тыс. человек				
	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005	2000/ 2001	2001/ 2002	2002/ 2003	2003/ 2004	2004/ 2005
Образовательные учреждения для детей с ограниченными возможностями здоровья, всего	1950	1959	1957	1952	1967	281,3	274,6	267,4	256,8	247,8
В том числе:										
для умственно отсталых	1411	1403	1399	1376	1374	203,7	196,2	188,6	179,9	171,0
для незрячих	16	18	17	18	21	3,0	2,9	2,9	2,8	2,8
для слабовидящих	84	83	89	89	87	10,3	10,5	11,3	11,2	10,2
для неслышащих	82	86	90	91	90	10,8	10,4	9,9	9,9	9,8
для слабослышащих и позднооглохших	84	84	86	86	86	10,5	10,7	10,6	10,4	10,1
для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата	74	74	77	74	79	9,3	9,0	9,3	9,3	9,0
для детей с тяжелыми нарушениями речи	65	67	69	63	67	11,5	11,7	11,7	10,8	10,8
для детей с задержкой психического развития	114	122	126	132	139	19,2	19,8	20,0	19,9	21,1
прочие школы	20	22	22	23	24	3,0	3,4	3,1	2,6	3,0
Кроме того, классы для детей с ограниченными возможностями здоровья, организованные при общеобразовательных учреждениях	20 329	20 570	19 993	19 632	19 018	228,7	226,0	214,3	205,6	197,0
В том числе классы										
для умственно отсталых	2450	2448	2580	3216	3130	24,2	25,3	25,9	26,5	28,3
для детей с задержкой психического развития	17 574	17 411	16 993	15 918	14 750	202,2	197,1	184,0	173,3	158,3

ваемой ситуации»¹. Исходя из этого важными являются не только объективный статус инвалида в обществе, но и переживания своей инвалидности самим человеком. Инвалид конструирует свой образ и сам определяет свою позицию в обществе, свой субъектный статус, свою персональную идентичность.

Концепция независимой жизни людей с ограниченными возможностями здоровья², как и социокультурная концепция инвалидности, позволяет выйти за рамки «медиализированного» понимания проблемы инвалидности и рассмотреть в ней общегуманитарную проблему равенства прав и возможностей, распространяющуюся на социальные группы, находящиеся в особо трудных жизненных условиях. Равенство возможностей является основным условием, обеспечивающим действенность основополагающего тезиса Конституции РФ о гарантиях прав и свобод гражданина. Концепция независимого образа жизни предполагает право инвалида быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах.

Данная концепция ориентирована на возможность инвалидов самостоятельно принимать решения и управлять жизненными ситуациями. Философия независимого образа жизни ориентирует человека, имеющего инвалидность, ставить перед собой такие же задачи, что и любой другой член общества³.

Смена подходов к пониманию инвалидности отражается в изменяющемся определении инвалидности.

Согласно Декларации о правах инвалидов (ООН, 1975) инвалид – это любое лицо, которое не может самостоятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной личной и (или) социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его (или ее) физических или умственных возможностей⁴.

¹ Ярская-Смирнова Е. Социальное конструирование инвалидности // Социологические исследования. 1999. № 4. С. 38–45.

² См.: Ким Е. Концепция независимой жизни в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями: автореф. дис. ... канд. социолог. наук. М., 1997.

³ См.: Инвалиды: к независимой жизни. М., 2000. С. 9.

⁴ См.: Российская энциклопедия социальной работы. / под ред. А.И. Панонова, Е.И. Холостовой. М., 1997. Т. 1.

В 1980 году ВОЗ была предложена следующая модель инвалидности (медицинская):

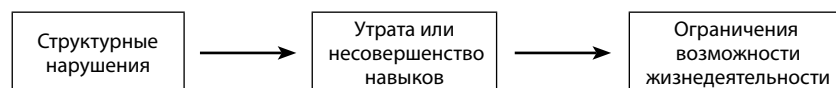


Рис. 1.1. Медицинская модель инвалидности

В Рекомендациях № 1185 к реабилитационным программам 44-й Парламентской ассамблеи Совета Европы от 5 мая 1992 г. инвалидность определяется как ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, социальными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему инвалидность, быть интегрированным в общество и принимать участие в жизни семьи или общества на таких же основаниях, что и другие члены общества¹.

Налицо факт изменения подходов к определению инвалидности. Важным является то, что сейчас при изучении инвалидности акцент делается на проблеме несовершенства, неприспособленности к окружающей среде.

Закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (от 20 июля 1995 г.) определяет инвалида как лицо, которое имеет нарушения здоровья со стойким расстройством функции организма, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящими к ограничению жизнедеятельности и вызывающими необходимость его социальной защиты.

На наш взгляд, наиболее правильным является понимание инвалидности, сформулированное Международным движением за права инвалидов: «Инвалидность – это препятствие или ограничение деятельности человека с физическими, умственными, сенсорными и психическими отклонениями, вызванными суще-

¹ См.: Технологии социальной работы: учебник / под общ. ред. Е.И. Холостовой. М., 2002. С. 344.

Приложение 4

КРАТКИЕ СТАТИСТИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ, ПРЕДСТАВЛЕННЫЕ ПРАВИТЕЛЬСТВОМ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОТВЕТ НА ЗАПРОС КОМИТЕТА ООН ПО ПРАВАМ РЕБЕНКА (август 2005 г. Документ ООН (CRC/C/125/Add.5))

Контингенты детей-инвалидов в Российской Федерации (человек)

Возраст ребенка	Пол ребенка	Число детей-инвалидов					
		Всего			в том числе с впервые установленной инвалидностью		
		2002 г.	2003 г.	2004 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
0–4 года	М	40 870	41 200	43 416	14 390	14 613	15 267
	Ж	32 663	33 060	34 970	11 302	11 574	12 298
5–9 лет	М	80 535	78 433	76 016	11 036	10 146	9361
	Ж	58 620	56 683	54 820	7341	6796	6426
10–14 лет	М	137 420	127 330	118 126	14 060	12 169	10 480
	Ж	96 136	88 707	82 024	9122	8161	7038
15 лет	М	37 671	35 591	33 501	3626	3073	2743
	Ж	25 963	24 552	22 924	2449	2058	1805
16–17 лет	М	65 326	70 914	70 051	5233	5197	5143
	Ж	45 138	48 474	47 702	3324	3250	3220
Итого (0–17 лет)	М	361 822	353 468	341 110	48 345	45 198	42 994
	Ж	258 520	251 476	242 476	33 538	31 839	30 787

Численность детей-инвалидов, обучающихся в образовательных учреждениях Российской Федерации (на начало учебного года, тыс. человек)

	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
Численность детей-инвалидов, обучающихся в государственных и муниципальных дневных общеобразовательных учреждениях	125,3	137,0	142,6	141,7
Численность детей-инвалидов, обучающихся на дому по специальным программам	31,0	33,6	37,3	40,1

- для ухода за детьми-инвалидами одному из работающих родителей или лицам, их заменяющим, предоставляются четыре дополнительных дня в месяц, которые могут быть использованы одним из названных лиц либо разделены ими между собой по своему усмотрению;

- одному из родителей (опекуну или попечителю), воспитывающему ребенка-инвалида, предоставляется выдача листка по временной нетрудоспособности на весь период санаторного лечения (с учетом времени на проезд) ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет при наличии медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ребенком;

- бесплатно выдаются санаторно-курортные путевки (с учетом медицинских показаний) детям-инвалидам и лицам, их сопровождающим, органами здравоохранения по месту жительства;

- обеспечение автотранспортными средствами на тех же льготных условиях детей-инвалидов, достигших 5-летнего возраста и страдающих нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, с правом управления этими средствами взрослыми членами семьи;

- компенсация родителям детей-инвалидов расходов, связанных с эксплуатацией специальных автотранспортных средств;

- дети-инвалиды, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания, являющиеся сиротами или лишенные попечительства родителей, по достижении возраста 18 лет подлежат обеспечению жилыми помещениями вне очереди, если индивидуальная программа инвалида предусматривает возможность осуществлять самообслуживание и вести самостоятельный образ жизни;

- прием вне конкурса при условии успешной сдачи экзаменов в государственные и муниципальные образовательные учреждения среднего профессионального и высшего профессионального образования, если по заключению МСЭ обучение в данном учебном заведении ему не противопоказано;

- предоставление отсрочки от призыва на военную службу гражданам, имеющим брата (сестру) инвалида с детства, если мать (отец) воспитывает его без мужа (жены).

ствующими в обществе условиями, при которых люди исключаются из активной жизни»¹.

Вследствие перехода к социальной модели инвалидности, развития эгалитарных тенденций, изменения подходов к определению инвалидности понятие «инвалид» в России стало заменяться на понятие «человек с ограниченными возможностями».

1.2. Функции и приоритеты государственной социальной политики России в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья

Современная государственная социальная политика в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья понимается как составная часть социально-экономической политики государства. Государство на официальном уровне провозглашает стратегические и тактические цели снижения уровня инвалидности и предупреждения ее, содействуя максимально возможной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в общество, определяет пути достижения данных целей с использованием комплекса мер прямого и косвенного регулирования, включая повышение качества медико-социальной экспертизы и реабилитации лиц, имеющих инвалидность².

Целью государственной социальной политики РФ в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья официально заявлена их социальная защита, включающая социальную реабилитацию и повышение качества жизни лиц с инвалидностью, обеспечение достойного уровня пенсий, охрану и восстановление здоровья, обеспечение доступности образования, рациональное трудовое устройство, предоставление социальных услуг, созда-

¹ Шлогова Е.В. Процесс социальной реабилитации детей-инвалидов: социологический анализ: автореф. дис. ... канд. социолог. наук. М., 2001.

² См.: Проект Концепции федеральной целевой программы «Социальная поддержка инвалидов на 2006–2010 годы» (Минздравсоцразвития России).

ние условий отдыха и досуга¹. Целью реабилитации декларируется интеграция лиц с инвалидностью в общество, улучшение их материального положения, повышение уровня независимой жизнедеятельности.

Современная государственная социальная политика РФ предполагает решение следующих основных задач:

- профилактика, минимизация масштабов и уровня инвалидности;
- создание современной научно-методической базы деятельности учреждений медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов;
- создание единой информационной сети по проблемам инвалидности и инвалидов;
- развитие инфраструктуры учреждений государственных служб медико-социальной экспертизы и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- обеспечение доступной среды жизнедеятельности, включая транспорт, жилье, образование, работу и культуру, доступность информации и каналов коммуникаций для маломобильных групп населения, включая лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- развитие качественного инклюзивного образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- обеспечение профессиональной подготовки, переподготовки и трудового устройства лиц с ограниченными возможностями здоровья как одного из основных инструментов социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в общество в современных социально-экономических условиях;
- обеспечение на социально приемлемом уровне материальной поддержки лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- усиление государственной поддержки общественных организаций лиц с ограниченными возможностями здоровья.

¹ См.: Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

Приложение 3

ЛЬГОТЫ ДЕТЯМ-ИНВАЛИДАМ И СЕМЬЯМ, ИМЕЮЩИМ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

В соответствии с **Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.95 г. № 181-ФЗ** дети-инвалиды имеют право на следующие льготы:

- бесплатное получение лекарственных средств (по рецептам врачей) и средств медицинской реабилитации (по медицинским показаниям);
- бесплатно выдается прогулочная (дорожная) кресло-коляска (по заключению ВКК);
- право на дополнительную жилплощадь в виде отдельной комнаты в соответствии с перечнем заболеваний, утвержденных Правительством РФ (дополнительная жилая площадь, занимаемая инвалидом, не считается излишней и оплачивается в одинарном размере);
- право бесплатного проезда на всех видах транспорта общего пользования (кроме такси) городского и пригородного сообщения. Указанная льгота распространяется на родителей, опекунов, попечителей и соработников, осуществляющих уход за детьми-инвалидами;
- право бесплатного проезда один раз в год к месту лечения и обратно (льгота распространяется на лицо, сопровождающее ребенка-инвалида);
- 50-процентная скидка на междугородных линиях воздушного, железнодорожного, речного и автомобильного транспорта с 1 октября по 15 мая и один раз (проезд туда и обратно) в другое время года;
- 50-процентная скидка с квартирной платы (в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда) и оплаты коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, – со стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению;
- 50-процентная скидка за пользование телефоном и радио;

центры, психолого-медико-педагогические консультации (комиссии), бюро МСЭ, центры социальной реабилитации для детей-инвалидов, модельные региональные центры профессиональной ориентации, планирования карьеры и профессионального самоопределения для данной категории обучающихся.

Для реализации данного комплекса мер нужна соответствующая законодательная база и механизмы реализации, которыми могут служить: долгосрочные комплексные федеральные программы по удовлетворению жизненно важных потребностей лиц с ограниченными возможностями, инвалидов и их семей по месту жительства, консолидирующее ресурсное обеспечение процессов адаптации и интеграции указанного контингента и повсеместное внедрение оптимальной координационно-управленческой системы с соответствующими полномочиями по взаимодействию с различными органами исполнительной власти и организациями в решении данной проблемы.

Государственная социальная политика в отношении лиц с ограниченными возможностями базируется на нескольких базовых принципах:

- соблюдение принципа адресности в социальной защите лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- поддержка региональных систем социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- реализация сбалансированных мер социальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья для предотвращения, с одной стороны, их десоциализации (люмпенизации), а с другой – социального иждивенчества.

Социальную защиту лиц с ограниченными возможностями здоровья, таким образом, следует понимать как базовую функцию Российского государства по обеспечению социально-экономического положения людей с инвалидностью, соответствующего условиям, вытекающим из их неотъемлемых и общепризнанных социальных прав.

При этом государственную социальную политику в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации можно рассматривать как двухуровневую систему, включающую макроуровень и региональный уровень.

Современная государственная социальная политика на макроуровне. На этом уровне государство осуществляет следующие функции:

- принятие законодательных и нормативных правовых актов по вопросам социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья (в том числе регулирующих порядок и условия предоставления лицам с ограниченными возможностями здоровья единого федерального минимума мер социальной защиты) и контроль за их соблюдением;
- заключение международных договоров (соглашений) Российской Федерации по вопросам социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- согласование долгосрочных и текущих задач государственной социальной политики в отношении лиц с ограниченными

возможностями здоровья с приоритетами политики экономического роста, структурно-инвестиционной, кредитно-денежной и социальной;

- согласование единых для всей территории страны нормативов, разработка и реализация федеральных целевых программ в области социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья, контроль за их исполнением;

- установление общих принципов организации и осуществления медико-социальной экспертизы и реабилитации, социальной поддержки наиболее нуждающихся лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- финансовая, техническая и организационная поддержка районов с напряженной ситуацией в сфере социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья в целях создания приемлемых границ («ножниц») территориального неравенства в сфере социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- определение порядка формирования и функционирования государственных служб в области социального обслуживания и реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- согласование порядка финансирования государственной социальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья (в части средств федерального бюджета).

Современная государственная социальная политика в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья *на региональном уровне*. Органы государственной власти в регионах страны осуществляют следующие функции:

- разрабатывают и реализуют региональную социальную политику в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом социально-экономической и демографической специфики региона и основных направлений общегосударственной социальной политики;

- принимают дополнительные меры в области бюджетной, налоговой и кредитной политики в целях обеспечения органи-

Созданию единого информационного пространства по проблемам профессионального образования, комплексной реабилитации, научно-методического, материально-технического и технологического обеспечения деятельности специализированных учреждений, специализированной индустрии для лиц с ограниченными возможностями, инвалидов и их семей, развития творческих способностей инвалидов, полного социального обеспечения способствовала бы организация банка данных для комплексного методического обеспечения учебного процесса, комплексной реабилитации, социально-бытового обеспечения, профессионально-прикладной деятельности, что позволило бы учитывать особенности всех обучающихся, внедрять современные обучающие, реабилитационные и производственные технологии, методики учета и оценки эффективности результатов обучения, реабилитационных, профилактических, оздоровительных, производственных и социально-бытовых мероприятий. Этому будет также способствовать подготовка информационно-аналитических и методических материалов по профессиональному образованию инвалидов и деятельности реабилитационных (сопровождающих) служб, разработка рекомендаций по оснащению реабилитационно-образовательных (социально-оздоровительных) центров (комплексов) техническими средствами для обучающихся с различными нарушениями функций, создание эффективной системы информационного и методического обеспечения, механизма обеспечения государственных стандартов, издание периодической литературы (журнала), создание электронных сетей, проведение ежегодных всероссийских, межрегиональных семинаров, конференций по вопросам удовлетворения жизненно важных потребностей лиц с ограниченными возможностями, инвалидов и их семей по месту жительства.

Необходимо расширить возможности профессиональной подготовки на базе реабилитационных, коррекционных, санаторно-курортных, оздоровительных, социокультурных учреждений, учреждений по физической культуре и спорту, специализированных предприятий, на рабочем месте, на дому, предусмотрев для этого соответствующее нормативное, кадровое, технико-технологическое, реабилитационное, методическое и финансовое обеспечение.

Кроме того, необходимо организовать эффективную систему профессиональной ориентации детей и подростков с отклонениями в развитии, которая охватывала бы все дошкольные специализированные учреждения, все коррекционные школы и школы общего типа, центры профессиональной ориентации, психолого-педагогические, медико-социальные

Специальная составляющая содержания подготовки и повышения квалификации специалистов, участвующих в образовательном процессе инвалидов, должна включать основные сведения о реабилитации и социальной защите инвалидов, социально-экономические и физиолого-гигиенические основы трудовой деятельности, особенности учебно-познавательной и практической деятельности различных категорий инвалидов, специфику методики профессионального обучения инвалидов, технологии психолого-педагогического и медико-социального сопровождения профессионального обучения инвалидов и т.п.

Методический аспект специальной составляющей системы профессионального образования инвалидов предполагает деятельность научно-методических учреждений (подразделений), создание федеральных, межведомственных, межрегиональных, окружных, региональных научно-методических объединений, комплексов, центров, кабинетов, научно-методических советов, союзов, целью которых является научно-методическое обеспечение процесса развития профессионального образования инвалидов и функционирования единого реабилитационно-образовательного пространства.

Организация методических объединений по профилю и уровням профессионального образования, по профилю контингента обучающихся (с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, психоневрологическими заболеваниями и внутренними болезнями, умственной отсталостью) будет содействовать укреплению горизонтальных связей, выявлению неформальных лидеров, инновационного опыта, объединению усилий социальных партнеров, обобщению и распространению опыта, формированию заказов на подготовку и издание методической литературы, повышению квалификации специалистов.

Пока такие учреждения и организации в системе по удовлетворению жизненно важных потребностей лиц с ограниченными возможностями, инвалидов и их семей отсутствуют.

В рамках этого аспекта важно создание таких межрегиональных инфраструктурных элементов, как предприятия специализированной индустрии: образовательные учебно-методические комплексы, учебное книгоиздание для людей с особыми потребностями (например, для слепых), выпуск специальной учебной видео- и аудиопродукции для обучающихся с нарушением зрения, слуха, центры дистанционного образования, реабилитации, товаров народного потребления, аква- и агропродукции, продукции и изделий народной медицины и народных промыслов.

защиты и функционирования региональной системы комплексной социальной защиты лиц с ограниченными возможностями;

- разрабатывают и реализуют территориальные целевые программы содействия социальной защите и социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в местное сообщество совместно с территориальными службами социальной защиты населения, помощи семье, образовательными учреждениями и службами занятости;

- устанавливают порядок и направления финансирования региональной социальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья за счет средств региональных бюджетов и осуществляют контроль за целевым использованием выделенных средств;

- принимают региональные законодательные акты, обеспечивающие дополнительные по отношению к нормам государственного законодательства о социальной защите гарантии защиты и социальной поддержки лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- координируют деятельность органов местного самоуправления при осуществлении мероприятий социальной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья.

1.3. История вопроса детской инвалидности

В истории вопроса инвалидности детей в нашей стране можно выделить несколько этапов. До 1979 года юридически термин «ребенок-инвалид» не существовал. Социальная помощь детям-инвалидам практически не осуществлялась, статистического учета не проводилось.

Статус ребенка-инвалида был впервые введен в нашей стране (*первый этап* в истории вопроса детской инвалидности) Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 23 мая 1979 г. № 469 «Об улучшении материального обеспечения инвалидов с детства», которым устанавливалась выплата пособий на детей-инвалидов с детства в возрасте до 16 лет. Освидетельствование детей

и определение им инвалидности было возложено на органы здравоохранения. Приказом Министерства здравоохранения СССР от 14 декабря 1979 г. были утверждены перечень медицинских показаний, дающих право на получение пособия на детей-инвалидов, форма медицинского заключения на ребенка-инвалида и порядок его выдачи.

За период с 1980 по 2000 год, который можно обозначить как *второй этап* в истории вопроса детской инвалидности, в результате проведенных регистрации и статистического учета детей-инвалидов отмечено, что уровень детской инвалидности в России увеличился более чем в 12 раз: с 53 тыс. детей-инвалидов до 16 лет в 1980 году до 678 тыс. детей-инвалидов до 18 лет в 2000 году. Это обусловлено в большей степени изданием Приказа Министерства здравоохранения РФ от 4 июля 1991 г. № 117, утвердившего медицинские показания к определению категории «ребенок-инвалид».

В целях упорядочения вопросов по освидетельствованию инвалидов, контроля за проведением реабилитационных мероприятий в Российской Федерации в системе органов социальной защиты населения стали создаваться и реорганизовываться из бывших бюро врачебно-трудовой экспертизы (ВТЭК) учреждения Государственной службы медико-социальной экспертизы (МСЭ) в соответствии с Федеральным законом «О социальной защите инвалидов в РФ» от 24 ноября 1995 г. № 183-ФЗ. Организация работы учреждений государственной службы МСЭ регламентировалась «Примерным положением об учреждении государственной службы МСЭ», утвержденным Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965. На основании этого документа стали создаваться педиатрические составы и смешанные бюро МСЭ, куда наряду с врачами – специалистами по медико-социальной экспертизе: терапевтами, хирургами, неврологами – вошли и специалисты-педиатры. С организацией в стране государственной службы медико-социальной экспертизы в 1996 году функция экспертного обслуживания детского населения из учреждений здравоохранения постепенно стала передаваться в новую службу. Однако реально началом формирования педиатрической службы

Сеть учреждений, осуществляющих профессиональную подготовку инвалидов, может быть представлена моделью, включающей различные уровни профессионального образования и педагогической интеграции, типы учреждений, где эти уровни реализуются, и их ведомственную подчиненность. Уровни непрерывного профессионального образования включают до- и предпрофессиональную подготовку, ускоренную профессиональную подготовку, начальное профессиональное образование, среднее профессиональное образование, высшее профессиональное образование, дополнительное профессиональное образование.

Уровни педагогической интеграции включают:

- первый уровень – в учреждениях общего типа в общих группах – 0 полная интеграция;
- второй – в специализированных группах или отделениях при учреждениях общего типа – частичная интеграция;
- третий – в специализированных учебных заведениях (сегрегация);
- четвертый – индивидуальная подготовка.

Сеть учреждений по удовлетворению жизненно важных потребностей лиц с ограниченными возможностями, инвалидов и их семей должна быть оптимальной: плотность учреждений должна быть прямо пропорциональна потребностям инвалидов в специализированных учреждениях. Сеть учреждений должна обеспечить доступность профессионального образования, комплексной реабилитации, занятий социокультурной, спортивно-оздоровительной и производственно-прикладной деятельностью, вариативность программ, форм, уровней профессионального образования и уровней педагогической и социальной интеграции, гибкость организационных форм, непрерывность, открытость, опережающий уровень, преемственность и интеграцию образовательных, реабилитационных, социокультурных структур, структур по физической культуре и спорту, социальному обеспечению, производственно-прикладной деятельности, гарантированность, обеспечиваемую государством, адресность, предполагающую предоставление инвалидам образования в соответствии с их возможностями, потребностями, интересами, полный охват всех категорий инвалидов.

Неотъемлемым элементом реабилитационной составляющей профессионального образования инвалидов является создание специальной системы подготовки и повышения квалификации специалистов, участвующих в образовательном процессе инвалидов (педагоги, мастера производственного обучения, психологи, социальные педагоги, медицинские работники и т.д.).

лификации инвалидов, медицинское, психологическое, социальное сопровождение, содействие трудоустройству. В этих центрах организована учебно-реабилитационная среда, необходимая для профессиональной реабилитации инвалидов. В большинстве специализированных учебных заведений профессионального образования для инвалидов условия для оптимальной профессиональной подготовки, профессиональной реабилитации в соответствии с ИПР пока недостаточны.

Инвалиды с наиболее тяжелыми нарушениями и ограничениями жизнедеятельности получают профессиональную подготовку в реабилитационных центрах, центрах профессиональной реабилитации и реабилитационных отделениях (например, психоневрологических интернатах).

Система профессионального образования инвалидов в России хотя и включает практически все свойственные системе образования элементы (совокупность образовательных программ и государственных образовательных стандартов, сети образовательных учреждений, независимо от их организационно-правовых форм, типов и видов, органов управления в подведомственных им структурах), однако является незавершенной, и она характеризуется целым рядом противоречий, научно обоснованное решение которых обеспечивает ее динамичное развитие и эффективность.

В связи с этим актуальна проблема разработки концепции нормативно-методического обеспечения и трансформации учебных заведений профессионального образования для инвалидов в сфере их социального обеспечения в реабилитационно-образовательные (социально-оздоровительные) центры (комплексы) и иные объединения, которые послужили бы обоснованием для создания системы по удовлетворению жизненно важных потребностей инвалидов и лиц с ограниченными возможностями и их семей, и наметили пути ее становления и эффективного функционирования для наиболее полного удовлетворения их потребностей на местах.

Моделирование системы по удовлетворению жизненно важных потребностей лиц с ограниченными возможностями, инвалидов и их семей (далее СУЖП ЛОВИС) включает следующие основные элементы: внешние факторы, цели, концептуальные основы, функции, компоненты, иерархии уровней управления, уровней профессионального образования, уровней профессионального здоровья, уровней социальной и педагогической интеграции, условия, результат, которые составляют целостную совокупность взаимосвязанных процессов, явлений и конструктивных решений, образуя тем самым данную систему.

МСЭ в Российской Федерации можно считать 1997 год, когда были организованы первые бюро данного профиля (Нижегородская, Омская, Орловская, Саратовская и другие области).

2000 год явился рубежным и знаковым – годом рождения педиатрической службы МСЭ, началом *третьего исторического этапа* в становлении и развитии социальной помощи детям-инвалидам. Это связано с несколькими обстоятельствами. *Во-первых*, именно в этом году сформировано основное количество педиатрических бюро МСЭ и освидетельствование детского населения передано из учреждений здравоохранения в службу социальной защиты в 80% регионов (к 2002 году освидетельствование детского населения во всех 89 территориях проводилось в учреждениях социальной защиты населения). *Во-вторых*, с 2000 года изменены возраст и сроки определения категории «ребенок-инвалид» (с 1 января 2000 года категория «ребенок-инвалид» продлена с 16 до 18 лет согласно Федеральному закону РФ от 17 июля 1999 г. № 172; по Постановлению Правительства РФ от 26 октября 2000 г. № 820 сроки определения инвалидности детям изменены на один-два года и до достижения ими 18 лет), что существенно повлияло на статистические данные по учету детей-инвалидов. *В-третьих*, изменены критерии определения инвалидности детям в связи с отменой Приказа МЗ РСФСР от 12 мая 2000 г. № 117. Определение инвалидности детям стало осуществляться согласно Классификациям и временным критериям, утвержденным Постановлением МТ и СР РФ и МЗ РФ 1/30.

Принципиальное и существенное изменение законодательной базы по определению инвалидности детей, формирование новой педиатрической службы потребовало и организации подготовки кадров педиатров, неврологов, хирургов для бюро МСЭ. С этой целью в Санкт-Петербургском институте усовершенствования врачей-экспертов в 2000 году создан курс МСЭ и реабилитации детей-инвалидов для осуществления первичной подготовки и усовершенствования врачей – специалистов по МСЭ и реабилитации, работающих в системе социальной защиты населения и осуществляющих освидетельствование детского населения.

На вновь созданную педиатрическую службу МСЭ были возложены задачи не только по проведению клинико-экспертной диагностики, но и по разработке комплекса реабилитационных мероприятий, направленных на интеграцию детей-инвалидов в общество, содействие и контроль за его реализацией, то есть функции социальной медицины.

Педиатрическая служба МСЭ стала важной и неотъемлемой составной частью государственной службы медико-социальной экспертизы. С момента ее создания наметилась тенденция к улучшению качества экспертного обслуживания детского населения, возросла роль и значимость медико-социальной экспертизы в решении вопросов социальной защищенности детей-инвалидов:

- медико-социальная экспертиза детского населения стала проводиться специально предназначенными для этих целей учреждениями и специалистами; возросли требования к полноте и качеству обследования детей, направляемых на освидетельствование в бюро МСЭ, к качеству принятия и обоснования экспертных решений;

- произошел переход от медицинской (клинической) экспертизы к медико-социальной, комплексно, разносторонне и в равной мере использующей как клинические, так и социальные критерии в оценке последствий болезни ребенка;

- повысилась значимость реабилитационного направления в технологии производства медико-социальной экспертизы, передача ее из учреждений здравоохранения позволила обеспечить комплексный подход в решении вопросов медико-социальной реабилитации детей-инвалидов (в определении потребностей детей-инвалидов в мерах медицинской, психолого-педагогической, профессиональной и социальной реабилитации, в разработке индивидуальных программ реабилитации – ИПР и др.);

- в системе социальной защиты и социального обслуживания детей-инвалидов появилось важное звено, определяющее право ребенка-инвалида на социальную защиту, включая реабилитацию, обеспечивающее преемственность и последовательность в предоставлении социальных и реабилитационных услуг учреждения-

реабилитации инвалида. Однако на практике ИПР разрабатывается пока еще для незначительной части инвалидов.

В соответствии с положениями ч. 5, 6 ст.19 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специализированные профессиональные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа. Однако даже в специализированных учебных заведениях условия, необходимые для эффективного профессионального обучения, полноценной профессиональной реабилитации, соответствующие особенностям различных контингентов инвалидов, создаются пока далеко не везде.

Необходимо решить вопрос о реорганизации данного типа учреждений в реабилитационно-образовательные с регламентацией многих вопросов, касающихся как образовательной, так и реабилитационной составляющей их деятельности.

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации в лице Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию располагает сетью специализированных учебных заведений для инвалидов, основными задачами которых являются: обучение и переобучение инвалидов доступным по состоянию здоровья профессиям и специальностям. Эта сеть неравномерна на территории страны: наиболее плотно расположены учреждения профессионального образования инвалидов (ПОИ) в Центре и на Северо-Западе, чуть реже на Урале и в прилегающих регионах Сибири, в Восточной Сибири и на Дальнем Востоке эти учреждения практически отсутствуют.

В системе социальной защиты населения действует 45 учебных заведений, в том числе 34 учебных заведения, осуществляющих начальное профессиональное образование регионального подчинения, 11 техникумов-интернатов, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, и целый ряд центров профессиональной реабилитации, находящихся в ведении других ведомств.

В настоящее время специализированные учебные заведения профессионального образования для инвалидов реорганизуются в центры профессиональной реабилитации. Подобные центры уже действуют в Санкт-Петербурге и Новокузнецке, они были созданы совместно с немецкими коллегами. В них реализуется комплексная система профессиональной реабилитации, включая подготовку, переподготовку и повышение ква-

– дети-инвалиды и молодые инвалиды с детства, вступающие в возраст приобретения профессии;

– взрослые инвалиды, которые из-за состояния здоровья вынуждены сменить профессию, переквалифицироваться;

– безработные инвалиды; инвалиды, стремящиеся к повышению квалификации или перемене вида деятельности.

Анализ потребности инвалидов в профессиональном образовании выявил высокий процент выдачи рекомендаций по профессиональной подготовке и переподготовке на производстве (в среднем по России – 36%, а в Уральском федеральном округе – 67%), что не вполне совпадает с пожеланиями инвалидов, многие из которых хотели бы получить более высокий уровень профессионального образования. Относительно высок процент рекомендаций на обучение в учебных заведениях профессионального образования общего типа (более 20%), что требует создания в них необходимых условий для интегрированного обучения инвалидов. Выявлены высокие потребности инвалидов старших возрастных групп в переобучении и переквалификации.

Реализация конституционного права на образование для инвалидов сопряжена с целым комплексом обязательных мероприятий: признанием лица инвалидом, определением реабилитационного потенциала и трудового прогноза, разработкой индивидуальной программы реабилитации (ИПР), выдачей рекомендаций на профессиональное обучение и трудоустройство по показаниям профессиям, которые определяются Постановлением Правительства РФ от 13.08.1996 № 965 «О порядке признания граждан инвалидами», Приказом Минздрава России № 30, постановлением Минтруда России № 1 от 29.01.1997 «Об утверждении классификаций и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы», Постановлением Минтруда России от 14.12.1996 г. № 14 «Об утверждении примерного положения об индивидуальной программе реабилитации инвалидов», Приказом Минздравсоцразвития России от 29.11.2004 № 287 «Об утверждении формы индивидуальной программы реабилитации инвалидов, выдаваемой федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы».

Нормами статьи 19 Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» государством обеспечивается инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой

ми разной ведомственной подчиненности в соответствии с ИПР, контроль за ее исполнением и оценку эффективности.

За время существования педиатрической службы МСЭ достигнуты следующие результаты:

1) приостановился рост абсолютного числа детей-инвалидов и отмечено сокращение их количества за счет перехода на другие критерии определения инвалидности детям;

2) несмотря на это, удельный вес детей-инвалидов в структуре детской популяции увеличился за это же время с 1,7 до 2,2% на фоне значительного сокращения детского населения страны, что отражает ухудшение состояния здоровья детей в целом;

3) практически все педиатры службы МСЭ прошли повышение квалификации по вопросам медико-социальной экспертизы и реабилитации детей-инвалидов;

4) педиатры службы медико-социальной экспертизы не только полностью освоили экспертные вопросы, но выполняют в регионах важные аспекты социальной медицины: динамическое наблюдение за детьми-инвалидами, разработку индивидуальной программы реабилитации и ежегодное обследование детей с оценкой эффективности реабилитационных мероприятий;

5) в результате проведения организационно-методической работы, на которую еженедельно в учреждениях МСЭ отводится один день, налажено тесное взаимодействие и сотрудничество с учреждениями здравоохранения по экспертным и реабилитационным вопросам;

6) медико-социальная экспертиза максимально приближена к детскому населению за счет создания первичных бюро МСЭ в районах и организации выездных заседаний в больницах, детских домах и других интернатных учреждениях, а также выездных заседаний в отдаленные населенные пункты.

В 2005 году продолжено реформирование государственной службы МСЭ. Внесены значительные изменения в Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (редакция от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ), принято Постановление Правительства РФ от

16 декабря 2004 г. № 805, согласно которым, в частности, изменена структура построения государственной службы МСЭ. С 1 января 2005 года создана вертикальная структура подчинения федеральных государственных учреждений МСЭ, подведомственных уполномоченному органу – Федеральному агентству по здравоохранению и социальному развитию. Разработана трехуровневая система бюро МСЭ: первичные бюро МСЭ на местах, Главное бюро МСЭ в регионе, Федеральное бюро МСЭ в Москве (на базе Федерального Центра экспертизы и реабилитации инвалидов), что определяет и соответствующий порядок обжалований при несогласии пациентов с решением, вынесенным первичным бюро МСЭ.

С 1 января 2005 года также вступила в силу утвержденная Приложением к Приказу Минздравсоцразвития России от 29 ноября 2004 г. форма индивидуальной программы реабилитации инвалида, выдаваемая федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы, где отражены программы медицинской, профессиональной, социальной и психолого-педагогической реабилитации; указываются сроки проведения, исполнитель, отметка о выполнении. С 2005 года учреждениям МСЭ вменено в обязанность обязательное заполнение индивидуальной программы реабилитации.

22 августа 2005 года Приказом Минздравсоцразвития РФ от 22 августа 2005 г. № 535 утверждены классификации и критерии, используемые при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы. Согласно этим критериям изменена характеристика основных видов нарушений функций организма. К основным видам нарушений функций организма человека относятся нарушения:

- психических функций (восприятия, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- языковых и речевых функций с нарушениями устной и письменной речи;
- сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);

Приложение 2

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

СПРАВКА О СОСТОЯНИИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ПЕРСПЕКТИВЫ ЕГО РАЗВИТИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С усилением демократических и интеграционных процессов в нашей стране повышается внимание к проблемам социально незащищенных групп населения, в том числе инвалидов. В настоящее время в стране отмечается неуклонная тенденция к росту числа инвалидов всех категорий (за 1997–1999 гг. – на 13,2%), в том числе детей-инвалидов (в последние четыре года среднегодовой прирост составил +6,65%). Общее число инвалидов на 1 января 2004 г. – 10 720 897 человек. Наряду с этой тенденцией отмечается «омоложение» и утяжеление инвалидности: уменьшается доля инвалидов третьей группы и увеличивается доля инвалидов второй группы. Это не может не отразиться на показателе трудовой активности данной категории населения, учитывая, что трудоустроено всего около 15% инвалидов, а выражают желание работать 55%. Неуклонный рост числа инвалидов и их низкая занятость требуют решения проблемы их профессионального образования как средства повышения конкурентоспособности на рынке труда и интеграции в общество.

Назрела необходимость разработки единых подходов, концепции системы профессионального образования инвалидов, учитывающей потребности инвалидов различных категорий в профессиональном образовании, требования производства и общества, перспективы развития систем реабилитации и образования.

На основании проведенных исследований можно выделить следующие группы инвалидов, нуждающихся в профессиональном образовании:

Предполагается разработка информационно-методической документации для комплексного сопровождения инвалида на разных этапах его развития для семьи, а также учреждений здравоохранения (при рождении, при поступлении в лечебно-реабилитационные учреждения, специальные дошкольные учреждения, школу), проведение общественно-просветительской работы в целях пропаганды возможности полноценной жизни инвалидов в обществе.

Далее необходимо проведение следующих мероприятий:

– Разработка программы по изменению статуса интернатной системы, создания пансионатной системы в зависимости от нозологии заболевания, их организационной и штатной структуры.

– Приведение организационной и штатной структур, уровня подготовленности и условий труда персонала специализированных пансионатов, предназначенных для инвалидов с детства, самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, в соответствие с задачами, стоящими перед службой реабилитации.

– Введение в пансионатах должностей специалистов по медицинской реабилитации и нейрореабилитации, педагогов, психологов, специалистов по кинезотерапии, физиотерапии, ЛФК и массажу, увеличение количества среднего медицинского персонала, а также оснащение необходимым медицинским оборудованием и аппаратурой.

– статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);

– функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции и иммунитета;

– обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, аномальные отверстия пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов, нарушение размеров тела).

Согласно Приказу № 535 выделяют четыре степени стойких нарушений функций организма (незначительные нарушения, умеренно выраженные, выраженные, значительно выраженные) и семь категорий ограничений жизнедеятельности (ОЖД) трех степеней выраженности. К основным категориям жизнедеятельности человека относятся: способность к самообслуживанию, к самостоятельному передвижению, к ориентации, к общению, к обучению, к трудовой деятельности, способность контролировать свое поведение. Категория «ребенок-инвалид» определяется при наличии ограничений жизнедеятельности любой категории и любой из трех степеней выраженности (которые оцениваются в соответствии с возрастной нормой), вызывающих необходимость социальной защиты.

С 11 января 2006 года вступило в силу Распоряжение Правительства РФ от 30 декабря 2005 г. № 2347-р, утвердившее Федеральный перечень реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду бесплатно, включая мероприятия по восстановительной терапии и реконструктивной хирургии, санаторно-курортному лечению, протезированию, ортезированию, предоставлению слуховых аппаратов, обеспечению техническими средствами реабилитации (опорные трости, костыли, кресла-коляски и др.)

Таким образом, изменение регламентирующих определение инвалидности документов расширяет показания к определению инвалидности за счет указанных дополнительных видов нарушения функций организма: речевых нарушений и нарушений, обус-

ловленных физическим уродством. Это расширяет показания к определению категории «ребенок-инвалид» и в будущем приведет к росту числа детей-инвалидов.

Проведение медико-социальной экспертизы не заканчивает, а только начинает работу с больным ребенком: разрабатывается индивидуальная программа реабилитации, по которой осуществляется комплексная реабилитация ребенка-инвалида. Начавшийся в 2005 году *четвертый этап* в развитии социальной помощи детям направлен именно на решение вопросов реабилитации, его по праву можно назвать *реабилитационным этапом*, так как именно проведению реабилитационной работы посвящены усилия многих специалистов.

1.4. Общие виды отклоняющегося развития детей-инвалидов и их категории

Численность детей-инвалидов в России увеличивается стремительными темпами. Если в 1980 году их число составляло 16,5 человек на 10 000 тыс. детей, то в 2002 году – уже 210,3¹. В 2002 году в органах социальной защиты состояли на учете 642 тыс. детей-инвалидов в возрасте до 18 лет², что составило 2% общей численности детей и подростков в целом по стране.

Исследование возрастного состава детей-инвалидов показывает, что самой многочисленной является возрастная группа 10–14 лет (47%); на втором месте – дети 5–9 лет (29%); на третьем – дети в возрасте 0–4 года (14%). Дети-инвалиды в возрасте от 15 до 18 лет составляют 10%³. Увеличение численности детей-инвалидов в возрасте до 14 лет происходит по мере выявления у них заболеваний, приводящих к ограничению возможностей.

¹ См.: Российский статистический ежегодник: стат. сб. / Госкомстат России. М., 2003.

² Там же.

³ См.: Государственный доклад «О положении детей в Российской Федерации. 2000 год». Министерство труда и социального развития РФ. М., 2000.

полнительного образования специалистов. Она предусматривает оперативное пополнение и обновление знаний слушателей, а также периодическое обучение в специальных учебных заведениях.

Целью цикла общего усовершенствования являются освоение современных теоретических знаний по реабилитологии в смежных дисциплинах, овладение современными технологиями и методами реабилитации (абилитации) лиц с ограниченными возможностями здоровья применительно к настоящей и будущей должности в реабилитационном центре, отделении восстановительного лечения и в других подразделениях (учреждениях). Постдипломное обучение осуществляется в соответствии с государственными стандартами.

Задача циклов тематического усовершенствования – освоение слушателями теоретических знаний и практических навыков по одному конкретному курсу или нескольким разделам из различных курсов программы в соответствии с характером работы и занимаемой должности слушателя.

После окончания циклов общего и тематического усовершенствования слушатели получают документ государственного образца.

В целях подготовки специалистов среднего медицинского звена по вопросам реабилитации инвалидов с детства необходимо включить вопросы реабилитологии (изучение методов и средств реабилитации инвалидов и инвалидов с детства от рождения) в учебные программы средних медицинских учебных заведений и в учебные программы кафедр повышения квалификации средних медицинских работников. Следует развивать работу по стажировке и обучению специалистов за рубежом на принципах обмена. Необходимо включать в учебные программы педиатрических и лечебных факультетов, кафедр повышения квалификации врачей-педиатров и неврологов, а также средних медицинских работников необходимые дополнения и изменения по вопросам реабилитологии.

VIII. Повышение информированности общества в вопросах инвалидности и реабилитации

Решение всех перечисленных проблем предполагается обеспечить в расширенном диапазоне (вплоть до вхождения в государственные теле- и радиокomпании) с разработкой предложений о создании специальных передач, посвященных проблемам инвалидов с детства независимо от возраста. В целях кардинального изменения отношения к этим проблемам общества в целом.

них условиях, что позволяет реализовать основные принципы реабилитации – перенос центра тяжести реабилитационного процесса в семью. Положительным аспектом деятельности дневного стационара является привлечение родителей к процессу реабилитации и их обучение возможным методикам, чтобы затем полученные знания постоянно отрабатывались в домашних условиях. Таким образом, с помощью дневного стационара решается одна из основных задач реабилитации инвалидов – обеспечение активной реабилитации в семье инвалидов с детства от рождения.

Перспективным направлением развития реабилитационной помощи является организация на базе дневного стационара центров для ранней диагностики отклонений развития у детей в целях профилактики инвалидности.

Школы адаптивной физической культуры

Школы адаптивной физической культуры – одно из звеньев службы реабилитации.

Основными их задачами являются оздоровительно-развивающие, коррекционные, компенсаторные и профилактические занятия по отношению как к основному дефекту, так и к сопутствующему заболеванию, а также по отношению к вторичным нарушениям, обусловленным основным дефектом.

VII. Система подготовки и усовершенствования кадров в области реабилитации

Вопросы кадровой политики должны решаться с учетом задач, определенных данной Концепцией, подготовкой и переподготовкой высшего медицинского, среднего медицинского персонала, психологов и педагогов, работающих в реабилитационных учреждениях.

При осуществлении базовой подготовки специалистов по реабилитации целесообразно учитывать необходимость глубоких разносторонних междисциплинарных знаний, сочетающихся со знаниями в области смежных специальностей. В связи с введением специальности «Восстановительное лечение» необходимо введение специальности «Детский реабилитолог».

Основу реабилитологии составляют новые и новейшие технологии реабилитации, которыми должны владеть все специалисты, работающие с инвалидами с детства от рождения без ограничения возраста.

Послевузовское обучение специалистов в области реабилитологии должно осуществляться на основе единой государственной системы до-

Международная классификация последствий болезни включает понятия: «нарушение», «ограничение жизнедеятельности», «социальная недостаточность».

Нарушения – это расстройства на уровне органа, любая потеря или аномалия физиологической, психологической или анатомической функции или структуры. К ним относятся умственные, психологические, языковые, речевые, слуховые, вестибулярные, зрительные, висцеральные, метаболические сдвиги, расстройства питания, двигательные дисфункции, уродующие нарушения.

Ограничения жизнедеятельности – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, обучаться и заниматься трудовой деятельностью. Итогом названных состояний является *социальная недостаточность*.

Некоторые формы наследственной патологии, родовые травмы могут явиться причиной того, что ребенок раннего возраста, еще не прошедший важнейших этапов социализации, оказывается инвалидом. В дефектологии подробно изучена специфика сенсорных, речевых, интеллектуальных и двигательных нарушений, свойственных детям с аномалиями. Конкретный дефект (потеря зрения или слуха при аномалиях соответствующих анализаторов, моторные нарушения при детском церебральном параличе и др.) накладывает специфический отпечаток на формирование познавательных процессов личности ребенка.

Однако не все аномальные дети могут быть отнесены к инвалидам. Часть детей с сенсорными дефектами при помощи специфических средств коррекции (слуховые аппараты для слабослышащих, очки и линзы для слабовидящих) способны в определенной мере преодолевать ограничения, связанные с дефектом. В результате коррекционно-воспитательной работы они достигают почти полной социальной адаптации и способны к общественному и профессиональному самоопределению. Аномальные дети с легкой интеллектуальной недостаточностью также в пределах своих возможностей достигают приемлемого уровня социальной адаптации и не могут быть оценены как дети-инвалиды. В то же время среди

детей-инвалидов немало тех, кого не следует относить к категории аномальных детей, то есть физические дефекты в ряде случаев не приводят к аномальному развитию. Это касается прежде всего детей, которые в результате травм и заболеваний оказываются ограниченными в движениях, но сохраняют свойственный их возрасту нормальный уровень психического развития.

Специфика детской инвалидности состоит в том, что ограничение жизнедеятельности в этом случае возникает в период формирования высших психических функций, усвоения знаний и умений, становления личности. Детская инвалидность представляет собой большую проблему по той причине, что она накладывает ограничения не только на проявления личности, но и на ее формирование.

Дети-инвалиды лишены доступных здоровым сверстникам каналов получения информации: скованные в передвижении и использовании сенсорных каналов восприятия, они не могут овладеть всем многообразием человеческого опыта. Они также часто испытывают затруднения в предметно-практической деятельности, ограничены в проявлениях игровой деятельности, что негативно сказывается на формировании высших психических функций.

Особого внимания требует эмоциональное развитие детей-инвалидов. Отрицательные эмоциональные переживания, хроническая неудовлетворенность и т.п. могут привести к патологическим изменениям характера, искажениям в формировании личности. Поэтому необходимо в доброжелательной и поощрительной манере формировать у них адекватную самооценку и уровень притязаний, стремление к развитию тех способностей и склонностей, которые могут способствовать максимальной самореализации.

Принято выделять несколько основных групп категорий детей с ограниченными возможностями.

Умственно отсталые дети – одна из самых многочисленных категорий детей, отклоняющихся в своем развитии от нормы. Они составляют около 2,5% общей детской популяции.

Минздрава Российской Федерации (приказ № 229 от 03.06.2003) «Об единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»).

В структуре учреждений, осуществляющих медико-социальную и психологическую реабилитацию детей-инвалидов на региональном и местном уровнях, должны быть предусмотрены:

- патронажная служба;
- школа для родителей;
- дневной стационар;
- реабилитационные центры, отделения, кабинеты;
- школы адаптивной физической культуры;
- попечительские (общественные) советы родителей детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста при стационарных учреждениях различной ведомственной подчиненности.

Патронажная служба

Патронажные работники (врачи, сестры, социальные работники), прошедшие специальную подготовку, осуществляющие помощь детям в своем районе (области) на всех этапах.

Патронажная служба также должна быть организована при реабилитационных центрах, задачей которых является проведение минимальных диагностических и реабилитационных мероприятий в домашних условиях.

Школа для родителей

Для семей детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста при центрах и в соответствующих лечебно-профилактических учреждениях организуются школы для родителей, целью которых является обучение семей навыкам реабилитационной помощи в домашних условиях.

Врачи и методисты школ проводят занятия по обучающей программе с детьми и их родителями в зависимости от возраста инвалида.

Дневной стационар

Дневной стационар является одним из основных звеньев службы комплексной реабилитации. Помимо экономической целесообразности деятельности дневного стационара реабилитационного профиля (уменьшение финансовых затрат на основные виды деятельности: медицинскую, психолого-педагогическую и хозяйственную), данная структура решает целый ряд медико-социальных вопросов. Дневной стационар является связующим звеном между реабилитацией больного в стационаре и в домаш-

Главные принципы работы Центров (как федерального, так и регионального уровней) – этапность, преемственность, работа не только с детьми-инвалидами и инвалидами с детства независимо от возраста, но и с их семьями.

Работа в Центрах комплексной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства проводится независимо от возраста, включая речевую терапию, сенсорную стимуляцию.

Медико-социальная и психолого-педагогическая деятельность центров реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства включает следующие виды деятельности:

- диагностику и коррекцию речевых расстройств во всем многообразии их проявлений с учетом возрастных особенностей;
- изучение нарушения высших корковых функций с акцентом на исследовании гнозиса, праксиса и мнестической деятельности, а также определение соответствующих путей коррекции указанных расстройств;
- исследование особенностей мотивационной сферы в психологическом статусе инвалида и ее отклонений;
- изучение вариантов девиантного поведения инвалидов с проведением дифференциальной диагностики;
- углубленное изучение процессов умственного развития, задержек развития с учетом возрастных особенностей;
- разработку комплексных коррекционных мер с использованием игротерапии, эстетотерапии, трудотерапии, адаптивной физической культуры и т.п. с вариантами, пригодными для использования в домашних условиях, на основе анализа данных о нейропсихологических, личностных, характерологических, поведенческих и других особенностей инвалидов с детства независимо от возраста;
- разработка образовательных профессиональных программ.

Региональные (межрегиональные) организационно-методические центры по проблемам медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста

Задачей работы организационно-методических центров является организация, методическое руководство и контроль за проведением реабилитационного процесса, методическое обеспечение деятельности учреждений, оказывающих медико-социальную и психолого-педагогическую помощь детям-инвалидам и инвалидам с детства независимо от возраста в соответствии с номенклатурой учреждений здравоохранения

Понятие «умственно отсталый ребенок» включает весьма разнообразную массу детей, которых объединяет наличие повреждения коры головного мозга. Умственная отсталость понимается как тотальное недоразвитие, при котором страдает не только познавательная деятельность, но и психика в целом. При этом нарушаются преимущественно мышление и речь, память и внимание, эмоциональная сфера и моторика при относительной сохранности элементарных функций и инстинктов.

Г.Е. Сухарева определила основные клинические проявления олигофрении: преобладание интеллектуального дефекта и отсутствие прогрессиентности состояния. Чем в более ранние сроки ребенка постигло заболевание, тем тяжелее оказываются его последствия.

Преобладающее большинство умственно отсталых детей составляют те, у которых умственная отсталость возникла вследствие различных органических поражений главным образом наиболее сложно и поздно формирующихся мозговых систем, в период до развития речи (до 2–3 лет). Это так называемые дети-олигофрены.

Дети-олигофрены характеризуются стойкими нарушениями познавательной деятельности, отчетливо обнаруживающимися в снижении активности познавательных процессов. Причем имеет место не только отставание от нормы, но и глубокое своеобразие личностных проявлений и всей познавательной сферы. Существенную роль в познании ребенком окружающего мира играют его ощущения и восприятие. Они создают конкретную базу для знакомства с тем, что находится вокруг него, для формирования мышления, являются необходимыми предпосылками практической деятельности. У умственно отсталых детей чаще, чем у нормально развивающихся, имеют место нарушения ощущений различной модальности и, соответственно, восприятия объектов и ситуаций.

Для умственно отсталых учеников характерна узость зрительного восприятия, которая уменьшает их возможности ознакомления с окружающим миром, а также отрицательно влияет

на овладение чтением. Нарушения пространственной ориентировки – один из ярко выраженных дефектов, встречающихся при умственной отсталости.

Многие исследователи отмечают недостаточность внимания, особенно произвольного, у умственно отсталых детей. Для них свойственно пассивное непроизвольное внимание, сопровождающееся чрезмерной отвлекаемостью. Причем у одних детей через 10–15 минут работы наблюдается двигательное беспокойство, подвижность. Другие становятся вялыми и пассивными. Обучение умственно отсталых детей в основном опирается на процессы памяти, которые обеспечивают им приобретение новых сведений, дают возможность овладевать различными областями знаний. Процессы памяти умственно отсталых детей характеризуются многими особенностями. Объем запоминаемого материала существенно меньше, чем у их нормально развивающихся сверстников.

Точность и прочность запоминания учащимися словесного и наглядного материала низкая. Воспроизводя его, они многое пропускают, переставляют местами элементы, составляющие единое целое, нарушая их логику, часто повторяются, привносят новые элементы, основываясь на различных, чаще всего случайных ассоциациях.

Умственная отсталость, возникшая в более позднем возрасте, встречается относительно редко. Она входит в ряд понятий, среди которых определенное место занимает деменция (слабоумие).

При *деменции* нарушение мозга возникает после довольно нормально протекавшего развития ребенка (5–7 лет и более). Деменция может являться следствием органических заболеваний мозга или травм. Как правило, интеллектуальный дефект при деменции имеет необратимый характер. При этом отмечается прогрессирующее заболевание.

В основе возникновения умственной отсталости лежит множество разнообразных причин. Как утверждает Г.Н. Багаева, к причинам умственной отсталости, обусловленной повреждением плода, относятся хронические заболевания матери, тяже-

прогнозировать инвалидизацию и осуществлять профилактические и реабилитационные мероприятия.

7. Проведение популяционных исследований в целях изучения региональных особенностей структуры и распространенности заболеваний, приводящих к инвалидизации.

8. Разработка комплексных программ медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста с учетом сопутствующей соматической патологии.

9. Разработка медико-социальных стандартов объективной оценки способности инвалидов с детства независимо от возраста к самообслуживанию как показателю качества жизни.

VI. Структура службы медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста в Российской Федерации

Концепция совершенствования комплексной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства предусматривает следующую структуру:

- базовые федеральные центры комплексной реабилитации системы здравоохранения в федеральных административных округах для детей-инвалидов и инвалидов с детства от рождения, в том числе самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, с отделениями для постоянного проживания; региональные (межрегиональные) организационно-методические реабилитационные центры;
- отделения реабилитации для детей-инвалидов и инвалидов с детства, самостоятельно передвигающихся и себя обслуживающих, в многопрофильных больницах;
- центры восстановительной медицины и реабилитации в регионах;
- специализированные пансионаты в федеральных округах для самостоятельно не передвигающихся и себя не обслуживающих, инвалидов с детства независимо от возраста, предназначенные для постоянного их проживания, проведения их комплексной реабилитации;
- санаторно-курортные учреждения.

Федеральный и региональные реабилитационные центры

В структуру центров федеральных округов входят: поликлиника, дневной стационар, профильный стационар, параклинические отделения, кабинеты психолого-педагогической коррекции и другие подразделения.

V. Научные исследования в области реабилитологии

Основной задачей научных исследований в области реабилитологии является разработка и внедрение современных технологий реабилитационной помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства и новых форм управления ею.

В целях реализации указанной задачи необходимы проведение специальных научных исследований и разработка целевых научных программ по реабилитологии с концентрацией научно-технического потенциала и ресурсов на приоритетных направлениях.

Федеральным реабилитационным учреждениям, образовательным медицинским учреждениям высшего и дополнительного образования Минздрава России, НИИ Минздрава России и РАМН, Российской академии наук, Российской академии медицинских наук, Российскому государственному медицинскому университету, Российской академии образования, Центру нейрореабилитации Минздрава Российской Федерации с привлечением всех отделений осуществлять формирование и проведение фундаментальных исследований в области реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства.

Для выполнения разработок теоретического и практического характера необходимо привлекать все возможные источники финансирования, в том числе внебюджетные средства.

Приоритетными научными направлениями, решение которых должно дать практические результаты, являются:

1. Разработка и совершенствование системы управления учреждениями службы комплексной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста.
2. Осуществление исследований в области медико-социальной экспертизы и ее совершенствования.
3. Разработка методов ранней диагностики и комплексной поэтапной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста с учетом сопутствующей соматической патологии.
4. Разработка и оценка реабилитационных программ для детей-инвалидов и для инвалидов с детства независимо от возраста в сравнении с показателями качества жизни здорового населения того же возраста.

5. Определение критериев интеграции в массовую школу детей с нарушениями здоровья.

6. Проведение исследований по определению степени инвалидирующих последствий отдельных болезней, что позволит более точно

лые токсикозы беременности, внутриутробные инфекции плода, разнообразные интоксикации, вызванные алкоголем, промышленными химическими веществами, лекарственными препаратами¹.

К причинам умственной отсталости, обусловленной повреждением плода во время родов и в самые ранние сроки жизни ребенка, относятся асфиксии, родовые травмы, нейроинфекции, тяжелые дистрофические заболевания, черепно-мозговые травмы, интоксикации, перенесенные ребенком в первые два года жизни.

Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата (ОДА) составляют около 10% всех детей-инвалидов. Среди всех нарушений, связанных с нарушением ОДА, самым распространенным является детский церебральный паралич (ДЦП).

Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание головного мозга, проявляющееся в различных психомоторных нарушениях при ведущем двигательном дефекте. Для выявления возможностей психического развития детей, страдающих ДЦП, большое значение имеет оценка условия развития их сенсорных функций, ориентировочно-познавательных реакций, эмоционального и звукового общения с окружающими.

Нарушение сенсорного восприятия приводит к невозможности установления с детьми эмоционального контакта, что, в свою очередь, тормозит появление первых положительных эмоций. Так, улыбка у детей с ДЦП возникает лишь к 3–6 месяцам. Для детей с ДЦП в возрасте от 5 месяцев до 1 года характерно неравномерное развитие отдельных психических функций: восприятия, зрительно-моторной координации, ориентировочно-познавательных реакций, эмоционального и звукового общения с окружающими.

По мнению дефектологов В.А. Лапшина, П.П. Пузанова², наиболее характерными нарушениями зрительного восприятия

¹ См.: Багаева Г.Н. Дети с физическими недостатками в домах-интернатах: психологический аспект реабилитации // Методико-социальная экспертиза и реабилитация. 1998. № 2. С. 33–38.

² См.: Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1990.

являются следующие: косоглазие, нистагм, сужение поля зрения (как вверх-вниз, так и влево-вправо), влияние патологических тонических рефлексов на мышцы глаз, трудности фиксации взора на интересующем объекте.

У подавляющего большинства детей ярко выражена недостаточность в развитии рук: они не могут дотянуться до игрушки и схватить ее из-за плотно сжатых кулаков. При попытках захватить игрушку отмечаются тремор рук и промахи. Ребенок не тянется к игрушке, удаленной от него на 25–30 см, а только к находящейся непосредственно перед глазами.

По мнению исследователей, частыми у детей с ДЦП являются расстройства речи, особенно ее звукопроизводительной стороны, что тесно связано с поражением общей и речевой моторики. Нарушения звукопроизношения проявляются в виде пропусков, искажений и замен звуков, различных нарушений голоса. При спастичности мышцы языка и губ напряжены, движения их резко ограничены. Нарушения дыхания также увеличивают трудности в звукообразовании. Кроме того, при церебральном параличе ребенок может слабо или даже неправильно ощущать положение языка и губ, что значительно затрудняет развитие правильного звукопроизношения¹.

Средства общения детей с окружающими людьми крайне ограничены: маломодулированный крик или выразительные движения глаз. В большинстве случаев в процессе общения проявляются следующие особенности психической деятельности детей, страдающих ДЦП: низкий эмоциональный фон, высокая истощаемость, неустойчивость внимания.

Вместе с тем встречается и другая категория детей. Эти дети различают интонации голоса, реагируют на свое имя, выполняют простые речевые инструкции, знают названия некоторых игрушек. Несмотря на двигательную недостаточность, они активны, заинтересованы в общении с человеком, криком привлекают к себе внимание взрослого, бурно выражают эмоциональные переживания. У детей с ДЦП крайне затруднена связь с окружающим

¹ См.: *Мастюкова Е.М.* Лечебная педагогика. М., 1997.

3. Дальнейшее развитие и оснащение специализированных центров, пансионатов необходимым оборудованием, предназначенным для осуществления медико-социальной и психологической реабилитации инвалидов с детства, и обеспечение этих учреждений медицинскими кадрами, владеющими методами комплексной реабилитации.

Обеспечение возможности постоянного общественного контроля исполнения действующего законодательства, постановлений Правительства Российской Федерации, приказов Министерства здравоохранения Российской Федерации, регламентирующих обеспечение жизнедеятельности детей-инвалидов и инвалидов с детства.

4. Унификация статистических форм учета и отчетности по организациям, работающим с детьми-инвалидами и инвалидами с детства.

5. Обеспечение доступной (безбарьерной) среды жизнедеятельности (жизнеобитания для детей и инвалидов с детства независимо от возраста) в учреждениях здравоохранения.

6. Обеспечение необходимого уровня информированности населения по вопросам инвалидности детей и инвалидов с детства и необходимости проведения их медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации.

IV. Механизмы реализации Концепции совершенствования медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста

Механизмы реализации Концепции предусматривают:

1. Разработку единой научной методической основы медико-социальной и психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста.

2. Содействие межведомственным координационным советам при администрациях субъектов Российской Федерации в реализации программ комплексной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства.

3. Обеспечение межведомственного взаимодействия и контроля за реализацией современных реабилитационных технологий.

4. Взаимодействие с общественными организациями родителей детей-инвалидов и инвалидов с детства и с благотворительными фондами.

5. Обеспечение информированности населения по вопросам инвалидности и реабилитации с привлечением средств массовой информации.

дении Классификации и временных критериев, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы», основанный на «Международной классификации нарушений, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности» (МКН), уже не отвечает современным положениям нового документа Всемирной организации здравоохранения – «Международной классификации функционирования ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ).

Следует также отметить, что в Федеральном Законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ нет четкого определения медико-социальной экспертизы детей-инвалидов и инвалидов с детства, а также статей, касающихся как комплексной реабилитации, так и организации жизнедеятельности инвалидов с детства.

III. Цель и задачи Концепции совершенствования медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства в Российской Федерации

Целью Концепции совершенствования медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства в Российской Федерации является создание единой системы комплексной реабилитационной помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства, основанной на внутри- и межведомственном взаимодействии с учетом принципов этапности и преемственности.

Основными задачами Концепции комплексной реабилитации детей-инвалидов с детства являются:

1. Обеспечение реализации единой государственной политики в области медико-социальной, психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста.
2. Совершенствование законодательной и нормативной базы по проблемам детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста, представление в Правительство Российской Федерации пакета документов для разработки федерального закона о медико-социальных гарантиях, предоставляемых самостоятельно не передвигающимся и себя не обслуживающим, нуждающимся в постоянном постороннем уходе.

Разработка дополнений к Закону Российской Федерации «О квотировании рабочих мест» в части рационального трудоустройства инвалидов с детства.

миром, что значительно замедляет развитие познавательной деятельности. Общение детей с окружающими чаще всего реализуется посредством недифференцированных движений тела, сопровождающихся немодулированной вокализацией. В ряде случаев дети пользуются такими средствами общения, как жест, мимика, лепет.

Особенностями эмоционально-волевой сферы детей является в этом возрасте в одних случаях вялость и безучастность, а в других – обидчивость и возбудимость. Например, одни дети равнодушны к игре, не реагируют на игрушки, не заинтересованы в общении. Другие дети, наоборот, активно во время занятия радуются новым игрушкам.

Среди симптомов органического поражения мозга центральное место занимают двигательные нарушения, основными из которых являются параличи, парезы и нарушения мышечного тонуса.

При ДЦП имеет место раннее, обычно внутриутробное повреждение или недоразвитие мозга. Причины этих нарушений могут быть разными: хронические заболевания будущей матери, а также перенесенные ею инфекционные, особенно вирусные, заболевания, интоксикации, несовместимость матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности и др.

Как считают исследователи¹, иногда причиной ДЦП может быть акушерский травматизм, а также затяжные роды с обвитием пуповины, что приводит к повреждению нервных клеток головного мозга ребенка в связи с недостатком кислорода. Реже заболевание возникает постнатально в результате менингоэнцефалитов, перенесенных в первые годы. ДЦП, как правило, не является наследственным заболеванием.

Дети с заболеваниями внутренних органов и органов чувств. Заболевания внутренних органов наблюдается у 20% детей. Основными причинами этих заболеваний являются нарушения и расстройства питания, заболевания сердечно-сосудистой и ды-

¹ См.: Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М., 1985.

хательной систем, нарушения функций почек и мочевыделения, заболевания системы крови, ВИЧ-инфицирование с вторичным иммунодефицитным состоянием.

Врожденные нарушения метаболизма разнообразны. Они проявляются уже в период новорожденности. Среди видов метаболических нарушений выделяются первичные нарушения обмена аминокислот, углеводов, липидов, пуринов, пиримидинов, гемовых пигментов, мукополисахаридов. Близкородственные браки, отягощенная наследственность являются факторами риска развития метаболических нарушений у детей.

Первыми признаками метаболических нарушений являются нарушения метаболизма аминокислот. Фенилкетонурия приводит к поражению головного мозга. Уже в первые месяцы после рождения заметны признаки психического отставания в развитии, наблюдается микроцефалия, выступание верхней челюсти, отставание роста.

При наследственном повышении тирозина поражаются печень и почки, центральная нервная система. Дети с нарушением обмена тирозина отстают в развитии, у них понижен вес, они легко возбудимы, могут развиваться лихорадка, рвота, диарея. Как правило, дети с нарушением обмена тирозина умирают от почечной недостаточности, не доживая до двух лет. Диета не оказывает существенного влияния.

Нарушения обмена триптофана (болезнь Хартнупа) приводит к развитию ранней кожной фоточувствительности, мозжечковой атаксии. У детей с данным эффектом снижен синтез никотиновой кислоты.

Проявления первых признаков метаболических нарушений отмечаются сразу после рождения. Так, непереносимость лактозы приводит после первого же кормления к рвоте, диарее. Другими метаболическими болезнями являются липидозы (болезнь Фабри, болезнь Гоше).

Значительная часть детей имеет *врожденные и приобретенные заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем*. Многие из них протекают тяжело, прогрессируют с возрастом

С 1990-х годов российское законодательство по обеспечению прав и интересов детей динамично совершенствовалось и развивалось.

Приняты меры по реализации международных документов, в том числе направленных на поддержку материнства и детства, ратифицированных нашей страной: Всеобщей декларации прав человека, Конвенции ООН о правах ребенка, Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей.

Важнейшими национальными документами, направленными на реализацию государственной политики по охране материнства и детства в условиях происходящих в стране политических и социально-экономических преобразований, являются Основы государственной социальной политики по защите, развитию и выживанию детей, национальные планы действий по улучшению положения женщин и детей, семей с детьми-инвалидами и инвалидами с детства.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 09.09.93 г. № 909 была утверждена программа «Дети России», в состав которой включена подпрограмма «Дети-инвалиды». Указом Президента Российской Федерации № 1696 от 18.08.1994 г. программе «Дети России» был придан статус Президентской. В развитие федеральных законодательных актов и программ в субъектах Российской Федерации приняты и реализуются соответствующие документы.

Статус ребенка-инвалида впервые введен в России в 1979 г., когда Министерством здравоохранения СССР был издан приказ № 1265 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет» и определены показания для установления инвалидности детям. Это ознаменовало начало нового государственного подхода к пониманию проблем детей-инвалидов с переходом на решение проблем инвалидов с детства независимо от возраста.

В 1991 году был издан приказ Минздрава РСФСР от 04.07.91 г. № 117 «О порядке выдачи медицинского заключения на детей-инвалидов в возрасте до 16 лет». Важное значение для приведения законодательства России в соответствие с нормами Конвенции о правах инвалидов и расширения социальной помощи инвалидам явилось принятие в 2000 г. Постановления Правительства Российской Федерации от 21.09.2000 г. № 707, в котором категория «ребенок-инвалид» устанавливается в возрасте до 18 лет.

Однако действующий в Российской Федерации Приказ Минздрава России, Министерства труда РФ от 29.01.1997 г. № 1/30, «Об утвержд-

I. Введение

В существующих социально-экономических условиях состояние здоровья населения России остается одной из наиболее острых медико-социальных проблем.

В последние годы в России наблюдаются негативные тенденции в состоянии здоровья детей, увеличение числа хронических и сочетанных форм заболеваний, рост частоты интранатальных повреждений, наследственной, врожденной патологии.

Сохраняющаяся тенденция и прогнозируемый на начало XXI века значительный рост численности детей-инвалидов и инвалидов с детства могут создать серьезные социальные, экономические и психологические проблемы как для самих инвалидов, так и для общества в целом, составляя определенную угрозу для национальной безопасности.

Скоординированное взаимодействие при оказании комплексной реабилитации детям-инвалидам и инвалидам с детства, преемственность в работе учреждений здравоохранения являются ведущими принципами Концепции совершенствования и систематизации комплексной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства.

При этом основополагающее значение имеет взаимодействие специалистов разного профиля в оказании детям-инвалидам и инвалидам с детства независимо от возраста реабилитационной помощи.

II. Основные направления государственной политики в области оказания реабилитационной помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства независимо от возраста

В связи с тем что проблемы детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста в условиях экономического и демографического кризиса выходят за пределы компетенции здравоохранения и приобретают характер первостепенных задач национальной политики, необходимо обеспечить государственную поддержку реализации данной Концепции.

Право населения на охрану здоровья на основе Конституции Российской Федерации определено рядом федеральных законов:

«Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», «Трудовым кодексом Российской Федерации», «Семейным кодексом Российской Федерации».

и при отсутствии лечения рано ведут к инвалидизации. Наиболее часто встречающейся причиной детской инвалидности среди заболеваний сердечно-сосудистой системы являются врожденные и приобретенные пороки сердца. Главной причиной приобретенных пороков сердца является ревматизм.

Заболевания респираторного тракта у детей чаще носят приобретенный характер. Врожденные поражения дыхательных путей у детей чаще всего представлены бронхоэктазами. Среди приобретенных заболеваний дыхательной системы первенствуют бронхиальная астма, бронхиты и пневмонии.

Функциональные и органические нарушения системы мочеиспускания у детей, по мнению ученых, значительно изменяют и снижают возможности их нормального развития, роста и социальной адаптации.

Среди причин дезадаптационных нарушений следует обратить внимание на расстройство нейрогенной регуляции функции мочевого пузыря, так как, *во-первых*, энурез у детей устраним при своевременно принятых мерах реабилитации, *во-вторых*, он ведет к развитию психопатических черт характера.

Энурез у детей – это невроз, характеризующийся нарушением регуляции мочеиспускания, ведущий к развитию патохарактерологических черт личности. Причинами этого дефекта являются отягощенный семейный анамнез, а главное – хронический алкоголизм у родителей.

Заболевания почек у детей относятся к наиболее тяжелому виду органной патологии, так как при их хронизации обязательным итогом является развитие хронической почечной недостаточности, ведущей к тяжелой инвалидности и необратимой социальной недостаточности.

При рассмотрении системных заболеваний крови, *иммунно-дефицитных состояний*, в том числе ВИЧ-инфекций, опухолей у детей важно учесть, что они относятся к самым тяжелым, трудно поддающимся лечению видам патологии. Загрязнение воздушной среды, почв свинцом, таллием, радиоактивными долгоживущими элементами является тем главным фактором, который прямо или

косвенно способствует росту численности гематологических, иммунологических, онкологических больных, в том числе детей.

Больной отличается от здорового тем, что у него наряду с изменениями функций внутренних органов и плохим самочувствием, качественно меняется психическое состояние. Болезнь меняет восприятие и отношение человека к окружающим событиям, к самому себе, создает особое положение среди близких людей, в обществе. Психика больного с начала заболевания оказывается в необычном состоянии, так как в связи с болезнью нарушаются привычные ритмы жизни, труда, отдыха, сна и бодрствования.

Хорошо известно, что больные с органическим поражением сердца, пороками клапанов, как правило, не жалуются на сердце, не замечают нарушений его деятельности. Изменение ритма сердечной деятельности, часто наступающее психогенно, может вызывать различные страхи, особенно страх смерти. Наряду с психогенными реакциями на сердечно-сосудистые заболевания у больного наблюдаются невротоподобные нарушения, связанные с болезнью крови и изменениями кровоснабжения органов.

Характерно явление утомляемости при физических нагрузках. Первым признаком утомляемости, возникающей при умственной нагрузке, является повышение истощаемости активного внимания. Истощаемость активного внимания наступает при длительной беседе больного с врачом, при проведении психологических экспериментов. Больной начинает делать грубые ошибки при счете, у него появляется неприятное ощущение в глазах при чтении, тяжесть в голове, иногда головная боль. В процессе беседы при утомлении больные могут заплакать, отказаться от дальнейшего разговора. Иногда такое поведение больного может выглядеть неадекватно, так как беседа не носила эмоционального характера.

Большое место среди психологических нарушений занимают расстройства сна с частыми пробуждениями и сновидениями неприятного характера. Многие исследователи (В.А. Лапшин, А.И. Николаева и др.) отмечают, что при *заболеваниях органов пищеварения* у людей значительно изменяется характер. У одних это проявляется в чрезмерной категоричности суждений, пря-

диагностического обслуживания, комплексный подход к организационному и научно-методическому обеспечению реабилитационных мероприятий детям-инвалидам и инвалидам с детства.

Важной проблемой в системе реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства является развитие и совершенствование материально-технической базы учреждений для осуществления ранней диагностики не только основного заболевания, но и сопутствующей соматической патологии и оказания своевременной реабилитационной помощи. В настоящее время оснащение реабилитационных учреждений носит бессистемный характер, имеющееся оборудование не отвечает современным требованиям и не используется со 100% отдачей.

Все вышесказанное является свидетельством назревшей необходимости создания службы реабилитации детей-инвалидов и службы реабилитации инвалидов с детства независимо от возраста в Российской Федерации.

Разделы Концепции

I. Введение.

II. Основные направления государственной политики в области оказания комплексной реабилитационной помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства независимо от возраста.

III. Цель и задачи Концепции совершенствования комплексной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства в Российской Федерации.

IV. Механизмы реализации Концепции совершенствования медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства в Российской Федерации.

V. Научные исследования в области детской и взрослой реабилитологии, в частности нейрореабилитологии.

VI. Структура службы комплексной реабилитации детей-инвалидов, инвалидов с детства независимо от возраста в Российской Федерации.

VII. Система подготовки, переподготовки и усовершенствования кадров в области комплексной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста.

VIII. Работа по повышению информированности общества в вопросах инвалидности и реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства.

расширением медицинских показаний, при которых ребенок признается инвалидом.

подавляющее большинство детей с ограниченными возможностями воспитываются в семье, 1/3 – находятся в специализированных и интернатных детских учреждениях.

Всего в системе здравоохранения России по оперативным данным действует более 200 медицинских учреждений, в структуру которых входят реабилитационные отделения, кабинеты и т.д. и 248 домов ребенка, в которых детям оказывается реабилитационная помощь.

Несмотря на растущее число реабилитационных клиник, специализированных интернатов, детских садов, санаториев, дневных стационаров и т.д., проблемы инвалидности детей и взрослых инвалидов с детства в нашей стране не теряют своей остроты.

Главными причинами, негативно влияющими на конечный результат комплексной реабилитации и социальной адаптации детей-инвалидов и инвалидов с детства, являются недостаток квалифицированных кадров и отсутствие общепринятых методик в комплексной реабилитации.

Кроме того, медицинскими работниками недооцениваются психолого-педагогические и социальные аспекты реабилитации, а социальными служащими – необходимость и значимость медицинского этапа реабилитации. Отсутствует система этапности и преемственности в работе с семьями детей-инвалидов и инвалидов с детства, недостаточна преемственность в деятельности учреждений различной ведомственной принадлежности. Отсутствует государственная статистика инвалидов с детства, перешедших во взрослые возрастные группы.

Требуют совершенствования стандарты реабилитационной помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства с учетом современных реабилитационных технологий.

Кроме того, в настоящее время остро назрела необходимость создания службы реабилитации в регионах, проведения комплексных медико-социальных и психолого-педагогических реабилитационных мероприятий детям-инвалидам и инвалидам с детства.

На основе проведения комплексных медико-социальных и психолого-педагогических реабилитационных мероприятий возможна выработка как теоретических принципов, так и практической методологии процесса комплексной реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства.

Служба реабилитации инвалидов призвана скоординировать усилия специалистов различного профиля, обеспечить необходимый уровень

молинейности в оценке поступков окружающих, эмоциональной бурной реакции. У других – в постоянно тревожности, сензитивности, эмоциональной насыщенности переживаний без достаточно выраженного проявления. Среди таких личностей встречаются взрывчатые, угрюмые, всегда всем недовольные и подозрительные. Известно, что подобные черты характера могут быть связаны с перенесенными черепно-мозговыми травмами, особым воспитанием и условием жизни (материальное мышление, плохое питание).

Больные становятся раздражительными, обидчивыми, нарушается сон, снижается работоспособность, появляется быстрая утомляемость, потливость. В настоящее время известно, что при различных *эндокринных заболеваниях* наблюдаются разнообразные психические отклонения, диапазон которых весьма велик: от ярко выраженных психозов до едва уловимых изменений личности. «Эндокринному психосиндрому» свойственны те психические расстройства, которые возникают при эндокринных зависимостях и не являются результатами диффузного поражения головного мозга или психогенной реакции.

У больных, страдающими эндокринными заболеваниями, ярко выражены замедленное мышление, затруднение в формировании ответов, легко возникающая эмоциональная реакция. Такие люди требуют к себе особого внимания.

Дети с заболеваниями *органов чувств*, хотя и составляют небольшое количество по сравнению с другими категориями, тоже требуют особого внимания. Расстройство функций различных анализаторов, особенно таких, как зрительный, слуховой и речевой, относятся к самым тяжелым видам нарушений, ведущих к социальной недостаточности. Особенно тяжелая социальная недостаточность развивается при врожденных дефектах слуха, так как в этом случае отсутствуют речевые навыки. Без трудоемкого специального обучения дети не могут развиваться.

Глухота – стойкий первичный дефект; немота обусловленная ею, вторична. К категории глухих, по мнению Б.Д. Корсунской¹, относятся дети, полностью лишенные слуха или имеющие ос-

¹ См.: Корсунская Б.Д. Воспитание глухого дошкольника в семье. М., 1971.

татки слуха, которые не могут служить основной для самостоятельного овладения речью. Глухота развивается при тотальном поражении слухового анализатора. Глухота бывает врожденной и приобретенной. Приобретенная глухота наступает в возрасте до двух лет, то есть до того, как ребенок овладел речью.

К группе детей с нарушениями сенсорной двигательности, по мнению Р.М. Боскиса, относятся *дети с нарушениями слуха* (слабослышащие и глухие)¹.

Глухие дети – дети с тотальным (полным) выпадением слуха, который не может быть самостоятельно использован ими для накопления речевого запаса. Среди глухих детей исследователь выделяет: 1) глухих без речи (ранооглохшие); 2) глухих, сохранивших в той или иной мере речь (позднооглохшие).

К ранооглохшим относятся дети с двусторонним стойким и глубоким нарушением слуха, врожденным или приобретенным в раннем детстве до формирования речи.

Позднооглохшие дети – дети с потерей слуха, но относительно сохранной речью ввиду сравнительно позднего возникновения глухоты (в дошкольном или школьном возрасте). Данная категория детей характеризуется не столько временем наступления глухоты, сколько фактом наличия речи при отсутствии слуха. У некоторых из этих детей имеются, как и в предыдущей группе, определенные остатки слуха, которые используются при коррекционной работе.

Слабослышащие (тугоухие) – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие, но сохраняющей возможность самостоятельного накопления речевого запаса. Ранняя глухота резко ограничивает возможность овладеть словесной речью и приводит к глухонемоте, так как ребенок не может разборчиво воспринимать ее, подражать окружающим.

Компенсаторные возможности глухих детей помогают им в преодолении своего основного дефекта – нарушения функций слухового анализатора. Сохранные анализаторы используются глухими детьми для познания окружающей действительности, ориентировки в быту. Наглядно зрительные формы познания у глухих де-

¹ См.: Боскис Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха. М., 1988.

УТВЕРЖДЕНО
Приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 25.11.2003 г. № 567

КОНЦЕПЦИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ИНВАЛИДОВ С ДЕТСТВА

- Предлагаемый Вашему вниманию проект Концепции разработан:
- Управлением организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Российской Федерации;
 - Департаментом организации и развития медицинской помощи населению Министерства здравоохранения Российской Федерации;
 - Российским реабилитационным центром «Детство» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
 - Российской медицинской академией последипломного образования Министерства здравоохранения Российской Федерации;
 - Центром нейрореабилитации Министерства здравоохранения Российской Федерации;
 - Московским НИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава Российской Федерации.

Обоснование Концепции совершенствования комплексной (медико-социальной и психологической) реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства

В настоящее время здоровье детей-инвалидов и взрослых инвалидов с детства в Российской Федерации представляет серьезную медико-социальную проблему. Ухудшение состояния здоровья детей характеризуется ростом заболеваемости, изменением возрастной структуры и увеличением частоты хронических заболеваний.

Повышение уровня детской инвалидности за последние десять лет обусловлено, наряду с ростом заболеваемости детей, недостаточным уровнем ранней диагностики тяжелых инвалидизирующих заболеваний,

Приложение 1

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
25 ноября 2003 г. № 567

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ И ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ И ИНВАЛИДОВ С ДЕТСТВА

В целях совершенствования помощи детям-инвалидам и инвалидам с детства

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Концепцию «Совершенствование медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства» (приложение № 1) и План мероприятий по реализации Концепции (приложение № 2).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра А.И. Вялкова.

Министр
Ю.Л. ШЕВЧЕНКО

тей преобладают над словесно-логическими. Чтение, письменная, а не устная речь в основном формируют словесно-речевую систему глухого ребенка. Он оперирует наглядными образами, представлениями о внешнем мире. Потребность в общении с окружающими не может быть реализована с помощью речи. Глухой ребенок ищет способы и средства общения с помощью предметов, действий, рисунков, обращается к вынужденной форме общения – мимико-жестиккулярной речи (жестовой речи), основанной на системе жестов, каждый из которых имеет свое значение.

Однако мимико-жестиккулярная речь никогда равноценно не заменит словесную речь в качестве основы мышления, которое в этом случае останется наглядно-образным. Устная речь воспринимается слышащими на слух. Глухие используют для этой цели зрение, так называемое чтение с губ, то есть зрительное восприятие устной речи по видимым движениям органов речи.

Причины возникновения глухоты и слабослышания разнообразны: инфекции, профессиональные и другие интоксикации, отягощенные роды и проч. Статическое ощущение и кинестетическая чувствительность обеспечивают равновесие и ориентировку человека в пространстве, они зависят от нормальной деятельности вестибулярного аппарата. Поражения вестибулярного аппарата развиваются после перенесенных менингита, скарлатины и могут сочетаться с глухотой у детей.

Принимая за основу степень нарушения функции зрительного анализатора, детей со стойкими дефектами зрения дефектологи (В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов) делят на *слепых и слабовидящих*¹. *Слепые дети* – дети с полным отсутствием зрительных ощущений или сохранившимся светоощущением либо остаточным зрением (максимальной остротой зрения 0,04 на видящем лучше глазе с применением обычного средства коррекции – очков).

Слепота – это двусторонняя неизлечимая потеря зрения. Различают разные степени потери зрения: абсолютная (тотальная) слепота, при которой полностью отсутствуют зрительные ощущения (светоощущение и цветоразличение); практическая слепота,

¹ См.: Лапшин В.А., Пузанов Б.П. Основы дефектологии. М., 1990.

при которой сохраняется или светоощущение на уровне отличия света от темноты, или остаточное зрение, позволяющее сосчитать пальцы рук у лица, воспринимать контуры, силуэты и цвета предметов непосредственно перед глазами. Большинство слепых детей имеют остаточное зрение. В зависимости от времени наступления нарушения функций зрительного анализатора выделяют слепорожденных и ослепших, то есть лишившихся зрения после рождения.

Психическое развитие слепорожденных детей имеет те же закономерности, что и развитие зрячих детей, однако тяжелое первичное поражение зрения проявляется в различных вторичных отклонениях и особенностях психического развития детей. Для слепых детей характерна своеобразная ориентировочная реакция на звук. Глубокие дефекты зрения отрицательно влияют на формирование двигательных навыков слепорожденного ребенка. Потеря зрения оказывает влияние на своеобразие эмоционально-волевой сферы и характера. Трудности в учении, игре, овладении профессией, бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции. В одних случаях своеобразие характера проявляется в неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции, в других – в раздражении, возбудимости и даже агрессивности.

Ослепших детей отличает от слепорожденных время потери зрения. Так как у ослепших детей оно утрачено после рождения (в дошкольном или школьном возрасте), большое значение для их развития имеет сохранность ранее сформированных зрительных представлений. Слепой ребенок сохраняет значительные возможности психофизического развития и принципиальную возможность полноценного познания.

Нормальная мыслительная деятельность такого ребенка опирается на сохраненные анализаторы. У слепого ребенка в условиях специального обучения формируются приемы и способы использования кожного, слухового, двигательного и других анализаторов, представляющих сенсорную основу, на которой развиваются психические процессы¹.

¹ См.: Камсюк Л.Г. Проблемы медико-социальной реабилитации детей-инвалидов // Педиатрия. 1990. № 2. С. 21–25.

ПРИЛОЖЕНИЯ

104. *Шлогова Е.В.* Процесс социальной реабилитации детей-инвалидов: социологический анализ: автореф. дис. ... канд. соц. наук. М., 2001.

105. *Щеглова Н.Е.* Использование творческого начала в ребенке в формировании его духовного и нравственного здоровья // Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья средствами искусств / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: NB, 2005.

106. *Экслейн В.* Игровая терапия. М., 1998.

107. *Эльконин Д.Б.* Психология игры. М., 1978.

108. *Эм Г.Э., Соловьева Н.В.* Оригами как средство социальной адаптации ребенка // Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья средствами искусств / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: NB, 2005.

109. *Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К.* Социальная работа с инвалидами. 2-е изд. СПб., 2004.

110. *Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В.* Проблема доступности высшего образования для инвалидов // Социологические исследования. 2005. № 10. С. 66–78.

Л.С. Выготский¹ указывал на наличие так называемого шестого чувства (теплого) у слепых, позволяющего им на расстоянии ощущать предметы.

При зрительной работе у слабовидящих детей быстро наступает утомление, что снижает трудоспособность. У слабовидящих детей, по мнению М.И. Земцовой², отмечается наряду с ограниченным запасом представлений их искажение в результате затрудненного и замедленного восприятия. Представления отличаются нечеткостью и нестойкостью.

Слабовидение оказывает влияние на психическое и физическое развитие ребенка: в известной степени замедлены процессы запоминания, затруднены мыслительные операции. Отставание физического развития таких детей может быть следствием ограниченных движений. Слабовидящих детей отличают некоторые особенности поведения, вызванные раздражительностью, замкнутостью, негативизмом и некоторыми другими отрицательными чертами характера. Эти недостатки объясняются неудачами и трудностями в учебе, игре, общении со сверстниками вследствие дефекта зрения. Поэтому слабовидящие дети нуждаются в специальных условиях воспитания и обучения.

Зрение играет огромную роль в развитии не только собственно зрительных восприятий, но и пространственных представлений, поскольку движения развиваются под зрительным контролем. Роль зрительного анализатора в психическом развитии ребенка велика и уникальна. Нарушение его деятельности вызывает у ребенка большие затруднения в познании окружающей действительности, сужая социальные контакты и ограничивая возможность заниматься многими видами деятельности. Врожденное нарушение зрительного анализатора может быть вызвано воздействием на него различных патогенных факторов в период эмбриогенеза или генетических факторов. К аномалиям наследственной патологии могут быть отнесены: микрофтальм – грубое

¹ См.: *Выготский Л.С.* Развитие высших психических функций. М., 1960.

² См.: *Земцова М.И.* Учителю о детях с нарушениями зрения. М., 1973.

изменение глаза; анофтальм – врожденное безглазие; катаракта – помутнение хрусталика.

По степени нарушения зрительной функции детей со стойкими дефектами зрения делят на незрячих (слепых) и слабовидящих. Относительно большую группу по сравнению с незрячими составляют слабовидящие дети с остротой зрения на лучше видящий глаз при использовании очков от 0,05 до 0,4.

К детям с проблемами в развитии относятся дети и с тяжелыми нарушениями речи. В настоящее время все виды речевых нарушений делятся на две группы.

Нарушения устной речи. Дисфония – отсутствие или расстройство фонации вследствие патологических изменений голосового аппарата. Брадилалия – патологически замедленный темп речи – может быть органической или функциональной по своей природе. Тахилалия – патологически ускоренный темп речи. Заикание – нарушение темпо-ритмической стороны речи, обусловленное судорожным состоянием мышц речевого аппарата. Дислалия – нарушение звукопроизношения при нормальном слухе и сохранной иннервации речевого аппарата. Ринолалия – нарушение тембра голоса и звукопроизношения, обусловленное анатомо-физическими дефектами речевого аппарата.

Дизартрия – нарушение звукопроизводительной стороны речи, связанное с органическим поражением центральной нервной системы. Алалия – отсутствие или недоразвитие речи вследствие органического поражения речевых зон коры головного мозга во внутриутробном или раннем периоде развития ребенка. Афазия – полная или частичная утрата ранее сформированной речи, связанная с локальными поражениями головного мозга в результате тяжелых травм головного мозга, воспалительных процессов и опухолей, сосудистых заболеваний и нарушений кровообращения.

Нарушения письменной речи. Дисграфия – частичное специфическое расстройство процесса письма. Дислексия – нарушение чтения, вызванное поражением или недоразвитием речевых отделов центральной нервной системы.

87. Смирнова Е.Р. Когда в семье ребенок-инвалид // Социологические исследования. 1997. № 1. С. 81–89.

88. Солнцева Л.И., Денискина В.З. Психология воспитания детей с нарушениями зрения. М.: Налоговый вестник, 2004.

89. Солнцева Л.И. Теоретические и практические проблемы современной тифлопсихологии и тифлопедагогике. М.: Логос, 2006.

90. Социальная защита населения / под ред. В.С. Кукушина. М.; Ростов н/Д: МарТ, 2004.

91. Социальная работа с инвалидами / под ред. Е.И. Холостовой, А.И. Осадчих. М., 1996.

92. Социальная работа с инвалидами (настольная книга специалиста) / под ред. Е.И. Холостовой. М., 1996.

93. Социальные технологии оказания помощи детям-инвалидам // Основы социально-медицинской работы: учеб. пособ. М., 1998.

94. Специальная педагогика / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: Феникс-МарТ, 2009.

95. Старобина Е.М., Каменков К.А., Шебетыха В.Я. Специфика формирования индивидуальных программ реабилитации детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2003.

96. Сухова Л.С. Основы медико-социальной реабилитации (Оккупационная терапия). М., 2003.

97. Сырникова Б.А. Социализирующая и реабилитирующая роль семьи в жизнедеятельности инвалидов // Семья в России. 2003. № 2. С. 41–44.

98. Тащева А.И. Психологическая реабилитация семей с детьми-инвалидами // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. 1998. № 3. С. 17–29.

99. Технологии социальной реабилитации детей-инвалидов: медико-социальные аспекты. М., 2000.

100. Турыгин В.Т. и др. Им через сердце слышен мир... / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: ГинГо, 2001.

101. Турыгин В.Т. Творческим школьникам – широкую дорогу! / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: NB, 2005.

102. Федеральный закон РФ от 20.01.1995 г. № 194 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации».

103. Шишкина Е.А., Сологубова Т.К. Опыт использования метода сказкотерапии в работе с детьми-инвалидами // Социономикон. Вып. 1 / под ред. Л.А. Кайгородовой. Новочеркасск: НГМА, 2005.

74. Печенкин В.В., Зайцев Д.В. Проблема образования в представлениях инвалидов // Социологические исследования. 2008. № 3. С. 92–97.

75. Пижнова Н.А. Устранение страхов с помощью изотерапии // Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья средствами искусства / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: NB, 2005.

76. Поляков А.Н., Кайгородова Л.А. Психологические и социальные аспекты инвалидности // Актуальные проблемы социальной работы, экономики, образования и культуры. Вып. 4 / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: NB, 2005.

77. Полякова О.С. Психологическое консультирование семье с детьми-инвалидами // Современная семья: проблемы и перспективы. Ростов н/Д, 1994. С. 105–109.

78. Правовая защита семей, воспитывающих детей-инвалидов. Сборник нормативных актов / Под ред. А.М. Панова, Н.И. Вшанова, Н.Н. Приходько. М., 1996.

79. Пузин С.Н., Дементьева Н.Ф. Социально-медицинская реабилитация детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. М., 2002. № 2. С. 3–6.

80. Работа семьи по реабилитации детей-инвалидов / Т.Д. Шевеленкова, Е.Ф. Агельдиева, О.Е. Буланова и др.: неопубликованные материалы / НИИ семьи Минсоцзащиты России. М., 1995.

81. Ревунова Л.А. Роль игротерапии в жизни детей-инвалидов по зрению // Человек в современном мире. Вып. 1. / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: ГинГо, 2009.

82. Рыбинский Е.М. Управление системой социальной защиты детства: Социально-правовые проблемы: учеб. пособ. для вузов. М., 2004.

83. Савина Л.Ю. Социализация детей с ограниченными возможностями в процессе социокультурной реабилитации: автореф. дис. ... канд. социологич. наук. М., 2002.

84. Свадковский И.Ф. Воспитание у детей трудолюбия. М.: Академия, 2005.

85. Семенов Л.А., Солнцева Л.И. Обучение ориентированию в пространстве и мобильности слепых учащихся начальных классов. М.: ВОС, 1991.

86. Семиков А.Н. Функция реабилитации в социальной работе с детьми с ограниченными возможностями жизнедеятельности и их семьями // Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000. С. 135–137.

У всех детей с нарушениями речи отмечаются нарушения фонематического восприятия, зрительное восприятие отстает в своем развитии от нормы и характеризуется недостаточной сформированностью целостного образа предмета. Внимание таких детей характеризуется неустойчивостью, более низким уровнем произвольного внимания, трудностями в планировании своих действий. Дети с трудом сосредоточивают внимание на своей деятельности. У данной категории детей заметно снижена слуховая память и продуктивность запоминания по сравнению с нормально говорящими детьми. Овладевая в полной мере предпосылками для развития мыслительных операций, доступными их возрасту, дети, однако, отстают в развитии наглядно-образного мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом, синтезом, сравнением, классификацией, исключением лишнего понятия и умозаключением по аналогии.

Таким образом, каждая группа детей с ограниченными возможностями отличается определенными социально-психологическими характеристиками, которые обязательно необходимо учитывать при планировании мероприятий реабилитации. Кроме того, каждый ребенок-инвалид также характеризуется определенными индивидуально-психологическими особенностями, что делает необходимым при реабилитации использовать индивидуальный подход.

1.5. Нормативно-правовое обеспечение социальной адаптации детей-инвалидов

*Человечество победит раньше
или позже и слепоту, и глухоту, и слабоумие.
Но гораздо раньше оно победит их в социальном плане,
чем в плане медицинском или биологическом.*
Л.С. Выготский

Мировая политика в отношении инвалидов формировалась в течение длительного времени, являясь объектом внимания ООН,

МОТ, ЮНЕСКО и других организаций. Основным направлением, прослеживаемым в развитии политики, является переход от социальной защищенности к гражданскому равенству инвалидов.

Международные документы, касающиеся прав человека, а значит, и лиц с ограниченными возможностями здоровья, не содержат положений, ограничивающих инвалидов в различного рода правах, распространяемых на людей других социальных категорий. К одному из основополагающих документов мирового сообщества в отношении прав инвалидов относится *Всеобщая декларация прав человека*, принятая в 1948 году Генеральной Ассамблеей ООН. Начиная с этого времени принимается ряд правовых актов международного значения, касающихся прав инвалидов, обеспечивающих им создание условий для активной жизнедеятельности и максимально возможной реабилитации. Во Всеобщей декларации прав человека сказано, что каждый человек как член общества имеет право на социальное обеспечение, на осуществление необходимых потребностей для поддержания его достоинства и для свободного развития его личности, прав в экономической, социальной и культурной областях через посредство национальных усилий и международного сотрудничества и в соответствии со структурой и ресурсами государства.

В *Декларации прав ребенка* 1959 года говорится, что ребенку, который является неполноценным в физическом, психическом или социальном отношении, должны обеспечиваться специальный режим, образование и забота, необходимые ввиду его особого состояния.

В 1969 году Генеральной Ассамблеей ООН была принята *Декларация социального прогресса и развития*, которая также содержит положения, направленные на предотвращение какой бы то ни было дискриминации в отношении инвалидов.

Необходимо также выделить *Европейскую конвенцию о социальном обеспечении* и *Европейскую конвенцию о социальной и медицинской помощи*, которые содержат положения о праве каждого человека на труд, профессиональную подготовку, медицинскую помощь, социальную защиту. Они создают правовую

59. Литвинова Т.А. Школа искусств // Вехи Таганрога. 2006. № 27.

60. Лунегова Е.К. Формирование психологической готовности к деятельности с детьми-инвалидами у будущих специалистов социальной работы: дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2008.

61. Лэндрет Г.Л. Игровая терапия: искусство отношений / пер. с англ. М.: Изд-во Института практической психологии, 1998.

62. Маллер А.Р. Социально-трудовая адаптация глубоко умственно отсталых детей. М., 1990.

63. Малаев Д.М. Игры для слепых и слабовидящих. М.: Советский спорт, 2002.

64. Малофеев Н.Н., Новичкова И.В. Модернизация системы специального образования: проблемы, коррекции, реабилитации, интеграции // Вестник Всерос. об-ва специалистов по мед.-социал. экспертизе реабилитации и реабилитационной индустрии. М., 2003. № 1. С. 139–148.

65. Методика комплексного изучения медико-социальных причин инвалидности с детства: Метод. рекомендации / сост. С.А. Овчаренко, В.С. Швецова. СПб., 1993.

66. Мухаев М.П., Тимофеева Т.Б. Коррекция развития личности незрячего ребенка средствами изобразительного искусства в условиях школы-интерната III вида // Человек в современном мире. Вып. 1 / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/ Д: ГинГо, 2009.

67. Наумов М.Н. Обучение слепых пространственной ориентировке. М.: ВОС, 1982.

68. О'Коннор К. Теория и практика игровой психологии. СПб., 2002.

69. Общество для всех к 2010 году. Резолюция ООН // Международные нормы и стандарты, касающиеся проблем инвалидности: обзор. М.; 2000.

70. Основы региональной модели социального обслуживания семей, имеющих детей с наследственными и приобретенными дефектами. М.: Курск, 1999.

71. Павленок П.Д. Реабилитология в системе социальных знаний // Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000. С. 21–27.

72. Павлова Т.А. Развитие пространственного ориентирования у дошкольников и младших школьников. М.: Школьная пресса, 2004.

73. Петренко Л.И. Первые шаги на пути к профессиональному мастерству // На крыльях мечты / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/ Д: NB, 2007.

44. Константиновский Д.Л. Молодежь в системе образования // Социологический журнал. 1997. № 3.

45. Коррекционная педагогика / под ред. В.С. Кукшина. М.; Ростов н/ Д: МарТ, 2004.

46. К независимой жизни: Пособие для инвалидов. М., 2000.

47. Коцюбинская Т.Г. Арттерапия: двигаться вперед, чтобы возвращаться к истокам // Реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья средствами искусств / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/ Д: NB, 2005.

48. Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ: Метод. рекомендации / Сост. Д.И. Лаврова, Е.С. Либман, С.Н. Пузин и др. М., 1999.

49. Кругликова А.Ю. Роль личности писателя в социальной реабилитации // Актуальные проблемы социальной работы, экономики, образования и культуры. Вып. 1 / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/ Д: NB, 2004.

50. Кукушин В.С., Курчевенко Т.П., Ляхов Э.Ю. Исследование воспитанности незлышащих учащихся // Педагогика личности. Вып. 2. Ростов н/ Д: ГинГо, 2002.

51. Кукушин В.С. Теория и методика воспитания. Ростов н/ Д: Феникс, 2006.

52. Кукушин В.С. Актуализация творческого развития личности ребенка на грани двух тысячелетий // Творческое развитие ребенка в закрытом социуме. Ростов н/ Д: NB, 2004.

53. Кукушин В.С. Биополе вашего дома и ваше здоровье. Ростов н/ Д: Феникс, 2004.

54. Курчевенко Т.П. Мониторинг развития детей с ограниченными возможностями здоровья // На крыльях мечты / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/ Д: NB, 2007.

55. Курчевенко Т.П., Кукушин В.С. «Я – на необитаемом острове» // Человек в современном мире. Вып.1. / Под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/ Д: ГинГо, 2009.

56. Ларькова О.В., Сологубова Т.К. Психологические проблемы детей-инвалидов // Социономикон. Вып. 1 / под ред. Л.А. Кайгородовой. Новочеркасск: НГМА, 2005.

57. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте: Учебное пособие. М.: Академия, 2008.

58. Литвак А.Г. Психология слепых и слабослышащих. СПб.: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 1998.

основу для инвалидов, обеспечивают им равные возможности наряду с остальными гражданами. Однако люди с ограниченными возможностями жизнедеятельности представляют собой особую социальную группу, отличающуюся определенной спецификой. Несмотря на распространение прав на все категории граждан, инвалиды могут реализовать их только при создании специальных условий, направленных на компенсацию ограничений жизнедеятельности. Именно поэтому разработаны международные документы, нацеливающие государства на обеспечение особых потребностей инвалидов и создание реальных условий для их медико-социальной реабилитации.

Программным документом можно назвать *Декларацию о правах инвалидов*, принятую в 1975 году, в которой подчеркивается, что инвалиды имеют право на уважение их человеческого достоинства и должны быть защищены от каких-либо видов эксплуатации. В этом документе указаны меры, предназначенные для того, чтобы люди со стойкими нарушениями здоровья могли обрести наибольшую самостоятельность. Декларация рекомендует государствам обеспечить инвалидам и социальную реабилитацию:

- медицинскую, психологическую и социальную реабилитацию;
- различные виды социального обслуживания;
- профессиональную подготовку и трудоустройство;
- социальное и экономическое обеспечение;
- квалифицированную юридическую помощь;
- свободный доступ к информации;
- право на то, чтобы особые нужды инвалидов учитывались на всех стадиях экономического и социального планирования.

Инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение человеческого достоинства. Независимо от происхождения, характера и серьезности их увечий или недостатков они имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как можно более нормальной и полноценной. Инвали-

ды имеют те же гражданские и политические права, что и другие лица.

Инвалиды имеют право на меры, предназначенные для того, чтобы дать им возможность приобрести как можно большую самостоятельность. Они имеют право на медицинское, психическое или функциональное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на восстановление здоровья и положение в обществе, на образование, профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, на услуги по трудоустройству и другие виды обслуживания, которые позволят им максимально проявлять свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции. Инвалиды имеют право на экономическое и социальное обеспечение и на удовлетворительный уровень жизни. Они имеют право в соответствии со своими возможностями получить и сохранить за собой рабочее место или заниматься полезной, продуктивной и вознаграждаемой деятельностью и т.д.

В 1982 году Генеральной Ассамблеей ООН принята *Всемирная программа действий по предупреждению инвалидности и реабилитации инвалидов*, основные задачи которой посвящены профилактике инвалидности, медико-социальной реабилитации, повышению качества жизни инвалидов. 1984–1993 годы были объявлены десятилетием инвалидов, в течение которого предусматривалось реализовать положения этой программы.

Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г. гласит, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достойную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способствуют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни общества. В данном документе признается право неполноценного ребенка на особую заботу и ее предоставление имеющему на это право ребенку при условии наличия ресурсов.

При признании особых нужд неполноценного ребенка помощь предоставляется по возможности бесплатно с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечивающих

27. *Джосвик Ф., Киттредж М.* и др. Вопросы и ответы: пособие по терапевтической верховой езде / пер. с англ.; Московский конно-спортивный клуб инвалидов, 2000.

28. *Дорохина А.В.* Система коррекционной работы по формированию полноценной речи неслышащих учащихся // На крыльях мечты / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: NB, 2007.

29. *Дрынкина М.В., Кайгородова Л.А.* Сказкотерапия // Социоэконом. Вып. 1 / под ред. Л.А. Кайгородовой. Новочеркасск: НГМА, 2005.

30. *Дубровская Н.В.* Рисунки, спрятанные в пальчиках. СПб., 2006.

31. *Жулковская Т.* Социализация людей с ограниченными интеллектуальными возможностями. М., 2001.

32. *Ермаков В.П., Якунин Г.А.* Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения. М.: Просвещение, 1990.

33. *Жердева Н.В.* Верховая езда как средство реабилитации детей-инвалидов с сенсорными нарушениями // Творческое развитие ребенка в закрытом социуме / под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: Новый бизнес, 2004.

34. *Заграй Л.В.* Единственный в России Дом инвалидов // Вехи Таганрога. 2006. № 27.

35. *Заграй Л.В.* О новой форме жизненного устройства молодых инвалидов в г. Таганроге. Таганрог, 2000.

36. *Зайцев А.К.* Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. Саратов, 2003.

37. *Зражаева А.М., Кайгородова Л.А.* Аспекты профориентации детей-инвалидов // Социоэконом. Вып. 3 / под ред. В.С. Кукушина. Новочеркасск: НГМА, 2006.

38. *Ительсон Л.Б.* Хрестоматия по возрастной психологии. М., 1994. С. 152–158.

39. *Камаев И.А.* Детская инвалидность (проблемы и пути решения). Н. Новгород, 1999.

40. *Капустина С.В.* О реализации политики государственной социальной поддержки семей с детьми в Российской Федерации // государственная семейная политика. М., 2004. С. 42–53.

41. *Карабанова О.А.* Игра в коррекции психического развития ребенка. М., 1997.

42. *Карнаухова Т.* Я иду на урок // Искусство. 2004. № 17.

43. Конвенция о правах ребенка. Принята Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г. М., 1998.

12. Волков Ю.Г. Социология: Учебник для вузов / Под ред. В.И. Добренкова. М., 2002.

13. Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей: Принята 30 сентября 1990 г. М., 1998.

14. Гаусс О.А. Формирование личности незрячего ребенка в процессе взаимодействия с объектами окружающего мира // Человек в современном мире. Вып. 1 / Под ред. В.С. Кукушина. Ростов н/Д: ГинГо, 2009.

15. Гигиенические критерии оценки условий труда по показателям вредности и опасности факторов производственной среды, тяжести и напряженности трудового процесса. М., 1999.

16. Государственная семейная политика. М.: Изд-во МГСУ, 2004.

17. Грачев Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими детей-инвалидов. М., 1992.

18. Гусарова Г.И. Руководство по медико-социальной реабилитации детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации. М., 2001.

19. Декавелль И. и др. Дапативная (реабилитационная) верховая езда: Учебное пособие университета Paris-Nord / пер. с франц.; Московский конно-спортивный клуб инвалидов, 2003.

20. Дворянчикова И.А. Семья инвалида как объект социологического исследования // Российской общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы: тез. доклад. и выступ. II Всерос. соц. конгресса: в 3 т. М., 2003. Т. 3. С. 192–193.

21. Дементьева Н.Ф. Дети-инвалиды // Российская энциклопедия социальной работы. М., 1997. Т. 1. С. 149–153.

22. Дементьева Н.Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. М., 1996.

23. Дементьева Н.Ф. Социальная реабилитация и ее роль в интеграции инвалидов в общество // Развитие социальной реабилитации в России. М., 2000. С. 4–11.

24. Дементьева Н.Ф. Социально-медицинская реабилитация детей-инвалидов // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2002. № 2. С. 3–6.

25. Дементьева Н.Ф. Семья как один из факторов социализации инвалида подросткового возраста // Вестник Всерос. общества специалистов по мед.-социал. экспертизе и реабилитационной индустрии. 2004. № 2. С. 23–26.

26. Добровольская Т.А. Социальные проблемы инвалидности // Социологические исследования. 1988. № 4. С. 12–15.

заботу о ребенке, и имеет целью обеспечение неполноценному ребенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессиональной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха.

В принятой 20 декабря 1971 года *Декларации о правах умственно отсталых лиц* говорится, что умственно отсталое лицо имеет в максимальной степени осуществимости те же права, что и другие лица, а именно пользоваться квалифицированными услугами опекуна в тех случаях, когда это необходимо для защиты его личного благосостояния и интересов. Если вследствие серьезного характера инвалидности умственно отсталое лицо не может надлежащим образом осуществлять все свои права или же возникает необходимость в ограничении или аннулировании некоторых или всех таких прав, то процедура, применяемая в целях такого ограничения или аннулирования, должна предусматривать надлежащие правовые гарантии от любых злоупотреблений. Эта процедура должна основываться на оценке квалифицированными специалистами общественно полезных возможностей умственно отсталого лица, а также предусматривать периодические переосмотр и право апелляции в высшие инстанции.

Во *Всемирной Декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей* от 30 сентября 1990 г. говорится, что следует уделять больше внимания, проявлять заботу и оказывать поддержку детям-инвалидам, а также другим детям, находящимся в трудных условиях. Согласно этой Декларации инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение человеческого достоинства. Инвалиды, каковы бы ни были их происхождение, характер и серьезность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что их сограждане того же возраста. Инвалиды имеют право на медицинское, психологическое лечение, включая протезирование и обеспечение ортопедическими аппаратами, на восстановление здоровья и положение в обществе, на образование, профессиональную подготовку. Кроме того, они имеют право жить в кругу своих семей или в условиях, заменяющих их, участвовать во всех

видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга; инвалиды имеют право пользоваться квалифицированной юридической помощью. Основным принципом, заложенным во всех международных правовых актах, касающихся положения детей, – это приоритет интересов ребенка.

На основе международных документов, касающихся прав людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, в 1993 году Генеральной Ассамблеей ООН были сформулированы *Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов*. Они стали международным документом, определяющим базовые принципы медико-социальной реабилитации инвалидов. В них содержатся конкретные рекомендации государствам, обеспечивающие процесс, благодаря которому для инвалидов становятся доступными различные системы общества и окружающей среды, такие как экономическая политика, трудовая деятельность, информация и исследования, международное сотрудничество. Согласно правилам государства должны обеспечивать людям со стойким нарушением здоровья возможность участвовать в культурной жизни, заниматься спортом.

В Лондоне на Ассамблее международной реабилитации в 1999 году была принята *Хартия третьего тысячелетия*, в которой предлагается рассматривать инвалидность как одно из многообразных проявлений человеческой жизни, так как 10% жителей планеты имеют врожденные или приобретенные ограничения жизнедеятельности. Ежедневно пополняется число инвалидов, у которых нарушения в организме стали результатом несовершенства профилактических мер по предупреждению заболеваний или неудачных попыток лечения. Хартия призывает общество устранить физические и психические барьеры, стоящие перед людьми с ограниченными возможностями жизнедеятельности, а также использовать все достижения человечества, чтобы расширить доступ инвалидов к ресурсам общества. Она также рекомендует, «чтобы каждый инвалид получал реабилитационное обслуживание для оптимизации физического и функционального состояния с целью достижения возможности ведения самостоятельного образа жизни».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Азанова Н.Е.* Медико-социальные аспекты инвалидности и реабилитации детей (на примере Липецкой области): автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2004.
2. *Акиошина А.Я., Васина Г.В.* Развитие пространственной ориентировки у детей со сложными сенсорными и множественными нарушениями развития. М.: Логос, 2008.
3. *Арясова З.А.* Адаптация незлышащих детей в социуме эстрадно-цирковой студии «Сурдинка» // На крыльях мечты / под ред. В.С. Кукушина. Ростов-н/ Д: NB, 2007.
4. *Бадя Л., Холостова Е.* Новая специализация: «Трудотерапия и реабилитология» // Социальная работа. 2002. № 2. С. 39–42.
5. *Бацына Я.В.* Социализация детей с задержкой психического развития: дис. ... канд. социологич. наук. Н. Новгород, 2005.
6. *Белозерова Е.В.* Опыт организации высшего образования людей с инвалидностью // Доступность высшего образования для инвалидов: сб. науч. тр. / под ред. Д.В. Зайцева. Саратов, 2004. С. 16–21.
7. *Бикнелл Д., Хенн Х.* и др. Знакомьтесь: иппотерапия. Верховая езда как средство реабилитации детей-инвалидов: практическое руководство / Пер. с англ.; Детский экологический центр «Живая нить». М., 1999.
8. *Богуславский М., Блонский П.П.* Теоретик трудовой школы // Лидер образования. 2005. № 4–5.
9. *Бочкарева Т.А.* Нормативно-правовые основы социальной защиты людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности // Социономикон. Вып. 3 / под ред. В.С. Кукушина. Новочеркасск: НГМА, 2006.
10. *Веденеева Н.В.* Социальные аспекты реабилитации инвалидов в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. социологич. наук. М., 2004.
11. *Вернер Д.* Реабилитация детей-инвалидов: руководство для семей, имеющих детей с физическими и умственными недостатками, работников местных служб здравоохранения и реабилитации. М., 1995.



Рис. 4.1. Модель процесса социализации подростка-инвалида

Эти сопутствующие группы в свою очередь также воздействуют непосредственно на подростка-инвалида. Получается своего рода «закольцованная» модель социализации подростка-инвалида, возглавляемая и реализуемая семьей при взаимодействии с сопутствующими группами.

Сущность данной модели, по мнению О.Ю. Ивановой¹, состоит в том, что она построена на принципе преемственности и четкого взаимодействия между социальными агентами. Заинтересованность семьи в социализации подростка-инвалида делает ее организующим началом в определении его будущей судьбы.

Европейской комиссией было принято решение провозгласить 2003 год Международным годом инвалидов, чтобы повысить информирование общественности о правах инвалидов.

Анализируя международные документы о реабилитации лиц с ограниченными возможностями жизнедеятельности, можно отметить, что законодательное право инвалидов на реабилитацию и интеграцию в общество реализовалось сравнительно недавно.

В России примерно 14 млн людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности. Люди со стойким нарушением здоровья в большей степени, чем другие, нуждаются во внимании и поддержке со стороны государства. Социальная политика России направлена на адаптацию существующих в обществе стандартов к особым потребностям людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, чтобы они могли жить независимой жизнью. Государство, обеспечивая социальную защиту инвалидов, опирается не только на международные учредительные акты, декларации и конвенции, но и на юридические акты федерального значения, включая федеральные законы, указы Президента РФ и Правительства РФ.

Большое значение при создании необходимых условий для индивидуального развития людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности имеет деятельность региональных и муниципальных учреждений, которые руководствуются законодательными актами высшего уровня и нормативными правовыми документами субъектов Федерации. В реализации социальной политики в отношении инвалидов помимо государственных учреждений участвует неправительственный сектор, к которому относятся коммерческие и различные общественные организации (например, Всероссийское общество инвалидов, Всероссийское общество слепых), а также различные благотворительные фонды и ассоциации.

Основным законодательным документом, определяющим права и обязанности граждан России, в том числе и людей с ограниченными возможностями жизнедеятельности, является Конституция РФ, принятая в 1991 году. Конституция определяет то

¹ Иванова О.Ю. Указ. соч. С. 113.

правовое пространство, в котором действует социальный механизм защиты интересов человека.

Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в РФ», принятый в 1995 году, стал значимым событием для людей с ограниченными возможностями здоровья. В России стал действовать закон, защищающий права инвалидов и улучшающий их положение в обществе. 3 апреля 1996 года принимаются Постановления Правительства РФ № 392 «О государственной службе медико-социальной экспертизы» и от 13 августа 1996 г. № 965 «О порядке признания граждан инвалидами». Большинство льгот и гарантий, предназначенных для инвалидов с психическими расстройствами, впоследствии было распространено на все категории инвалидов и закреплено в последующих законодательных актах Российской Федерации.

О социальной защите инвалидов и мерах их реабилитации как об основных обязанностях общества и государства в полный голос было заявлено также в федеральных законах (1995 г. № 195-ФЗ) «Об основах социального обслуживания граждан Российской Федерации» и «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов». Главным достоинством этих законов в отношении социальной защиты инвалидов было определение их в качестве лиц, попавших в трудную жизненную ситуацию и нуждающихся в социальной помощи, в составе которой указаны меры реабилитации.

В указанных законах наиболее полно отражены нормы медико-социальной экспертизы инвалидности, порядка оказания социальной помощи и реабилитации лиц, признанных инвалидами. Одним из важнейших положений, зафиксированных в данных законах, стало создание двух социальных служб, относительно независимых друг от друга – Государственной службы медико-социальной экспертизы и Государственной службы реабилитации инвалидов, что дало возможность экспертам быть более независимыми, более объективными в своих заключениях об инвалидности граждан и о возможностях их реабилитации.

Другой не менее важной нормой стало закрепление индивидуальной программы реабилитации (ИПР) инвалидов как документа

3. Юридическая помощь.

3.1. Информирование семей с подростком-инвалидом о законодательных документах.

3.2. Помощь в реализации льгот семей, имеющих подростков-инвалидов.

Следует отметить многоплановость самого понятия социальных технологий применительно к социализации подростков-инвалидов в семье. Социальные технологии рассматриваются как последовательность действий:

- в отношении подростка-инвалида с учетом его характеристик (биологической, психологической, социальной);
- в отношении социального статуса семьи в связи с ближайшим окружением (социальной сетью);
- с позиции самой семьи, ее участия и заинтересованности в дальнейшей судьбе подростков-инвалидов;
- с позиции возможностей, предоставляемых органами и учреждениями социальной защиты и других ведомств в осуществлении социализации подростков-инвалидов.

Рассматривая социальные технологии процесса социализации подростков-инвалидов и роль семьи в этом процессе, исследователи отмечают, что семья является не единственным социализирующим для подростка элементом.

На этапе подросткового развития семья в процессе социализации опирается на сопутствующие социальные группы. В предложенной О.Ю. Ивановой¹ модели процесса социализации (рис. 4.1) семья использует два пути: она воздействует непосредственно на подростка-инвалида приемами воспитания, наставничества, обучения социальным навыкам, коммуникативным навыкам и вместе с тем действует опосредованно через группу сверстников, воспитателей, учителей, родственников, учреждения здравоохранения и социальной защиты.

¹ См.: *Иванова О.Ю.* Роль семьи в социализации инвалидов подросткового возраста (на примере Красноярского края): дис. ... канд. социологич. наук. М., 2004. С. 111.

Полученные данные о подростке-инвалиде, содержащие данные о биологическом (психофизиологическом), психологическом и социальном статусе, позволят выявить возможности его социального развития и определить необходимость разработки программы социализации. Социальные технологии социализации не ограничиваются воздействием семейного окружения и участия в ней сверстников подростка-инвалида.

Важным обстоятельством является непосредственное участие, заинтересованность семьи в судьбе подростка-инвалида в осуществлении социальных технологий. Социальные технологии социализации подростков-инвалидов в семье делают необходимым обращение к социальной ситуации самой семьи, к ее ближайшему окружению.

В рамках социальных технологий помощь семьи, осуществляющей социализацию подростка-инвалида, может быть представлена по следующим направлениям.

1. Психологическая помощь.

1.1. Устранение стрессовой ситуации. По данным исследователей, стрессовые состояния родителей в связи с воспитанием в семье подростка-инвалида испытывают постоянно – 14%, часто – 40%, редко – 25%.

1.2. Воздействие на межличностные отношения родителей.

1.3. Формирование межличностных отношений подростков с внешним окружением (сверстники, одноклассники).

2. Социальная помощь.

2.1. Выявление проблем семьи, имеющей в своем составе подростка-инвалида.

Исследования показывают, что наиболее актуальные из них: медицинские, психолого-педагогические, бытовые, экономические, юридические, вопросы трудоустройства как членов семьи, так и подростков-инвалидов, вопросы профессионального обучения и др.

2.2. Помощь в устройстве подростков-инвалидов в учебные заведения.

2.3. Помощь в улучшении бытовых условий.

государственного значения, рекомендации которого обязательны для исполнения всеми структурами общества. Исходным юридическим основанием для начала реабилитации является наличие (у родителей ребенка) справки о признании ребенка инвалидом, выдаваемой государственной службой медико-социальной экспертизы в соответствии с «Положением о признании лица инвалидом», утвержденным Постановлением Правительства РФ от 13 августа 1996 г. № 965. Указанная справка может быть выдана после проведения специалистами этой службы медико-социальной экспертизы ребенка, осуществляемой по письменному заявлению родителей с приложением направления из учреждения здравоохранения или органа социальной защиты населения. Направление из учреждения здравоохранения должно быть составлено врачами-специалистами врачебно-консультативной комиссии федерального или муниципального лечебно-профилактического учреждения по месту постоянного проживания ребенка в виде «Медико-социального заключения на ребенка-инвалида» по форме, утвержденной Приказом Минздравмедпрома России от 18 марта 1996 г.

В соответствии с п. 22 «Положения о признании лица инвалидом» в месячный срок после признания ребенка инвалидом специалистами учреждения, проводившими медико-социальную экспертизу, должна быть разработана индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида: перечень реабилитационных мероприятий с указанием их объема, сроков проведения, исполнителей и направленных на восстановление способностей ребенка-инвалида к бытовой, возрастно-средовой и учебной деятельности в соответствии со структурой его потребностей, кругом интересов, уровнем притязаний с учетом прогнозируемого уровня его соматического состояния, психофизиологической выносливости, социального статуса ребенка и семьи, реальных возможностей социально-средовой инфраструктуры.

Согласно Постановлению Министерства труда и социального развития РФ от 14 декабря 1996 г. № 14 индивидуальная программа реабилитации ребенка-инвалида разрабатывается специалистами учреждения государственной службы медико-

социальной экспертизы с привлечением (в случае необходимости) специалистов учреждений здравоохранения, образования, профессионального обучения и других органов и учреждений, осуществляющих деятельность в сфере реабилитации детей-инвалидов при обязательном участии родителей или уполномоченных лиц, их заменяющих. В случаях, требующих применения для разработки программы сложных видов реабилитационно-экспертной диагностики, ребенок-инвалид может быть направлен в вышестоящее учреждение государственной службы медико-социальной экспертизы.

На этапе первичной комплексной медико-социальной экспертизы и разработки ИПР ребенка-инвалида решаются следующие задачи:

- определение наличия нарушений функций, оценка их выраженности, а также оценка тяжести связанных с выявленными нарушениями ограничений жизнедеятельности с указанием ведущего ограничения;

- определение психологического статуса ребенка-инвалида, его образовательного потенциала и индивидуальных предпочтений с учетом социальных последствий ограничений, возможности получения образования для будущей профессиональной деятельности;

- определение психолого-социального статуса семьи ребенка-инвалида, ее педагогических возможностей и социально-бытовых условий, предоставляемых ребенку-инвалиду.

При исполнении норм указанных законов предполагается, что в ИПР будут указаны меры, необходимые и достаточные для достижения целей реабилитации и интеграции инвалида в общество. Квалифицированная разработка ИПР должна предусматривать мероприятия, обеспечивающие инвалиду активную позицию, при которой он мог бы грамотно использовать как свой остаточный реабилитационный потенциал, так и помощь со стороны государственных и общественных структур.

В соответствии с Указом Президента РФ от 1 июня 1992 г. была разработана целевая программа «Дети-инвалиды», которая

семьей как социальным институтом и другим социальным институтом – учебным заведением.

Таким образом, психологический фактор, положенный в основу социализации инвалидов подросткового возраста и учитываемый в социальных технологиях, включает основные личностные характеристики инвалидов подросткового возраста, их потребности в общении и занятости.

Социальный фактор предполагает необходимость учета условий социально-средового окружения. В первую очередь это касается характеристики семьи, образа жизни членов семьи, стиля поведения и отношения к подростку-инвалиду. Семья – это микросоциум, где осуществляется воспитание, формирование личности подростка. От позиции семьи зависит становление личности подростка-инвалида, формирование его социальной роли. Разумное, равномерное «распределение» поощрения и порицания, направляющая, оптимизирующая и щадящая практика будет способствовать адекватной социализации подростка-инвалида.

На этапе подросткового развития важное значение приобретает обучение социальному опыту. Общим принципиальным подходом в социальных технологиях в рамках семейной социализации подростков-инвалидов является принцип обучающего воздействия: обучение навыкам хозяйственно-бытового труда, пользования современным электронным кухонным оборудованием, сохранения собственной безопасности, умения вести семейный бюджет, общения со сверстниками противоположного пола. Последнее обстоятельство «выводит» подростка-инвалида за пределы семьи. Однако первичная социализация института семьи на этом не заканчивается, она продолжается на принципах преемственности «передачи» социализирующего социального-средового воздействия из одной среды (семьи) в другую – среду сверстников.

Характер социальных технологий в рамках семейной социализации подростков-инвалидов будет определяться в зависимости от социального статуса семьи (благополучная, асоциальная, криминальная и т.д.) и от особенностей социальной группы сверстников.

Социальные технологии социализации подростков-инвалидов предполагают необходимость воздействия на потенциальные возможности общения, на их психологические задатки, которые под влиянием инвалидизирующего заболевания и связанной с ним ситуации «затворничества» находятся в «свернутом» виде. Социализирующее воздействие на подростков-инвалидов с учетом необходимости формирования их коммуникативных потребностей будет носить коррекционно-психологический характер.

В подростковом возрасте потребностная сфера не ограничивается желанием общаться. Значительное место занимает потребность занятости, деятельности, участия в труде. К подростковому возрасту ребенок-инвалид приходит уже с определенным запасом сформированных навыков самообслуживания, хозяйственно-бытового труда. Однако эта деятельность, ограничивающаяся пределами дома, узким кругом родственников, не может сравниться с деятельностью в коллективе сверстников, стремление к которой ярко обнаруживается в подростковом возрасте. Имеется в виду участие подростков-инвалидов в трудовой деятельности в производственном труде. Труд рассматривается как созидательный способ реализации практических, интеллектуальных, нравственно-волевых, социальных и других потребностей¹.

Социальные технологии социализации подростков-инвалидов с учетом реализации потребностей их в занятости будут носить коррекционно-педагогический характер с использованием обучающего воздействия не только и не столько в рамках семьи. Большую значимость здесь приобретают меры вовлечения подростков в обучающую среду, развивающую в условиях средних учебных заведений либо реабилитационных центров. Социализирующее воздействие семьи не будет утрачивать свое влияние. При этом скорее будет наблюдаться преобладание в сфере коррекционно-педагогических социальных технологий между

¹ См.: *Хижанова Т.М.* Роль социально-трудовой реабилитации в социализации личности детей и подростков, находящихся в трудной жизненной ситуации // *Отечественный журнал социальной работы.* 2003. № 3. С. 55–59.

является первой попыткой создать план комплексного решения проблем детей с умственными и физическими ограничениями. Программа предусматривает решение следующих задач:

- повышение эффективности профилактической работы по предупреждению детской инвалидности;
- улучшение возможностей для комплексной психолого-педагогической реабилитации детей-инвалидов;
- обеспечение детей-инвалидов техническими средствами, облегчающими бытовое обслуживание;
- создание систем информационного обеспечения для решения проблем детской инвалидности;
- обеспечение систематического повышения квалификации кадров, работающих с детьми-инвалидами;
- укрепление материально-технической базы специальных учреждений для детей-инвалидов.

В статьях закона о социальной защите инвалидов указывается, что в зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 16 лет устанавливается категория «ребенок-инвалид».

Государственная социальная политика в отношении данной категории детей направлена в основном на выделение социальных пособий, установление различных льгот на жилье, учебу, индивидуальные средства реабилитации и др. Составной частью активной государственной политики становится создание доступной для детей-инвалидов среды жизнедеятельности.

На этом фоне более чем странным представляется проект основных направлений деятельности Федерального центра развития образования (директор – академик А.Г. Асмолов), обсуждавшийся на ежегодном собрании Академии педагогических и социальных наук (рис. 1.2.) в апреле 2009 года. В структуре этого нового научного учреждения не нашлось места для специальной коррекционной педагогики именно детей-инвалидов. Авторы проекта ограничились лишь общей формулировкой – «Центр реабилитационного и коррекционного образования».

Думается, это недоразумение в ближайшее время будет ликвидировано.

Директор ФИРО академик А.Г. Асмолов			
Основные направления деятельности федерального института развития образования			
Методология управления системой образования (управление проектами)	Методология управления образовательным пространством как социальной сетью, связывающей различные институты социализации: семью, культуру, религию, СМИ (управление рисками)	Методология управления содержанием и результатами образования, обеспечивающая формирование компетентности личности и развитие национальной инновационной системы (управление знаниями)	Методология ресурсно-технологического обеспечения образования (управление ресурсами)
Центр стратегии развития образования и организационно-методической поддержки программ	Центр социализации, воспитания и неформального образования	Центр методологии проектирования стандартов и оценки качества образования	Центр мониторинга и статистики образования
Центр методологии управления, экономики и нормативного регулирования образования	Центр системного анализа этнокультурной, конфессиональной и миграционной образовательной политики	Центр начального, среднего, высшего и дополнительного профессионального образования	Центр информационных и коммуникационных технологий
	Центр реабилитационного и коррекционного образования	Центр дошкольного, общего и дополнительного образования	Центр развития профессионального и личностного потенциала научно-педагогических кадров
			Центр здоровьесберегающих технологий
			Центр развития психологической службы образования

Рис. 1.2. Проект структуры Института развития образования

валида есть прежде всего проблема психологическая, а не медицинская, еще более верно по отношению к инвалидности детей в подростковом возрасте.

В подростковом возрасте личность ребенка претерпевает существенные изменения, отражающие «пересмотр» своего «Я», своего взгляда на окружение. Возникает необходимость переоценки прежних привязанностей, интересов, происходит некое отчуждение от членов семьи, тяготение к сверстникам, внешним связям и знакомствам.

Эти качественные возрастные личностные изменения не только проявляются у подростка-инвалида, но и выглядят еще более сложными, инвалидность усугубляет возрастные личностные изменения. Инвалидизирующее заболевание приносит в «личностную картину» элементы неуверенности, тревожности, сомнений, колебаний, склонность к выявлению патологических реакций. Реакция оппозиции носит оттенок агрессивности, обвинения родителей в наличии инвалидизирующего заболевания.

Социальные технологии в социализации подростков-инвалидов предполагают меры психолого-педагогического, коррекционно-психологического характера. Выбор последовательности социализирующего воздействия и социализирующих мер будет определяться особенностями личностных нарушений, поведенческих реакций, а социальные технологии будут иметь адресный характер.

Потребности подростков-инвалидов как компонент личностно-психологического фактора своеобразны. В содержательном плане они касаются общения и выбора объектов общения. Длительное пребывание подростка-инвалида в узком кругу семьи не развивает, а сдерживает развитие коммуникативно-потребностной сферы¹. Вместе с тем у инвалидов подросткового возраста формируется потребность общения со сверстниками, желание «выйти» за пределы семьи.

¹ См.: Сырникова Б.А. Социализирующая и реабилитационная роль семьи в жизнедеятельности инвалидов // Семья в России. 2003. № 2. С. 41–44.

ных нарушений, который соотносится с нозологической формой заболевания, с одной стороны, и глубиной поражения органов и систем организма – с другой. Характер социализирующего воздействия в зависимости от функциональных нарушений может включать либо логопедические, либо медицинские, либо педагогические меры. Важным показателем выбора социализирующего воздействия в рамках биологического (медицинского) фактора является степень ограничения жизнедеятельности в области самообслуживания, передвижения, обучения, общения, трудовой деятельности, ориентации и контроля за своим состоянием¹.

Социализация подростков-инвалидов, меры социализирующего воздействия в социальных технологиях будут иметь различное содержание при разных категориях ограничений жизнедеятельности. Они будут представлены мерами воспитательного, коррекционно-педагогического либо социально-психологического характера.

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

Психологический фактор предполагает необходимость учета ряда личностных особенностей инвалидов подросткового возраста и их потребностей. Личность ребенка подросткового возраста является сложным психологическим образованием. Это положение в значительной степени относится к личности подростка-инвалида. Существующее в психологии мнение, что проблема ин-

¹ См.: Критерии оценки ограничений жизнедеятельности в учреждениях МСЭ: Метод. рекомендации / Сост. Д.И. Лаврова, Е.С. Либман, С.Н. Пузин и др. М., 1999. С. 34.

2. ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Существующие возможности в области образования для детей с особыми потребностями

Интегрированное образование основано на принципе равных возможностей для всех детей и предполагает необходимость уделять особое внимание самым сильным сторонам каждого ребенка, а не его недостаткам. Основная идея интегрированного образования простая и заключается в необходимости внесения изменений в существующую систему образования, чтобы она отвечала нуждам каждого ребенка, а не наоборот, когда ребенка заставляют приспособливаться к существующей образовательной системе...

Саламанская декларация ЮНЕСКО, 1994 год

В современном мире образование выступает в качестве одного из основных факторов сохранения и изменения социальной структуры общества, а также социальной, профессиональной мобильности личности. Образование как фактор мобильности в значительной степени повышает возможности восхождения по социальной лестнице, а в целом ряде случаев является его условием¹.

В рамках существующей системы образования в России для детей с особыми потребностями существуют следующие возможности:

– дошкольные образовательные учреждения, в которых есть либо специальные группы, либо группы, включающие наряду с другими детьми детей с особыми потребностями;

¹ См.: Константиновский Д.Л. Молодежь в системе образования // Социологический журнал. 1997. № 3. С. 7.

– специальные образовательные учреждения для детей с особыми потребностями;

– специальные классы в рамках обычных общеобразовательных учреждений;

– специальные образовательные учреждения для детей, нуждающихся в психологической, педагогической и медико-социальной помощи.

В 2005–2006 учебном году в России насчитывалось 1936 образовательных учреждений для детей с особыми образовательными потребностями, в которых обучались 235 410 детей¹. Из общего числа детей с особыми потребностями:

- 187 900 детей получали образование либо в специальных классах в рамках обычных образовательных учреждений, либо в школах-интернатах общего типа;

- 40 000 детей получали школьное образование в домашних условиях;

- 69 300 детей получали образование в специальных школах-интернатах.

По данным на 1 января 2007 года Управления специальным образованием Министерства образования и науки РФ, занятость инвалидов, освоивших программы высшего и среднего профессионального образования, превышает 60%. Однако современное образование, призванное способствовать выравниванию статусных позиций, часто воспроизводит неравенство, существующее в обществе, устанавливает довольно жесткие барьеры для представителей социальных групп, которые не располагают ресурсами: финансами, социальным статусом. Хотя идея общедоступного образования для всех социальных групп общества давно обсуждается, а в ряде регионов России реализуется, она редко оказывается воплощенной эффективно в повседневной российской практике².

¹ См.: Анализ положения детей в Российской Федерации. М., 2007. С. 68.

² См.: Чеканова Э.Е. Образование как фактор социальной интеграции // Социальное неравенство и образование: проблемы, исследования, действия: материалы междунар. семинара. Саратов, 2001. С. 50.

Социальные технологии социализации подростков-инвалидов в самом общем виде включают:

- диагностику социальной среды;
- группировку подростков-инвалидов по социальным критериям (пол, возраст, статус в семье и т.д.);

- выявление проблем семьи с подростком-инвалидом;

- выявление проблем подростка-инвалида;

- разработку программы обучения родителей основам социализации подростка-инвалида;

- прогнозирование результатов;

- оценку эффективности социализации подростков-инвалидов в семье.

Социальные технологии социализации подростков-инвалидов включают ряд последовательных действий для получения определенных необходимых данных о самом подростке-инвалиде, его окружении (ближайшем и отдаленном), выявления возможностей его социального развития и составления программы социализирующего воздействия. Сведения о подростке являются основополагающими для разработки программы социализирующего воздействия.

Социальные технологии социализации инвалидов подросткового возраста основываются на анализе биологического, психологического и социального факторов.

Биологический фактор предполагает необходимость учета ряда показателей.

Среди всех данных о подростке-инвалиде помимо конкретной возрастной характеристики, половой принадлежности исключительно важное значение имеет характер инвалидизирующей патологии. Известно, что поражение костно-мышечной системы с нарушением функций опорно-двигательного аппарата или психическое заболевание с нарушениями психологического развития по-разному отражаются на жизнедеятельности инвалидов подросткового возраста и потому требуют различных подходов социализирующего воздействия.

Одним из показателей биологической, медицинской характеристики подростка-инвалида является уровень функциональ-

родителей может вызывать формирование у других членов семьи неприязненного отношения к нему и отрицательно сказываться на сплоченности семьи, а в дальнейшем вызывать деформированность и дисгармоничность семейных отношений в целом.

Известно, что ребенку-инвалиду в семье уделяется больше внимания, чем здоровым детям и другим членам семьи. Это сопровождается перераспределением ролей в семье и может формировать иждивенческую позицию у подростка. В связи с этим очень важно, чтобы социализирующая роль семьи не выглядела как щадящая, ограждающая, а напротив, имела бы активизирующий, стимулирующий характер.

В основе особенностей социализации подростков-инвалидов лежит ряд факторов:

- социализация подростков-инвалидов осуществляется в семье, является продолжением социализации, начавшейся в детском возрасте;

- социализация инвалидов подросткового возраста осложняется за счет психофизиологических изменений, свойственных этому переходному (пубертатному) возрасту;

- социализация подростков-инвалидов не ограничивается воздействием семьи, она выходит за рамки узкого семейного круга за счет «включения» сверстников;

- социализация инвалидов подросткового возраста предполагает широкую интеграцию их в социум на основе полученного профессионального образования и овладения социальным опытом;

- будущее подростка-инвалида в ряде случаев предстает не всегда определенным за счет выявления зависимости от семьи, родственников;

- среди направлений социализации подростков-инвалидов наиболее уязвимыми, неустойчивыми и недостаточно сформированными являются социальная самостоятельность и социальная ответственность;

- фактором, способствующим успешной социализации, является интегрированное обучение подростков-инвалидов в различного рода образовательных учреждениях.

Имеется несколько основных препятствий на пути получения полноценного образования у детей с ограниченными возможностями.

1. Физические препятствия. Доступ лиц с физическими формами инвалидности к различным услугам затрудняется недостатком средств передвижения и плохой оснащенностью зданий. Это относится к школам, в которых часто отсутствуют пандусы, лифты и другие средства физического доступа.

2. Отсутствие у учителей и школьной администрации знаний и навыков оборудования классных помещений с учетом потребностей инвалидов. Большинство педагогов и руководителей учебных заведений практически не имеют представления о проблемах инвалидности и не готовы иметь учащегося с ограниченными возможностями в числе своих учеников. Более того, они не располагают методическими приемами, позволяющими детям с различными проблемами обучения получать образование в рамках обычной школы.

3. Типичное заблуждение в отношении детей с ограниченными возможностями – утверждение о том, что ребенок признан необучаемым, поэтому организовать его обучение в настоящий момент невозможно, ребенку рекомендуется пребывание в учреждениях системы социальной защиты.

По словам специалистов в области реабилитации детей с ограниченными возможностями, имеющий опыт ознакомления с инновационными подходами к реабилитации детей с особенностями развития доказывает, что:

во-первых, практически при любом типе отклонений от возрастной нормы развития и при любой степени тяжести этого отклонения для ребенка можно создать условия, обеспечивающие положительную поступательную динамику его развития (физического или умственного), пределы которого не установлены;

во-вторых, практически в любом виде учебной, профессиональной, игровой деятельности могут быть созданы условия, обеспечивающие реабилитационный эффект¹.

¹ Средства и методы реабилитации детей с особенностями развития

По экспертным оценкам, в настоящее время 1,6 млн детей, проживающих в Российской Федерации (4,5% их общего числа), относятся к категории лиц с ограниченными возможностями и нуждаются в специальном (коррекционном) образовании, соответствующем их особым образовательным потребностям.

По состоянию на 1 января 2006 года в системе дошкольных образовательных учреждений работа по обучению, воспитанию и коррекции ведется только в 10,474 тыс. детских садах и группах компенсирующего вида с 447,2 тыс. детей. Из них детских садов и групп для детей:

- с нарушением слуха – 158 (5,2 тыс. человек);
- с нарушением речи (при сохраненном слухе) – 7549 (272,5 тыс. человек);
- с нарушением зрения – 539 (37,3 тыс. человек);
- с нарушением интеллекта (умственно отсталых) – 270 (12,7 тыс. человек);
- с нарушением опорно-двигательного аппарата – 586 (39,3 тыс. человек);
- санаторного типа для детей с туберкулезной интоксикацией – 872 (46,5 тыс. человек);
- других профилей – 559 (33,8 тыс. чел.).

По информации Минобрнауки России, сеть специальных (коррекционных) образовательных школ для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии, включает в себя восемь видов образовательных школ (школ-интернатов) для детей с физическими и умственными недостатками, а также образовательных школ индивидуального обучения детей-инвалидов на дому. Всего их в 2005–2006 учебном году, по данным Федеральной службы статистики, было 1946 с общим контингентом обучающихся свыше 236 тыс. человек (более 20 из них – школы индивидуального обучения). Обучение и коррекция развития в данных учреждениях реализуются по 15 учебным программам.

и инвалидностью: материалы Третьей Всероссийской научно-практической конференции, 24–28.03.1997. М.: Институт педагогических инноваций РАО, 1998. С. 11

Долгосрочные модели (4 месяца и более) построены на психосоциальной модели, которая предусматривает более полное понимание людей в контексте существующей действительности и использование этих знаний, чтобы помочь клиенту развивать и усиливать свой потенциал. Основная идея данной модели – понять человека в ситуации; связать его чувства, переживания, поступки с внешним влиянием и, установив причинно-следственные связи, найти выход из положения. В ходе осуществления данной модели взаимодействия с семьей важная роль отводится анализу личностных особенностей ее членов, приверженности к тем или иным ценностям, определению защитных механизмов, стереотипов поведения и т.п.

Основные задачи психосоциальной модели:

- изменять клиента, в данном случае – семейную систему, адаптируя ее к выполнению своей специфической функции (реабилитация ребенка-инвалида);
- изменять ситуацию – другие системы, оказывающие влияние на семью;
- воздействовать на то и другое одновременно.

4.2. Социализация подростка-инвалида в семье

Социализация – это сложный процесс включения индивида в общественные отношения, в ходе которого он усваивает образцы поведения, социальные нормы и ценности, необходимые для успешной жизни в данном обществе¹. Различают первичную социализацию, в которую индивид включается в детстве, и вторичную (ресоциализацию) – процесс усвоения новых ролей, ценностей, знаний на каждом этапе жизни.

Исследователи определяют три измерения в функционировании семьи: сплоченность, адаптируемость и качество коммуникации. Наличие инвалида в семье, особое к нему отношение

¹ См.: Казарникова Н.В., Филатова О.Г., Хренова А.Е. Социология. М., 1999.

В работе с семьей ребенка могут быть использованы различные технологические модели взаимодействия.

Краткосрочные модели.

Кризисинтервентная модель предполагает оказание помощи непосредственно в кризисной ситуации (6–7 недель). Поскольку кризисная ситуация требует быстрого реагирования, ее оценка не предполагает детальной диагностики, а внимание фокусируется на масштабах дезадаптации и имеющихся средствах ее преодоления. При этом используются как внешние формы помощи, так и внутренние ресурсы клиента. Основная задача – путем оказания непосредственной эмоциональной поддержки смягчить воздействие стрессового события и мобилизовать усилия клиентов на преодоление кризиса. Кризис может быть вызван рождением ребенка с тяжелой патологией; в данном случае, чтобы предотвратить отказ от ребенка и включить семью в реабилитационный процесс, специалист оказывает образовательную, посредническую помощь, психологическую поддержку (семейная терапия, обучающие тренинги).

Проблемно ориентированная модель (не превышает 4 месяцев) направлена на решение конкретных практических задач, заявленных и признанных клиентом, то есть в центре этой модели находится требование, чтобы профессионалы, оказывающие помощь, концентрировали усилия на той проблеме, которую осознал клиент и над которой он готов работать. Специалист сосредоточивает внимание не столько на внутренних особенностях индивида (группы), сколько на ситуации, породившей проблему. Эта модель предписывает совместное решение проблемы. Ведущим методом данной модели является составление контракта (договора), который включает в себя описание ключевой проблемы, цели и задачи работы, процедуры и методики, требования к клиенту и специалисту, временные рамки совместной деятельности. Составление контракта – это один из способов реализации этического принципа самоопределения клиента. Совместная работа над договором поощряет семью активно участвовать в разработке его условий, вовлекает ее в процесс принятия решений.

2.2. Инклюзивное образование: подходы, проблемы, пути решения

В соответствии со взглядами, которые в наше время заняли прочные позиции в большинстве демократических стран мира, включающее (инклюзивное) образование рассматривается не как отдельная составляющая общественной жизни, а в более широком контексте. «Включающее (инклюзивное) образование это шаг на пути достижения конечной цели – создания включающего общества... В таком обществе отличия уважаются и ценятся, а с дискриминацией и предрассудками в политике, повседневной жизни и деятельности учреждений ведется активная борьба» (П. Миттлер).

В основе инклюзивного образования лежит право человека на образование, провозглашенное во Всемирной декларации прав человека. Таким же важным является право ребенка не подвергаться дискриминации, которое предусмотрено в Конвенции о правах ребенка. Дети вправе получать тот вид образования, который не подвергает их дискриминации на основании умственной или физической инвалидности.

Инклюзивное образование старается разработать подход к преподаванию и обучению, который будет более гибким для удовлетворения различных потребностей в обучении. Из любой жесткой образовательной системы какая-то часть детей выбывает, потому что система не готова к удовлетворению индивидуальных потребностей таких детей в обучении. Это соотношение составляет 15% общего числа детей в школах и, таким образом, выбывшие дети становятся обособленными и исключаются из общей системы. Нужно понимать, что не дети терпят неудачу, а система исключает детей. Инклюзивные подходы могут поддержать таких детей в обучении и достижении успеха, что даст им шансы и возможности для лучшей жизни.

Инклюзивное образование – подход, который стремится развить методологию, направленную на детей и признающую, что все дети – индивидуумы с различными потребностями в обуче-

нии. Если преподавание и обучение станут более эффективными в результате изменений, которые внедряет инклюзивное образование, тогда выиграют все дети (не только дети с особыми потребностями).

Историю обучения детей с особенностями развития в школе можно условно разделить на следующие модели.

Медицинская модель (сегрегация) предполагала лечение и уход в закрытых специальных учреждениях. Изолированность обитателей этих учреждений от мира, отсутствие условий, стимулирующих развитие, отсутствие любви и жесткое обращение были свидетельствами грубейшего нарушения прав человека.

Модель нормализации (интеграции). Ребенок с особенностями развития начал восприниматься как человек развивающийся, способный освоить различные виды деятельности. Однако внедрение модели нормализации приводит к давлению на общество в целях изменения его отношения. Кроме того, требовалось серьезно подготовить ребенка к принятию его школой и обществом.

Модель включения (инклюзии). Человек не обязан быть «готовым», в центре внимания его автономность, участие в общественной деятельности, создание системы социальных связей.

Программы раннего вмешательства осуществляются на основе принципа инклюзии и готовят к интегративному детскому саду и школе. Все дети со специальными нуждами в обучении должны иметь право на место в образовательном пространстве. В инклюзивных школах дети получают знания о правах человека (хотя им это не преподается специально), и это ведет к уменьшению дискриминации, так как дети учатся общаться друг с другом, учатся распознавать и принимать различия.

Ключевые принципы инклюзивного образования

1. Все усилия по инклюзивному образованию основаны на правовой идеологии. Если мы делаем их из жалости или благотворительности, мы не сможем получить нужные результаты.

2. Все дети могут учиться. Мы должны создать подходящие условия для их обучения.

ветствующих лечебно-профилактических учреждениях организуются школы для родителей, целью которых является обучение семей навыкам реабилитационной помощи в домашних условиях.

Врачи и методисты школ проводят занятия по обучающей программе с детьми и их родителями в зависимости от возраста инвалидов.

Дневной стационар. Дневной стационар является одним из звеньев службы комплексной помощи семьям детей-инвалидов. Помимо экономической целесообразности деятельности дневного стационара реабилитационного профиля (уменьшение финансовых затрат на основные виды деятельности – медицинский, психолого-педагогический и хозяйственный) данная структура решает целый ряд медико-социальных вопросов. Дневной стационар является связующим звеном между реабилитацией больного в стационаре и в домашних условиях, что позволяет реализовать основные принципы реабилитации – перенос центра тяжести реабилитационного процесса в семью.

Положительным аспектом деятельности дневного стационара является привлечение родителей к процессу реабилитации и их обучение возможным методикам, чтобы затем полученные знания постоянно отрабатывались в домашних условиях. Таким образом, с помощью дневного стационара решается одна из основных задач реабилитации инвалидов – обеспечение активной реабилитации в семье инвалидов с детства от рождения. Перспективным направлением развития реабилитационной помощи является организация на базе дневного стационара центров для ранней диагностики отклонений развития детей в целях профилактики инвалидности.

Школы адаптивной физической культуры. Школы адаптивной физической культуры – одно из звеньев службы реабилитации. Главными задачами являются: занятия оздоровительно-развивающие, коррекционные, компенсаторные и профилактические по отношению к основному заболеванию, а также к вторичным нарушениям, обусловленным основным дефектом.

Мобильная бригада специалистов оказывает комплексную поддержку семье, где есть ребенок-инвалид. Для этого используется база данных о каждой такой семье в районе, а также данные службы социальной поддержки и учреждений здравоохранения. Специалисты проводят медико-социальное обследование детей с ограниченными возможностями, выявляют вид и объем требуемой помощи, реабилитационного потенциала и общего состояния здоровья ребенка, соблюдая при этом принцип конфиденциальности. С каждым ребенком работа ведется по индивидуальной программе, включая психологическую и социально-медицинскую реабилитацию.

Мобильная бригада разрабатывает индивидуальные маршруты реабилитации детей с учетом возможностей всех отделений комплексного центра социального обслуживания населения, образовательных учреждений, лечебных, культурных учреждений, центра занятости и др. Специалисты помогают семье в социально-бытовой реабилитации, учат ребенка навыкам самообслуживания, осуществляют мероприятия по социально-медицинской реабилитации: массаж, лечебная физкультура и т.д. Способствуют созданию условий для творческой деятельности, занятий спортом, организации досуга, семейных праздников. Обучают родителей основам реабилитации, осуществляют патронаж детей-инвалидов, которые постоянно находятся в домашних условиях.

Участковый принцип работы очень удобен: он позволяет более адресно подойти к проблемам семьи, оказать ей конкретную помощь. Проект, связанный с реабилитацией детей-инвалидов, считается очень перспективным. Мобильная бригада ориентирована на индивидуальную работу с ребенком. Для первичного осмотра бригада выезжает на автомобиле, где есть переносное реабилитационное оборудование, ноутбук с корректирующими и развивающими программами. После первого знакомства с ребенком на дом к нему отправляются специалисты: педагоги, медики, психологи.

Школа для родителей. Для семей детей-инвалидов и инвалидов с детства независимо от возраста при центрах и в соот-

Есть много учреждений, которые работают в интересах детей со специальными нуждами, и они делают свою работу хорошо. Если методы инклюзивного образования разработаны для всей системы учреждений, тогда каждый ребенок найдет место для образования. Наилучший вариант, когда образование в школе сочетается с проживанием в семье.

Указанные принципы очень важны, потому что они помогают людям, работающим в этом направлении, проводить оценку своей работы и выполнять ее в соответствии с местными условиями. Инклюзивное образование вносит значительный вклад в защиту ряда ключевых прав детей: право детей на образование, право на проживание в своей семье и право быть равноправным членом и участником общества.

К сожалению, имеют место случаи использования характеристики «необучаем». Отчасти это вызвано тем, что школа не оборудована должным образом и существуют транспортные проблемы.

В городах открываются альтернативные группы, в которых создаются специальные условия для комфортного пребывания детей со сложной структурой дефекта. Особенно важно отметить, что в массовых школах начинают открывать классы для детей-инвалидов – это первые шаги к инклюзивному образованию. Инклюзивный подход предполагает понимание различных образовательных потребностей детей и предоставление услуг в соответствии с этими потребностями через более полное участие в образовательном процессе.

Преимущества модели образовательного процесса, когда в школе обучаются дети с разными образовательными потребностями, состоят в восстановлении у детей нарушенных связей с окружающей средой. Проблема социализации учащихся коррекционных классов разрешима при создании необходимых условий:

- организации лечения детей;
- разработке индивидуального учебного плана для специализированных классов и корректировке программ;
- подготовке программы социально-психолого-педагогического сопровождения;

- создании единого воспитательного поля деятельности;
- разработке лечебно-педагогических программ по ЛФК и социально-бытовому ориентированию.

Переход к инклюзивному образованию в отечественном контексте в принципе уже был предопределен тем, что Россия ратифицировала конвенции ООН в области прав детей, прав инвалидов: Декларацию прав ребенка (1959); Декларацию о правах умственно отсталых (1971); Декларацию о правах инвалидов (1975); Конвенцию о правах ребенка (1975). Однако для того чтобы Россия стала цивилизованной страной, нужно не только принять закон о специальном образовании или об образовании лиц с ограниченными возможностями, но и иметь благоприятное общественное мнение по данному вопросу, а также создать институциональные условия для реализации прав инвалидов. Система образования в современной России переживает глубокие изменения, различные учебные заведения трансформируются в результате правительственных реформ и под влиянием рыночной экономики. При этом на повестку дня выходят ценности социального включения, интеграции, хотя общественное мнение по этому вопросу далеко не однородно.

В настоящее время существуют различные формы содействия в получении высшего образования для различных социально уязвимых групп населения: законодательное регулирование условий получения высшего образования, финансовая поддержка, информационное обеспечение, социальная реабилитация, позитивная дискриминация. Все эти формы находятся на разной ступени своего развития и обладают различной степенью эффективности. Законопроектом РФ «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)», который с 1996 года ждет своего принятия, устанавливается возможность обучения детей-инвалидов в массовой школе, а в Докладе Государственного Совета РФ «Образовательная политика России на современном этапе» (2001) говорится уже о приоритете интегрированного (инклюзивного) образования детей-инвалидов: «Дети, имеющие проблемы со здоровьем (ин-

Во многих семьях можно наблюдать такие явления, как гиперопека, гиперпротекция либо, наоборот, игнорирование потребностей детей.

В работе с семьями исследователи предлагают ориентироваться на то, чтобы:

- ребенок с ограниченными возможностями мог жить дома и расти в своей семье;
- семьи и дети с ограниченными возможностями получили поддержку в организации групп самопомощи и развития их деятельности;
- родительские группы и организации для людей с ограниченными возможностями были активно вовлечены в процесс разработки и оценки проводимых мероприятий и услуг;
- детские сады, школы, центры дополнительного образования в ближайшем к ребенку районе были доступны для него;
- дети были социально интегрированы в местное общество;
- деятельность государственных служб была скоординирована.

Для родителей важно, чтобы дети с домашнего обучения перешли в образовательные учреждения, где они могли бы общаться со сверстниками. Но тут возникают другие проблемы: транспорт, сопровождение.

Решая эти проблемы семьи, удается практически всех детей устроить в детские образовательные учреждения, создать альтернативные образовательные формы: группа «Лучик Надежды», класс «Особый ребенок». Решается проблема доставки детей в школу и обратно через создание муниципальной службы сопровождающих (ассистентов).

Успешно внедряется новая форма работы с семьями – *мобильная бригада реабилитации для детей-инвалидов*.

Состав мобильной бригады формируется по межведомственному принципу: в нее входят социальный педагог, участковый терапевт, представители общественных организаций, работающих с детьми-инвалидами. Цель этого инновационного проекта – расширение реабилитационного пространства детей с ограниченными возможностями.

- изучение капризов ребенка, его природа, возможности предупреждения и преодоления;
- использование игры в социально-педагогической работе;
- применение поощрения и принуждения в социально-педагогической работе с ребенком;
- использование среды (домашней и уличной) в развитии ребенка;
- взаимодействие с медицинскими работниками;
- вовлечение других членов семьи в социально-педагогическую работу с ребенком.

Как показывает практика, поведение родителей по отношению к своим детям может быть различным:

- родитель активен с самого начала: он делает не только то, что рекомендуют, но и придумывает что-то свое, делится со специалистами домашними наблюдениями;
- активность родителя появляется после первых положительных результатов у его ребенка;
- скачкообразная активность – по настроению или по каким-либо другим причинам;
- активность ради активности – наблюдается у отдельных родителей, лиц, их заменяющих, бабушек. Чтобы вовлечь их в социально-педагогическую работу, требуется деликатность, аргументированность и настойчивость;
- имитация активности. Такой родитель может показать свою глубокую озабоченность, но он только делает вид, что выполняет основные рекомендации. С такими родителями работать особенно сложно;
- вялая активность или ее отсутствие: родители осознают, что ребенку нужна помощь, но ничего не хотят для этого делать, акцентируя внимание только на его обслуживании, и отдают ребенка в соответствующее учреждение для «очистки совести». Чаще всего этот тип поведения характерен для отцов или лиц, заменяющих родителей. При возможности они сдают своего ребенка в интернат, а если им это недоступно, то ребенку грозит участь всю жизнь пролежать в кровати или просидеть в инвалидной коляске.

валиды), должны обеспечиваться государством медико-психологическим сопровождением и специальными условиями для обучения и преимущественно в общеобразовательной школе по месту жительства и только в исключительных случаях – в специальных школах-интернатах»¹. Специальное образование, охватывающее учащихся с особыми потребностями, инвалидов, испытывает серьезные трудности ввиду сокращения финансирования и структурных преобразований. Социальная роль таких учреждений, как школы-интернаты для детей с нарушениями развития, подвергается переоценке.

Специальное образование, с одной стороны, создает особые условия для удовлетворения потребностей учащихся в медицинских и педагогических услугах, а с другой – препятствует социальной интеграции инвалидов, ограничивая их жизненные шансы. Гуманистической альтернативой выступает интегрированное, или инклюзивное (совместное), обучение, позволяющее существенно сократить процессы маргинализации детей с инвалидностью². Инклюзивное образование в процессе своего внедрения может столкнуться не только с трудностями организации так называемой безбарьерной среды (наличие пандусов, одноэтажный дизайн школы, введение в штаты сурдопереводчиков, переоборудование мест общего пользования), но и с трудностями социального свойства, заключающимися в распространенных стереотипах и предрассудках, в том числе в готовности или отказе учителей, школьников и их родителей принять интеграцию.

В исследованиях Д.В. Зайцева, П.В. Романова, И.И. Лошакова приводится анализ опроса учителей, родителей, школьников по вопросу возможности совместного обучения с детьми-инвалидами, имеющими трудности в передвижении, нарушениями слу-

¹ Материалы к заседанию Государственного Совета РФ от 29.08.2001 г. М., 2001.

² См.: Лошакова И.И., Яворская-Смирнова Е.Р. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей-инвалидов // Социально-психологические проблемы образования нетипичных детей. Саратов, 2002.

ха, речи или зрения, задержкой умственного развития. Отмечено, что около 1/3 опрошенных старшеклассников вообще никогда не замечали присутствия в нашем обществе детей-инвалидов, около 40% видели их на улице, порядка 20% были знакомы, но не общались, а примерно 15% имели близкие контакты.

Анализ показал, что наиболее близкие контакты, характеризующие отношения между хорошими знакомыми, товарищами и родственниками, осуществляются между опрошенными учащимися и детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (12,4%) и в умственном развитии (12,9%). Более редкими у респондентов оказались контакты с теми детьми, у кого имеются нарушения речи, слуха или зрения (9,1%). А среди тех, кого школьники только видели на улице, больше детей-инвалидов, имеющих внешние признаки инвалидности (40,5%). Таким образом, около 70% опрошенных продемонстрировали различную степень осведомленности о проблемах инвалидности у детей. Тот факт, что лишь около 1/3 опрошенных старшеклассников имели возможность познакомиться с ребенком-инвалидом, на взгляд исследователей, говорит о том, что возможности для такого знакомства невелики и отчасти они заданы институциональными рамками, в частности организацией системы образования.

Наибольшая терпимость к тому, чтобы учиться в одном классе, проявляется у респондентов по отношению к детям с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а менее терпимы они к тем, у кого есть нарушения слуха, зрения. Самый низкий уровень толерантности был выявлен в отношении детей с нарушениями в умственном развитии: почти половина опрошенных высказала пожелания, чтобы те учились в отдельной школе. Совершенно очевидно, что в данном случае проявляется глубоко укоренившийся стереотип, стигма умственной отсталости, конструирующие серьезные барьеры для интеграции и детей, и взрослых в общество.

Несмотря на проявление нетерпимости по отношению к некоторым формам инвалидности, подавляющее большинство опро-

Успешное решение социально-педагогических задач реабилитации возможно лишь при благоприятном психологическом климате в семье. Как показывает практика, ситуация не всегда складывается положительно. По статистическим данным, около половины детей с ограниченными возможностями воспитываются одним из родителей, как правило, матерью.

Психолог, социальный педагог и социальный работник уже на первых этапах работы с семьей могут помочь снять напряжение, наладить взаимоотношения. Чтобы снять психологическое напряжение, используются следующие меры:

1) разъяснение родителям причины возникновения патологии, что позволяет снять с них личную вину за случившееся;

2) показ перспективы преодоления патологии ребенка и возможности достижения положительного результата;

3) показ необходимости создания и сохранения тесного эмоционального контакта родителя с ребенком в повседневной жизни и социально-педагогической работе с ним;

4) информирование о правах и обязанностях родителей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями здоровья, что усиливает уверенность родителей в том, что они не останутся один на один с проблемами и государство готово помогать им на протяжении всей жизни. Социально-педагогическая работа в этом направлении направлена на поддержание материально-бытового уровня семьи, помощь родителям в оформлении документов на получение денежных пособий, страховых выплат, получения жилья или его улучшения, телефона, в улучшении транспортного обслуживания и т.п.

Разработка совместной с родителями программы социально-педагогической деятельности предполагает обучение родителей методике работы с ребенком в следующих направлениях:

- разработка распорядка дня ребенка;
- обучение самообслуживанию;
- обучение особенностям ухода за ребенком;
- наблюдения за поведением ребенка и умение учитывать позитивные явления в социально-педагогической работе с ним;

В большинстве же случаев появление детей-инвалидов не влияет на ухудшение отношений между супругами – 77%. Есть даже семьи, в которых родители отмечают улучшение отношений – 8%. Тем не менее исследователь не отрицает факта, что отношения ухудшились в 10% семей. Из них на ухудшение отношений в связи с появлением ребенка-инвалида чаще всего указывают родители в разводе (21%), чем в зарегистрированном браке (7%).

Вторая группа – адаптационный потенциал родителей, который включает возрастные и образовательные характеристики. Самая большая группа родителей находится в возрасте 30–39 лет (51,4% матерей и 46,8% отцов); возрастная группа 40–49 лет (27,5 и 37% соответственно); группа 20–29 лет и менее многочисленная (соответственно 16,2 и 8,8%). Сопоставление уровней образования родителей показало, что доля матерей с высшим образованием сопоставима со среднероссийской и составляет 31,7%, а для отцов даже выше средней – 33,5%. Доля матерей, имеющих образование на уровня средней школы и ПТУ, выше средних показателей¹.

Третья группа – возраст и реабилитационный потенциал детей-инвалидов. Дети дошкольного возраста составляют примерно 30%, дети школьного возраста и старше – около 70% общего числа инвалидов.

Методами социальной поддержки семьи являются: социальный патронаж, который предполагает совместную деятельность специалистов по социально-психолого-педагогической реабилитации; школа для родителей; дневной стационар; реабилитационные центры, отделения, кабинеты; школы адаптивной физической культуры; попечительские (общественные) советы родителей детей-инвалидов.

Социальный патронаж – это обследование семьи в целях выявления социально-психологических, демографических, жилищно-коммунальных особенностей и разработка индивидуально для каждой семьи программы социально-педагогической реабилитации.

¹ См.: Кулагина Е.В. Адаптация семей с детьми-инвалидами к современным экономическим условиям: автореф. дис. ... канд. экон. наук. М., 2004. С. 13.

шенных убеждены, что необходимо предпринимать специальные действия для того, чтобы инвалиды стали равноправными (85%). Более половины респондентов полагают, что нужно содействовать тому, чтобы люди воспринимали инвалидов без предубеждения, а почти 40% опрошенных уверены, что следует помогать инвалидам жить и работать в условиях, которые не ограничивали бы их передвижения: наличие звуковых сигналов на светофорах, въезды в магазины для инвалидных колясок, приспособленные для инвалидов общественные места и транспорт.

В исследованиях отмечается, что 70% родителей считают возможной образовательную интеграцию детей с поражением опорно-двигательного аппарата, тогда как к такому мнению склоняются менее 40% учителей. Родители более толерантны к идее образовательной интеграции детей и с иными нарушениями развития: число тех, кто положительно относится к такой возможности для детей с нарушениями зрения, слуха, речи на 16% превышает число учителей, согласившихся с таким вариантом (36 и 20% соответственно). Примерно восемь из десяти родителей не возражают против того, чтобы в одном классе с их детьми учились бы инвалиды с нарушениями опорно-двигательного аппарата, тогда как всего лишь 16% учителей согласились бы вести занятия в таком классе. Каждому второму учителю понадобится переподготовка, если образовательная интеграция детей-инвалидов все-таки состоится в более широком масштабе, чем это происходит сейчас.

Примерно 1/5 часть педагогов считают себя вполне подготовленными к подобной ситуации, по крайней мере они не ожидают никаких особых изменений в своем профессиональном статусе, карьере или собственной квалификации. Мнения родителей и учителей сошлись в том, какие последствия они ожидают от интеграции детей-инвалидов в массовую школу: более 2/3 опрошенных полагают, что это позволит учащимся стать более толерантными, научиться взаимопомощи и заботе, хотя не исключены и конфликты между детьми (к такому мнению склоняются каждый пятый родитель и каждый четвертый ученик). Мнения

о влиянии интеграции на образование распределились почти симметрично: 10% учителей и 22% родителей ожидают, что качество обучения возрастет, тогда как 21% учителей и 13% родителей опасаются обратного.

Отвечая на вопрос о том, что препятствует сегодня образовательной интеграции детей-инвалидов, родители и педагоги были солидарны по целому ряду позиций. На первое место все респонденты поставили несовершенство окружающей среды, включая особенности архитектуры и дизайна, транспорта и других элементов физического пространства. Однако для учителей такие факторы, как дефицит соответствующих образовательных программ, недостаточность собственной квалификации и, конечно же, финансирования, а также неразработанность соответствующего нормативного обеспечения, имеют большую значимость, чем для родителей (табл. 2.1).

Таблица 2.1

**Что препятствует интеграции детей-инвалидов в массовую школу?
(Родители N = 260, учителя N = 276)¹**

	Барьеры окружающей среды	Финансирование школ	Квалификация учителей	Образовательные программы	Законодательство	Социальные установки в обществе	Предпочтения родителей и детей-инвалидов
Родители	96	79,3	78,1	74,8	64,4	57,8	49,6
Учителя	97,7	84,6	87,9	90,5	74,3	59,5	46,5

Очевидно, что большинство школ и вузов не готовы к встрече с абитуриентами-инвалидами: нет ни обустроенной среды, ни специальных программ, рассчитанных на такое обучение. Ведь равные возможности образования совсем не исключают, а, наоборот, предполагают создание специальной образовательной практики для инвалидов.

¹ Ярская-Смирнова Е.Р., Романов П.В. Проблема доступности высшего образования для инвалидов // Социологические исследования. 2005. № 10. С. 66–78.

ваемая ежемесячным пособием, сократилась в 4 раза и составляет не более 3%.

При этом, по данным официальной статистики, расходы на больного ребенка в 3 раза выше, чем на здорового. Душевой доход ниже прожиточного минимума имеют 72% семей с детьми-инвалидами, тогда как затраты на самую скромную еду составляют до 80% семейного бюджета.

Большую часть таких детей не принимают ни в детский сад, ни в школу; меньшую часть детей родителям удается устроить в образовательное учреждение, но не по месту жительства; по сравнению с обычными детьми такой ребенок существенно дискриминирован. Поэтому мать такого ребенка, как правило, работать не может – она вынуждена «сидеть» с ребенком.

Основное бремя заботы о детях-инвалидах ложится на семьи, поэтому для успешной адаптации им необходима поддержка общества и государства. Она должна осуществляться с учетом таких факторов, как демографический состав семей, их социально-демографические ресурсы, возраст и реабилитационный потенциал детей-инвалидов.

Исследователи выделяют три группы факторов, определяющих адаптационные возможности семей с детьми-инвалидами.

Первая группа – социально-демографические факторы, оказывающие влияние на адаптацию семей. К ним относятся:

- доля неполных семей с детьми-инвалидами (32%);
- преобладание простых и нуклеарных семей (72%);
- наличие в составе семей других инвалидов (21%).

Таким образом, проблема воспитания детей с ограниченными возможностями чаще всего переносится на границы нуклеарной семьи.

Согласно широко распространенному мнению семьи с детьми-инвалидами чаще всего распадаются из-за инвалидности. Однако исследования Е.В. Кулагиной¹ доказывают, что инвалидность ребенка послужила причиной распада только 4,5% семей.

¹ См.: Кулагина Е.В. Занятость родителей в семьях с детьми-инвалидами // Социологические исследования. 2004. № 6.

2.3. Правовые основы инклюзивного образования

4. СОЦИАЛЬНАЯ РАБОТА С СЕМЬЯМИ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ

4.1. Формы помощи семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями

Семья, имеющая ребенка-инвалида, на протяжении всей жизни переживает серию критических состояний, обусловленных субъективными и объективными причинами. Это чередование «взлетов» и еще более глубоких «падений». Семьи с психологической и социальной поддержкой легче преодолевают эти состояния. К сожалению, специалисты часто недооценивают тяжесть семейных кризисов на разных возрастных этапах развития ребенка по сравнению с более ранними, связанными с установлением диагноза и констатацией крайне ограниченной возможности ребенка к обучению.

Ситуация усугубляется нестабильностью семейных взаимоотношений, связанных с рождением ребенка-инвалида. Рождение больного ребенка повергает всех членов семьи в шок. При этом в 50% случаев отцы оставляют такую семью, и лишь 4% из них помогают воспитывать ребенка. 32% отцов никогда не встречаются со своими детьми. Мать одна вынуждена нести все бремя забот о ребенке-инвалиде, нередко находясь в состоянии тяжелой депрессии. В то же время уровень реальной помощи государства семье с ребенком-инвалидом за последние годы резко снизился. Так, размер ежемесячного пособия на ребенка с 1996 года вырос всего в 1,32 раза, доля прожиточного минимума на детей увеличилась в 5–7 раз. Доля прожиточного минимума ребенка, покры-

Инклюзивное (включающее) образование с точки зрения права можно рассматривать как систему мероприятий (механизмов), обеспечивающих реализацию права детей с ограниченными возможностями на образование. Обучение детей с особыми образовательными потребностями в условиях обычной школы позволяет обеспечить действительное (а не формальное) равенство прав детей при получении образовательных услуг и в равной мере доступное образование для любых граждан независимо от их состояния здоровья и иных субъективных характеристик.

Принцип доступности образования закреплен в основных международных актах по правам человека. Так, в соответствии со ст. 26 *Всеобщей декларации прав человека* каждый человек имеет право на образование; оно должно содействовать полному развитию человеческой личности¹. *Конвенция Организации Объединенных Наций о правах ребенка* (ст. 28, 29) подтверждает право ребенка на образование, осуществление которого должно происходить на основе равных возможностей, для чего государства–участники Конвенции обеспечивают его доступность для всех детей, принимают меры по содействию регулярному посещению школ и снижению числа учащихся, покинувших школу. Образование ребенка должно быть направлено на развитие личности, талантов, умственных и физических способностей ребенка в их самом полном объеме, подготовку ребенка к сознательной жизни в свободном обществе в духе понимания, мира, терпимости, равноправия мужчин и женщин². Кроме того, государства–участники Конвенции признают право на полноценную и достойную жизнь ребенка, имеющего умственные и физические недостатки,

¹ См.: *Всеобщая декларация прав человека*. 10 декабря 1948 г. // *Сборник важнейших документов по международному праву*. Ч. I. Общая. М.: Институт международного права и экономики, 1996. С. 101.

² См.: *Конвенция ООН о правах ребенка*. Принята 20 ноября 1989 г. Ратифицирована СССР 13 июня 1990 г. // *Сборник важнейших документов по международному праву*. Ч. I. Общая. М.: Институт международного права и экономики, 1996. С. 190–191.

на жизнь в условиях, обеспечивающих достоинство, способствующих уверенности в себе и облегчающих его активное участие в жизни общества (ст. 23)¹.

В первой половине 1990-х годов международным сообществом принят целый ряд актов, касающихся прав людей с ограниченными возможностями, в том числе и в области образования. Так, в марте 1990 года в Джонтъене (Таиланд) участники международной конференции подписали *Всемирную декларацию об образовании для всех*, в которой подчеркивается необходимость придания всеобщего характера доступу к образованию и содействия обеспечению равенства. Кроме того, особое внимание участники уделили потребностям инвалидов в области образования, указывая на необходимость принятия мер по обеспечению равного доступа к образованию для всех категорий инвалидов как неотъемлемой части системы образования².

В декабре 1993 года резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи ООН приняты *Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов*, в которых, в частности, отражаются задачи в области обеспечения доступности образования для инвалидов, указывается на элементы механизма реализации образования в интегрированных структурах (в рамках обычной школы)³. Помимо признания принципа равных возможностей лиц, имеющих инвалидность, в интегрированных структурах правило 6 определяет, что для обеспечения инвалидам возможностей в области образования в обычной школе государствам следует обеспечить гибкость учебных программ, подготовку преподавателей и оказание им поддержки. Лишь в случае, когда обучение в системе общего школьного образования не удовлетворяет потребностей всех инвалидов, можно предусмотреть специальное обучение. Оно должно быть направлено на подготовку учащихся к обучению в системе общего школьного образования. Качество такого обучения должно отвечать тем же стандартам и целям, что

рессии; удовлетворение творческих возможностей; повышение самооценки и самоуверенности; радость собственного успеха, жизнерадостность.

3. К группе *интеллектуальных эффектов* относятся такие, как улучшение навыков общения; приобретение трудовых, социальных навыков, навыков ведения садоводства; возможность обучения профессиональным знаниям и навыкам; укрепление способности делать самостоятельный выбор, основанный на самостоятельном принятии решения; развитие наблюдательности, любознательности, ответственности.

4. К группе *физических эффектов* относятся: повышение физической мобильности; развитие навыков крупной и мелкой моторики рук.

¹ Там же. С. 188.

² <http://pravo.perspektiva-inva.ru/index.php?id=157>

³ <http://www.un.org/russian/documen/convents/disabled.htm#Правило 6>

– агротерапия наиболее доступна детям, так как растения имеются в каждом учреждении;

– данная социальная практика является экономически более выгодной и не требует специального оснащения, порой очень дорогого (например, содержания лошадей – иппотерапия или других животных – зоотерапия);

– отсутствие противопоказаний по здоровью детей. Как правило, домашние растения не вызывают аллергических реакций у детей в отличие от контактов с животными и кормом для них;

– заниматься уходом за растениями можно в домашних условиях, не выезжая в реабилитационные центры или специализированные учреждения (отсутствие проблемы транспортировки ребенка с двигательными нарушениями, например в центр иппотерапии и т.п.);

– социальная практика агротерапии обладает как рекреационной функцией, так и образовательной и социальной. В процессе ухода за растениями дети не только отдыхают, у них развиваются личностные качества (снижается уровень агрессии, дети становятся более ответственными, наблюдательными, любознательными), также они приобретают новые знания об окружающем мире, о труде, развивают социальные и трудовые навыки, необходимые им в повседневной жизни;

– при любой форме включенности ребенка – активной (непосредственная работа с растениями, уход за ними) или пассивной (наблюдение за работой) – достигаются положительные эффекты данной социальной практики.

Положительные эффекты влияния социальной практики агротерапии можно разделить на четыре группы: социальные, эмоциональные, интеллектуальные и физические (П. Хемфли).

1. К группе *социальных эффектов* можно отнести следующие: повышение качества интерактивного взаимодействия со сверстниками, взрослыми; улучшение качества ведения совместной деятельности.

2. Группу *эмоциональных эффектов* составляют следующие: достижение спокойствия, внутренней гармонии, снижение аг-

и обучение в системе общего образования, и должно быть тесно с ним связано.

Наиболее подробным и содержательным актом в области инклюзивного образования является, по-видимому, *Саламанкская декларация*, которая была принята в июне 1994 года путем аккламации участниками Всемирной конференции по образованию лиц с особыми потребностями, среди которых более 300 участников представляли 92 правительства и 25 международных организаций, в том числе ЮНЕСКО¹.

В Декларации признается, в частности, что доступность обучения в обычных школах должна быть обеспечена с помощью педагогических методов, ориентированных в первую очередь на детей в целях удовлетворения этих потребностей. В ст. 15 Саламанкской декларации признается, что особое внимание следует уделять потребностям детей и молодежи с серьезными или многочисленными умственными и физическими недостатками, поскольку они имеют такие же права, как и другие, на достижение максимальной независимости, когда станут взрослыми, и должны получать образование с учетом их потенциальных возможностей достижения этой цели. В п. 18 ст. 15 указывается на необходимость в рамках образовательной политики предусматривать, что любой ребенок с умственными и физическими недостатками должен посещать ближайшую школу. Исключения из этого правила следует рассматривать в каждом случае отдельно, когда для удовлетворения потребностей конкретного ребенка можно предусмотреть только лишь образование в какой-либо специальной школе или специальном учреждении.

В Саламанкской декларации закреплена основной принцип инклюзивной школы: все дети должны обучаться совместно во всех случаях, когда это является возможным, несмотря ни на какие трудности или различия, существующие между ними. Инклюзивные школы должны признавать и учитывать различные

¹ Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. URL: http://www.notabene.ru/down_syndrome/Rus/declarat.html

потребности своих учащихся путем приведения в соответствие различных видов и темпов обучения.

Вместе с Декларацией участники конференции приняли программу «Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями», в которой, в частности, предусматривается необходимость адаптации учебных планов к потребностям детей, оказания дополнительной учебной поддержки при освоении обычного учебного плана, а не обучение детей с особыми потребностями по специальному учебному плану¹.

Указанные международные акты выражают добрую волю государств, международного сообщества в стремлении к реализации принципа равенства прав в области образования, а также намерение постепенно менять государственную политику и улучшать правила в рассматриваемой области социальных отношений в целях достижения равенства возможностей при получении образования. Статьи этих международных актов имеют в основном характер рекомендаций. Актом прямого действия, обязательным для исполнения на территории России, является лишь *Конвенция ООН о правах ребенка*, которая была ратифицирована и, таким образом, в соответствии со ст. 15 Конституции РФ является составной частью правовой системы государства и имеет более высокую юридическую силу по отношению к законодательству Российской Федерации.

Акты международного права свидетельствуют об изменениях в сознании общества, выражающихся в постепенном переходе от признания равенства инвалидов в правах, их права на доступность образования к определению механизма обеспечения этого равенства. Они отражают растущее внимание общества к проблемам инвалидов, развивают содержание общепризнанного в международном праве принципа уважения прав человека, символизируют в определенной мере стремление различных социальных систем к интеграции, к возможному в будущем изменению внут-

¹ Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. URL: http://www.notabene.ru/down_syndrome/Rus/declarat.html

В России социальная практика агротерапии является относительно новой трудотерапевтической практикой в системе социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. В качестве концептуальной основы при реализации социальной практики агротерапии можно использовать опыт Великобритании, в основе которого модель деятельности, процессов и результатов агротерапии (рис. 3.11)

В целом эффекты социальной практики агротерапии как социальной технологии трудотерапии могут рассматриваться в четырех областях: социальной, интеллектуальной, эмоциональной и физического развития человека.



Рис. 3.11. Модель деятельности, процессов и результатов агротерапии

Исследователи выделяют следующие преимущества социальной практики агротерапии посредством сравнения ее с другими социальными практиками, такими как иппотерапия, арттерапия, зоотерапия:

3.4.7. Социальная практика агротерапии

Под социальной практикой агротерапии понимается реабилитационный процесс, который направлен на приобретение и/или восстановление, компенсацию, коррекцию и развитие индивидом социальных, интеллектуальных, эмоциональных и физических навыков и способностей посредством активного или пассивного взаимодействия с растениями и окружающей средой и способствует успешной социализации и интеграции индивида в общество.

В России социальная практика агротерапии направлена на приобретение ребенком с ограниченными возможностями здоровья трудовых навыков, связанных с выращиванием растений. Данное направление работы допустимо охарактеризовать как садоводство¹. Участвуя в трудовой деятельности, дети приобретают навыки ухода за растениями, проявляют заботу, бережливость, аккуратность, умение преодолевать трудности. Наряду с этим совершенствуется эмоционально-волевая сфера ребенка и прежде всего его мотивационный настрой. Повышается уровень познавательной активности, расширяется диапазон знаний и представлений об окружающем мире, происходит удовлетворение потребности в самореализации.

Трудотерапевтические подходы к социальной практике агротерапии, разработанные С. Султоновой и О. Степанченко, направлены на коррекцию ряда двигательных нарушений, касающихся в первую очередь манипулятивной активности и тонкой моторики рук; стимуляцию эмоционально-волевой сферы, и прежде всего мотивации к действию больного ребенка или подростка; повышение уровня познавательной активности и расширение объема имеющихся знаний и представлений об окружающем мире; начальную профессиональную ориентацию детей и подростков².

¹ См.: Маслова О.А. Социальные практики реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в контексте социального действия: дис. ... канд. соц. наук. Н. Новгород, 2006. С. 102.

² См.: Султонова С.Я., Степанченко О.В. Методика агротерапии в комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья // Современные технологии реабилитации и педиатрии. М., 2000. С. 441.

ренного законодательства государств в целях совершенствования механизма реализации прав людей с ограниченными возможностями.

Основные внутригосударственные акты Российской Федерации также закрепляют принципиальные положения о равенстве в правах, доступности образования для каждого.

В соответствии со ст. 43 Конституции РФ каждый имеет право на образование. Гарантируются общедоступность и бесплатность дошкольного, основного общего и среднего профессионального образования в государственных или муниципальных образовательных учреждениях и на предприятиях.

Согласно ст. 2 Закона РФ «Об образовании»¹ государственная политика в области образования основывается на принципах гуманистического характера образования, приоритета общечеловеческих ценностей, жизни и здоровья человека, свободного развития личности, общедоступности образования, адаптивности системы образования к уровням и особенностям развития и подготовки обучающихся, воспитанников. В соответствии с п. 1 ст. 5 указанного Закона гражданам Российской Федерации гарантируется возможность получения образования независимо от состояния здоровья. Ограничения прав на профессиональное образование по признаку состояния здоровья могут быть установлены только законом. Согласно п. 6 указанной статьи государство создает гражданам с отклонениями в развитии условия для получения ими образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов.

Таким образом, основные принципы, которые необходимы для внедрения инклюзивного образования в школах, в законодательстве РФ четко закреплены. Не исследуя экономических и социально-политических гарантий обеспечения указанных норм-принципов, рассмотрим, каковы юридические механизмы их реализации.

¹ См.: Закон РФ от 10 июля 1992 г. № 3266-1 «Об образовании» // Собрание законодательства РФ. 1996. № 3. Ст. 150.

Гарантии получения образования для любого гражданина независимо от каких-либо характеристик, в том числе состояния здоровья, также закреплены в основном законодательном акте в области образования – Законе РФ «Об образовании» и включают следующее:

1. Право родителя выбирать форму обучения (п. 1 ст. 52). Данное право не может быть ограничено ни при каких обстоятельствах в силу его тесной связи с правом и обязанностью родителя по воспитанию своего ребенка, предусмотренными ст. 63 Семейного кодекса РФ. Прекращение данного права возможно лишь одновременно с прекращением родительских прав вообще. Никто не вправе определять без согласия родителя форму обучения ребенка. Право родителя воспитывать ребенка приоритетно по сравнению с правами любых других лиц, участвующих в воспитательном процессе, что обуславливает ответственность родителя за воспитание и развитие своих детей.

2. Определение компетенции органов государственной власти и органов местного самоуправления по обеспечению реализации права на получение образования. Так, в соответствии с п. 1 ст. 31 Закона РФ «Об образовании» организация предоставления общедоступного и бесплатного начального, основного, полного общего образования по основным общеобразовательным программам, организация общедоступного бесплатного дошкольного образования относится к полномочиям органов местного самоуправления. К компетенции субъектов РФ относится обеспечение финансирования реализации общеобразовательных программ, включая расходы по оплате труда, учебных пособий, технических средств обучения, хозяйственных нужд образовательных учреждений (ст. 29). Таким образом, законом определены субъекты права, отвечающие за обеспечение реализации права каждого гражданина на получение образования.

3. Порядок приема в образовательные учреждения, установленный законом, обязывает учредителя как государственного, так и муниципального образовательного учреждения обеспечивать прием всех граждан, которые проживают на данной территории,

игровой деятельности. Поскольку игрушки являются для детей частью коммуникативного процесса, следует уделить пристальное внимание отбору подходящих образцов. Игрушки, необходимые для игротерапии, можно сгруппировать в три класса:

- игрушки из реальной жизни;
- игрушки, помогающие отреагировать на агрессию;
- игрушки для творческого самовыражения и ослабления эмоций.

Итак, формулируем проблемы и предлагаем ребенку поиграть. Не надо называть это занятиями, уроками, терапией. Это просто игра. Например, играем с детьми «в театр». Для этой игры не нужны никакие специальные материалы. Мы просто собираем «друзей» и начинаем вести с ними беседу. Дети могут «озвучивать» любимого зайца, плюшевую собачку, а вы – куклу Дашу. Далее все дело в фантазии и в той проблеме, которую мы хотим обсудить. Говорим от имени игрушек, тогда дети скорее будут готовы следовать советам.

Игровая терапия – доступный метод развития личности ребенка. Даже простые игры могут оказывать терапевтическое воздействие. Например, игра «Щеночек» способствует снятию эмоционального, мышечного напряжения, установит положительный настрой. Под спокойную музыку дети придумывают сказу о щеночке, который нежится на солнышке (лежит на коврике), вытягивает лапки, виляет хвостиком, зевает. Очень важно подобрать музыкальное сопровождение. Это не только развлечение, но и своеобразная игротерапия.

С агрессивными и возбудимыми детьми можно поиграть в «Приведение», где чередуются тихие звуки «у-у-у» и громкие хлопки, как будто все маленькие приведения хотят друг друга напугать. Это позволяет выплеснуть накопившиеся эмоции.

Для достижения результата одну и ту же ситуацию мы проигрываем многократно. Такие совместные игры позволяют воспитателям и детям стать ближе, научиться лучше понимать и принимать друг друга. С помощью игротерапии происходит развитие психических процессов незрячего ребенка.

– формирование (наряду с игровыми) реальных отношений как равноправных партнерских отношений сотрудничества и кооперации между ребенком и сверстниками, обеспечивающих возможность позитивного личностного развития;

– организация позитивной отработки в игре новых, более адекватных способов ориентировки ребенка в проблемных ситуациях, их интериоризация и усвоение;

– формирование способности ребенка к произвольной регуляции деятельности на основе подчинения поведения системе правил, регулирующих выполнение роли и правил, а также поведения в игровой комнате.

Принципы осуществления игротерапии:

1. Проведение коммуникаций с ребенком для его безусловного принятия (дружеские, равноправные отношения с ребенком, принятие ребенка таким, каков он есть; ребенок – хозяин положения, он определяет сюжет, тему игровых занятий, на его стороне инициативы выбора и принятия решения).

2. Недиректированность в управлении коррекционным процессом: отказ взрослого от попыток ускорить или замедлить игровой процесс; минимальность числа ограничений и лимитов, вводимых в игру (вводятся лишь те ограничения, которые связывают игру с реальной жизнью).

3. Направленность фокуса коррекционного процесса на чувства и переживания ребенка: добиться открытого вербального выражения ребенком своих чувств; попытаться в кратчайшее время понять чувства ребенка и повернуть его исследования на самого себя; стать для ребенка своеобразным зеркалом, в котором он может увидеть себя.

Выбор игрушек должен быть сознательным, базирующимся на серьезных логических основаниях. Всегда следует принимать во внимание основную идею: в первую очередь в работе с детьми использовать игровую терапию, тем самым признавая, что уровень развития ребенка естественным образом выражается в его игре и активности. Мы выбираем такие игрушки, которые вызывают экспрессию ребенка, обеспечив ему широкий спектр

при условии, что ребенок достиг определенного возраста (шести лет шести месяцев для учреждений начального общего образования) и освоил образовательную программу предыдущего уровня обучения (если это необходимо).

Наличие отдельных гарантий реализации права на образование, однако, не означает, что правовой механизм инклюзивного образования уже создан. Закон РФ «Об образовании» содержит целый ряд положений, несовместимых с идеологией и принципами инклюзивного образования.

Так, п. 2 ст. 19 Закона РФ «Об образовании» указывает, что обучение детей в образовательных учреждениях, реализующих программы начального общего образования, начинается с достижения возраста 6 лет 6 месяцев, но не позже достижения ими возраста 8 лет. С позиции идеи общедоступного образования такое положение можно рассматривать как дискриминационное, ограничивающее право ребенка поступить в школу, если он достиг, например, возраста 9–10 лет. В отношении детей с ограниченными возможностями здоровья данное положение закона неприемлемо, так как возраст, с которого ребенок может считаться подготовленным к обучению в школе, зачастую превышает установленные законом пределы. Более приемлемой представляется формулировка данной нормы со включением слов «как правило», что на практике могло бы давать возможность любому гражданину независимо от возраста приступить к обучению по программе начального образования по мере готовности к получению образования данного уровня.

Достаточно жестко определяется в соответствии с законом и предельный возраст получения образования. Пункт 5 ст. 19 Закона РФ «Об образовании» определяет, что предельный возраст для получения основного общего образования в общеобразовательном учреждении по очной форме обучения – 18 лет. При этом в законе содержится оговорка о том, что для детей с отклонениями в развитии этот возраст может быть увеличен. Однако на практике данное положение вступает в противоречие с положениями уставов образовательных учреждений о продолжительности обу-

чения (возрастных рамках), которая обязательно в силу п. 5 ст. 13 Закона РФ «Об образовании» должна быть определена. Таким образом, если ребенок достиг предельного возраста пребывания в данном образовательном учреждении, установленного уставом, то родителю такого ребенка предлагают покинуть образовательное учреждение. Следовательно, реализация принципа доступности образования становится весьма проблематичной.

Требование обязательности основного общего образования применительно к конкретному обучающемуся в соответствии с п. 4 ст. 19 Закона РФ «Об образовании» сохраняет силу до достижения им возраста 15 лет, если соответствующее образование не было получено обучающимся ранее. Указанная норма противоречит ст. 43 Конституции, которая признает право на образование за каждым независимо от возраста, и дает основание общеобразовательному учреждению «освободиться» от обучающегося, испытывающего трудности при обучении, или просто «трудного» ребенка.

Указанные нормы фактически создают дополнительные ограничения при реализации права на образование ребенка с особыми образовательными потребностями. С точки зрения принципов инклюзивного образования такие ограничения не могут быть приемлемы.

С идеей о доступности образования для каждого трудно совместить положение п. 5 ст. 17 Закона РФ «Об образовании», устанавливающее недопустимость обучения на следующей ступени общего образования, если обучающийся не освоил образовательную программу предыдущего уровня.

Положения п. 4 ст. 17 Закона РФ «Об образовании» предусматривают такие последствия «неосвоения» обучающимся программы учебного года, как оставление на повторное обучение, перевод в класс компенсирующего обучения либо перевод на обучение в форме семейного образования.

Формулировки положений п. 4 и 5 ст. 17 Закона «Об образовании» имеют ограничительный характер, в какой-то мере карательный для обучающихся, имеющих трудности в освоении

ния. В школе-интернате игра используется в групповой терапии в виде специальных упражнений, заданий на невербальную коммуникацию, разыгрывания различных ситуаций и др. Игра способствует формированию близких отношений между участниками группы, снимает напряженность, тревогу, страх перед окружающими, повышает самооценку, позволяет проверить себя в различных ситуациях общения.

Психокоррекционный эффект игровых занятий у детей достигается благодаря установлению эмоционального контакта между детьми и взрослыми. Игра корригирует подавляемые негативные эмоции, страхи, неуверенность в себе, расширяет способности детей к общению, увеличивает диапазон доступных ребенку действий с предметами.

Структуру детской игры составляют роли, взятые на себя играющими, игровые действия как средство реализации этих ролей, игровое употребление предметов – замещение реальных предметов игровыми (условными), реальные отношения между играющими. Единица игры и в то же время центральный момент, объединяющий все ее аспекты, – роль.

Сюжетом игры предстает воспроизводимая в ней область действительности. Содержанием игры выступает то, что воспроизводится детьми как главный момент деятельности, и отношения между взрослыми в их взрослой жизни. В игре происходит формирование произвольного поведения ребенка и его социализация.

Основные механизмы коррекционного воздействия игры:

- моделирование системы социальных отношений в наглядно-действенной форме в особых игровых условиях, следование им ребенком и ориентировка в этих отношениях;

- изменение позиций ребенка в направлении преодоления познавательного и личностного эгоцентризма и последовательной децентрации, благодаря чему происходит осознание собственного «Я» в игре и возрастает мера социальной компетентности и способности к разрешению проблемных ситуаций;

3.4.6. Роль игротерапии в жизни детей-инвалидов по зрению

Дети – инвалиды по зрению нуждаются в раскрытии глубоко-го внутреннего смысла культуры поведения и общения, в понимании того, что следование приличиям свидетельствует об уважении к людям, традициям, иначе они будут видеть в них пустые условности. Большое значение имеют культурные, эмоциональные особенности, сложившиеся в результате нравственного развития многих поколений и являющиеся неперенным атрибутом общечеловеческой культуры.

Основная задача, стоящая перед воспитателями школы-интерната III вида, через ролевые игры, беседы вводить детей «в мир культуры», создавать условия для становления у них осознанного отношения к поведению. Именно в осознанности своей позиции, своей оценки начинается культура человека как стиль его мышления, поведения, действий.

Для детей с нарушением зрения очень важно стимулировать рефлексивность, что происходит в процессе игры. Игра является для незрячего ребенка тем же, чем речь для взрослого. Это средство выражения чувства, исследования отношений и самореализации. Психологи Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, В.В. Лебединский опираются на тот факт, что «познавая реальный мир, незрячий ребенок активно проецирует воспринимаемый опыт в игровую ситуацию».

В работе с детьми – инвалидами по зрению мы используем игровую терапию. Она представляет собой взаимодействие взрослого с ребенком на собственных условиях последнего, когда ему предоставляется возможность свободного самовыражения с одновременным принятием его чувства взрослыми. Игротерапия особенно актуальна для детей-инвалидов общительных, замкнутых, с социальным инфантилизмом, нарушениями поведения. Игровая терапия – метод психотерапевтического воздействия на детей с использованием игры. В основе различных методик лежит признание того, что игра оказывает сильное влияние на развитие личности детей с нарушением зре-

учебных программ, что, к сожалению, отражает существующую тенденцию образовательных учреждений общего образования избавляться от «плохих» учеников, а не содействовать совместно с родителями решению проблем их обучения.

Таким образом, законодательство России содержит необходимые положения для внедрения инклюзивного образования, включает нормы-принципы, закрепляющие право каждого гражданина на получение образования. Однако в нормах действующего законодательства об образовании не в полной мере проработаны механизмы реализации указанного права, что, на наш взгляд, не может не вызывать трудностей в реализации права на образование для детей с ограниченными возможностями. Законодательство Российской Федерации об образовании нуждается в изменениях, касающихся обеспечения прав в области образования для людей с особыми образовательными потребностями.

2.4. Специальное образование

Российская Федерация исходя из приоритета общечеловеческих ценностей признает равенство прав всех людей на образование и равную защиту этого права со стороны государства, желая создать законодательную базу для удовлетворения специальных потребностей лиц, возможности которых получить образование ограничены их состоянием здоровья или конкретными социальными условиями, подготовила Федеральный закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)».

В Законе устанавливается, что специальное образование – это 1) система условий, которые создает государство для лиц, имеющих специальные образовательные потребности, в целях обеспечения им равных возможностей в получении образования посредством ликвидации физических, финансовых или психологических барьеров, которые исключают или ограничивают участие этих лиц в жизни общества; 2) дошкольное, общее и професси-

ональное образование, для получения которого человек нуждается в специальных индивидуализированных методах обучения и воспитания, связанных с наличием у него физического и (или) психического недостатка.

Действие Закона «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» распространяется на детей и взрослых, возможности которых получить образование, в том числе профессиональное, ограничены в связи с физическим и (или) психическим недостатком, подтвержденным в установленном порядке; на родителей детей, а также надлежащим образом уполномоченных представителей взрослых; на педагогический, медицинский и иной персонал, участвующий в специальном образовательном процессе; на государственные, муниципальные и негосударственные органы, их должностные лица, а также юридические и физические лица, участвующие в осуществлении специального образования.

Специальное образование обеспечивает лицам с физическими и (или) психическими недостатками возможность развивать свои физические и психические способности в целях приспособления к социальной среде, подготовки к трудовой деятельности и семейной жизни, самообслуживания, самообеспечения. Специальное образование является частью системы комплексной медико-педагогической, профессиональной и социальной реабилитации лиц, имеющих физические и (или) психические недостатки, и включается в индивидуальную программу реабилитации таких лиц.

Данный Закон предусматривает государственные гарантии лиц, имеющих специальные потребности. Российская Федерация и субъекты РФ гарантируют таким лицам обязательное обучение независимо от степени физической и (или) психической недостаточности с момента ее обнаружения, но не позднее трехлетнего возраста; при этом продолжительность начального и основного общего образования устанавливается специальными образовательными стандартами и не может быть менее 9 лет.

Кроме того, гарантируется бесплатность обучения независимо от его форм в пределах государственного образовательно-

Публичные выступления имеют большое значение для детей интерната (рис. 3.23; 3.24). Выезжая за пределы родной школы, ребята учатся держаться среди незнакомых людей, ориентироваться в новой, непривычной обстановке. Все это способствует решению основной проблемы, стоящей перед коллективом школы: совершенствование коррекционно-воспитательной работы и компенсаторных процессов незрячего и слабовидящего школьника.

Коррекционные задачи воспитания средствами музыки, пения, танцев помогают формированию пространственного представления, моторной координации, формированию речевой функции и в итоге способствуют реабилитации и социализации личности.

Вся система педагогического воздействия на личность незрячего ребенка – от обучения нормам общежития и ориентировке в пространстве до освоения сложных умений и навыков – направлена на максимальное приобщение его к окружающей жизни, утверждение социального статуса, преодоление переживаний в связи с осознанием им своего положения в среде здоровых людей.

Применение специальных приемов и методов обучения игре на музыкальных инструментах, овладение навыками вокально-хорового искусства позволяют детям с глубокими нарушениями зрения овладеть в достаточной мере навыками музыкальной грамоты и умениями владеть инструментом, голосом, что приводит к успешности всего процесса обучения.

А это значит, что незрячий ребенок может в дальнейшем реализовать себя как личность.

Коррекционно-развивающая работа педагогов дополнительного образования в процессе обучения музыке незрячих детей постоянно приносит свои плоды: многие выпускники нашей школы-интерната продолжают овладевать музыкальной профессией: в настоящее время в Курском музыкальном колледже-интернате слепых обучаются несколько выпускников Новочеркасской СШ № 33 по классу баяна, вокала. Есть выпускники этой школы и в Ростовском культпросветучилище (на вокальном отделении).

но-певческим развитием способствуют также дополнительные коррекционно-музыкальные занятия по группам, в которые распределяют всех обучающихся по таким признакам: одинаковый возраст; тембр голоса; сравнительно одинаковая музыкально-певческая продвинутость; индивидуальные особенности.

Эффективным дополнением к первым двум формам коррекционно-развивающей работы в вокально-хоровой студии можно считать магнитофонные записи: хоровые, групповые, индивидуальные. Прослушивание записанных на ленту упражнений и произведений, исполненных детьми, значительно повышает уровень их самоконтроля, способствует повышению интереса к предмету, стимулирует стремление каждого к самосовершенствованию.

Усвоение навыков во всех видах музыкальной деятельности является средством развития ритмического чувства, музыкально-слуховых представлений. Кроме того, дети получают возможность участвовать в процессе активного духовного переживания в единстве с самовыражением; участвуют в конкурсах, концертах, творческих вечерах. Ежегодно воспитанники принимают участие в городских конкурсах-фестивалях детского и юношеского творчества среди воспитанников детских домов и школ-интернатов «Шаг навстречу», «Парад звезд» в номинациях «Вокал» и «Художественное слово». Результатом являются дипломы 1 степени, лауреатов, Гран-при.



Рис. 3.23. Выступления учащихся в музыкальной студии



Рис. 3.24.

го стандарта; свободный доступ к образованию любого уровня, получаемого в условиях интегрированного обучения в соответствии с психолого-педагогическими и медицинскими показателями (противопоказаниями); обучение с возможно минимальной изоляцией от общества; обучение по индивидуальным программам в соответствии со специальными образовательными стандартами, соотносимыми с программами обучения в учреждениях общего типа и учитывающими характер и степень имеющегося физического и (или) психического недостатка; обеспечение по специальным медицинским показаниям транспортными средствами для доставки в ближайшее образовательное учреждение. Лицам с физическими и (или) психическими недостатками по окончании обучения гарантируется трудоустройство в соответствии с полученным образованием и (или) профессиональной подготовкой в порядке, определенном законодательством о труде и занятости.

Родители детей, имеющих специальные образовательные потребности, помимо прав и обязанностей, предусмотренных Конституцией РФ, пользуются специальными правами: присутствовать при освидетельствовании ребенка на психолого-медико-педагогической консультации (комиссии), высказать свое мнение и обжаловать в установленном порядке заключение этой комиссии; участвовать в разработке и реализации индивидуальных учебных программ для ребенка; имеют право на внеконкурсный прием в учреждения профессионального высшего образования и бесплатное обучение в нем по педагогической специальности, соответствующей профилю специальных образовательных потребностей ребенка. Это право предоставляется родителям при условии, если они имеют образование, необходимое для обучения в учреждении высшего профессионального образования.

Законом «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья (специальном образовании)» предусмотрено также государственное обеспечение лиц, имеющих специальные образовательные потребности.

Во-первых, плата за обучение в пределах государственного образовательного стандарта с лиц, имеющих специальные образовательные потребности, не взимается. При необходимости этим лицам предоставляется транспорт для доставки в образовательное учреждение соответствующего типа и вида или организуется их бесплатное обучение на дому.

Во-вторых, родителям детей, имеющих специальные образовательные потребности и обучающихся в семье, возмещаются затраты на обучение в размерах, определяемых государственными нормативами затрат на обучение в соответствующем типе и виде государственного или муниципального учреждения. Возмещение выплачивается при условии успешной государственной аттестации ребенка.

В-третьих, на полном государственном обеспечении в муниципальных образовательных и в специальных классах (группах) государственных и муниципальных образовательных учреждений находятся дети: неслышащие и слабослышащие, незрячие и слабовидящие, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушением опорно-двигательного аппарата, умственно отсталые, с выраженными трудностями в обучении (с задержкой психического развития), со сложными недостатками.

В России действует несколько видов специальных образовательных учреждений.

КОРРЕКЦИОННОЕ (СПЕЦИАЛЬНОЕ) ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ I ВИДА создается для обучения и воспитания незлышащих детей, их всестороннего развития в тесной связи с формированием словесной речи как средства общения и мышления на слухозрительной основе, коррекции и компенсации отклонений в их психофизическом развитии для получения общеобразовательной, трудовой и социальной подготовки к самостоятельной жизни. С ними проводятся фронтальные и индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и совершенствованию навыков произношения в ходе всего образовательного процесса.

В школах, работающих на билингвистической основе, осуществляется равноправное обучение языку словесной и языку

мостик в большую музыку и культуру, знакомство с лучшими образцами музыкального творчества. Он служит основой формирования музыкального вкуса. В оркестре русских народных инструментов преобладают музыкальные инструменты: балалайки, домры, баян, аккордеон, шумовые инструменты. Цель заключается в том, чтобы научить играть на народных инструментах, воспитать любовь и бережное отношение к русскому народному творчеству, развить творческие способности учащихся, музыкальный вкус, общую культуру личности. Во время проведения сводных репетиций оркестра педагог осуществляет контроль исполнения сложных партий в оркестровых группах. Участие оркестра в концертной деятельности реализуется на основе плана школы.

Основной формой работы в оркестре являются индивидуальные коррекционные занятия. Они играют главную роль в формировании музыканта. На индивидуальном коррекционном занятии педагог направляет рост и развитие обучающегося по намеченному плану. Основное внимание уделяется проведению индивидуальных занятий, так как без контроля педагога обучающийся может усвоить неправильные навыки.

Еще одним звеном в коррекционно-развивающей работе в процессе обучения музыке незрячих детей является вокально-хоровая студия «Поющие сердечки». Хоровое пение – действенное средство разностороннего музыкального воспитания учащихся, развития у них музыкально-творческих способностей. Прежде всего хорошее пение – коллективный вид исполнительства, занятия в хоре воспитывают в незрячих детях дисциплинированность, чувство долга и ответственность за общий труд, стремление поделиться приобретенными знаниями, умениями в условиях коллективной деятельности со слушателями. Кроме того, хоровое пение – наиболее массовая форма охраны голоса, тренировки голосового аппарата детей, развития слухового восприятия, коммуникативных точек, мимики и пантомимики.

Коррекционно-развивающая работа в вокально-хоровой студии предусматривает и индивидуальную работу с каждым вокалистом. Расширению индивидуального контроля за музыкаль-

руки и пальцев во время игры? Главным препятствием является желание предварительно «нащупать» каждую клавишу. Хотя это побуждение незрячего ребенка наиболее естественно, только преодолением у него представления о невозможности передвигаться по клавиатуре, не прощупывая ее, можно достичь свободы и независимости в игре. Нами разработаны специальные упражнения для освоения переносов руки «сверх» на разные интервалы. Вместо осязательно-двигательных, вырабатываются слуходвигательные связи, приобретается «чувство расстояния». Слуховое представление о дистанции между звуками вызывает адекватное пространственное представление о реальных расстояниях.

Специфическим предметом в нашей музыкальной студии является обучение нотной грамоте точечно-рельефным шрифтом по системе Брайля. Эта система достаточно сложна, ее изучение требует длительного времени (чтобы научиться играть по нотам Брайля, ученику требуется 3–4 года, в то время как зрячие дети осваивают плоскочечную нотную грамоту в первые месяцы обучения). Поэтому незрячие ученики долго вынуждены играть без нот, на слух. Этот период приносит огромную пользу для развития слухового восприятия, музыкального мышления, развития музыкальной памяти. Так вынужденная игра без нот оборачивается пользой для ученика. Навыки запоминания и анализа мелодии помогают, когда начинается нотный период, так как по системе Брайля приходится выучивать ноты для каждой руки в отдельности, а потом, соединив их сначала в уме, переносить на клавиатуру.

Важное место в коррекционно-развивающей работе в процессе обучения музыке незрячих детей занимает созданный в школе-интернате оркестр народных инструментов. В состав оркестра входят наиболее распространенные народные музыкальные инструменты, характерные для конкретного историко-географического региона. Оркестр – это школа эстетического и нравственного воспитания культуры на народных традициях, средство борьбы с непониманием и невежеством в отношении к народной и классической музыке. Оркестр – это школа внимания, коллективного творческого труда, личной ответственности и дисциплины. Это

жестовой речи, но учебный процесс ведется на языке жестовой речи. В составе специальной школы I вида организуются классы для глухих детей со сложной структурой дефекта (умственной отсталостью, трудностями в обучении, слабовидящих и др.). Количество детей в классе (группе) не более шести человек, в классах для детей со сложной структурой дефекта до пяти человек.

КОРРЕКЦИОННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ II ВИДА создается для обучения и воспитания слабослышащих детей (имеющих частичную потерю слуха и различную степень недоразвития речи) и позднооглохших (оглохших в дошкольном или школьном возрасте, но сохранивших самостоятельную речь), всестороннего их развития на основе формирования словесной речи, подготовки к свободному речевому общению на слуховой и слухозрительной основе. Для обеспечения дифференцированного подхода к обучению слабослышащих и позднооглохших детей создаются два отделения: первое – для воспитанников с легким недоразвитием речи, обусловленным нарушением слуха; второе – для воспитанников с глубоким недоразвитием речи.

Развитие слухового и слухозрительного восприятия, формирование и коррекция произносительной стороны речи проводятся на специально организованных индивидуальных и групповых занятиях с использованием звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования и индивидуальных слуховых аппаратов. Развитие слухового восприятия и автоматизация навыков произношения продолжаются на занятиях фонетической ритмикой и в различных видах деятельности, связанных с музыкой.

КОРРЕКЦИОННЫЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ УЧРЕЖДЕНИЯ III И IV ВИДОВ обеспечивают обучение, воспитание, коррекцию первичных и вторичных отклонений в развитии у воспитанников с нарушениями зрения, развитие сохранных анализаторов, формирование коррекционно-компенсаторных навыков, способствующих социальной адаптации воспитанников в обществе. В коррекционное учреждение III вида принимаются незрячие дети, а также дети с остаточным зрением (0,04 и ниже) и более высокой остротой зрения (0,08) при наличии сложных сочетаний наруше-

ний зрительных функций, с прогрессирующими глазными заболеваниями, ведущими к слепоте; общий срок обучения – 12 лет.

В коррекционное учреждение IV вида принимаются слабовидящие дети с остротой зрения от 0,05 до 0,4 на лучше видящем глазу с переносимой коррекцией. При этом учитывается состояние других зрительных функций (поле зрения, острота зрения для близи), форма и течение патологического процесса. Могут быть приняты дети с более высокой остротой зрения при прогрессирующих или часто рецидивирующих заболеваниях, при наличии астенических явлений, возникающих при чтении и письме на близком расстоянии. Кроме того, в коррекционное учреждение IV вида принимаются дети с косоглазием и амблиопией, имеющие высокую остроту зрения (выше 0,4), для продолжения лечения зрения. При необходимости может быть организовано совместное обучение незрячих и слабовидящих детей.

КОРРЕКЦИОННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ V ВИДА создается для обучения и воспитания детей с тяжелой речевой патологией, оказания им специализированной помощи, способствующей преодолению нарушений речи и связанных с ними особенностей психического развития. В первое отделение принимаются дети, имеющие общее недоразвитие речи тяжелой степени, а также дети, страдающие общим недоразвитием речи, сопровождающимся заиканием. Во второе отделение принимаются дети с тяжелой формой заикания при нормальном развитии речи. В случае устранения речевого дефекта воспитанники с согласия родителей (законных представителей) и на основании заключения психолого-медико-педагогической комиссии переводятся в образовательное учреждение общего типа.

КОРРЕКЦИОННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ VI ВИДА создается для обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в целях восстановления, формирования и развития двигательных функций, коррекции недостатков психического и речевого развития детей, их социально-трудовой адаптации и интеграции в общество на основе специально организованного двигательного режима и предметно-практи-

ведением. Восприятие происходит через активизацию слуховой, эмоциональной, моторно-двигательной систем.

Еще одно направление работы – использование метода музыкально-пластической гармонизации. Незрячие дети имеют двигательные искажения разной степени, часто повышенный мышечный тонус, поэтому коррекция в направлении пластичности и свободы движений необычно важна как для музицирования, так и для приспособления к жизни вообще. Организация дыхания в связи с этим имеет определяющее значение. Упражнения на дыхание делают под музыку с первых уроков. Лучше эмоционально окрашивать их, придумывать игровые сюжеты. В дальнейшем во время игры на инструменте все время обращается внимание на «дыхание» рук.

Для гармонизации двигательного процесса используются упражнения на:

- ощущение объема и направление движения (вверх–вниз, большое–маленькое);
- характер и скорость движения (плавно–порывисто, быстро–медленно);
- сочетание крупных движений с мелкими, объединяющее работу мышц всей руки с мелкой моторикой пальцев.

Такая направленность не теряет своей актуальности на всех стадиях обучения начиная с доигрового периода, во время которого ребенок мало может играть сам, но музицирует другими способами.

Опыт показывает, что специальной организации игровых движений с незрячими детьми надо уделять больше времени, чем со зрячими. Особое место здесь занимает специфический способ телесно ориентированного показа движения, когда рука ученика лежит на руке педагога. Так показываются контуры движения.

Считаем два метода – эмоционально-чувственный контакт с учеником и пластическую гармонизацию – базисными, так как они имеют сквозное развитие через все этапы обучения.

Особое место уделяется ориентировке на клавиатуре. Как незрячему ученику достичь максимальной свободы в передвижении

В работе педагогов дополнительного образования применяются эффективные педагогические технологии:

- педагогическое общение;
- создание психологического климата;
- создание ситуации успеха;
- развитие коммуникативных способностей.

Для незрячих детей важным является умение быть в контакте. Начиная с первых уроков мы учимся разговаривать при помощи музыки разными способами:

– ученик слушает игру педагога и рассказывает о том, что услышал (важно точно подбирать слова);

– ученик слушает игру педагога и показывает движениями рук характер музыки (громкая – тихая, плавная – порывистая, быстрая – медленная). Педагоги обращают внимание на то, чтобы в соответствии с характером музыки выразительным был корпус, мимика лица (это для незрячего ребенка трудно);

– звучит музыка; обучающийся, сидя за столом, плавной дугой в воздухе руками «обрисовывает» музыкальную фразу. Необходимо хорошо рассчитать движение, чтобы точно в конце фразы руки снова коснулись стола. Лучше для этого задания выбирать музыку с явным движением мелодии вверх и вниз, сочетая с аналогичным движением рук;

– знакомство с интонацией в музыке происходит через сравнение с интонацией человеческой речи. Как только ребенок научился играть двух-трехступенные мелодии, ему предлагается «поговорить» ими (сердито, ласково, грустно, весело). Хорошо это делать в диалоге с педагогом;

– с первых же уроков ребенок слушает такой часто встречающийся элемент, как секвенция. Мы называем это «музыкальным кубиком», из которого строятся пирамиды – вверх или вниз. Начало каждого «кубика» можно показать хлопком в ладоши.

Таким образом, с самого начала обучения ребенок, еще не обладая знаниями и умениями, активно погружается в музыку, знакомится с формой, структурой, элементами музыкального языка, способами передачи человеческой мысли музыкальным произ-

тической деятельности. Образование осуществляется в единстве с комплексной коррекционной работой, охватывающей двигательную сферу ребенка, его речь и познавательную деятельность в целом.

КОРРЕКЦИОННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ VII ВИДА создается для обучения и воспитания детей с задержкой психического развития, у которых при потенциально сохранных возможностях интеллектуального развития наблюдается слабость памяти, внимания, недостаточность темпа и подвижности психических процессов, повышенная истощаемость, несформированность произвольной регуляции деятельности, эмоциональная неустойчивость; для обеспечения коррекции их психического развития и эмоционально-волевой сферы, активизации познавательной деятельности, формирования навыков и умений учебной деятельности. Перевод воспитанников в общеобразовательное учреждение осуществляется по мере коррекции отклонений в их развитии после получения начального общего образования.

КОРРЕКЦИОННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ VIII ВИДА создается для обучения и воспитания детей с умственной отсталостью в целях коррекции отклонений в их развитии средствами образования и трудовой подготовки, а также социально-психологической реабилитации для последующей интеграции в общество. Трудовое обучение в 10–11 классах при наличии производственной базы имеет характер углубленной трудовой подготовки.

Для детей, имеющих физические и (или) психические недостатки, совершивших правонарушения, предусмотренные Уголовным кодексом РФ, достигших к моменту совершения правонарушения 11-летнего возраста и признанных в судебном порядке общественно опасными, создаются специальные закрытые образовательные учреждения, учредителями которых могут быть только органы государственной власти РФ и ее субъектов.

Таким образом, в Российской Федерации существуют организации и образовательные учреждения специализированной помощи детям с проблемами в развитии.

В последнее время большое внимание стало уделяться вопросам обучения детей-инвалидов на дому. Чтобы преодолеть их изоляцию от сверстников и лучше адаптировать к жизни в обществе, открываются образовательные учреждения нового типа – школы надомного обучения. В этих образовательных учреждениях ведется обучение детей, имеющих различные заболевания и уровни развития. Учебные планы и программы учитывают индивидуальные психофизические особенности каждого ребенка. При этом строго соблюдаются требования к охранительному режиму обучения.

Учитывая общемировой подход к обучению детей с ограниченными возможностями здоровья вместе с нормально развивающимися сверстниками, в России в последние годы начался процесс их интеграции в общеобразовательную среду.

Начат процесс деинституализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Открытие во многих субъектах РФ специальных (коррекционных) школ для детей с физическими недостатками позволило значительно сократить число детей, проживающих в интернатных учреждениях, повысить роль семьи в воспитании и развитии таких детей.

2.5. Социально-педагогическая помощь детям-инвалидам

Под социально-педагогической помощью ребенку-инвалиду понимается комплекс педагогических мер, направленных на развитие личности ребенка, имеющего жизненные ограничения, обусловленные инвалидизацией, в ходе которой формируется адекватное восприятие собственного «я» и окружающей действительности, устойчивость к внешним и внутренним травмирующим воздействиям, способность адаптироваться к окружающей среде и эффективно с ней взаимодействовать.

Основная цель социально-педагогической помощи ребенку-инвалиду – ценностное развитие ребенка как личности в преде-

- развитие мимики и пантомимики;
- освоение рациональных движений, умений правильного звукоизвлечения, выразительного исполнения произведений;
- выработка дыхательных навыков;
- развитие слухового самоконтроля, качества звучания, ловкости движения пальцев, координации рук во время игры на инструментах;
- развитие навыков целостного восприятия и исполнения мелодии;
- определение коммуникационных точек и др.

Для реализации поставленных целей и задач мы опираемся на психологическую концепцию о соотношении обучения и развития, изложенную в работах Л.С. Выготского, на методический опыт ведущих тифлопедагогов: Ж. Агаджановой, В. Горбачевской, Н.С. Костючек, Э. Лепик, Е. Марковой, Л.И. Моргайлик, В.А. Феоктистовой.

На занятиях музыкальной студии создаются условия для реализации личностных возможностей воспитанников на основе глубокого изучения их возрастных и психолого-физиологических особенностей. Осуществляется оптимальный отбор приемов, методов, средств и форм обучения и воспитания (рис. 3.21; 3.22).



Рис. 3.21. Занятия в музыкальной студии



Рис. 3.22.

3.4.5. Коррекционно-развивающая работа в процессе обучения незрячих детей музыке

Коррекционно-развивающая работа – это дополнительная к основному образовательному процессу деятельность, способствующая более эффективному развитию ребенка, раскрытию и реализации его способностей в различных сферах. Под коррекционно-развивающей работой подразумевается система специальных мероприятий – занятий, направленных на активизацию процессов компенсации, преодоление или устранение недостатков познавательной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья.

Основное место в процессе обучения музыке незрячих детей занимает созданная при школе-интернате III вида № 33 г. Новочеркасска музыкальная студия по классам баяна и фортепиано, работающая по семилетней программе обучения и программам, разработанным нашими преподавателями музыки. Программы имеют внешних рецензентов и гриф «Допущено» (Приказ Министерства общего и профессионального образования Ростовской области № 205 от 16 сентября 2005 г.).

Педагоги музыкальной студии имеют опыт работы с детьми-инвалидами по зрению и владеют нотной системой Брайля. Цель обучения в студии – развитие навыков игры на музыкальных инструментах, формирование знаний в области музыкально-теоретических дисциплин. Обучение осуществляется индивидуально с учетом музыкальных данных, возрастных особенностей и состояния здоровья детей с перспективой поступления выпускников в Курский музыкальный колледж-интернат слепых. Одновременно с обучением игре на музыкальных инструментах в музыкальной студии решаются и коррекционные задачи:

- обучение ориентировке в пространстве;
- развитие музыкального слуха, слухового внимания;
- развитие гармонического и тембрового слуха;
- развитие чувства ритма, музыкальной памяти, музыкальных представлений, техники игры;
- выработка свободной посадки с инструментом;

лах его психофизических возможностей при помощи комплекса разнообразных педагогических средств. Система социально-педагогической помощи детям-инвалидам, обучающимся в условиях массовой общеобразовательной школы, обеспечивает возвращение ребенка, получившего инвалидность, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включение его в систему общественных отношений.

Главной проблемой, которую необходимо решать в ходе оказания ребенку-инвалиду социально-педагогической помощи, является проблема, связанная с особенностями усвоения им социального опыта, его развития и вхождения в систему общественных связей и отношений. Она вытекает из того, что, *во-первых*, психика ребенка и его личностные качества формируются только в деятельности, общении и в результате проявления активности самой личности по усвоению ею общественно-исторического опыта, выработанного предшествующими поколениями (Л.С. Выготский, 1993, А.Н. Леонтьев, 1975, С.Л. Рубинштейн, 1938). *Во-вторых*, личность ребенка-инвалида формируется на основе тех же закономерностей, что и у здоровых детей. В результате неадекватного преломления воздействий социальной среды и воспитания через внутренний мир, осложненный последствиями физических или психических дефектов, он имеет в своем развитии специфические особенности.

Решение данной проблемы возможно через включение ребенка-инвалида в различные виды деятельности и общение со здоровыми детьми. Прежде всего необходимо создать условия для того, чтобы ребенок, выполняя конкретную деятельность, постепенно становился ее субъектом. Субъектность человека в своей основе связана со способностью индивида превращать собственную жизнедеятельность в предмет преобразования. Составляющими этого процесса выступает способность индивида управлять своими действиями, планировать способы их выполнения, реализовывать намеченные программы, контролировать и оценивать результаты своих действий.

Вступая в жизнь, включаясь в различные виды деятельности, ребенок не является субъектом деятельности. Он им становится

по мере развития. Каждый вид деятельности, с которым сталкивается ребенок, отличается своим содержанием, формами и организацией, участниками и может реализовывать широкий круг его потребностей. Например, участвуя в совместном обслуживающем труде, ребенок может удовлетворить свои потребности в движении, в межличностных отношениях, в общении. Одновременно он приобретает многие личностные качества, такие как трудолюбие, общительность, любознательность, рефлексивные качества, которые в дальнейшем становятся основой психологической структуры личности.

Участие в совместной деятельности здоровых детей и ребенка-инвалида создает предпосылки для решения другой важнейшей задачи – ликвидации последствий в развитии психики, обусловленных вторичными нарушениями. Включение в совместную деятельность ребенка-инвалида будет облегчено, если ему своевременно оказать необходимую социально-педагогическую помощь и поддержку. Оказать ребенку-инвалиду социально-педагогическую помощь – это значит помочь ему снизить эмоционально-психическое напряжение, вызванное дефектом и его последствиями; снять страх в общении со сверстниками и взрослыми, вызванный у него чувством ущербности; укрепить способность ребенка к произвольным действиям и волевым усилиям; придать ему уверенность в своих силах и возможностях в учении, игровой деятельности, общении и труде. Как следствие, у него должно быть выработано внутреннее правило: «Если я захочу, то смогу».

Обучение в условиях массовой общеобразовательной школы способствует формированию у ребенка определенного жизненного опыта. Опыт личности – это динамическая система устойчивых чувств, умений и знаний, возникающих в процессе жизни и деятельности. Формирование опыта личности обусловлено многими факторами: физиологическими особенностями организма и состоянием здоровья ребенка; социальной ситуацией развития и социально-историческими условиями, в которых живет ребенок; социально-психологическими особенностями восприятия и мышления. На усвоение ребенком социального

Посещение музеев, выставок, проведение бесед с приглашением на них художников, участие в обсуждении своих работ и работ товарищей в процессе их создания или отбора на выставку, чтение книг, журналов, газет – все это тоже включает в себя учебно-воспитательная и коррекционно-развивающая работа, проводимая в школе-интернате.

Для незрячего ребенка любой итог его деятельности, воплощенный в успешной учебе, сделанном предмете, полученном результате, по сути – осуществление его человеческой мечты. Творчество слепых и слабовидящих учеников, использование их художественных способностей в формировании духовного и нравственного здоровья как мотив деятельности играет главную и существенную роль в процессах компенсации зрения и становления личности.

Коррекция развития личности незрячего ребенка средствами изобразительного искусства показала, что предлагаемая система дает хорошие результаты, если охватывает все возрастные группы. Занятия незрячих детей изобразительным искусством в условиях школы-интерната III вида не только содействуют их художественному развитию, но и способствуют расширению и обогащению сферы их представлений, а значит, происходит развитие личности.

21–27 ноября 2008 г. в Москве состоялась IV Всероссийская выставка живописи, рисунка и прикладного творчества инвалидов-школьников «Краски всей России». На выставке были представлены работы разных жанров и форм исполнения от 106 отправителей из различных регионов России, Ирака и Сенегала. Участие в выставке приняли и воспитанники школы-интерната III вида № 33 г. Новочеркаска. 14 дипломов различной степени присуждены воспитанникам нашего образовательного учреждения.

Школа-интернат награждена Дипломом за лучшие работы в технике тестопластики!

Открывая для себя радость художественного творчества, ребенок-инвалид по зрению меняет свою жизненную позицию, отношение к себе, к своей жизни (и к своему дефекту), обретает более оптимистический взгляд на жизнь и окружение.

пературы, чтобы масса из теста подсохла и постепенно отвердела. Тем для лепки очень много, для реализации задуманного необходимы терпение и аккуратность (рис. 3.17; 3.18).



Рис. 3.17.

Лепка из соленого теста



Рис. 3.18.

Привлекая незрячих детей к занятиям рисованием, лепкой, макраме, лозоплетением, педагоги развивают их мироощущение: через познание форм и предметов – к пониманию окружающего мира и реальной жизни.

По окончании учебного года учителя и учащиеся оформляют выставку, подводят итоги. Коллективные творческие работы, выполненные в технике макраме, коллажа, соленого теста, аппликации по ткани и вышивки украшают кабинеты, спальни, холлы и коридоры школы-интерната (рис. 3.19; 3.20).

Изделия учащихся не раз демонстрировались на городских и областных выставках. Имеются дипломы и грамоты.



Рис. 3.19.

Выставки работ учащихся

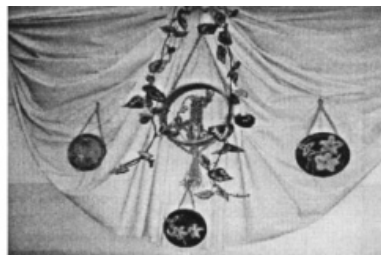


Рис. 3.20.

опыта в процессе взаимодействия с социальной средой оказывают заметное влияние общественное мнение, социальные установки, уровень развития потребностно-мотивационной сферы и многое другое.

Согласно теоретическим воззрениям Л.С. Выготского, А.В. Запорожца, А.Н. Леонтьева, А.В. Петровского личность есть целостная психологическая структура, формирующаяся в процессе жизни человека на основе усвоения им общественных форм сознания и поведения. Становление личности начинается с первых минут жизни и идет вместе с психическим развитием ребенка. Следовательно, социально-педагогическая помощь детям-инвалидам должна обеспечить с учетом индивидуальных особенностей ребенка и влияния последствий, обусловленных дефектом, эффективное формирование личного опыта начиная с самых ранних стадий развития. В случае же нежелательного психического и личностного развития необходима коррекция появляющихся негативных психических образований и форм поведения.

Основными принципами сопровождения ребенка в условиях жизнедеятельности в образовательном учреждении, по мнению Л.П. Шипицыной, являются: рекомендательный характер советов сопровождающего; приоритет интересов сопровождаемого «на стороне ребенка»; непрерывность сопровождения; мультидисциплинированность (комплексный подход) сопровождения; стремление к автономизации.

Рассмотрим эти принципы.

Рекомендательный характер советов сопровождающего (необязательный для исполнения). Ведущей идеей сопровождения выступает положение о необходимости развития самостоятельности ребенка в решении актуальных для его развития проблем, именно поэтому логика сопровождения диктует необходимость отказа от «законодательных» решений. Ответственность за решение в поле проблем остается за ребенком, его родителями или лицами их заменяющими, педагогами, близким окружением. Очевидно, если одна из сторон «субъектного четырехугольника»

не может принимать участие в принятии решения (например, из-за отсутствия у ребенка родителей или некомпетентности дружеского отношения младшего школьника), то функции этой стороны принимают на себя другие носители проблемы.

Чем более компетентен в решении своих проблем ребенок, тем больше прав на окончательное решение должно быть именно у него. Приоритет полномочий решения здесь может быть определен в следующей последовательности: ребенок и его родители; педагоги; близкое окружение. На разных стадиях развития проблем специалисты системы сопровождения могут стремиться дополнить своими советами «неработающие элементы» системы.

«На стороне ребенка». Принцип отражает базовое противоречие метода сопровождения. Очевидно, что «виновником» любой проблемной ситуации развития ребенка выступает не только социальное окружение или природный генотип ребенка, но и особенности его личности. Проще говоря, в проблемных ситуациях ребенок часто бывает не прав. Очень часто на стороне ребенка только он сам и специалист системы сопровождения, который призван стремиться решить каждую проблемную ситуацию с максимальной пользой для ребенка.

Непрерывность сопровождения. Ребенку гарантировано непрерывное сопровождение на всех этапах помощи в решении проблемы. Специалист сопровождения прекратит поддержку ребенка только тогда, когда проблема будет решена или тенденция решения будет очевидна. Этот принцип означает также и то, что дети, находящиеся под постоянным воздействием факторов риска (например, хронически больной ребенок, ребенок в системе специального образования, ребенок-сирота и т.п.), будут обеспечены непрерывным сопровождением в течение всего периода их становления.

Мультидисциплинарность сопровождения. Принцип требует согласованной работы «команды» специалистов, проповедующих единые ценности, включенных в единую организационную модель и владеющих единой системой методов.



Рис. 3.15.



Рис. 3.16.

Отработка способов плетения из лозы

Очень увлекательно оплетение емкостей – любой бутылочки, баночки, да и крупных емкостей, например больших цветочных горшков. Здесь каждый воспитанник старается проявить индивидуальность (рис. 3.16).

Лепка – любимое занятие для незрячих детей. Они овладевают этим видом искусства в рамках дополнительного образования. Развивающее и воспитательное значение лепки огромно, особенно в плане умственного, художественного и эстетического развития. Лепка расширяет кругозор, способствует формированию творческого отношения к окружающей жизни, нравственных представлений. Занятия лепкой воспитывают художественный вкус, умение выделять главное, характерное, ведь герои и сюжеты будущих работ находятся рядом с нами, живут в книгах и кинофильмах. Лепка развивает трудовые умения и навыки, мышцы пальцев, ловкость рук, воспитывает аккуратность, усидчивость, терпенье.

В школе-интернате предпочтение отдается лепке из соленого теста. Тесто – материал мягкий, пластичный, дышащий, не пачкает рук. Любое прикосновение пальцев оставляет на нем след, своеобразный узор. При правильном замесе тесто не крошится, не трескается, долго сохраняется, но в то же время – это материал хрупкий. Можно вылепить из теста маленькую фигурку, но ее обязательно придется высушить в духовом шкафу или печке, как пирожок, до румяности. А если выполнить рельеф, то он в обжиге не нуждается. На плоской основе выкладывается тоненький слой теста и сплошь покрывается узором, словно кружевом. Достаточно комнатной тем-



Рис. 3.13. Изделия в технике макраме Рис. 3.14. Работа в технике макраме

При помощи основных узлов можно создавать новые композиционные сочетания и применять их в создании новых предметов. Привлекает затейливость рисунков, сделанных незрячими детьми в технике макраме, многие ребята придумывают свои узоры (рис. 3.14).

Во все времена у народов были популярны изделия, созданные мастерами, владеющими техникой лозоплетения. Незрячие воспитанники успешно осваивают этот трудоемкий материал. Освоение способов плетения из лозы – тяжелое испытание для непривычных детских рук. Поэтому для тренировки на начальной стадии есть специальные тренажеры, где вместо прутьев используются резиновые жгуты. Потом эти способы отрабатываются уже на лозе. Одновременно незрячие дети изучают различные виды изделий, в которых традиционно используются те или иные приемы плетения. Каждая местность имеет свою специфику, свой «конек». Где-то больше корзинки идут в дело, где-то более популярна плетеная мебель.

В Ростовской области популярно плетение корзин. Наши ученики осваивают первым делом простую круглую корзину, затем белорусскую, украинскую, так называемую монастырскую корзину. На разных видах корзин отрабатываются разные способы плетения, разные узоры (рис. 3.15).

Потом переходим к более тонкой работе. Здесь уже каждый может выбрать, что он будет плести: хлебницу, сухарницу, ажурную фруктошницу. Как правило, ребята стараются испробовать разные формы, делают много предметов: кашпо, панно настенные.

По мнению О.С. Газмана, дифференциация социального и индивидуального в развитии личности приводит к необходимости вычленения в педагогическом процессе педагогической поддержки (помощи в саморазвитии).

Предметом педагогической поддержки является процесс совместного с ребенком определения его собственных интересов, целей, возможностей и путей преодоления препятствий (проблем), мешающих сохранить свое человеческое достоинство и самостоятельно достигать желаемых результатов в обучении и самовоспитании, общении, образе жизни. Ключевое слово теории педагогической поддержки – проблема ребенка.

Основными принципами обеспечения педагогической поддержки, по мнению исследователей, могут быть следующие:

- согласие ребенка на помощь;
- опора на наличные силы и потенциальные возможности личности, вера в эти возможности;
- ориентация на способности детей самостоятельно преодолевать трудности;
- совместность, сотрудничество, содействие;
- конфиденциальность (анонимность);
- доброжелательность и безоценочность;
- безопасность, защита здоровья, прав, человеческого достоинства;
- реализация принципа «не навреди»;
- рефлексивно-аналитический подход к процессу и результату.

Важной частью оказания ребенку-инвалиду социально-педагогической помощи является составление индивидуальных программ личностного развития и коррекции. Общий подход, применяемый в работе со здоровыми детьми, для детей-инвалидов неприемлем, так как в каждом конкретном случае необходимо учитывать не только особенности общего развития, но и специфику заболевания, его последствий, зону актуального развития, индивидуальные особенности и др. Индивидуальная коррекционно-развивающая программа составляется на основе данных

психодиагностического обследования ребенка с участием всех заинтересованных лиц и специалистов, родителей, врача, психолога, педагогов и воспитателей.

Развивающе-коррекционная работа как важная составляющая часть социально-педагогической помощи ребенку организуется таким образом, чтобы обеспечить целостное воздействие на личность во всем многообразии мотивационных, интеллектуальных, эмоционально-волевых и других проявлений личности.

К числу основных требований и условий, от которых зависит эффективность коррекционно-развивающей работы, можно отнести следующие.

Во-первых, она должна опираться на глубокие знания общих закономерностей развития ребенка и особенностей дионтогенеза, вызванного тем или иным болезненным процессом и его последствиями.

Во-вторых, содержание развивающей работы должно определяться особенностями сензитивных периодов возрастного развития, необходимостью формирования тех психических новообразований и свойств личности, которые на данном этапе наиболее актуальны.

В-третьих, коррекционно-развивающая работа осуществляется на основе специальных программ, которые разрабатываются применительно к каждой возрастной группе и специфике заболевания или дефекта, вызвавшего вторичные нарушения и индивидуальные особенности каждого ребенка.

В-четвертых, в ходе коррекционно-развивающей работы необходимо соблюдать доступность, преемственность и последовательность. Практика подтверждает, что участие ребенка в различных формах коррекционно-развивающей работы будет более продуктивным, если в ней присутствует определенная логика и методическая преемственность. Наконец, чтобы обеспечить эффективную коррекционно-развивающую работу, важно обеспечить положительную мотивацию ребенка к его участию в предлагаемой взрослыми деятельности. Положительных сдвигов можно достичь только при положительном отношении

- *Аппликация*. Работа с цветной бумагой, бисером, пером, яичной скорлупой, крупой, бобовыми, лоскутная техника.

- *Макраме*. Работа с различными нитями, шнурами.

- *Занятия с нитями*. Изонить, воздушная нить, головоломки из ниток.

- *Вышивка*. Вышивка крестом и гладью.

- *Косы и косички*. Освоение различных плетений и простейших причесок.

- *Папье-маше*. Изготовление муляжей фруктов, овощей, посуды.

- *Оригами*. Изготовление простейших моделей в технике оригами: кораблик, лягушка, шапочка, фонарик.

- *Флористика*. Изготовление букетов и картин из сухих цветов, трав.

- *Вязание*. Выполнение работ крючком и спицами.

Следует особо подчеркнуть, что доступность и полезность для незрячих детей каждого вида занятий определяются не столько возрастом, сколько предварительной подготовкой, которую они получили. Поэтому система коррекционных занятий может быть «сжата» или «растянута» в зависимости от конкретных условий работы по обучению и воспитанию незрячих детей в условиях школы-интерната. Выполнение творческих работ незрячими обучающимися способствует формированию пространственного образа и мышления, эстетического вкуса, развитию творческих способностей, адаптации и реабилитации слепых и слабовидящих детей к жизни в обществе. У незрячих детей недостаток зрительных функций компенсируется хорошо развитыми слухом и тактильной чувствительностью. Для развития компенсаторных функций в процессе обучения изобразительному искусству в школе-интернате используется система дополнительного образования.

Незрячие дети, например, успешно осваивают макраме. В узелковом плетении, как и в других видах рукоделия, имеются широкие возможности для проявления творческих способностей (рис. 3.13).

На занятиях используются различные методические приемы: осязательного восприятия объектов, обучения предметно-практической деятельности с помощью сохранных анализаторов, формирования представлений о форме, объеме, размере и качестве предметов, развития творческих способностей детей (рис. 3.12).



Рис. 3.12. Занятие по развитию осязания

Овладение приемами осязательного восприятия объектов и умениями выполнять практические действия дает детям с нарушением зрения возможность наиболее точно представить предметы и размещение их в пространстве, что позволяет им быть более активными, любознательными в процессе обучения изобразительному искусству.

Программа по развитию осязания и мелкой моторики включает развитие навыков использования художественных способностей учащихся в процессе предметно-практической деятельности.

- *Конструирование.* Работа с различными видами и типами конструкторов.
- *Занятия лепкой.* Работа в пластилиновой технике, технике лепки из глины, соленого теста.
- *Изготовление бумажных цветов.* Работа с гофрированной, цветной и бархатной бумагой.

ребенка к тому, что предлагает взрослый, если он принимает это как собственное, как необходимое. В конечном счете важно помочь ребенку или подростку в ходе возрастного развития постепенно стать хозяином своего внутреннего мира, научиться управлять своими желаниями, уметь ставить цели, направленные на преобразование самого себя. Сам ребенок не может реализовать поставленные задачи. Добиться позитивных сдвигов можно только на практике, и эту практику организовать могут только взрослые.

История показывает немало примеров, когда люди, имеющие физический дефект, побеждали его. Происходило это в том случае, если соблюдались следующие правила:

- ребенку предоставлялась достаточная самостоятельность, исключалась чрезмерная опека, все делалось для того, чтобы ребенок научился заботиться о себе сам;
- уделялось внимание и поддержка не только тогда, когда ребенку плохо, но и тогда, когда ему хорошо;
- создавались условия для равноправного общения, основанного на взаимном уважении, на морали равенства;
- одновременно не решались многие задачи, а терпеливо осуществлялась работа над одной-двумя составляющими более сложной задачи. Реальные маленькие, но успешные изменения в развитии ребенка приводили к положительным результатам в решении более сложных личностных проблем.

Компонентами социально-педагогической помощи ребенку-инвалиду в условиях массовой общеобразовательной школы являются следующие: диагностический, консультационный, практический, прогностический и социально-реабилитационный.

Диагностический компонент представляет собой изучение личности ребенка-инвалида и его взаимоотношений со средой.

Реализация диагностического компонента социально-педагогической помощи ребенку-инвалиду предполагает: изучение личности самого ребенка, состояние его интеллектуальной, эмоциональной, волевой и других сфер. Изучаются возможности

и имеющиеся у ребенка способности, особенности течения его заболевания, степень влияния имеющегося дефекта на общий уровень развития и восприятия своего «я», изучение взаимоотношений ребенка с ближайшим окружением, его положение в семье и возможности включения в детскую группу. Изучается отношение ребенка в целом к окружающей социальной действительности, влияние основных мотивов и установок на процесс жизнедеятельности в обществе.

Проводимые комплексные диагностические исследования позволяют выделить основные затруднения, которые испытывает ребенок в отношении восприятия себя и имеющегося дефекта, дать общую характеристику развития его личности и отношений с окружающей средой. Диагностика позволяет составить карту личности школьника, в которую необходимо занести следующие данные:

- состояние здоровья;
- возможные осложнения, вызванные инвалидностью;
- общее состояние эмоциональной и волевой сфер ребенка;
- уровень развития интеллектуальных способностей;
- наличие положительно ориентированных намерений;
- развитие интересов и потребностей;
- самооценка;
- отношения с членами семьи;
- отношение к учебе;
- характер общения со сверстниками;
- отношение к педагогическим воздействиям.

Консультационный компонент социально-педагогической помощи ребенку-инвалиду представляет собой организацию консультирования данной категории детей. Консультации детей-инвалидов должны носить индивидуальный характер и быть направлены на преодоление тех затруднений, которые испытывает ребенок.

Реализация консультационного компонента социально-педагогической помощи осуществляется с помощью специалистов-психологов (табл. 2.2).

- рисунок на фотобумаге (процарапывание эмульсионного слоя);
- рисунок пластилином;
- рисунок ручками или карандашами на ткани и др.



Рис. 3.10. Рисование на пленке шариковой ручкой



Рис. 3.11. Работа цветными карандашами

Ориентиром на плоскости картины в процессе изображения на ней для слепого служит возникающее углубление в виде канавки или, наоборот, возвышение, причем если рисунок наносится на бумагу шариковой ручкой или карандашом, то эта канавка одновременно и окрашивается пастой ручки или грифелем карандаша (рис. 3.10).

При работе цветные карандаши раскладываются в определенном, известном слепому, порядке, чтобы он мог взять нужный карандаш и положить его на место (рис. 3.11).

При работе с цветными восковыми мелками на меловой бумаге, под которую подкладывается гладкий твердый планшет, ориентиром для слепого тоже служит рельеф, возникающий от прилипания к бумаге воскового состава карандаша. Незрячие дети очень любят уроки изобразительного искусства.

Формирование художественных способностей детей с ограниченными возможностями продолжается на коррекционных занятиях по развитию осязания и мелкой моторики. Здесь работа продумана так, чтобы учитель коррекционных дисциплин мог осуществлять индивидуальный подход к каждому незрячему ребенку.

Особенности психологического консультирования

Назначение	Психологическое обеспечение оптимальной адаптации и самореализации за счет актуализации ресурсных возможностей для преодоления возникших затруднений
Предмет	Внутренний психологический мир ребенка: самоотношение, эмоционально-волевое регулирование, цели, ценности, ситуация жизнедеятельности и т.д.
Условия использования	Желание консультироваться – получать помощь в решении вопросов (затруднений), обусловленных психологическими причинами. Готовность консультируемого принять ответственность за изменение себя ради изменения своей жизненной ситуации
Основные принципы	Гуманность, позитивность, адекватность, системность, реалистичность, гибкость
Характер	Совместная деятельность психолога-консультанта и ребенка-инвалида для достижения цели, сформулированной в ходе затруднительной ситуации
Цель	Решение актуальных личностных, жизненных, социальных задач и трудностей молодого человека за счет преодоления психологических затруднений
Профессиональные (психологические) задачи	Меры (шаги), планируемые для достижения поставленной цели, задачи конкретного консультирования обуславливаются поставленной целью, индивидуальными особенностями
Результат	Изменение (разница) во внутреннем психологическом мире, произошедшая в ходе (в результате) психологического консультирования, способствующая адаптации и самореализации ребенка. В качестве результата конкретной консультации выступают: повышение информативности, понимание причин затруднений, отреагирование накопившегося напряжения, выработка нового взгляда на себя и ситуацию, поиск и актуализация собственных ресурсов – сил и средств поведения в сложных ситуациях, повышение (изменение) самооценки, самоуважения, освоение новых способов поведения, способов самостоятельного решения сложных жизненных вопросов, разрушение негативных установок и норм поведения, формирование новых целей, ценностей, перспектив

Психологическое консультирование – это нестандартный процесс. Его протяженность, форма, глубина будут определяться прежде всего необходимостью и достаточностью для разрешения затруднений консультируемого (табл. 2.3).

вание в специальных образовательных учреждениях. Основные задачи, которые призвана решать система образования, – подготовить к нормальной личной и общественной жизни детей с нарушениями психофизического развития, корректировать их развитие, создать как можно больше возможностей для их социальной адаптации.

Специальная (коррекционная) образовательная школа-интернат III вида № 33 г. Новочеркаска Ростовской области – учреждение особенное: здесь обучаются и воспитываются 100 детей с ограниченными возможностями здоровья. Она открыта в 1947 году. Внимание коллектива направлено на формирование у детей жизненно необходимых умений и навыков, позволяющих адекватно относиться к окружающим, самостоятельно жить, нормализовать нарушенные связи и отношения с окружающим миром, то есть решать проблемы социальной реабилитации и адаптации.

Педагоги школы-интерната уверены, что незрячий ребенок, как и любой другой, имеет право на максимально возможное для него самовыражение в общественной жизни, образовании, творчестве. Поэтому одной из форм решения главной задачи является обучение незрячих детей изобразительному искусству. Для этого в школе-интернате созданы условия для реабилитации детей с помощью различных видов художественно-творческой деятельности.

Для обучения незрячего ребенка изобразительному искусству нужны такие технические приемы и средства, которые обеспечивают ориентировку в малом пространстве при создании картины или рисунка. Такими являются тифлосредства, оптимальные материалы для занятий искусством и наилучшие приемы их использования.

На уроках изобразительного искусства учителя М.П. Мухаев и Н.Л. Герасименко используют методики и технические приемы рисования для незрячих, разработанные художником из Санкт-Петербурга, длительное время работающим с незрячими детьми, Ю.А. Нашивочниковым:

- рисунок на пленке шариковыми ручками;
- тиснение по фольге, меди, латуни;

Таблица 2.3

Задачи, решаемые на разных уровнях

Основные этапы (блоки)	Решаемые задачи	
	Консультируемый	Консультант
Подготовка	<ul style="list-style-type: none"> – фиксация затруднения, попытки решения (самостоятельно или с помощью других); – решение обратиться к психологу 	<ul style="list-style-type: none"> – настрой на работу (определение смысловой позиции, создание внутренней идентичности, позитивного настроя, отвлечение от других вопросов); – выбор времени, подготовка места
Установление контакта и построение доверительного диалога	<ul style="list-style-type: none"> – возникновение доверия; – уяснение возможностей консультанта и характера предстоящей работы 	<ul style="list-style-type: none"> – достижение согласованной позиции; – распределение ролей (Я... Ты... Мы...); – поддержание доверительного диалога
Исследование ситуации	<ul style="list-style-type: none"> – описание, анализ качественного своеобразия внешних и внутренних факторов затруднительной ситуации, структурирование, обозначение предмета работы, выделение позитивных основ для разрешения возникшего затруднения 	<ul style="list-style-type: none"> – содействие клиенту в описании и анализе ситуации (стимулирование свободных высказываний, исповеди, ответов на вопросы и др.); – выделение и анализ предмета работы; – профессиональный анализ факторов, обуславливающих возникшее затруднение на основе анализа эмоционального тона, общей позиции, невербальных знаков, результатов диагностики; – выделение позитивного «плацдарма» – основ для разрешения консультируемым возникшего затруднения
Постановка цели	<ul style="list-style-type: none"> – формулирование желаемого результата (я хочу...), его уточнение и обоснование (я действительно этого хочу, так как...) 	<ul style="list-style-type: none"> – содействие клиенту в формулировании желаемого результата через постановку вопросов, исследование возможных последствий; – оценка реалистичности, конкретности, привлекательности поставленной цели
Поиск решений	<ul style="list-style-type: none"> – выработка (усвоение) новых позиций, отношений, способов, оценка их с точки зрения реалистичности и приемлемости 	<ul style="list-style-type: none"> – помощь в организации поиска решения; – активизация консультируемого, влияние на его позицию
Подведение итогов	<ul style="list-style-type: none"> – сравнение полученного результата с планируемым, выявление разницы в разрешении возникшего затруднения, планирование дальнейших шагов и действий; – позитивное программирование на реализацию намеченных шагов (я верю, что смогу добиться желаемого результата...) 	<ul style="list-style-type: none"> – выводы о продвижении. Выделение того, что удалось достичь консультируемому; – помощь в создании позитивного настроя на реализацию дальнейших шагов; – выход из контакта

могает ребенку преодолеть усталость, нежелание к качественному и конечному результату труда».

Подросткам свойственны стремление к творчеству, созиданию, тяга к активному участию в трудовой деятельности взрослых. Когда поделка выполнена своими руками, ее хочется подарить. Она сама так и просится стать подарком. Родителям приятно получить подарок как доказательство мастерства и достижений своего ребенка. Благодарность рождает ответное желание сделать еще один подарок своими руками. Так ребенок учится заботиться об окружающих. Можно тысячу раз твердить ребенку о необходимости думать о других, не быть эгоистом, но настоящее воспитание доброты возможно только на практике. Из всех других занятий ребенка именно ручной труд дает необходимый результат. В процессе ручного труда воспитываются сноровка, смекалка, выносливость, волевые усилия, дети учатся планировать свою работу. А это пригодится, когда ребенок, став взрослым, окажется на пороге выбора своей профессии. Ведь ручной труд является огромным фактором умственного развития ребенка.

Трудовое воспитание должно осуществляться с первых дней поступления ребенка в школу-интернат, и не только на уроках трудового обучения. Оно идет и в классе, и в столовой, и в спальне; ребенку прививаются навыки самообслуживания, общественно полезного труда. Трудовое воспитание имеет чисто практический характер. Для невидящих учащихся трудовое обучение и воспитание служат также важным средством коррекции, компенсации и восстановления нарушенных и недоразвитых функций, основой их подготовки к жизни и труду в современном обществе.

3.4.4. Коррекция развития личности незрячего ребенка средствами изобразительного искусства

В современной России детям с ограниченными возможностями здоровья оказывают специализированную помощь множество учреждений, находящихся в различных ведомствах. Дети с ограниченными возможностями здоровья могут получать образо-

рукоделием (вышивка, вязание, плетение и т.д.), украшающим жилье.

В народе издавна стремились приобщить, а не принудить детей к труду. Считали, пусть для ребенка труд обернется сначала нарядной своей стороной. В ручном труде всегда есть возможность свободного выбора, проявления своих интересов, желаний и потребностей. В процессе труда не только учат мастерить, моделировать, конструировать, но и развивают сноровку, смекалку, терпение, трудовые умения, ценную мотивацию, способности к преодолению себя.

Не менее важна личностная значимость труда. Каждый ребенок, а особенно инвалид, должен иметь возможность реализовать в труде собственные стремления. Примеры: хочу добиться успеха; хочу, чтобы меня уважали, хочу чему-нибудь научиться; хочу сделать нужную вещь; хочу поздравить маму и т.п. Труд не должен быть принудительным, в нем ребенок должен иметь возможность осуществить свои знания в разных областях жизни: общении, мастерстве.

Отношение ребенка-инвалида к деятельности зависит от того, испытывает ли он удовлетворение от ее процесса и результата. Поэтому педагог должен позаботиться, чтобы организуемая трудовая деятельность содержала в себе ситуацию успеха. В таком случае дети активны, деятельны, свободно реализуют свои притязания; неуспех приводит к пассивности, нежеланию заниматься нелюбимым делом.

В.А. Сухомлинский строил процесс обучения как радостный труд. Большое внимание он уделял формированию мировоззрения учащихся; важная роль в обучении отводилась слову учителя, художественному стилю изложения, сочинению вместе с детьми сказок, художественных произведений. Трудолюбие, по мнению В.А. Сухомлинского, – «это, прежде всего, сфера эмоциональной жизни. Труд становится привлекательным для ребенка, если он эстетически выражается, эмоционально насыщен. Эмоциональная насыщенность трудовой деятельности по-

Практический компонент предполагает выбор и реализацию конкретных мер, средств и форм социально-педагогической помощи детям-инвалидам.

Реализация практического компонента включает в себя несколько этапов: подготовительный, решения возникающих в ходе обучения проблем, или основной, и этап сопровождения.

На первом этапе, подготовительном, осуществляется подготовка ребенка-инвалида и членов его семьи к обучению в условиях массовой общеобразовательной школы. Готовность соотносится с понятием «установка» (определенное личностное образование). Готовность ребенка-инвалида к школе бывает двух видов: объективная и субъективная. Задача подготовительного этапа социально-педагогической помощи – это формирование субъективной готовности ребенка к школе. Необходимо сформировать у ребенка желание идти учиться вместе со здоровыми детьми, утвердить его веру в свои силы и возможности. Работа с семьей ребенка-инвалида на данном этапе – важное направление деятельности, поскольку в целом субъективная готовность членов семьи позволяет поддержать ребенка и утвердить его желание учиться в школе, которое является необходимым условием формирования установки у самого ребенка на обучение вместе со здоровыми детьми в массовой школе.

Вторым, или основным, этапом реализации практического компонента социально-педагогической помощи является этап решения возникающих в процессе обучения проблем. У здорового ребенка начало обучения в школе – это определенный кризис, который в литературе принято называть «кризисом первых недель обучения». Для ребенка-инвалида адаптационный период занимает больше времени и сопряжен с дополнительными трудностями. Ему необходимо научиться самостоятельно решать проблемы, возникшие в результате того или иного дефекта, научиться вместе со здоровыми детьми включаться в разнообразную деятельность, находить ей альтернативу, если ограничения, заданные дефектом, не дадут ему возможности ее выполнения.

Таким образом, естественным следствием прихода ребенка-инвалида в школу будет комплекс проблем и затруднений, которые ему необходимо помочь решить.

А. Воронца-Боровска¹ выделяет правила, которыми должен руководствоваться специалист на данном этапе оказания помощи ребенку-инвалиду:

– правило индивидуального подхода (любая мера помощи будет эффективна настолько, насколько учитываются особенности дефекта ребенка, его влияние на его возможности и уровень личностного развития ребенка-инвалида);

– правило вариативности (в зависимости от возникшего затруднения необходима реализация конкретной результативной в данной ситуации стратегии помощи);

– правило привлекательности альтернативы (важно, чтобы ребенок научился гибко ориентироваться в ситуации и в случае затруднения в выполнении тех или иных действий, включения в ту или иную деятельность, реализации временных режимов задания умел найти альтернативу самостоятельно, не ждать решения, которое примет учитель);

– правило субъективного взаимодействия (ребенок-инвалид не объект оказания социально-педагогической помощи, а активный участник этого процесса).

Следующий этап реализации практического компонента социально-педагогической помощи детям-инвалидам – это этап сопровождения ребенка в процессе его обучения в школе.

Социально-педагогическое сопровождение – это процесс своевременной помощи ребенку на основе постоянного отслеживания изменений в процессе его развития, адаптации его в детском коллективе и развитие компенсаторных механизмов.

Основная функция социально-педагогического сопровождения – это фасилитация процесса социальной адаптации ребенка-инвалида в условиях обучения в массовой общеобразовательной

¹ См.: Воронца-Боровска А. Социально-педагогическая помощь детям-инвалидам в условиях массовой общеобразовательной школы: дис. ... канд. пед. наук. Ярославль, 2003. С. 61.

Трудолюбие плюс доброта – это тот комплекс, который поднимает человека на моральную высоту. Если ребенок желает что-то сделать, он непременно должен начать. Эта истина простая: начать, продолжить, завершить.

Наши педагоги считают, что воспитание трудолюбия должно быть не шаблонным и однотипным для всех детей, а глубоко индивидуальным. Ребенок неохотно берется за дело, но искренне радуется результату, тогда надо фиксировать внимание на приятных ощущениях от самостоятельного труда.

Воспитатель должен:

– постараться не разочаровывать ребенка критическими замечаниями, если даже что-то не так;

– добиваться, чтобы предвкушение результата стало стимулом к активности;

– найти правильную прицельную точку, с которой воздействовать на ребенка, прививая любовь к труду.

Важное место в мире ребенка, особенно инвалида, занимает ручной труд. Организовать труд – значит, прежде всего научить ребенка работать руками и головой. И этому в наибольшей степени способствует ручной труд. Не секрет: чем больше мастерства в детских руках, тем умнее ребенок. Мастерство рук – это материальное воплощение пытливости ума, смекалки, творческого воображения. Занятия ручным трудом предполагают участие детей в изготовлении игрушек и поделок из различных материалов, возрождении народных промыслов, изготовлении украшений, национальной одежды и домашней утвари, народной игрушки.

Техническое моделирование, работа с конструктором, шитье и вязание, работа с различными материалами и инструментами обеспечивает работу рук и мозга, помогает воздействовать на внешний мир, познать законы его развития. Разнообразный ручной труд, развивающий руки, развивает и ум, ибо через руки ребенка, овладевающие различными инструментами и материалами, в мозг поступает так много информации, что он развивается гораздо успешнее. Следует вместе с детьми заниматься

товность трудиться. Труд должен стать жизненной потребностью будущего гражданина. Как и любое другое нравственное качество, трудолюбие формируется в сложном и многогранном процессе воспитания. Воспитание трудолюбия требует от педагога большого терпения, знания возрастной физиологии, особенностей личности ребенка, а в нашем случае – и особенностей заболевания.

И.Ф. Свадковский в книге «Воспитание у детей трудолюбия» пишет: «Простейшая трудовая операция производит серьезные изменения в психологических и физических способностях ребенка; эта операция как бы разделяет человека на две равные жизни: до этой операции он был не умеющим человеком, после нее стал умеющим человеком».

Центральным событием, определяющим появление любви к труду, трудолюбия как неотъемлемого качества личности ребенка, является *успех*. Именно успех наполняет сердце ребенка радостью, вызывает прилив энергии, желание взяться за дело. Вот почему родители вместе с педагогами должны не просто прививать трудовые навыки детям, но и следить, чтобы ребенок видел результаты своего труда, пользу от него, испытывал желание повторить успех, вновь ощутить радостное чувство, что порождает потребность в труде. С этого момента ребенок работает не потому, что его вынуждают к труду внешние обстоятельства, а потому, что труд стал для него жизненной потребностью, удовлетворяющей его непосредственные влечения.

Легких и быстрых результатов воспитания привычки к труду ждать не следует, любовь к труду можно воспитать только в труде, а всякий труд связан с преодолением неумений, с усилием, усталостью и напряжением. Только преодолевая трудности и неумения, ребенок постепенно находит удовлетворение. Получилось! До сих пор не получалось, а теперь получилось! Приобретено еще одно умение. Это очень важный момент в эмоциональной жизни ребенка, который нельзя оставлять без внимания. Разделяйте с ребенком его восторг и радость!

Доброта, забота о человеке, потребность доставлять радость другим – вот основной мотив, побуждающий ребенка к труду.

школе. *Под социальной фасилитацией* понимается облегчение процессов социальной адаптации детей-инвалидов в условиях школы. Говоря иными словами, мы должны помочь им в решении проблемных ситуаций.

Следующим компонентом социально-педагогической помощи детям-инвалидам в условиях массовой общеобразовательной школы является *компонент прогностический*.

Прогнозирование – это определение потенциальных возможностей ребенка к обучению в условиях массовой общеобразовательной школы. При прогнозировании таких возможностей специалист должен изучить особенности дефекта, имеющегося у ребенка, влияние его последствий на жизнедеятельность ученика и тенденции развития последствий дефекта.

Для теории сопровождения важным является разграничение методов предупреждения проблемы и коррекции проблемы. Это разграничение может быть построено на основе анализа трех параметров. Первый параметр выделяет момент действия в отношении времени развития проблемы. Действие может предприниматься до и во время, а также после появления проблемы. Противоположностью выступают те моменты, когда проблемы уже полностью сформировались или даже вышли из-под контроля. Эти ситуации требуют немедленной работы по коррекции. Между этими двумя полюсами располагается деятельность по общей профилактике. Инициативы, сфокусированные на ранних этапах возникновения проблем, обычно нацелены на широкие целевые группы и могут быть адресованы, например, всем детям, находящимся в данном образовательном учреждении, или всем детям школьного возраста. По мере развития проблемы действия становятся конкретнее, а целевая группа – специфичнее.

Второй параметр характеризует природу действия. Проблемы предупреждаются путем сокращения недопустимых типов поведения (оборонительная стратегия) или предложения новых вариантов поведения (наступательная стратегия).

Третий параметр. Процесс сопровождения можно описать через последовательную реализацию следующих шагов:

проведение квалифицированной диагностики сути проблемы, истории потенциальных сил ее носителей; информационный поиск методов, служб, специалистов, которые могут помочь решить проблему; обсуждение возможных вариантов решения проблемы со всеми заинтересованными людьми и выбор наиболее целесообразного пути решения; оказание сопровождаемыми первичной помощи на начальных этапах реализации плана, так как первые шаги являются самыми сложными.

Индивидуальное сопровождение детей в образовательном учреждении предполагает создание условий для выявления потенциальной и реальной «групп риска» (то есть детей, находящихся под воздействием одного или нескольких факторов риска) и гарантированную помощь тем детям, которые в ней нуждаются. Такой метод работы является противоположностью так называемому «заявительному» сопровождению, по логике которого соответствующие службы работают только с теми детьми, по поводу которых обратились родители (или педагоги). Часто именно те, кто более всего нуждается в поддержке, выпадают из круга заботы и внимания взрослых.

Системное сопровождение и социально-педагогическое сопровождающее проектирование осуществляется службами в нескольких направлениях:

- участие в разработке и реализации программ развития образовательных систем с учетом создания более благоприятных условий для развития детей;
- проектирование новых типов образовательных учреждений (приют, социальная гостиница, школа индивидуального обучения и т.п.), в которых нуждаются дети;
- создание профилактико-коррекционных программ, направленных на преодоление проблем, характерных для многих детей. Такими могут быть программы: «Дети-инвалиды», «Дети-мигранты» и т.д. Они проектируются с учетом специфики современного теоретического понимания сути проблемы и возможности ее разрешения со знанием территориальной специфики, а также потенциала образовательной системы, других ресурсов.

нуто за счет умелого использования различных методов и приемов обучения. И среди них важная роль принадлежит индивидуально-наглядному обучению, так как оно способствует развитию наглядно-образного и словесно-логического мышления, формированию пространственных представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, а это и является одним из ведущих условий подготовки незрячих детей к жизни, трудовой деятельности и социальной адаптации.

3.4.3. Приобщение слепых детей к труду

Личность утверждает себя в собственных глазах и в глазах других прежде всего в плодотворном, приносящем ей удовлетворение и успех труде. Психологи считают, что базовыми личностными качествами, формирующимися в школьном возрасте, являются трудолюбие и самостоятельность.

Воспитательные возможности труда инвалидов по зрению обусловлены различной функцией зрительного анализатора. Наши дети являются «группой риска» с точки зрения возможных проявлений личностной дезадаптации, обусловленной сложным сочетанием биологических, социальных и анатомических факторов. Необходимым условием успешности таких детей в жизни является решение проблем вовлечения их в трудовую деятельность.

Трудовое обучение и воспитание в нашем учреждении начинаются с того момента, как ребенок перешагнул порог школы-интерната и попал в руки учителя, воспитателя, человека с опытом работы с незрячими, слабовидящими детьми, с детьми умственно отсталыми. Они имеют огромное значение для разностороннего развития физических и умственных способностей детей, воспитания у них любви к труду, целеустремленности и психологической готовности принимать активное участие в общественно полезной деятельности.

Трудиться, выбрав дело по душе, – такое же естественное состояние, как жить и дышать. И главнейшие качества, которые мы должны воспитать в детях, – это любовь и уважение к труду, го-

ными, уже известными им, предметами. Например, длина стола равна 1 м, толщина грифеля для письма – 1 мм, площадь класса – 30 кв. м, расстояние, которое проходит человек медленным шагом за 15 минут, приблизительно составляет 1 км.

В процессе обучения следует обеспечить максимальные условия для активного действия детей в реальной действительности, где во время практического упражнения они постоянно узнают пространственные признаки ориентировки на микроплоскости и в большом пространстве. Так, при решении задач на движение учащиеся моделируют ситуации, описанные в условии задачи, либо с помощью наглядности (машинок, лодок и т.п.) на плоскости стола (или доски), либо посредством ролевого разыгрывания ситуации. Этот прием, используемый в массовых школах преимущественно в начальных классах, помогает тотально слепым детям лучше представить ситуацию и выработать алгоритм решения задачи.

При решении прикладных задач на вычисление линейных размеров, площадей, объемов числовые данные условия задачи, а также полученные результаты полезно соотносить с размерами уже известных детям объектов (предметов), так как при этом учащиеся получают возможность сравнивать величины зачастую недоступных для тактильного обследования предметов. Например, высота Эйфелевой башни сравнивается, допустим, с высотой школы.

Основной массе незрячих детей геометрия дается особенно трудно, поэтому на уроках необходимо проводить работу по профилактике стрессов. Хорошие результаты дает работа в парах, в группах, где ведомый, более «слабый» ученик чувствует поддержку товарища. А более «сильный», объясняя какой-либо учебный материал и работая с моделью или чертежом, еще раз для себя детализирует и систематизирует полученные знания, старается отыскать новые примеры среди предметов окружающей обстановки.

Таким образом, качественное усвоение программного материала по математике незрячими учащимися может быть достиг-

Следующим компонентом социально-педагогической помощи инвалидам в условиях массовой общеобразовательной школы является *социально-реабилитационный компонент*.

Реабилитация – это целенаправленный процесс, осуществляемый с помощью медицинских средств, а также средств специального обучения, воспитания и профессиональной подготовки, направленный на устранение или смягчение дефектов развития. В процессе реабилитации компенсируются функции, нарушенные болезнью.

В отличие от реабилитации *социальная реабилитация* – это целенаправленный процесс возвращения ребенка, получившего инвалидность или имеющего те или иные жизненные ограничения, в продуктивную полноценную социальную жизнь, включения его в систему общественных отношений в ходе специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий, а также комплекса психотехнических и педагогических средств, направленных на целостное развитие ребенка как личности в пределах его психофизических возможностей.

Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (20 июля 1995 г.) социальная реабилитация инвалидов рассматривается как комплекс мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции инвалидов, восстановление (формирование) социального статуса, утраченных общественных связей на макро- и микроуровнях¹. *Социальная реабилитация* состоит из социально-средовой ориентации и социально-бытовой адаптации. Социально-средовая ориентация включает в себя определенную систему социальных, психолого-педагогических мероприятий, помогающих ребенку успешно функционировать в различных социальных жизненных ситуациях. Это приспособление ребенка к окружающей среде, развитие трудовых и социальных навыков, обеспечивающих возможность обслуживать себя и принимать участие в различных видах

¹ См.: Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. 1995. № 48. Ст. 4563.

занятости. *Социально-бытовая адаптация* подразумевает процесс и результат активного приспособления ребенка к условиям новой социальной среды и бытовым условиям жизнедеятельности.

Социальная реабилитация – это система мероприятий, направленная на развитие возможностей ребенка-инвалида. Социально-реабилитационный компонент помощи детям-инвалидам реализуется на основе индивидуальных программ социальной реабилитации, которые разрабатываются совместно: социальный педагог – классный руководитель – ребенок – родители.

Социальная реабилитация – это процесс циклический, который можно представить следующим образом (схема 2.1).

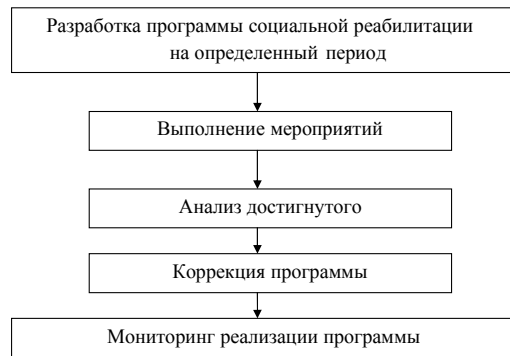


Схема 2.1. Процесс социальной реабилитации

Эффективность реабилитационного процесса, как известно, напрямую связана с комплексным подходом к нему. На схеме 2.1 отражена система реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Элементами единой коррекционно-реабилитационной образовательной системы выступают (схема 2.2): выделение групп детей по различным аспектам социальной и образовательной дезадаптации, сопровождение ребенка от рождения до полноценной адаптации в обществе, определение индивидуально-ориентированного образовательного маршрута (выбор соответствующих возможностям ребенка вида, типа и формы образования), реализация индивидуально-ориентированной про-

ся, является исследование и анализ готовых чертежей с последующим выбором подходящей модели, что позволяет постепенно научить детей воссоздавать мысленные образы геометрических тел по рельефному рисунку. Однако для некоторых учащихся такая работа с мысленными образами остается недоступной. В этом случае приходится постоянно прибегать к моделям и выполнять с ними необходимые манипуляции. Для таких детей достижением считается выполнение дополнительных «построений» согласно условию задачи (с помощью шнура, проволоки и других подручных материалов).

Объясняя чертежи, модели, давая определения, учитель предлагает обучающимся найти вокруг себя предметы, отвечающие этим понятиям. Такая работа активизирует учеников, заставляет думать, воспроизводить, быть внимательными и наблюдательными. Это очень важно, так как и в повседневной жизни внимание у незрячих должно быть более сконцентрированным, чем у зрячих. У них должны быть более натренированными механизмы памяти, пространственного воображения, мышления, так как они чаще, чем зрячие, вынуждены дополнять воображением и домысливать то, что благодаря зрению дается непосредственно и легко.

Систематическая работа по развитию пространственных представлений незрячих и слабовидящих учащихся на уроках геометрии позволяет постепенно перейти от решения задач на основе демонстрационных моделей и готовых чертежей к выполнению чертежей по условию задачи и самостоятельному оперированию с моделью, а в дальнейшем – к решению задач по мысленно воспроизводимым образам на основе словесного описания объекта.

Монокулярный характер зрения осложняет формирование представлений об объеме, величине, расстоянии. Тотально слепые и частично видящие дети, особенно в классах средней степени, зачастую еще путают соотношение мер длины, плохо интерпретируют полученные численные значения площади, объема до тех пор, пока эти единицы измерения не соотнесены с конкрет-

ных представлений о них у слепых и слабовидящих учащихся, умению распознавать эти понятия в конкретных ситуациях. Аналогично тому, как в начальной школе, когда у учащихся формируются образы геометрических фигур, они рассматривают окружающие вещи, узнавая в них геометрические фигуры (например, тетрадь имеет форму прямоугольника, дно стакана – круга, мяч – шара), при изучении планиметрии и стереометрии тоже целесообразно использовать этот подход: узнавать в окружающих предметах геометрические фигуры и тела. Особенно полезен этот подход при изучении геометрического материала слепыми учащимися, так как в результате у них формируется представление о форме предметов, недоступных для сенсорного исследования.

Так, при знакомстве учащихся с образом угла выделять угол можно не только на геометрических фигурах (прямоугольнике, квадрате, треугольнике), но и на окружающих вещах (угол стола, угол доски, угол книги, угол тетради).

Часто у незрячих учащихся возникают сложности в понимании, например, таких понятий, как скрещивающиеся прямые, плоскости сечения. И здесь неоценимую помощь могут оказать окружающие предметы (шкаф, стол и др.) для преодоления возникающих трудностей в освоении этих понятий.

Следует отметить еще одну особенность пространственных представлений геометрических тел не только слепыми, но и слабовидящими учащимися. Зачастую понятие параллелепипеда ассоциируется у детей с прямоугольным параллелепипедом, понятие призмы – с правильной призмой, понятие высоты – с вертикалью. Формированию правильных, адекватных представлений о геометрических фигурах, телах и их элементах способствуют задания на опознание, выбор описываемых моделей из множества предлагаемых. Например, из 12 моделей различных геометрических тел учащимся предлагается выбрать модели призмы, затем из отобранных выбрать модели прямой призмы и т.п.

Еще одной формой работы, способствующей развитию пространственных представлений у слепых и слабовидящих учащихся,

граммы развития, обучения и воспитания; социализация и профессиональная подготовка, адекватная возможностям ребенка; непрерывное образование, соответствующее возможностям человека с ограниченными возможностями адаптации.



Схема 2.2. Элементы единой коррекционно-реабилитационной образовательной системы

Система социально-педагогической помощи детям-инвалидам в условиях массовой общеобразовательной школы выполняет ряд функций.

Компенсаторная функция заключается в создании условий, обеспечивающих развитие детей-инвалидов наряду со здоровыми детьми, но с использованием для этого иных, чем у здорового ребенка, путей и средств, «превращение минусов дефекта в плюсы компенсации» (Л.С. Выготский).

Стимулирующая функция направлена на активизацию ребенка-инвалида в процессе общения в обществе здоровых детей.

Развивающая функция предполагает создание условий для нормальной социализации детей-инвалидов в обществе здоровых детей.

Коррекционная функция – процесс социально-педагогической помощи предполагает коррекцию травмирующих воздействий на

ребенка и нейтрализацию факторов, вызывающих вторичные или психологические последствия дефекта.

Исследователи выделяют следующие *критерии* эффективности социально-педагогической помощи детям-инвалидам.

Когнитивный критерий предполагает систему знаний специалистов о проблеме детской инвалидности, последствиях дефекта на развитие личности ребенка, проблеме компенсации дефекта.

Критерий субъективности выражается в том, что ребенок-инвалид является не пассивным объектом процесса оказания ему помощи, а активным его участником.

Критерий эмоциональной комфортности представляет собой умение обеспечить оптимальные условия для комфортного обучения ребенка-инвалида в условиях массовой школы и реализации имеющихся у него возможностей.

Действенно-практический критерий рассматривается как система умений и навыков специалистов по организации социально-педагогической помощи детям-инвалидам в условиях массовой общеобразовательной школы.

Для экспертной оценки эффективности социально-педагогической помощи детям-инвалидам в процессе обучения в школе исследователями предлагается следующая система показателей, характеризующих их.

По когнитивному критерию:

- знание проблемы инвалидности и последствий действия дефекта на психику ребенка;
- знание об активизации компенсаторных механизмов организма человека;
- знание особенностей развития личности ребенка-инвалида;
- знание о системе социально-педагогической помощи, ее научно-теоретических основаниях.

По критерию субъектности:

- активное включение ребенка в решение возникающих проблем;
- умение обеспечить участие родителей в совместной работе;

При использовании наглядности важно учитывать возраст детей, особенности и уровень развития личности, потенциальные возможности, а также степень тяжести поражения органов зрения, делая упор на индивидуальной работе на протяжении всего урока.

Одним из способов развития пространственных представлений на уроках геометрии является моделирование, когда ученики вместе с учителем готовят различные наглядные пособия из бумаги, картона, проволоки (макеты многоугольников и многогранников).

Расширение имеющегося запаса пространственных представлений и освоение геометрического материала не может быть продуктивным, если учащиеся только слушают объяснение учителя. Поэтому каждый ученик, хотя бы на начальном этапе освоения любой конкретной темы, работает с раздаточным геометрическим материалом. Очень полезным, особенно при изучении геометрических тел, при решении некоторых стереометрических прикладных задач на комбинацию геометрических тел, может оказаться блочный детский конструктор («Строитель»), позволяющий создать модели реальных объектов.

Например, в кабинете математики в Новочеркасской средней школе № 33 для невидящих детей имеются наглядные пособия нескольких видов:

- пособия, применяемые в массовой школе: наборы геометрических тел, каркасные модели многогранников, тела вращения, таблицы, альбомы, развертки многогранников, прибор Раева;
- пособия для школ слепых: приборы «Графика», «Школьник», «Ориентир», прибор Ефремова, стереометрические конструкторы, комплект деталей по стереометрии, таблицы и альбомы по алгебре и геометрии. Например, альбомы «Упражнения по планиметрии на готовых чертежах» (С.М. Саврасова и Г.А. Ястребинский) в 7–8 классах используются и для слепых, и для слабовидящих;
- пособия, сделанные руками учащихся.

При работе с новыми понятиями на уроках геометрии большое внимание уделяется правильному формированию нагляд-

ты алгоритмической культуры, пространственных представлений, способность к преодолению трудностей. Учитывая специфику заболеваний детей, особую сложность представляет формирование и развитие пространственных представлений. Этот аспект интеллектуального развития учащихся в той или иной степени реализуется как на уроках общеобразовательных дисциплин (физики, химии, черчения и др.), так и на занятиях по коррекции. Но, конечно, в основном формирование и развитие пространственных представлений происходит на уроках геометрии.

В начальной школе во время уроков и на коррекционных занятиях дети узнают об элементарных пространственных признаках ориентировки на микроплоскости (на тетрадном листе, плоскости стола, классной доски) и в большом пространстве (в пределах класса, школы и прилегающей территории). Задачей учителя среднего и старшего звена является расширение и пополнение имеющегося запаса пространственных представлений, который у незрячих и слабовидящих детей чрезвычайно скуден по сравнению со зрячими и пополняется значительно медленнее и своеобразнее. Но если у слепого ученика имеется правильное, четкое и полное представление об изучаемом объекте (предмете), то различные преобразования и вычисления он делает быстро, логически обосновывая все операции.

Ведущими по степени значимости для восприятия окружающего мира у незрячего ребенка являются осязание и слух. Поэтому при развитии пространственных представлений у таких учащихся необходимо опираться не только на слуховое восприятие, но и на осязание (мышечное ощущение), двигательное чувство, остаточное зрение.

Проблема формирования пространственных представлений напрямую связана с осуществлением принципа наглядности. В педагогической практике условно выделяют две формы наглядности: первичную (до получения знаний, заключается в показе объектов или их изображений) и вторичную (закрепление, при котором знания обучающихся конкретизируются, уточняются их представления и формируются необходимые знания).

- умение убедить ребенка-инвалида в его силах и возможностях;
- умение включить различных специалистов в процесс помощи детям-инвалидам.

По критерию эмоциональной комфортности:

- умение создать комфортные условия пребывания ребенка-инвалида в школе;
- умение контролировать и корректировать эмоциональные состояния и реакции как свои, так и своих воспитанников;
- понимание проблем ребенка-инвалида;
- создание условий комфортного взаимодействия ребенка-инвалида со здоровыми детьми.

По действенно-практическому критерию:

- гибкость ориентации в проблемных ситуациях;
- умение организовать индивидуальную поддержку каждого ребенка;
- умение работать с родителями;
- умение преодолевать возникающие трудности.

Выделяют *три уровня* организации социально-педагогической помощи детям-инвалидам:

- репродуктивный;
- регулирующий;
- развивающий.

Необходимо заметить, что выделение уровней – процесс условный.

Репродуктивный уровень оказания помощи ребенку-инвалиду означает поддержание имеющихся у него достижений, сформированных взглядов и уровня развития личностных качеств.

Регулирующий уровень означает приоритет коррекционных воздействий при оказании помощи перед воздействиями другого характера.

Развивающий уровень предполагает развитие личности детей-инвалидов, создание условий для их успешной социализации в обществе здоровых детей.

В связи с тем что дети-инвалиды – это специфическая категория детей, жизнедеятельность которых во многом зависит от прогрессирования последствий действия дефекта, оказываемая им социально-педагогическая помощь может быть объективно ограничена рамками только одного уровня.

Принципы оказания социально-педагогической помощи.

Принцип персонификации социально-педагогической помощи предполагает индивидуальный характер помощи каждому обучающемуся ребенку-инвалиду.

Принцип мотивации означает формирование внутреннего побуждения к взаимодействию у ребенка-инвалида.

Принцип гуманности требует внимательного, доброго отношения к ребенку-инвалиду, умения сосредоточиться на его проблеме и понять ее.

Принцип сотрудничества и взаимодействия. При оказании ребенку-инвалиду социально-педагогической помощи необходимо тесное сотрудничество с его семьей. Только понимание родителями значимости такой помощи и участие в ее оказании ребенку обеспечат положительные результаты данного процесса.

Принцип развивающей среды. Социальная среда, в которой находится ребенок, должна способствовать действию компенсаторных механизмов его организма и нормальному развитию его личности, реализации имеющихся у него потребностей в соответствии с теми возможностями, которыми обладает данный конкретный ребенок.

2.6. Организация социально-педагогической помощи детям-инвалидам в условиях общеобразовательной школы

В процессе оказания ребенку социально-педагогической помощи, кроме педагогической стороны, которая заключается в организации внешних воздействий на личность, следует иметь в виду взаимосвязанную и взаимообусловленную с ней личност-

чавающий возможность достаточно точной ориентации в окружающей среде.

Изучение результатов формирования пространственного восприятия имеет устойчивую природу. Необходимо учитывать степень зрительной патологии, состояния слухового анализатора, опорно-двигательного аппарата, сохранность интеллекта, сопутствующие заболевания.

Для педагога главная цель обучения пространственной ориентировке – дать каждому незрячему ученику оптимальный уровень знаний, умений и навыков, которыми он сможет воспользоваться для успешной интеграции в социум.

3.4.2. Развитие пространственных представлений на уроках математики

Приоритетной задачей учителей, работающих со слепыми и слабовидящими детьми, является сохранение и максимальное развитие у них остаточного зрения. Компенсация слепоты осуществляется за счет сохраненных анализаторов. В основе системы обучения таких детей лежит рельефно-точечный шрифт Брайля. Тотально слепые дети пользуются тактильно-кинестетическим и слуховым способами восприятия учебного материала и ориентации в жизненном пространстве. Несмотря на полную или частичную потерю зрения, воспитанники средней специальной школы-интерната для слепых и слабовидящих детей получают образование в том же объеме, что и учащиеся массовых школ.

Следует отметить, однако, что условия, в которых проводится это обучение, средства, при помощи которых оно осуществляется, и сам характер обучения имеют весьма существенные отличия и свою специфику.

Одной из целей изучения математики в школе помимо овладения системой математических знаний и умений, необходимых в дальнейшей жизни, является интеллектуальное развитие учащихся, формирование качеств личности, необходимых человеку для интеграции в современное общество: ясность и точность мысли, критичность мышления, интуиция, логическое мышление, элемен-

- развивать знания о пространственных направлениях и отношениях;
- учить ориентироваться в динамических изменениях объектов;
- уметь выделять главные ориентиры.

Условно весь технологический цикл можно разделить на три этапа:

- 1) формирование представлений о геометрических фигурах и двухмерности пространства;
- 2) формирование представлений о геометрических телах и трехмерности пространства;
- 3) формирование представлений о новых объектах, лежащих вне зоны непосредственного контакта, путем полисенсорного обледования.

Одним из важных аспектов работы является тесное взаимодействие учителя по пространственной ориентировке с учителями и воспитателем, так как обучение незрячего ребенка ориентировке в пространстве – это процесс многогранный. Полученные детьми на занятиях знания, умения и навыки по пространственной ориентировке закрепляются воспитателем по внеурочное время. На общеобразовательном уроке ведущее место принадлежит обеспечению умения сохранных анализаторов адекватно отражать свойства и признаки предметного мира, формированию умения ориентироваться в микропространстве, умению рационально использовать остаточное зрение незрячих.

Необходимо, чтобы знания, умения и навыки, полученные во время учебно-воспитательного процесса, закреплялись в семье. Поэтому важным аспектом в своей деятельности мы считаем работу с родителями учащихся: выступления на родительских собраниях, индивидуальные консультации, присутствие родителей на занятиях.

По своей организации занятия могут быть групповыми, подгрупповыми и индивидуальными. Практика обучения показывает, что при правильной организации коррекционной работы незрячие учащиеся приобретают запас представлений, обеспе-

ченную, или внутреннюю, сторону, заключающуюся в субъективном восприятии личностью этих воздействий. Прежде чем сформировать субъективную готовность ребенка к школе необходимо сформировать у него и членов его семьи восприятие последствий действия дефекта у ребенка как определенного жизненного стиля и поведения. С этой целью будущий классный руководитель, социальный педагог и школьный психолог должны осуществлять следующую работу.

1 этап. *Определение уровня дезадаптации ребенка:*

- диагностика ребенка (уровня развития в соответствии с возрастом);
- ближайшее окружение (круг общения);
- места, где ребенок бывает;
- интересы и желания ребенка;
- возможности ребенка (компенсаторные и коррекционные): его реабилитационный потенциал в плане дальнейшего развития;
- социальный запрос семьи и ожидаемый результат.

На первом этапе определяется уровень социальной дезадаптации ребенка, его семьи и отдельных ее членов. Ключевым моментом в данной работе является диагностика возможностей ребенка, социальный запрос семьи к специалистам и ожидаемый результат.

2 этап. *Конкретные шаги и оказание помощи:*

- работа с ближайшим окружением;
- осознание (актуализация) ситуации;
- включение семьи в коррекционную работу с ребенком;
- коррекция семейных отношений, восстановление утраченных функций; формирование терапевтической и реабилитационной функций семьи;
- совместная работа специалистов и семьи над программой реабилитации ребенка (создание ситуации взаимодействия: специалист – ребенок – ближайшее окружение ребенка) – формирование адекватного запроса у ближайшего окружения к ребенку.

На втором этапе ребенку и его семье оказывается конкретная помощь на основе индивидуальной программы, которая составляется при непосредственном участии семьи и всей команды специалистов, работающих с данным ребенком. При составлении программы учитываются уровень возможностей ребенка на данном этапе, его интересы и желания, его ближайшее окружение (круг общения). Психолог проводит работу по созданию особой ситуации взаимодействия между специалистами, ребенком и его семьей. На первый план здесь выдвигается задача по формированию адекватного социального запроса к специалистам и обществу в целом.

Способствование осознанию и принятию семьей проблем ребенка и его неуспехов или наличия болезни, инвалидности как свершившегося факта, побуждающего близких к активному поиску реальных путей достижения конкретных результатов в учебе, поведении. Включение семьи в реабилитационную работу с ребенком и коррекция семейных отношений требуют на этом этапе наибольшего внимания как от психолога и социального педагога, так и от всех специалистов, включенных в команду. Здесь необходимо оказание родителям психотерапевтической помощи, медико-психологического консультирования родителей, проведение курсов занятий с матерью по ее обучению методам наблюдения за психическим развитием ребенка, овладению приемами эмоциональных контактов с ребенком и формами сенсорно-перцептивных взаимодействий, стимулирующих его психическое развитие.

Особое место занимает проведение психокоррекционных (психотерапевтических) занятий и консультаций по сглаживанию, снятию тревоги и чувства вины у родителей, а также обучение рациональным методам ухода за ребенком.

3 этап. *Интеграция:*

- расширение круга общения ребенка;
- повышение уровня социально-психологической адаптивности ребенка и семьи к негативным тенденциям и воздействиям общества – подготовка семьи и ребенка к интеграции в детские учреждения, трудовой коллектив.

Известный дефектолог А.Г. Ливак, анализируя формирование представлений при дефектах зрения, отмечал, что сущность процесса формирования представлений – «переход от нерасчлененного, схематичного, недостаточно осмысленного к все более полному, обобщенному, адекватному образу». Он считал, что формирование представлений при слепоте подчиняется общим закономерностям, но в то же время имеет характерные особенности и отличается от нормы, прежде всего своей динамикой – замедленностью и затрудненностью.

В работах дефектологов В.А. Кручинина, И.С. Моргулиса, М.Н. Наумова, Л.А. Семенова, Л.И. Солнцевой и др. делается акцент на первостепенности и необходимости формирования пространственных и предметных представлений у незрячих учащихся в обучении пространственной ориентировке. Лучшим доказательством того, что представления, которыми оперируют незрячие, в той или иной степени адекватно отражают действительность, является их практическая деятельность.

Анализируя работу с незрячими учащимися младших классов по пространственной ориентировке, мы обратили внимание на то, что наиболее сложно для детей формирование представлений о макрообъектах. Этот факт подтвердили и диагностические исследования. Творческий поиск позволил выработать технологию процесса формирования представления об объектах, находящихся за пределами зоны непосредственного контакта.

В своей работе мы ставим цель сформировать целостный адекватный пространственный образ нового объекта на основе полисенсорного обследования.

Эта цель может быть достигнута путем решения следующих задач:

- обогащать и расширять знания учащихся о геометрических формах, телах;
- развивать анализирующее восприятие;
- формировать прочные знания об основных характеристиках окружающих предметов (форма, величина, объем, фактура);

3.4. Социальная адаптация незрящих детей в специальной школе III типа

Все – для других, ничего для себя.

И.Г. Песталоцци

3.4.1. Формирование пространственных представлений у незрячих младших школьников

В современной России 350 тыс. слепых. Каждый третий из них – ребенок в возрасте до 16 лет.

Дети с нормальным зрением систематически подвергаются воздействиям визуальной стимуляции. Снижение зрения ограничивает эту стимуляцию, вследствие чего дети не могут приобрести такой же сенсорно-перцептивный опыт, как нормально видящие.

Всякая деятельность незрячего человека так или иначе связана с умением ориентироваться. Пространственная ориентация – это процесс применения на практике предметных и пространственных представлений при определении своего положения на местности или направления своего пути. Поэтому формирование у незрячих пространственных представлений является задачей первостепенной важности.

Восприятие незрячими окружающей действительности с помощью сохранных анализаторов оказывает влияние на формирование представлений. Еще в исследованиях А.А. Крогиуса, В.И. Руднева, А.И. Скребицкого и других тифлологов были отмечены характерные особенности представлений незрячих: фрагментарность, схематизм, низкий уровень обобщенности (генерализованность) и вербализм. Представления незрячих зависят от времени, характера и степени поражения органа зрения. Чем раньше потеряно зрение, тем более бедными как качественно, так и количественно будут представления.

Самостоятельные передвижения незрячего в окружающей среде возможны лишь после создания у него четких представлений о ней.

В процессе интеграции на первый план выдвигается задача повышения уровня социально-психологической адаптивности ребенка и семьи к негативным тенденциям и воздействиям общества. Усилия социального педагога направлены на координацию действий специалистов и на подготовку семьи ребенка к его поступлению в школу.

На третьем этапе все специалисты работают над повышением уровня социально-психологической устойчивости ребенка и его семьи к негативным тенденциям и воздействиям общества, над формированием восприятия болезни как определенного жизненного стиля и поведения. Психолог и социальный педагог на этом этапе берут на себя функцию координатора действий специалистов, организующих подготовку ребенка к образованию и поступлению в учреждение образования. В дальнейшем они обеспечивают связь семьи со специалистами и по мере необходимости проводят консультирование, психотерапевтическую поддержку семьи и ребенка.

2.7. Специальная развивающая социальная среда

Хорошо известно, что одним из важнейших факторов и условий развития ребенка выступает социальная среда. *Социальная среда* – это все то, что окружает нас в социальной жизни и прежде всего люди, объединенные в разные группы, с которыми каждый индивид находится в специфических общественных отношениях в сложноорганизованной и разнообразной системе общения и взаимодействия. Социальная среда, как известно, имеет свою сложную структуру – образование, включающее в себя многочисленные социальные элементы, которые оказывают совместное воздействие на психическое развитие и поведение ребенка. В их число входят: микросреда, или непосредственные микросоциальные образования и малые группы, в которые включен индивид; косвенные социальные образования и макросоциальные структуры – *макросреда*. Каждый тип социальной среды оказывает свое

специфическое влияние на личность человека, но важнейшей для него является микросреда. *Микросреда* – это все то, что непосредственно окружает человека и оказывает на него влияние. В ней формируется человек и реализует себя как личность.

Конкретная социальная среда в социально-психологическом плане представляет собой совокупность отношений личности и группы. Эти отношения складываются в соответствии с общими закономерностями, объединяющими особенности взаимодействия людей в процессе деятельности и общения. Социальная среда, в которую попадает ребенок, выступает детерминирующим фактором реализации его потребностей и запросов, является важнейшим условием раскрытия его социальной сущности как человека. Однако социально-психологические качества ребенок приобретает только через собственный опыт, общение, через непосредственный контакт со сверстниками и взрослыми в семье, детском саду, школе, на улице и т.д. благодаря собственной активности.

Социальная среда не пассивна. Она может побуждать, а порой принуждать к определенным действиям, «заражать» соответствующими моделями поведения. Но такое воздействие социальной среды, особенно на развивающуюся личность, не всегда направлено в нужном русле и нередко не отвечает задачам воспитания и развития ребенка. Она может выступать для него как чуждая и близкая, благожелательная и агрессивная, благоприятная и неблагоприятная. При вхождении ребенка-инвалида в благоприятную среду создаются определенные предпосылки для реализации его социальных потребностей: каждый с учетом своих индивидуальных особенностей находит для себя общие интересы, близких себе товарищей, приобретает определенный социально-психологический статус. Неблагоприятная микросреда становится для ребенка стойким психотравмирующим источником, усугубляющим имеющиеся психические и соматические нарушения, что приводит к дезадаптации и дальнейшим отклонениям в развитии.

Чтобы уменьшить непредсказуемость социальной среды и ее негативное воздействие на личность ребенка, необходимо сде-

к которой его начинали приобщать в интернате, что свидетельствует о недостаточно эффективной профориентационной работе в стенах интерната: не учитываются интересы детей и наличие новых профессии, связанных с информационными технологиями. А ведь профессиональная ориентация играет важную роль в профессиональном самоопределении молодых инвалидов. Ошибка в выборе будущей профессии нежелательна, так как ее последствия будут сказываться на нынешнем школьнике всю дальнейшую жизнь.

Именно по этой причине в РОЦОНУ работают более 10 кружков и студий, помогающих ребенку с ранних лет выявить свои интересы и пристрастия, определить наиболее стабильные из них, помогающие в их профессиональном становлении. Например, с марта 2001 года артисты Ростовского-на-Дону цирка начали помогать участникам уже описанной выше эстрадно-цирковой студии «Сурдинка» овладевать профессиональными навыками циркового искусства. Репетиции и тренировки проходят как в Центре, так и в здании цирка. Несколько выпускников РОЦОНУ уже профессионально работают на цирковой арене.

С точки зрения профессиональной ориентации и адаптации несомненный интерес представляют следующие кружки: Мягкая игрушка, Шитье и мода, Макраме, Цветоделие, Юный парикмахер, а также студия изобразительного искусства, хореографическая студия и др.

Об уровне подготовки детей в системе дополнительного образования свидетельствует то, что их художественные поделки периодически выставляются на продажу на специально организованных ярмарках, а выручка от реализации идет на улучшение быта и духовных запросов учащихся.

За последние 10 лет ни один из выпускников РОЦОНУ не деградировал как личность, не совершил преступлений или аморальных поступков. Многие продолжают образование в Ростовском художественном лицее № 10, Донском педагогическом колледже; остальные трудоустроены.

Эффект разработанной в Центре системы профессиональной ориентации налицо.

5. Рационалистический подход предполагает опору только на логическое принятие решения.

6. Воспитательное направление позволяет улучшить процесс интеграции инвалидов в общество.

7. Активизирующий подход предполагает постепенное формирование у клиента внутренней готовности к осознанному и самостоятельному построению, корректировке и реализации перспектив своего развития.

Существует сеть специализированных учреждений для детей-инвалидов, в которых проводится профориентация. В Новочеркасске таким учреждением является детский дом-интернат для детей с физическими недостатками. Профориентационная работа в нем ведется в трех направлениях:

- столярно-слесарное дело;
- швейное дело;
- изобразительно-декоративное искусство.

Общей задачей профориентации в доме-интернате является формирование общетрудовых умений и навыков, которые дети получают в учебных мастерских того или иного профиля.

Кафедрой социальной работы Новочеркасской государственной мелиоративной академии проводилось исследование, в ходе которого было выявлено, что за 2002–2004 годы из Новочеркасского детского дома-интерната для детей с физическими недостатками было выпущено 23 воспитанника. Из них в учебные заведения поступили 11 человек, то есть почти половина выпускников. Ими были выбраны следующие профессии: оператор почтовой связи, радиотелемастер, бухгалтер, специалист по информационным технологиям, электромеханик. В дом престарелых и инвалидов было переведено два человека, а остальные 10 отправлены домой. Выявлено также, что численность детей-инвалидов в выпускных классах за 2000–2004 годы снизилась почти в 2 раза, что связано с меньшей наполняемостью старших классов из-за задержки детей в умственном развитии.

Прослеживается важная особенность: выпускники Новочеркасского детского дома-интерната стремятся получить профессию не ту,

а более управляемой. В последнее время в психологической и педагогической литературе появилось понятие «развивающая социальная среда», или сокращенно – «развивающая среда». В широком плане под развивающей социальной средой понимается определенная общность людей или организация, созданная в целях реализации конкретных воспитательных и развивающих задач и дающая возможность детям раскрыть свой личностный потенциал. Исходя из такого понимания развивающей социальной среды к ней можно отнести любое учебно-воспитательное учреждение или организацию. Данную социальную среду можно назвать учебно-воспитательной, школьной и т.п.

Развивающая социальная среда может иметь различные организационные формы, различаться по своему содержанию и направленности. Ребенку-инвалиду, попавшему в такую социальную развивающую среду, предоставляется широкий выбор путей интеллектуального, физического, эстетического, морально-нравственного развития. Однако сам ребенок часто испытывает затруднения в принятии тех или иных решений. Для возникновения у него устойчивой мотивации к тому или иному виду деятельности ему необходима помощь взрослого человека.

Наряду с широким пониманием развивающей социальной среды существует более узкое определение, которое можно обозначить термином «специальная развивающая социальная среда». Названная среда представляет собой такую организацию жизнедеятельности детей, в которой посредством определенного системообразующего компонента создается особая социально-психологическая атмосфера, в которой наблюдается гармоничное сочетание взаимоотношений ребенка и социальной среды и которая побуждает детей быть активными и целеустремленными.

К формам специальной развивающей социальной среды можно отнести различные тренинговые занятия, на которых решаются как развивающие, так и коррекционные задачи, специальным образом организованную игровую деятельность, в которой на первое место выступают действия и поступки, полезные для включения ребенка в реальную жизнь.

Как форма специальной развивающей среды может использоваться психодиагностика. В эту форму работы заложен принцип самопознания и саморазвития на основе анализа и использования данных, полученных с помощью психодиагностических процедур.

Таким образом, эффективное включение ребенка-инвалида в сложную, порой чуждую для него социальную жизнь во многом зависит от условий, в которых протекает социализация и социальная реабилитация. Как показывают исследования, наилучшие результаты воспитательного воздействия на ребенка достигаются, *во-первых*, когда он активно включается в специальную социальную среду. *Во-вторых*, они во многом определяются тем, насколько адекватно ребенок воспринимает себя и социальные связи. Если он не думает о своем дефекте и не ожидает оскорбительных выпадов по этому поводу со стороны сверстников, то социализация протекает так же, как и у детей, не имеющих отклонений. Однако искаженное или неадекватное представление ребенка или подростка о себе ведет к нарушениям адаптационных процессов.

2.8. Технологии социально-культурной деятельности в формировании отношения к детям-инвалидам

Государственная политика в отношении инвалидов как одной из наименее социально защищенных категорий населения является важной составляющей социокультурной политики страны. Сегодня на глазах меняется культурный облик мира. Возрастает значение культуры и ее роли в жизни человека и общества. В свете этого культура выступает эффективным фактором становления новой человеческой цивилизации, утверждения принципов гуманизма и толерантности в общественном сознании россиян.

Представленное исследование отражает международные тенденции развития культуротворческих инициатив и утверждения принципов гуманизма в общественном сознании россиян, совпа-

Сумели установить личностно-доверительные контакты с учащимися.

Предметным полем многих исследователей выступает процесс профессиональной ориентации детей-инвалидов. Профессиональная ориентация – это обобщенное понятие одного из компонентов общечеловеческой культуры, проявляющееся в формах заботы общества о профессиональном становлении подрастающего поколения, поддержки и развития природных дарований. Профорентация содействует социальной адаптации молодых инвалидов к общественно-производственной деятельности, помогает им в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости с учетом состояния здоровья, их потребностей и возможностей, а также социально-экономической ситуации на рынке труда.

Профессиональная ориентация осуществляется в целях:

- обеспечения социальных гарантий в сфере выбора профессии, формы занятости и путей самореализации личности в условиях рыночных отношений;
- достижения сбалансированности между профессиональными интересами инвалида, его физическими возможностями, психологическими особенностями и возможностями рынка труда.

В организации процесса профорientации можно выделить следующие направления.

1. Справочно-информационное и просветительское направление крайне важно при условии, если предоставляемая клиентам информация является достоверной, достаточно свежей и эстетически оформленной.
2. Текстологическое и «глубинное» направления являются удобными стратегиями в работе с инвалидами с нарушением опорно-двигательного аппарата.
3. Гуманистическое направление предполагает центрирование на личности клиента через установление психологического контакта с ним.
4. Организационно-управленческий подход подразумевает координацию работы между различными учебными заведениями и предприятиями.

Для коррекции личностных свойств воспитанников, формирования у них системы навыков коммуникативного поведения *рядом с ребенком постоянно должен находиться близкий, любящий и понимающий человек – воспитатель*. Мы стараемся донести до студентов мысль о том, что наш глухой ученик начальных классов хрупок и незащищен. Воспитатель должен знать, сыт ли он, здоров ли, как у него складываются отношения с отцом и матерью, каков его статус в классе. Ведь для глухого ребенка школа подчас становится единственным местом, где его поймут, где он услышит доброе, теплое слово. *Образ воспитателя будет долгое время сопровождать его*. Ребенок унесет с собой запас нравственных качеств и привычек поведения, которые усвоены им в интернате. Поэтому «воспитывать нельзя ненавистью и холодным сердцем. Воспитывать и развивать ребенка можно только любовью».

В ходе пассивной практики студенты приняли участие в работе «Школы молодого воспитателя»: проводили такие занятия, как внеклассное чтение, экскурсия на почту, самоподготовка в разных возрастных группах. Познакомились с системой дополнительного образования в РОЦОНУ, ориентированной на развитие у ребят процессов познания и творчества. Приняли активное участие в подготовке и проведении праздников «Золотая осень», «Новогодняя сказка» (подготовка костюмов, атрибутов, сувениров; оформление помещений), «Казачьи посиделки». В рамках Декады инвалидов 7 декабря 2006 года в РОЦОНУ совместно с Донским педагогическим колледжем был проведен праздник для учащихся начальной школы с выступлением творческих коллективов колледжа, оркестра народных инструментов, ансамбля «Станичники» школы-интерната.

В процессе сотрудничества РОЦОНУ и колледжа практиканты познакомились со многими опытными педагогами Центра. Преддипломная практика показала в целом социально-педагогическую готовность студентов-сурдопедагогов к профессиональной деятельности. Они доброжелательны, терпеливы по отношению к детям, тактичны, корректны с коллегами и наставниками.

дает с утверждением 2003 года как Европейского года инвалида, 2009 года – Года равных возможностей в Москве, защиты прав и достоинств всех граждан.

В современных условиях модернизации общественной жизни России социальное положение инвалидов является объектом внимания органов государственного управления и гражданского общества. Масштабность проблем инвалидов и необходимость их приоритетного решения обусловлены устойчивой тенденцией увеличения доли инвалидов в структуре населения. Существенное снижение уровня и качества жизни сопровождается серьезными личностными проблемами, обусловленными дезадаптивностью людей с ограниченными возможностями здоровья в быстро меняющейся социокультурной среде.

В глобальном контексте достаточно четко просматривается взаимосвязь идеи создания в России полноценного гражданского общества и развертывания системы социально-культурной реабилитации как одного из эффективных инструментов реализации этой идеи. Признание такой взаимосвязи требует дальнейшего осмысления и изменения самого функционального устройства реабилитационного процесса – от четко прописанных в квалификационных характеристиках целей и задач деятельности специалистов (организаторов) до надежно выверенной диагностики и оценки результативности используемых ими социально-культурных методов и технологий.

В кризисных ситуациях положение инвалидов ухудшается, у них обостряются чувства зависимости, неустроенности, ущербности, усиливаются как пассивные, так и агрессивные реакции. Вследствие этого связи такой группы населения с другими становятся источником повышенного социального напряжения, которое грозит социальной безопасностью как самой группы инвалидов, так и ее окружения. Эти зоны отношений требуют усиления внимания со стороны ответственных за них субъектов государственного управления.

Интеграция инвалидов в общество согласно стандартным правилам обеспечения равных возможностей для инвалидов,

принятым Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1993 года, рассматривается как наиболее перспективное направление современной социокультурной политики. В России оно также становится одним из приоритетных, а связанные с ним процессы управления требуют переоценки и корректировки в соответствии с изменениями, обусловленными как внутренними для страны, так и глобальными факторами. Это означает необходимость анализа проблемной ситуации, в которой находятся инвалиды, определения современных принципов и организационных подходов к ее решению.

Соответственно, следует выделить те тенденции государственной политики в отношении инвалидов, особенно детей, которые требуют корректировки в первую очередь.

Во-первых, в России сложилась патерналистская ориентация политики в отношении инвалидов. Она предполагает признание и укрепление обособленности этой категории населения. Ее следствием стали в большей степени сегрегационные, нежели интегративно-адаптационные процессы, и, таким образом, она привела скорее к маргинализации инвалидов, чем к включению их в полноценные социокультурные отношения.

В то же время патернализм не только не стимулировал, но в значительной мере гасил социокультурную активность самих инвалидов. В результате у них обнаруживались изживенческие привычки, мешающие активной культурной социализации и самообеспечению.

Во-вторых, принимаемые и реализуемые решения не систематичны, подходы к проблеме детей-инвалидов не дифференцированы. Недостаточны организационные и правовые основания для разграничения полномочий между федеральным, региональным и муниципальным уровнями решения проблем инвалидов. Не разработаны соответствующие механизмы взаимодействия государственных и негосударственных субъектов, координации деятельности государственных, коммерческих, общественных, конфессиональных структур в осуществлении социокультурной реабилитации инвалидов.

3.3.9. Некоторые аспекты профессиональной ориентации детей-инвалидов

2004–2005 учебный год стал первым годом сотрудничества РОЦОНУ и Донского педагогического колледжа. На педагогическую практику приняли неслышащих студентов. Составленный план работы отражал специфику деятельности школы-интерната для глухих детей.

Воспитанники при поступлении в школу не имеют того уровня общего и речевого развития, которым обладают слышащие дети. Им необходимо приобрести речевой опыт, научиться пользоваться словесной речью в общении с окружающими. Работа в этом направлении ведется не только на уроках, но и во внеурочное время в интернате и семье. Она осуществляется в разнообразных коммуникативных условиях в педагогически организованной речевой среде.

Учитывая системность развития всех психических функций, их теснейшую взаимосвязь, развитие речи и слуха у глухих осуществляется в условиях общего процесса их обучения и воспитания. Этот резерв является основой для развития речевого слуха у неслышащего школьника. Развивающаяся в процессе специально организованного обучения возможность восприятия глухими школьниками речи на слух создает полисенсорную основу для формирования, развития и коррекции их устной речи. На это и направлено осуществление единого слухоречевого режима и вся деятельность воспитателя.

В процессе пассивной практики студенты познакомились с особенностями планирования воспитательной работы в классе, ее задачами, целями и содержанием, с работой, направленной на охрану жизни и здоровья воспитанников, системой работы с родителями. Они увидели, что в основе работы воспитателя класса лежит глубокое изучение личности каждого ребенка. Эта работа ведется в единстве с семьей, в тесном сотрудничестве с медицинским персоналом, психологами, сурдопедагогами РОЦОНУ. Ведь наши дети зачастую имеют ряд отклонений поведенческого характера, которые обусловлены неустойчивостью психики.

центрация внимания, улучшается поведение и взаимодействие в группе.

3. Реадаптивные возможности метода.

В плане социальной адаптации занятия верховой ездой облегчают детям с сенсорными нарушениями включение в социум. Верховая езда сделалась возможной за счет единства действий с партнером – лошадью, которая является живым существом с собственным характером и способна внушать доверие и привязанность (это переносится и на отношения с людьми). Между лошадью и всадником устанавливаются настолько тесные взаимоотношения, что благодаря им можно обучать началам социальных отношений и контролю над собой при взаимодействии с другим существом. Благоприятно влияют совместные длительные прогулки. Персонал конного центра может также способствовать укреплению контактов с внешним миром. Для глухого, как и для слепого от рождения, верховая езда может стать способом выйти из своего замкнутого мира: открыть самого себя, свои возможности, познакомиться с новыми людьми, а благодаря контактам с лошадью обрести новый подход к природе. Все это позволяет расширить «пространство жизни» этих детей и улучшить качество их жизни.

Терапия верховой ездой не является самостоятельным методом реабилитации, а представляет собой неотделимую часть общей программы и осуществляется группой различных специалистов.

В Ростовском областном центре образования незрячих детей сеансы иппотерапии на II ступени обучения практикуются уже более 5 лет, и никто – ни родители учащихся, ни педагоги школы, ни дети – ни разу не высказали сомнений в ее полезности. Занятия регулярно проводятся (по расписанию) на Ростовском городском ипподроме. Дети не только осваивают верховую езду, но и чистят стойла лошадей, кормят животных, моют и чистят их (это весьма важный момент!), выгуливают, что позволяет подросткам осознать свою социальную значимость, получить «дозу» позитивных эмоций, формировать самостоятельность.

В-третьих, социокультурные аспекты государственной политики в отношении инвалидов оказались не проработанными. Без внимания остались вопросы культурной компетентности, включенные в стандартную сеть социокультурной коммуникации, приобретения навыков социально полезной культурной активности, организации социализирующего досуга. Политика была в основном ориентирована на распределение бюджетных средств на медицинское обслуживание и бытовые нужды инвалидов. Узкую область приобщения к культуре составляли художественная самодеятельность и библиотечное обслуживание, причем их социализирующие последствия не учитывались.

В-четвертых, стиль осуществления политики в отношении инвалидов был в основном демонстративным. Многие из принимаемых решений до сих пор остаются просто декларациями. Проводимые под их влиянием мероприятия обычно отличаются поспешностью, конъюнктурностью, имеют характер разовых кампаний и более ориентированы на отчетность, чем на решение жизненных проблем инвалидов.

В современных условиях стала очевидной необходимость изменения самих оснований и принципов построения социокультурной политики в отношении инвалидов. С одной стороны, сами инвалиды, в первую очередь молодежь, активизировали движение за свои права, за создание своих организаций и утверждение их статуса. Все более осознавая свои социальные интересы, опираясь на международный опыт, они начинают практически применять принцип равных с другими гражданами возможностей участия во всех видах социально приемлемой культурной активности. Такая позиция должна формироваться уже с детских лет и становиться впоследствии мировоззрением.

С другой стороны, государственные органы также предпринимают шаги, свидетельствующие о некоторых изменениях культурной политики в отношении инвалидов: об отходе от патерналистской, сегрегационной ориентации, о стремлении к расширению сферы социального участия инвалидов.

Современная социокультурная ситуация в России характеризуется существенными структурными изменениями, связанными с глобальными процессами модернизации и имеющими долгосрочный характер. В таких условиях, когда перестают работать многие из прежних механизмов упорядочения социокультурной жизни, а новые еще не сформированы, обостряются проблемы всех социально незащищенных групп населения, в том числе инвалидов.

Проблема в самом общем виде заключается в том, что социокультурное положение этой категории населения остается неудовлетворительным.

Цели государственной политики в отношении инвалидов обуславливаются необходимостью их социокультурной адаптации в сложных современных условиях, что предполагает модернизацию существующих институтов и средств освоения знаний, навыков, необходимых для полноценного участия в социокультурной жизни. Большой и актуальной проблемой остается общественное мнение в отношении этой группы населения. Неприятие и отторжение от общественных взаимодействий остро прослеживается на всех уровнях коммуникации: межгрупповом, личностном, массовом. В центре внимания оказываются не сами по себе учреждения образования, обслуживания, культуры, а их соответствие аспектам образа жизни детей-инвалидов: жизнеобеспечению, социализации, коммуникации, рекреации. Решение проблемы означает установление соответствия между социокультурными нуждами и качеством деятельности организаций (институтов), предназначенных для их удовлетворения.

В быстро меняющихся современных социокультурных условиях сегрегация инвалидов приводит к тому, что они теряют ориентацию в отношении происходящего, затрудняются их сегментарные контакты с окружением. Однако необходимо признать, что полная интеграция инвалидов в обычную социокультурную жизнь недостижима. Не существует медицинских, технических, социокультурных средств, которые компенсировали бы серьезные дефекты (глухота, слепота, умственная отсталость, нарушения

Вызванное минимальным стрессом чувство тревоги, в свою очередь, запускает механизм мобилизации самоконтроля и саморегуляции психических процессов и сохраняет их в напряжении до периода адаптации. Этот момент наиболее благоприятен для положительных изменений в психических функциях: непроизвольно концентрируется и удерживается произвольное внимание, появляется сосредоточенность, улучшается память, ускоряются процессы мышления, развиваются реакции. Движения становятся более четкими и координированными. Непроизвольно удерживается вертикальная поза у тяжелобольных.

Сенсибилизация пациента, попадающего в измененные условия, качественно меняется, улучшается восприимчивость сенсорного потока. Формируются и рефлексизирующие новые, до того неизвестные чувства и ощущения у больного, со временем переходящие у некоторых пациентов, несмотря на присутствующий страх, в стойкую психическую потребность. Как правило, мозг хорошо принимает и быстро обрабатывает полученную таким образом информацию. Добытые для мозга путем минимального дозированного стресса новые медиаторные связи гораздо прочнее и устойчивее, чем связи, выстроенные другими способами. Они формируются со своим «врожденным иммунитетом», направленным на сохранение в более жестких, по-настоящему стрессовых ситуациях, предъявляемых жизнью. Даже если эти вновь полученные навыки распадаются в силу ряда жизненных обстоятельств, то в определенных условиях они способны к быстрой регенерации.

Появляется необходимая психическая потребность для поддержания положительного психического тонуса, то есть потребность в постоянной, сначала бессознательной, а затем и осознанной произвольной тренировке. В процессе занятий возникает мотивация, желание научиться управлять и подчинять себе крупное животное, и постепенно, с приобретением навыков верховой езды, в личностном и психологическом плане повышается самооценка, растет уверенность в себе, формируется самоконтроль, повышается общительность, дисциплинированность, кон-

щим существом – очень эффективен язык тела. С ними можно завязать телесный диалог.

Верховая езда направлена против физических, психических недугов и проблем социального плана.

1. Воздействие на физический статус.

Терапия верховой ездой – это особый вид лечебной физкультуры, основанной на взаимодействии и единении двух живых существ. Это лечение движением. Ритмичные и гармоничные движения лошади заставляют работать практически все мышцы всадника, при этом за одну минуту совершается 110 разнообразных движений, передающихся всаднику. По существу это двигательный диалог двух живых существ. Тепло, выделяемое телом лошади (ее температура выше тела человека на 1 градус), обуславливает расслабление мышц и ослабление напряженности, нормализует мышечный тонус, благоприятствуя мышечной активности. Верховая езда является при этом психомоторной реабилитацией, то есть дает возможность самопознания собственного тела, через двигательный и тактильный опыт создаются новые связи и способность приспособиться к окружающему миру, улучшаются кинестетическая чувствительность, осанка.

2. Воздействие на психику.

При верховой езде в мозг поступает мощный сенсомоторный поток информации, идущий от важнейших органов чувств, к которым относится вестибулярная система (лошадь – генератор равновесных раздражителей), чувство движения (проприоцептивная система) и тактильная чувствительность (тактильная система). Кроме того, верховая езда является стрессовой ситуацией, а тем более для человека с пораженной центральной нервной системой. Условия такой стрессовой ситуации не имеют разрушительной силы для организма, напротив, они являют собой контролируемый и управляемый процесс. Верховая езда является минимально дозируемым стрессом, то есть стрессом, вызванным реакцией на измененные условия, позволяющие улучшить, ускорить, а в некоторых случаях и качественно изменить состояние психики и психических процессов.

опорно-двигательного аппарата) настолько, чтобы они остались незамеченными в обычной жизни. Поэтому социокультурная специфика социальных связей и отношений инвалидов в обществе будет сохраняться, но максимально ее нивелировать – задача всех участников социально-культурных взаимодействий.

Толерантность – это особая идея, определенная система ценностей, рассматривающая конфликт как возможность выведения отношений на качественно новый уровень, это вершина, пик, совершенство человеческого оптимума. Толерантность – это признание внутренней духовной свободы человека, признание того, что личность, ее поведение и ее достоинство не определяются той конкретной ситуацией, в которой она оказалась. Причем свобода тесно связана с глубиной саморефлексии личности, со способностью и потребностью определять себя в обществе и культуре, подниматься на общечеловеческий уровень общения и деятельности. Толерантность – это понимание того, что в глубинном смысле все люди независимо от их национальности, социального положения и прочих качеств – равны.

Политика, направленная на социокультурную реабилитацию и адаптацию взрослых и детей-инвалидов, на повышение качества их жизни, базируется на совокупности этических принципов. В нормативной сфере – это строгое соблюдение прав человека, прав ребенка, действующих законов, эффективное использование правовых механизмов реализации политических решений. В сфере социокультурной жизни – стимулирование инвалидов в реализации их образа жизни, их экономической независимости, реабилитация с акцентом на первичные группы (семью, неформальные малые группы) и на квалифицированную консультативную помощь. В сфере гражданских прав – равные возможности инвалидов со здоровыми лицами принимать участие во всех социально приемлемых формах социокультурной активности, взвешенное сочетание принципов интеграции и организационных мер.

Из вышесказанного следует, что основным принципом формирования социокультурной политики в отношении инвалидов

является максимально возможная дифференциация мер, направленных на адаптацию инвалидов в современных социокультурных условиях. Теоретическую основу такого подхода обеспечивает концепция образа жизни, позволяющая выявить социокультурное содержание жизнедеятельности этих групп людей. Под образом жизни подразумевается распределение фундаментальных жизненных ресурсов людей – времени и энергии – между основными установленными формами жизнедеятельности. Каждая из форм имеет культурный аспект, поскольку предполагает овладение определенными знаниями, навыками, стереотипами поведения, ценностными ориентациями и нормативными критериями и имеет институциональное обеспечение (правовое, организационное, экономическое).

В 1995 году Генеральной конференцией ЮНЕСКО была принята декларация, в которой отмечалось, что толерантное отношение к людям необходимо на двух уровнях: на уровне государственной политики и на уровне существующих моральных норм. В первом случае подразумевается равенство перед законом, во втором речь идет о некоторых психологических барьерах, преодолеть которые сложно даже в тех случаях, когда необходимость этого осознается членами общества.

Современное российское общество отличается органичным взаимодействием социальной и культурной сфер, их взаимовлиянием, что дает основание признавать их явлениями единого социокультурного масштаба. Связь культурных изменений с общественной жизнью, необходимость их рассмотрения в связи с социальной деятельностью человека – истина объективная и давно известная. Общество существует и может плодотворно развиваться, только преодолевая противоречия между социальными отношениями и их культурным содержанием.

Организация постоянного культурного диалога и развития творческих способностей – одно из приоритетных направлений толерантного отношения к инвалидам. Сделать каждый день человека с ограниченными возможностями наполненным духовно-нравственными смыслами, совершенствовать городскую культуру

В занятия включают различные формы ухода за лошадью: уборка денника, кормление, чистка лошади, седловка, надевание уздечки, а также уроки верховой езды, на которых нужно заставлять лошадь или пони ходить разным шагом, останавливаться, выполнять разные манежные фигуры. Помимо этого выполняются различные упражнения на лошади и игры.

При обучении детей верховой езде наиболее эффективно использовать метод подражания (ребенок должен повторять все движения лошади, которые ему доступны). Во время обучения полезно использовать рисунки, можно чертить фигуры, которые необходимо выполнить. Нужно соотносить ритм обучения со способностями и возможностями инвалидов. Эти приемы позволяют занятиям не быть источником дополнительных неудач и без того трудной жизни инвалидов. Интеграция в общество детей с ограниченными возможностями эффективна, когда она опирается на способности инвалидов, на поддержание их достоинства. Надо стараться, чтобы верховая езда давала таким детям то, чего они бывают лишены: эмоциональную приподнятость, радостное волнение при достижении цели.

Реабилитация часто проводится с помощью езды на пони. Почему пони, а не лошадь? Это связано с задержкой в развитии по весу и росту (дети в возрасте от 9 до 12 лет по росту соответствуют детям в возрасте 6–7 лет). Кроме того, в связи с проблемами, которые встают перед детьми с нарушениями органов чувств, наилучший путь к общению с ними – это телесный, физический контакт. Пони вызывает желание его потрогать, его мягкая шерсть доставляет первое удовольствие тому, кто его гладит. Ребенок вновь ощущает эту мягкость, это тепло, когда садится на пони без седла, которое отделяло бы его от тепла пони. Глухой ребенок сообщает об этом удовольствии, о своих ощущениях и эмоциях взглядом, выражением лица, своим мышечным тонусом и жестами. Ни один из них не говорит словами. Глухота, которая является для них врожденным дефектом, независимо от того, глубокая она или абсолютная, мешает детям высказаться словами. Однако глухой ребенок является тем не менее говоря-

послужил толчком к открытию конных центров, и в настоящее время в Германии, Австрии, Франции, Англии, США и Канаде работают сотни конных центров, где тысячи больных с самой разнообразной патологией проходят реабилитацию по специально разработанным национальным программам реабилитации.

Терапия верховой ездой является признанным средством реабилитации и применяется не только при соматических заболеваниях и травмах, но и как средство психологической коррекции, социальной адаптации, как эффективный помощник дефектологов и особенно показана детям-инвалидам, так как позволяет не только оздоровить, но и решить многие их проблемы.

Действительно, проблемы детей-инвалидов часто ставят в тупик врачей, так как нет лекарств, которые могли бы их решить. У ребенка, потерявшего слух, может развиваться неправильное мировосприятие и чувство одиночества; глухие дети могут быть гиперактивными, малоуправляемыми и при этом несчастными. Детям с нарушением слуха трудно дается самостоятельная деятельность, они часто чувствуют себя неуспешными.

Ребенок с нарушениями развития ограничен в своих связях с обществом. Взаимодействие с окружающим миром затруднено не только вследствие ограниченных возможностей детей-инвалидов. Такие дети сталкиваются со значительными барьерами на пути включения в социальное и культурное пространство. Эта вынужденная изоляция причиняет зачастую не меньше страданий, чем заболевание, приведшее к инвалидности. Поэтому наряду с медицинской, профессиональной и другими традиционными видами реабилитации так важна работа по восстановлению социально-культурных связей.

Терапевтическая (лечебная) верховая езда – это специально организованные занятия по обучению детей с проблемами здоровья верховой езде. Используются специально подготовленные лошади, занятия проводят команды специалистов (врачи, психологи, дефектологи, инструкторы-иппотерапевты, тренеры по верховой езде), которые работают по специально разработанным программам.

безбарьерной среды, организовывать доступность библиотечного обслуживания и пользования музейными фондами, применении компьютерных информационных технологий в повседневной жизни – эти и другие задачи социальной политики реализуются учреждениями культуры.

В соответствии с официальными статистическими данными численность инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения, выросла с 4,8 тыс. человек в 1993 году до 8 тыс. в 1998 году, или на 49%. Выросли также интенсивные показатели распространенности инвалидности в расчете на 1 тыс. всего населения с 32,2 в 1993 году до в 1998 году. По данным экспертов ООН, инвалиды составляют в среднем 10% всего населения планеты, а также в мире насчитывается примерно 450 млн человек с нарушениями психического и физического развития. Это составляет 1/10 часть жителей нашей планеты (из них около 200 млн детей-инвалидов). Вместе с тем в Российской Федерации численность лиц, впервые признанных инвалидами, составляла в 2004 году 1080 человек, ежегодно признаются инвалидами около 3,5 млн граждан. Всего на начало 2005 года численность инвалидов составила 11,4 млн человек¹.

Общее число инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты населения в Российской Федерации, на 1 января 2006 года составляло 12,2 млн человек, а уровень инвалидности населения равнялся 106,6 инвалидов на 10 тыс. всего населения². В то же время общее число впервые признанных инвалидами (ВПИ) лиц взрослого населения г. Москвы в 2001 году составило 105,1 тыс. человек, в 2002 году – 102,2 тыс., уменьшилось в 2003 году до 92,1 тыс., увеличилось в 2004 году до 101,1 тыс. и в 2005 году – до 116,7 тыс. человек, или на 21,1% (по сравнению с 2003 годом). Всего за пять лет было впервые признано инвалидами 517,2 тыс. человек; в среднем за 2001–2005 годы прирост в год составил 103,4 тыс. инвалидов.

¹ См.: Россия в цифрах. 2005: Крат. стат. сб. / Росстат. М., 2005. С. 129.

² См.: О положении инвалидов в городе Москве / Авт. коллектив. М., 2006. 174 с. С. 4.

В Российской Федерации численность инвалидов всех возрастов, зарегистрированных в органах социальной защиты, составляла 8,9 млн человек. Отмечается тенденция к дальнейшему увеличению этой категории населения. Остается высоким уровень первичной инвалидности среди населения трудоспособного возраста, в среднем 66 на 10 тыс. населения. Отмечается устойчивая тенденция увеличения числа детей-инвалидов в России: за последние пять лет более чем вдвое; на 1 января 2007 г. на учете в органах социальной защиты населения состояло около 795 тыс. детей-инвалидов. Наиболее высокий уровень инвалидности отмечается в Туве (177,9), Санкт-Петербурге (152,4), Москве (148,0), Республике Горный Алтай (133,6) и др.

Анализ изменений показателей контингента инвалидов России показал, что отмечается рост общей численности инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты, а также увеличение численности инвалидов-пенсионеров по старости и инвалидов, получающих социальные пенсии, в том числе детей-инвалидов и инвалидов с детства. Ожидается дальнейший численный рост этой группы. Кроме того, миллионы людей с ограниченными возможностями не имеют официального, юридически оформленного статуса инвалидов. Известно, что таким людям значительно труднее, чем здоровым, адаптироваться в постоянно меняющейся ситуации. В таких условиях необходимо усилить государственную поддержку инвалидов, учитывая внутреннюю неоднородность их социокультурных проблем и запросов.

Рассматривая показатели распространенности инвалидности среди населения в динамике, следует отметить, что рост их объясняется как ростом самого показателя, свидетельствующего об ухудшении здоровья россиян, так и изменением, в частности расширением, критериев определения инвалидности, прежде всего по отношению к детям-инвалидам.

Социокультурные проблемы инвалидов имеют глубинные социальные причины. Источниками роста численности инвалидов являются: социальное напряжение и социальные конфликты,

3.3.8. Иппотерапия в школе для незлышащих учащихся

Лошадь очень давно находится рядом с человеком, а верховая езда – один из самых древних и весьма распространенных способов передвижения человека.

С древнейших времен известно благотворное влияние на здоровье человека езды и общения с лошадьми. Еще античный врач Гиппократ утверждал, что раненые и больные поправляются быстрее и успешнее, если ездят верхом. Он же отмечал кроме общеукрепляющего еще и психологический эффект от занятий верховой ездой и советовал ездить верхом меланхоликам, потому что это освобождает от «темных мыслей» и вызывает «мысли светлые и ясные». Д. Дидро в трактате о здоровье на первое место среди физических упражнений, которые являются наиболее надежным и эффективным способом поддержания пошатнувшегося здоровья, ставил верховую езду, с помощью которой можно лечить множество болезней, а также предупреждать их. Доктор Перрон в конце XVIII века первым пытался научно обосновать благоприятное воздействие верховой езды на организм, утверждая, что состоит оно в активизации двигательной и дыхательной функций, а также кровообращения.

Применение верховой езды как средства реабилитации при различных заболеваниях началось в 60-х годах XX века в развитых странах Западной Европы, где она традиционно занимала и занимает видное место в рекреационных (прогулочных, развлекательных, оздоровительных) занятиях и спорте.

Это было связано с необходимостью поиска новых нетрадиционных средств реабилитации, так как не все заболевания поддаются медикаментозному лечению, а применение медикаментов даже часто приводит к различного рода осложнениям. Воздействие верховой езды на организм начали тщательно исследовать и изучать. Весьма показательным явился случай с бывшей спортсменкой-конницей Лиз Хартел, которой занятия в течение 9 месяцев верховой ездой позволили не только встать с инвалидной коляски и добиться полного излечения после полиомиелита, но и стать серебряным призером Олимпийских игр в Хельсинки. Этот случай

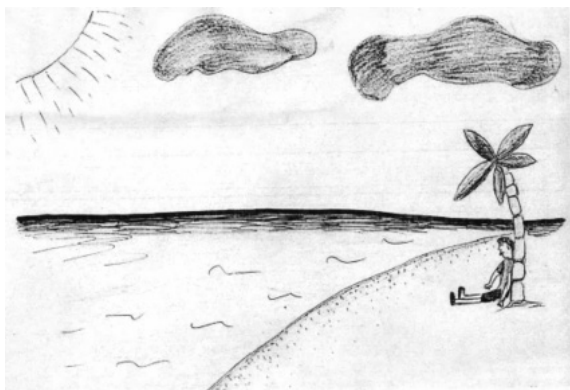


Рис. 3.9. А. Хитров. Я весь в мечтах (8 класс)

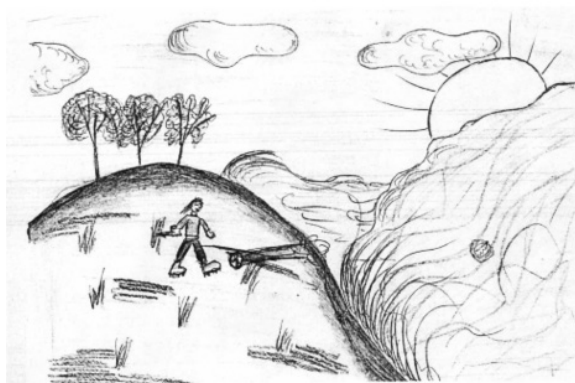


Рис. 3.10. А. Янченков. Заготовка дров (8 класс)

Подводя итоги урока-игры, мы пришли к следующим выводам. Необходимо:

- 1) усилить индивидуальный подход к воспитанию учащихся, актуализируя Человека как главную ценность на Земле;
- 2) усилить трудовое воспитание, формируя прагматизм;
- 3) активизировать работу с родителями учащихся в системе педагогического всеобуча;
- 4) улучшить преподавание географии в школе, актуализируя ее практический аспект.

а также модернизация производства, ухудшение экологии, среды обитания.

Положение инвалидов в обществе до сих пор остается неопределенным. Присутствуют такие черты, как обособленность, сегрегированность, в связи с чем значительные группы инвалидов испытывают чувство собственной неполноценности и не имеют возможности включиться в обычную социокультурную жизнь. При возрастающей численности инвалидов их оттесненность на периферию социального расслоения, в группы беднейших слоев населения чревато ростом социальной нестабильности, угрозой разрушения нормативных структур в культуре. В таких условиях недостаточная социальная адаптированность, низкая квалификация, слабая правовая защищенность этих людей становятся социально значимыми факторами воспроизведения бедности.

Анализ ближайшего социокультурного окружения детей-инвалидов представляет ситуацию разрушения традиционных семейных структур, в результате которого резко ограничивается участие инвалидов в полноценной семейной жизни. Выпадение заботы об инвалидах из круга обязанностей Церкви лишает их помощи со стороны священнослужителей и местной церковной общины. Незрелость детских и социальных служб, ориентированных на инвалидную среду, не дает возможности для участия в социальной и культурной жизни, что особенно важно по месту проживания.

Непременным условием интеграции инвалидов в социокультурную жизнь является реабилитационная деятельность, имеющая многочисленные направления в работе с детьми-инвалидами, то есть восстановление их возможностей полноценного участия в современных социальных взаимодействиях.

Важнейшими векторами построения социокультурной политики в отношении инвалидов должны стать ориентация на развитие реальных возможностей инвалидов, а не на их ограничения, на обеспечение гражданских прав и социального участия, а не рассмотрение их как объект благотворительности.

Анализ сложившейся ситуации дает основания сделать вывод о недостаточном внимании к культурным аспектам государственной политики в отношении инвалидов, культура которых трактуется узко, ограничивается художественной и рекреационной активностью, занимающей второстепенное место в сравнении с медицинским обслуживанием, профессиональной ориентацией подростков с ограниченными возможностями, их материальным обеспечением. В то же время реабилитационная эффективность указанных выше областей повышается, если их рассматривать с точки зрения культуры, то есть освоения культурных образцов и ценностей, приобщения к сложным формам культурной коммуникации, включения в общепринятые формы социокультурной практики.

Недостаточное использование возможностей отрасли культуры для социальной реабилитации людей с ограниченными возможностями, для помощи им в освоении значимой социокультурной практики предопределено следующими обстоятельствами:

- неразвитость институциональной инфраструктуры социокультурной (в том числе досуговой) деятельности детей-инвалидов, включая ее материально-техническое, технологическое, кадровое обеспечение;
- отсутствие достаточной правовой основы для обеспечения социокультурной интеграции инвалидов;
- отсутствие сложившихся социальных ориентаций и организационных оснований для такой интеграции, для становления соответствующих социально-организационных форм;
- слабая мотивация у детей с ограниченными возможностями и их родителей к использованию потенциала собственной сферы социального участия.

Уровень цивилизованности общества во многом оценивается по его отношению к детям с недостатками в умственном и физическом развитии, к инвалидам. Создание условий для обучения, воспитания, успешной коррекции нарушений в развитии, социальной адаптации и интеграции этих детей в общество относится к числу важнейших задач каждой семьи, имеющей ребенка-инвалида, и общества в целом.

Мальчики оказались более практичными. В числе их запросов – компас, лекарства, часы, рюкзак и даже... диван, шторы, сапоги, а из орудий труда они намерены взять удочки, грабли, ручку, корову, козу, овцу и даже лошадь.

Второе задание дети выполнили, пожалуй, с большим интересом. Выявились гендерные особенности: девочки нарисовали себя отдыхающими на пляже (рис. 3.7; 3.8), мальчики чаще видели себя либо в философском раздумье (рис. 3.9), либо в процессе хозяйственных работ, например рубки леса (рис. 3.10).

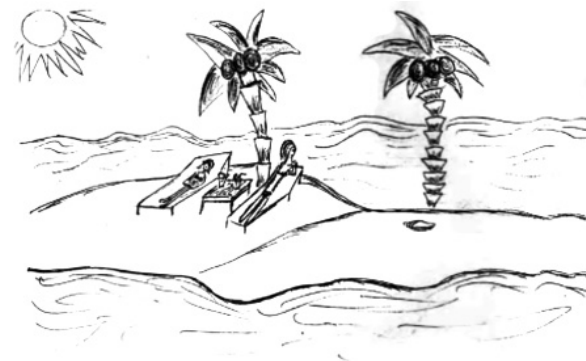


Рис. 3.7. Д. Дахно. На отдыхе (5 класс)

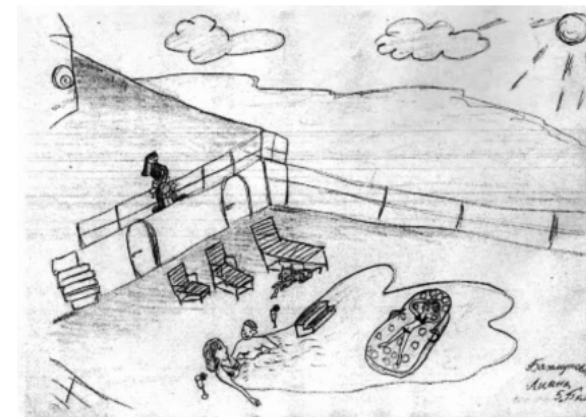


Рис. 3.8. Л. Бахмутова. Я и мои друзья на острове (5 класс)

Выяснилось, *во-первых*, что наши подростки недостаточно глубоко знают физическую географию и климатические особенности разных регионов, так как большое внимание уделяют одежде и аксессуарам (в тропическую зону они возьмут с собой пальто, шубы, шапки, кроссовки, джинсовые брюки и т.п.).

Во-вторых, воспитанники имеют (как и школьники их возраста вообще) разнообразные культурные потребности и интересы: каждый четвертый ученик возьмет с собой на необитаемый остров компьютер или книгу, каждый второй – мяч, магнитофон, телевизор, мобильный телефон. На вопрос: «А как же на необитаемом острове сможет работать компьютер?» – один ученик ответил просто: он нарисовал генератор, который возьмет с собой в далекую дорогу.

В-третьих (и это вызывает серьезную озабоченность), из живых существ учащиеся предпочитают взять на остров зверей и птиц (68), а не друзей и родственников (60). Значит, они доверяют больше зверям, чем людям?! В самом деле, даже, казалось бы, самая примитивная кошка может порой доказать, как мы (люди) несовершенны. Например, в отношении к своим детям.

В-четвертых, из людей учащиеся чаще предпочитают видеть на острове своих друзей и подруг, а не родственников, и это лишний раз говорит об упущениях в семейных отношениях и семейном воспитании: рожать умеют, а воспитывать – нет. Не следует ли возродить систему родительских университетов педагогического мастерства, которая была популярна в России 25–30 лет назад?

Выявлены гендерные особенности мышления подростков: мальчики предпочитают взять с собой на остров мотоцикл, автомашину, компьютер, мяч, телефон, теннисную ракетку, видеокамеру; девочки (и это в 12–15 лет!) – серьги, косметичку, лак для ногтей, бусы, блеск для губ, зеркало, берет, купальник, плечики для одежды, колготки, фартук.

Из продуктов питания ребята предпочитают сыр, красную и черную икру, шашлык, гамбургер, цитрусовые, кальмары, шоколад, ананасы, мороженое, крабовые палочки. Девочки больше думают о фруктах, соках, борще.

За последние годы в России прилагались определенные усилия по улучшению условий жизни, медицинского обслуживания, повышения качества образования, трудовой и профессиональной подготовки этих детей. Вместе с тем до сих пор нет отлаженной, целостной и действенной системы социальной поддержки самой уязвимой и беззащитной части населения – детей-инвалидов и их семей. Остается нерешенным целый комплекс проблем: социальных, научных, практических.

Существенным тормозом при решении многих вопросов является отсутствие полноценной статистической информации о детях-инвалидах, поскольку в Российской Федерации нет единой государственной системы их учета. Органы социальной защиты населения, органы здравоохранения и народного образования, которые осуществляют соответственно социальную реабилитацию, поддержку, лечение, обучение и воспитание различных контингентов детей с умственными и физическими недостатками, отражают в своих ежегодных статистических отчетах лишь отдельные стороны данной проблемы. В результате нам неизвестны общее число детей-инвалидов в возрасте до 16 лет в стране (и в отдельных ее регионах), их возрастно-половой состав и структура имеющихся у этих детей нарушений в состоянии здоровья, степени и характере нарушения у них жизненных и социальных функций.

К категории детей-инвалидов в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 4 июля 1991 г. №117 «О порядке выдачи медицинского заключения на ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет» относятся дети, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушения развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю своего поведения, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Назначение инвалидности ребенку является юридическим актом и предполагает, что государство в лице различных своих служб берет на себя «...социальную защиту и помощь этой категории детей, объем и структура которых определяются в виде

индивидуальной программы реабилитации с учетом комплекса медицинских, личностно-психологических, социально-педагогических факторов». Быстрый рост числа детей-инвалидов обусловлен расширением «Медицинских показаний, при которых ребенок в возрасте до 16 лет признается инвалидом», введенных в действие приказом Минздрава России с 1 июля 1991 г. Но в это число не входят:

- дети-инвалиды, проживающие в домах-интернатах для глубоко умственно отсталых детей и в домах-интернатах для детей с недостатками в физическом развитии, принадлежащих системе Минсоцзащиты РФ, так как они находятся на полном государственном обеспечении и пенсии им не оформляются;
- дети-инвалиды, находящиеся в домах ребенка, входящих в систему Минздрава РФ;
- дети-инвалиды, обучающиеся в школах и интернатах для детей с недостатками в умственном и физическом развитии;
- дети-инвалиды, воспитывающиеся в специализированных детских садах (для детей с нарушениями слуха, речи, зрения, двигательного аппарата и др.).

Причины, которые формируют детскую инвалидность, коренным образом отличаются от таковых у взрослых. По данным Института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, у детей на первом месте среди причин инвалидности (около 50%) находятся различные психические заболевания, затем идут заболевания нервной системы и органов чувств, включая ДЦП, далее – врожденные аномалии, затем – последствия травм и отравлений.

По данным Р.К. Игнатевой (1992), на долю психических расстройств как причины снижения жизненных и социальных функций приходится одна треть всей зарегистрированной заболеваемости. По материалам В.А. Нестерова (1977), психические расстройства как причина инвалидности у детей занимают третье место после болезней нервной системы и органов чувств, инфекционных и паразитарных заболеваний. По его мнению, уровни и структура причин первичности инвалидности непрерывно из-

Игра называется «Я – на необитаемом острове».

Условие игры: вы на необитаемом острове, там, где тепло, кругом океан. Вам предстоит жить на этом острове целый год.

Задание 1. Назовите (напишите) 14 предметов и три живых существа (животных, птиц, друзей, родственников, знакомых, учителей, одноклассников), которые помогут вам выжить целый год, с которыми вам будет приятно общаться.

Задание 2. Нарисуйте необитаемый остров, океан, себя на острове. Знайте: необитаемый – не населенный людьми.

Игра проводилась в школах II ступени, где, как и в любой школе, находится самый трудный, «взрослеющий» контингент. Число участников игры – 47 детей (25 мальчиков и 22 девочки), что обеспечило достаточную репрезентативность сделанных нами выводов. Распределение ответов по первому заданию представлено в табл. 3.8.

Таблица 3.8

Самые любимые продукты, вещи и живые существа у подростков школы

Классы	Число учащихся	14 важнейших предметов						Живые существа			
		Продукты питания	Одежда и аксессуары	Компьютеры	Видео-техника, телефон, телевизор	Мяч	Книги, журналы	Друзья	Родственники	Птицы	Звери
5	2	22	–	–	–	–	–	–	2	–	4
6	12	94	44	5	–	8	3	6	10	7	13
7	20	99	99	5	10	8	1	15	13	5	18
8	9	47	49	3	8	3	6	5	1	5	12
9	4	29	28	–	–	–	–	6	2	–	4
Всего	47	275	242	13	18	19	10	32	28	17	51

Примечания

1) в статистические показатели не вошли продукты питания, которые «размыты» (например, «продуктовый магазин»), а также предметы, не подходящие под рубрику «Одежда и аксессуары» (например грабли, автомашина, дом, палатка и др.);

2) выявить закономерность изменения «вкусов» детей по мере их взросления не удалось, так как численность респондентов в разных параллелях оказалась несопоставимой.

После игры-разминки проводится обсуждение задания с установкой: «Сейчас мы будем смотреть твои рисунки и спрашивать, боишься ли ты теперь или не боишься». Положительный результат каждый раз подкрепляется похвалой: «Так», «Хорошо», «Молодец». За обсуждением следует опять игра, успехи в которой поощряются наградой в виде игрушки, книжки или значка.

Эффект устранения страхов, как утверждает А.И. Захаров, достаточно выражен и устойчив и составляет 50% при изображении страхов по типу «боюсь» и 80–85% оставшихся страхов – при изображении себя в активной, противостоящей страху позиции. Если ребенок в первый раз рисует себя, а не источник страха, то эффект коррекции повышается. Если же он не включает себя и на втором рисунке, где он «обязан» быть по инструкции, то это указывает или на исключительную интенсивность страха, или на его навязчивый характер, что обычно сочетается при фобии.

3.3.7. Игротерапия в специальной школе

Один из самых высокочтимых психологов XX века Б.Ф. Скиннер утверждал, что наше поведение определяется окружающей средой. По его мнению, чтобы объяснить поведение и таким образом понять личность ребенка, нужно проанализировать функциональные отношения между видимым действием и видимыми последствиями. Скиннер доказал, что поведение человека предсказуемо, обусловлено и контролируемо. Отсюда вытекает важность диалога между учителем и детьми. Но диалог в открытой форме не всегда бывает откровенным, искренним: сказываются и возрастная разница между педагогом и ребенком, и гендерные особенности участников диалога, и индивидуальность ребенка (не каждый ученик привык видеть в старших своих добрых друзей, единомышленников).

Чтобы правильно строить свою педагогическую стратегию, что невозможно без глубокого знания личности каждого ребенка, мы решили побеседовать с детьми опосредованно, в игровой форме, воспользовавшись методикой Г. Карнауховой, опубликованной в журнале «Искусство» еще лет пять назад.

меняются, и их динамика связана с изменением состояния здоровья населения и расширением социального законодательства, уровнем развития производства и другими факторами.

Значительная часть детей с умственной отсталостью поддаются в той или иной степени различным формам обучения и находятся в специализированных школах для детей с ограниченными возможностями, часть – в школах-интернатах или посещают их, проживая в семье. Именно эта группа детей-инвалидов вместе с детьми с нарушениями слуха и зрения, тяжелыми нарушениями речи, последствиями полиомиелита и ДЦП будет наиболее эффективно поддаваться правильно проведенным реабилитационным мероприятиям, назначенным своевременно и в полном объеме.

Важны показатели распространенности среди детского населения других форм патологии, приводящих к инвалидности (потеря зрения, слуха, последствия ДЦП, тяжелые нарушения речи). Однако имеющейся в Госкомстате РФ информации недостаточно для получения этих показателей. В литературе также отсутствуют такие материалы. Для получения ориентировочных данных по этому вопросу учеными ВНИИ им. Н.А. Семашко РАМН применен прием восстановления неполных данных путем введения поправочных коэффициентов, позволяющих из числа детей с указанной патологией, обучающихся в специализированных школах, ориентировочно рассчитать показатели распространенности.

В специализированных школах дети находятся в возрасте от 7 до 16 лет (с небольшими отклонениями по возрасту). Если считать, что вероятность наличия того или иного заболевания (врожденного или приобретенного) на каждом году жизни ребенка примерно одинакова, то можно рассчитать число детей, например слепых, не только в школьном возрасте, но и до 7 лет. Отсюда получаем ориентировочное число детей с такой патологией вообще и показатели на 10 тыс. детей.

К сожалению, статистика не предоставляет данных о социально-демографическом составе детей-инвалидов и структуре, формирующей их патологии. Для восстановления этого пробела сошлемся на исследования Санкт-Петербургского НИИЭТИНа.

В социально-демографическом составе детей-инвалидов преобладают лица мужского пола, особенно в городской местности. Ведущей возрастной группой являются лица от 8 до 13 лет. Наиболее высока доля этой возрастной группы детей-инвалидов среди девочек, проживающих в сельской местности. Каждый пятый ребенок-инвалид относится к возрастной группе 14–15 лет.

В рамках общей проблемы детей-инвалидов особняком стоит проблема инвалидности с детства. За последние 20 лет вырос уровень инвалидности с детства. Преодолеть такую негативную картину помогает потенциал социокультурных реабилитационных средств, методов, технологий, которые сегодня активно используются в учреждениях, организациях всех уровней и ведомственной подчиненности, специалистами и родителями. Но полное включение детей-инвалидов и их семей в социокультурное взаимодействие возможно лишь при условии развития толерантного отношения со стороны социума и всего общества.

В контексте влияния культуры на социальность процессов, происходящих в обществе, специалисты социально-культурной деятельности (Л.А. Акимова, М.А. Ариарский, В.З. Дуликов, А.Г. Казакова, Т.Г. Киселева, Е.М. Ключко, Ю.Д. Красильников, Т.В. Кузнецова, О.Ю. Мацукевич, Ю.С. Моздокова, Б.Г. Мосалев, Г.Я. Никитина, В.С. Садовская, А.В. Соловьев, Ю.А. Стрельцов, Н.Н. Ярошенко и др.) исследуют процессы утверждения гуманистического содержания, гуманизации жизни. Популяризируя идеи толерантности, в рамках лаборатории технологий социокультурной реабилитации были выполнены темы:

- «Научно-методическое обеспечение профессиональной подготовки специалистов с культурологической профилизацией в области социально-реабилитационной работы в инвалидной среде», 1997 год;
- «Реализация социокультурных технологий в специализированных учреждениях», 2001 год;
- «Разработка технологий социально-культурной реабилитации детей-инвалидов в специализированных учреждениях», 2002 год;

рисунки». Это подразумевает, что нужно нарисовать не только объект страха, как в первый раз, но и обязательно себя небоящимся. Скажем, не ребенок убегает от Бабы-яги, а она от него; он уже не плачет от боли; сражается с драконом; плывет по воде и летит на самолете. Здесь очевиден эффект внушения – установки на преодоление страха в воображении путем его определенного заданного графического изображения.

Происходит мобилизация всех психических ресурсов ребенка на деятельное противодействие страхам в жизнеутверждающей, активной позиции творца. Срабатывает и феномен групповой поддержки. Ребенок уже не один со своими страхами – они вышли наружу, потеряли свой ореол исключительности, да и поблекли после их предыдущего изображения. К тому же психолог и родители создают психически благоприятное поле поддержки и веры в его способность справиться со страхами.

Новый сделанный дома рисунок с изображением себя как победившего страх прикрепляется к старому; когда все рисунки или большинство из них готовы, организуется встреча с психологом. В среднем на рисование себя как небоящегося уходит две недели, и нужно заранее назначить встречу. До нее организуется как можно больше подвижных, спортивных игр, прогулок, экскурсий и по возможности не допускаются конфликтные ситуации в семье.

Помимо рисунков страхи могут быть воплощены в виде специально сделанных дома масок, фигурок из пластилина, конструкций из подручных материалов. Например, паука можно сделать из проволоки и материи, дракона – из веревочек на палке. Когда подобные поделки – плод совместной деятельности детей и родителей, результаты устранения страхов, как правило, лучше, особенно при участии отца.

На третьей по счету встрече (первая – диагностическая) тоже предлагается вначале игра, но уже с учетом прошедших ранее страхов. Для этого на игровой площадке среди различных предметов находятся отражающие прежние страхи маски, куклы. Ненавязчиво предоставляется возможность поиграть с ними, что усиливает достигнутый эффект.

фраза имеет слишком обзывающий характер, то ребенок может согласиться, лишь бы не противоречить и благополучно пережить неприятный момент. Если внимательно проанализировать приведенную выше фразу: «Ты нарисовал этот страх, а теперь скажи, боишься ты его или нет?» – то в ней и так можно обнаружить один внушающий фрагмент, а именно сочетание «а теперь». В какой-то мере это призыв, выражение надежды, ободрение и оптимистичский настрой при обсуждении рисования страхов.

Такое же воздействие будет и от привлечения внимания присутствующих к самому характеру изображения страха. «Как это сделано интересно, с выдумкой! Взрослый не смог бы так нарисовать. И цвета подобраны как надо, и расположение фигур подходящее». Этим немудреным способом удастся повысить активность и заинтересовать ребенка в совместном со взрослыми занятии по устранению страхов. Тем более что после каждого рисунка, вопроса психолога и ответа ребенка выражается одобрение: «Так», «Хорошо», «Что дальше?»

После окончания обсуждения страхов называются и показываются те рисунки, в отношении которых достигнут положительный эффект. Автора надо похвалить, дружески хлопнуть по плечу, пожать руку, подарить игрушку. Затем надо сказать, что рисунки с его бывшими страхами останутся на все время у психолога, который таким образом «принял их на себя», освободив от них ребенка. Если это дошкольник, то упоминается, что страхи отныне будут «находиться» в ящике стола или шкафу, «закрыты» там навсегда, подобно джинну в бутылке.

После обсуждения снова предлагается игра, в которой все активно участвуют. Она имеет подвижный характер, требует выдержки и содержит некоторый риск. Например, игра в кегли, сражение на деревянных шпагах, стрельба присосками из пистолета или лука. Игра строится так, чтобы ребенок обязательно сумел выиграть, что еще больше повышает его уверенность в себе.

В конце встреч рисунки, на которых изображены оставшиеся страхи, отдаются обратно со словами: «А теперь нарисуй так, чтобы было видно, что ты не боишься, и принеси мне опять свои

- «Исследование структуры и содержания активного образа жизни ребенка-инвалида в условиях семьи», 2002 год;
- «Разработка новых технологий творческой реабилитации и ускорения социальной адаптации детей-инвалидов с использованием средств культуры и искусства», 2003 год.

2.9. Концепция толерантности и ее реализация в детской инвалидной среде

Понятие толерантности не однозначно в различных культурах, оно зависит от исторического опыта народов. В английском языке толерантность – возможность услышать другого, понять иного. Готовность, способность без протеста воспринимать другую личность. Во французском – уважение свободы другого, его образа мыслей, поведения, политических и религиозных взглядов. В китайском языке быть толерантным – значит, позволять, допускать, проявлять великодушие в отношении других. В арабском толерантность – прощение, снисхождение, мягкость, сострадание, благосклонность, терпение, расположенность к другим. В персидском – терпение, выносливость, готовность к примирению. В русском – способность, умение терпеть, мириться с чужим мнением, быть снисходительным к поступкам других людей.

Испытывая чувство тревоги в связи с участвовавшими в последнее время актами нетерпимости, насилия, терроризма, национализма Организация Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) на Генеральной конференции 16 ноября 1995 г. приняла «Декларацию принципов толерантности», провозгласив толерантность не только важнейшим принципом, но и необходимым условием мира и социально-экономического развития всех народов. Толерантность должны проявлять отдельные люди, группы, государства. Это не уступка, снисхождение или потворство, не отказ от своих убеждений. Это означает, что каждый свободен придерживаться своих убеждений и признает такое же право за другими независимо от их возраста.

Это также означает признание того, что люди по своей природе различаются по внешнему виду, возрасту, положению, речи, поведению, ценностям и обладают правом жить в мире и сохранять свою индивидуальность. Это также означает, что взгляды одного человека не могут быть навязаны другим.

День 16 ноября провозглашен ежегодно отмечаемым Международным днем, посвященным толерантности. В Лос-Анджелесе (Калифорния) открыт Музей толерантности. Уникальные выставки посвящены главным темам – расовым предрассудкам в Америке и истории Холокоста – крайним примерам негуманного отношения человека к человеку. Для детей разработаны специальные программы, объясняющие единство человечества, взаимозависимость всех от каждого и каждого от всех. В Канаде отделы толерантности существуют на уровне государственных служб.

Аксиология ценностей гуманизма и толерантности находит отражение в трудах отечественных методологов науки (Г.С. Батищев, М.М. Бахтин, А.А. Богданов, В.И. Вернадский, Л.С. Выготский, А.А. Зиновьев, Э.В. Ильенков, Б.М. Кедров, М.К. Мамардашвили, Г.Г. Шпет, Г.П. Щедровицкий, Э.Г. Юдин и др.); исследованиях зарубежных психологов гуманистического направления (А.Г. Маслоу, К. Роджерс и др.); работах западных и русских философов (Н.А. Бердяев, М. Бубер, Ж.П. Сартр, Э. Фромм и др.); в концепциях, затрагивающих сущностные аспекты деятельности общения (М.С. Каган, И.С. Коган, А.Я. Найн, Ю.А. Стрельцов и др.); этических идеях непротивления злу насилием, а также философии ненасилия и ненасильственного движения (М. Ганди, А.А. Гусейнов, Б. Картер, М. Липман, Л.Н. Толстой, Дж. Шарп, А. Швейцер и др.); основных положениях теории прав человека (М. Думметт, Й. Йовел, М.Л. Кинг, Р. Кристи, Г. Кунг, М. Моришима и др.); современных исследованиях проблем толерантности (Р.Р. Валитова, Д.В. Зиновьев, П.Ф. Комогоров, В.А. Лекторский и др.).

Еще в XVIII веке понятие толерантности было достаточно новым. Современное представление о толерантности во многом подготовлено деятельностью философов XVII–XVIII веков, вос-

ствие будет и от участия в обсуждении рисунков и игре братьев и сестер. Подобная положительно настроенная группа повышает ответственность за принимаемые решения о наличии или об отсутствии страха, а также действует мобилизирующим образом. Беседе, как и при выявлении страхов, предшествует игра, имеющая более динамичный, эмоционально насыщенный характер. Обычно в качестве такой разминки выступают пятнашки, преодоление каких-либо препятствий и игры с мячом.

Затем все садятся полукругом, чтобы удобно было рассматривать рисунки, находящиеся в руках психолога. Порядок предъявленных для обсуждения рисунков не имеет значения. Однако можно начинать с более легко устранимых страхов – воды (у мальчиков и девочек), открытого пространства и крови (у мальчиков), врачей, болезней, страшных снов и животных (у девочек). Практически мы рассматриваем страхи, предварительно перемешав их, как колоду карт.

Каждый рисунок показывается всем присутствующим, в то время как ребенок рассказывает о том, что на нем изображено, то есть конкретизирует свой страх. Раньше это было трудно осуществимо, страх возникал от одного лишь представления и не мог быть обозначен словами. Подобная преграда только повышала внутреннее напряжение и удерживала страх в фиксированном состоянии. Теперь же ребенок достаточно свободно говорит о страхе, осознанно управляя им в разговоре с человеком, которому он верит и который может понять его переживания. Важно говорить, что страх все равно будет устранен, – если не рисунком, то другими способами.

После просмотра первого рисунка следует реплика психолога: «Ты нарисовал этот страх, а теперь скажи, боишься его или нет?» В дальнейшем фраза постепенно укорачивается: «Боишься или перестал?» Ближе к концу она звучит как: «Боишься – не боишься?» Все слова произносятся ровным, но не монотонным голосом. Скорее он имеет эмоционально приподнятый и как бы «торжественный» оттенок. Вместе с тем следует избегать искусственного внушения отсутствия страха: «Теперь ты не боишься?» Поскольку эта

шению общего состояния. Лучше всего сказать, что рисование страхов поможет их преодолению и что неважно, как они будут изображены, главное – нарисовать их все без исключения фломастерами, красками или цветными карандашами, каждый страх на отдельном листе.

Сам факт получения задания, таким образом, организует деятельность детей и мобилизует их на борьбу со своими страхами. Весьма непросто начать рисовать страхи. Нередко проходит несколько дней, пока ребенок решится приступить к выполнению задания. Так преодолевается внутренний психологический барьер – страх страха. Решиться рисовать – значит, непосредственно соприкоснуться со страхом, встретиться с ним лицом к лицу и целенаправленным, волевым усилием удерживать его в памяти до тех пор, пока он не будет изображен на рисунке.

Вместе с тем осознание условности изображения страха на рисунке уже само по себе способствует уменьшению его травмирующего значения. В процессе рисования объект страха уже не представляет собой застывшее психическое образование, поскольку сознательно подвергается манипуляции и творчески преобразуется как художественный образ. Проявляющийся при рисовании интерес постепенно гасит эмоцию страха, заменяя ее волевым сосредоточением и удовлетворением от выполненного задания. Незримую поддержку оказывает и сам факт участия психолога, которому можно затем доверить свои рисунки и тем самым как бы освободиться от изображенных на них страхов.

Если ребенок не нарисовал все страхи к назначенному дню, визит или отодвигается на неделю, или проводится обсуждение уже имеющихся рисунков. Похвалить за успехи и проиграть некоторые страхи в увлекательной, захватывающей воображение игре гораздо лучше, чем ругать или стыдить за невыполненное задание. Тогда и психолог будет восприниматься не как указующий перст, а как взрослый, верящий ребенку и готовый всегда прийти к нему на помощь.

На беседе существенно присутствие обоих родителей и других участвующих в воспитании взрослых. Положительное дей-

ставших против жестоких религиозных столкновений. Самым последовательным критиком фанатизма и защитником толерантности был Вольтер. В своем «Трактате о веротерпимости» (1763) он не критиковал ни одной конкретной религии, но показывал, как они, милосердные по своей сути, разъедаются предрассудками и нетерпимостью. По его мнению, все верования должны иметь возможность для выражения, но «верхом безумия следует считать убеждение, что все люди обязаны одинаково думать об отвлеченных предметах». Важнейшим результатом деятельности философов, прежде всего Вольтера, явилось признание толерантности всеобщей ценностью и основополагающим компонентом мира и согласия между религиями и народами.

Уже через 11 лет после смерти Вольтера 26 августа 1789 года Учредительное собрание Франции приняло Декларацию прав человека и гражданина, провозгласив на весь мир свободу мысли и слова, за признание которых так упорно боролся Вольтер. Эта декларация – предвестница современных деклараций о правах человека, апофеозом которых стала появившаяся два века спустя, в 1948 г., Всеобщая декларация прав человека. В ней предложены главные принципы мира, ненасилия, демократии. В декларации отмечается, что насилие, войны могут быть следствием подавления демократии или результатом нетерпимости.

Нетерпимость основывается на убеждении, что твои система взглядов, образ жизни лучше остальных. Это не просто отсутствие чувства солидарности, это неприятие другого за то, что он выглядит иначе, думает иначе, поступает иначе, просто за то, что он существует. Результаты нетерпимости могут проявляться в широком диапазоне: от обычной вежливости, пренебрежительного отношения к другим до умышленного уничтожения тысяч людей. Нетерпимость способствует совершению таких преступлений, которые являются позором для человечества. Необходимо понимать последствия нетерпимости для общества и оценить ее проявления как нарушение прав человека.

Принимая во внимание растущую напряженность в обществе и в целях развития складывавшихся веками гуманистичес-

ких традиций российского общества, Министерство образования и науки РФ, Российская академия педагогических наук по поручению Председателя Правительства РФ В.В. Путина разработали Федеральную целевую программу «Формирование установок толерантного сознания и профилактика экстремизма в российском обществе на 2001–2005 годы», которая была утверждена Постановлением Правительства РФ от 25 августа 2001 г. Созданы Центры толерантности в Москве и Красноярске. Цель Федеральной программы – воспитание уважения к своему народу, гордости за его историю, традиции, достижения и в то же время постижение многообразия культурного и этнического мира, принятие другого вне зависимости от его национальности и вероисповедания. Одним из необходимых условий успешной реализации программы является изучение этноэтикета, этикета субкультурных групп.

Говорить о том, что различные группы и/или индивиды должны иметь возможность мирного сосуществования, не значит утверждать, что следует мириться с любыми реально существующими или воображаемыми различиями. Терпимое отношение к вызывающим замешательство типам поведения содержит сложные отличия, если сравнивать один режим с другим, так что, вероятно, и нашим суждениям об этих отличиях следует быть столь же неоднозначными (complex). Никогда еще формы сосуществования не становились объектом столь жарких дискуссий, как в наши дни, и это благодаря тому, что непосредственные переживания различий, повседневные столкновения с «инаковостью» (otherness) никогда раньше не затрагивали столь широкого круга людей.

Из просмотра передач по ТВ и чтения газет мы выносим убеждение, будто данные переживания повсеместно обретают все большее единообразие, что и подталкивает нас к выработке столь же единообразной реакции на них. Но даже очень сходные по сути дела с неизбежностью отличаются, когда их выполняют различные группы людей, воспитанные в различных социумах и имеющие различные ожидания. Человеческий опыт всегда неизбежно является культурно опосредованным, поэтому нельзя не воздать должного опосредующей роли культуры в данной сфере.

отдельной беседе, чтобы они могли организовать рисование страхов дома. Поясняется, как можно отобразить отдельные страхи, если ребенок спросит об этом.

После диагностики страхов следует поиграть с ребенком (и его родителем) в подвижные игры типа бросания мяча, пятнашек, игры в кегли. Всем этим создается жизнерадостная атмосфера, противостоящая эмоционально отрицательному воздействию страха.

В конце игры нужно обязательно отметить успехи детей, похвалить, пожать руку и предложить нарисовать страхи дома, сказав: «Нарисуй то, чего ты боишься, каждый страх – на отдельном листе». У дошкольников список страхов находится у родителей, школьники записывают его под диктовку. Во всех случаях не говорится о необходимости рисовать себя, на первый раз достаточно, чтобы ребенок изобразил сам объект страха. На задание обычно отводится две недели, и ребенок опять со всеми домочадцами приходит на игровое занятие, на которое он приносит свои рисунки.

Тем самым устраняется лишняя фиксация на страхах и на самой работе по их преодолению. Все идет как бы параллельно, вместе с доставляющей удовольствие игрой. Тогда исключаются только вербальное воздействие, голый рационализм, бескомпромиссный принцип нарисовать страхи во что бы то ни стало. К тому же взрослым дополнительно сообщается о необходимости как можно больше играть с детьми в подвижные, эмоционально насыщенные игры. Не нужно требовать от детей быстрого рисования всех страхов, как и стопроцентного выполнения плана рисования. Гораздо лучше поддержать, посочувствовать, напомнить и при затруднениях подсказать детям свои варианты.

Когда дается задание, то не говорится, что это обязательно избавит от страхов, так как повышенные ожидания в отношении результатов могут послужить препятствием для преодоления страхов. Особенно осторожным нужно быть при навязчивых страхах, возникающих на фоне заостренного чувства долга, когда любые неудачи переживаются крайне болезненно и ведут к ухуд-

Страхи рисуются карандашами, фломастерами или красками. Последние больше подходят для дошкольников, так как позволяют делать широкие мазки. Фломастерами охотнее пользуются младшие школьники. Подростки 12–13 лет предпочитают карандаши, что дает возможность детализировать изображение и стирать то, что не нравится.

Роль психолога должна быть понятна ребенку, а время беседы для выявления страхов согласовано заранее. Для нее нужно не менее 20–10 минут пребывания в спокойной обстановке. Окружающих следует предупредить о недопустимости прерывания беседы. Если дети не достигли подросткового возраста, целесообразно предложить в качестве своеобразной психологической разминки поиграть немного самостоятельно. Реквизит для игры самый разнообразный: домик из больших кубиков, в нем кровать, столик, шкаф; теремок, в котором обитают различные животные; елочки, имитирующие лес, оставленная Бабой-ягой метла; барабан, танк, пушка, робот; тряпичные куклы, надеваемые на руку, обычные куклы, изображающие людей, животных и сказочных персонажей; предметы медицинского обихода. Отношение к ним позволяет обнаружить те страхи, которые будут забыты или скрыты при беседе. Скованность и неестественность поведения, напряженность свидетельствуют как о неумении играть, так и о страхе, который выражается соответствующей мимикой и избеганием в игре определенных персонажей или предметов.

После установления контакта переходят к беседе, цель которой – выявить страхи. Начать спрашивать о страхах можно у дошкольников и в процессе самой игры, как бы между прочим, вкрапывая вопросы в игровые паузы. Психолог не сидит за столом, а находится рядом с играющим, присев на корточки, если это маленький ребенок. Избежать усталости и пресыщения вопросами помогает очередная смена предметной игры и непосредственное участие в ней. В разговоре стараются не повышать голоса, не делать эмоциональных или смысловых акцентов в произношении. После небольшой паузы переходят к выяснению следующего страха. Все выявленные страхи сообщаются родителям при

Ныне в любой части мира можно обогатиться определенным опытом жизни, проживая бок о бок с непохожими на себя самого людьми, но если эти контакты не дополнены опытом сосуществования со многими другими непохожими людьми, такой опыт будет недостаточным.

При всей справедливости утверждения о том, что в основе всякой терпимости лежит уважение прав личности, нас интересуют, в первую очередь, те права, которыми люди пользуются сообща (в рамках добровольных ассоциаций, отпращиваний религиозного культа, в порядке культурного самовыражения или местного самоуправления) и которых от лица своих членов добиваются группы. Должны ли мы терпимо относиться к их убеждениям и поступкам, если должны, как далеко должна простираться эта терпимость?

Итак, предметом нашего анализа является толерантность в отношении культурных, физических различий и различий в образе жизни, то есть таких, при которых отличающиеся друг от друга люди не являются партнерами в каком-либо деле или начинании и существование между ними различий не является неотъемлемой частью какой-либо игры или иной объединяющей их культивируемой ими необходимости. Но свобода выбора может реализовываться и на профессиональном поприще, и при выборе друзей и партнеров, и при оказании предпочтения той или иной политической доктрине, партии или движению, и при выборе городского, сельского образа жизни, и при следовании стереотипам высококультурного, просто культурного либо же вовсе не культурного поведения. Как представляется, ничто не мешает автономии личности в достаточной мере проявиться в рамках единой культурной группы.

Что же понимать под толерантным отношением к указанным группам? Понятая как некая установка или умонастроение, толерантность включает в себя ряд возможностей. *Первая* из них есть не что иное, как отстраненно-смирненное отношение к различиям во имя сохранения мира. Вместе с тем имеется и ряд более существенных способов принятия различий. *Второй* возможной

установкой является позиция пассивности, расслабленности, милостивого безразличия. *Третья* установка вытекает из своеобразного морального стоицизма – принципиального признания того, что и «другие» обладают правами, даже если их способ пользования этими правами вызывает неприязнь. *Четвертая* установка выражает открытость в отношении других, любопытство, возможно, даже уважение, желание прислушиваться и учиться. Последняя в данном ряду, *пятая* установка – восторженное одобрение различий, одобрение эстетическое, при котором различия воспринимаются как культурная ипостась огромности и многообразия творений Божьих либо природы; или же это – одобрение функциональное, при котором различия рассматриваются как неотъемлемое условие расцвета человечества, предоставляющее любому представителю общества всю полноту свободы выбора, ибо именно свобода выбора составляет смысл их автономии.

Но, возможно, этот последний способ является из ряда вон выходящим, ибо как можно говорить о терпимости в отношении того, что мною одобряется? Если я хочу, чтобы другие находились здесь, в этом обществе, вместе с нами, то, значит, я не просто терпимо отношусь к различиям, но и поддерживаю факт их существования. Это, однако, не означает, что я непременно поддерживаю ту или иную конкретную очевидную разновидность различий. Вполне возможно, что я предпочитаю какую-то другую разновидность, более близкую мне в культурном или духовном плане.

В любом плюралистическом обществе всегда найдутся люди, для которых толерантное отношение к тем или иным конкретным отличиям будет делом весьма сложным. Такие люди, одобряя само по себе существование различий, способны не более чем терпеть те или иные конкретные отличия. Но даже тех людей, кто не испытывает названных трудностей, правильно будет называть терпимыми: они готовы предоставить место под солнцем для тех людей, чьи взгляды они не разделяют и образ поведения которых копировать не желают; они сосуществуют с «одинаковостью», которая – при всем их одобрительном отношении ко всему, что

тенденцией к усилению тех самых поведенческих проявлений, которые более всего не переносят взрослые. Поэтому несомненный интерес представляет техника избавления от страхов, разработанная А.И. Захаровым.

Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам и переживаниям, желаниям и мечтам, перестраивает свои отношения в различных ситуациях и безболезненно соприкасается с некоторыми пугающими, неприятными и травмирующими образами. Повторное переживание страха при отображении на рисунке приводит к ослаблению его травмирующего звучания. Отождествляя себя с положительными и сильными, уверенными в себе героями, ребенок борется со злом: отрубает дракону голову, защищает близких, побеждает врагов. Здесь нет места бессилию, невозможности постоять за себя, а есть ощущение силы, геройства, то есть бесстрашия и способности противостоять злу и насилию.

Рисование, таким образом, выступает как способ постижения своих возможностей и окружающей действительности, моделирования взаимоотношений и выражения эмоций, в том числе и негативных. Однако это не означает, что активно рисующий ребенок ничего не боится, просто у него уменьшается вероятность появления страхов, что само по себе имеет немаловажное значение для психического развития.

Легче всего рисованием удается устранять страхи, порожденные воображением, то есть страхи от того, что никогда не происходило, но может произойти в представлении ребенка, а также страхи, основанные на реальных травмирующих событиях, произошедших давно, но оставивших эмоциональный след в памяти ребенка. Недостаточный эффект от рисования страхов наблюдается, когда то или иное пугающее событие (застревание в лифте, укус собаки, избивание, пожар) было недавно. По этическим соображениям нельзя просить ребенка изобразить страх смерти родителей.

Не нужно бояться некоторого оживления страхов, происходящих в процессе рисования, поскольку это одно из условий полного их устранения. Гораздо хуже, если они останутся тлеть в психике, готовые вспыхнуть в любой момент.

12. На этом этапе рисунок откладывается, прорабатываются реальные жизненные ситуации или рассказы, вытекающие из рисунка.

13. Психотерапевт выясняет, нет ли пропусков или пустых мест на картинках, и обращает внимание на это.

14. Психолог останавливается на тех вещах, которые выходят на первый план для ребенка, или заостряет внимание на том, что ему самому кажется наиболее важным.

Составной частью рабочей модели В. Оклендер является содействие нормальному развитию и личностному росту ребенка. Здоровое непрерывное развитие ощущений, тела, чувств, интеллекта ребенка – это основа его чувства «Я». Сильное чувство «Я» позволяет устанавливать хорошие контакты с окружением и людьми в этом окружении. Взрослея, дети убеждаются, что жизнь далека от совершенства, что мы живем в мире противоречивом и двойственном. Более того, люди, которые растят детей, имеют свои собственные трудности, с которыми они борются. Дети учатся преодолевать трудности и использовать свои компенсаторные возможности.

По мнению В. Оклендер, большинство детей, нуждающихся в помощи, обычно имеют одну особенность: выраженное в той или иной степени нарушение способности к установлению контактов. Для установления контактов необходимы осязание, слух, обоняние, вкус, зрение, мимика, жесты и слова. Дети с болезненными явлениями не могут эффективно осуществлять одну или несколько функций, обеспечивающих возможность их контакта со взрослыми людьми, другими детьми и своим окружением в целом.

Дети в какой-то степени сами защищают себя. Некоторые из неприятной ситуации стремятся уйти. Другие, чтобы поддержать себя и сделать свою жизнь легче и уютнее, создают фантастические образы. Некоторые играют, работают, учатся, как ни в чем не бывало, игнорируя свои болезненные переживания. Некоторые защищаются, стремясь выделяться каким-то образом; такие дети стараются привлечь к себе внимание, что часто сопровождается

отличается от того, что известно им, – есть все же нечто чуждое и странное. О каждом человеке, способном на такое поведение – безотносительно к тому, испытывает ли он при этом чувство отстраненности, безразличия, стоического приятия, любопытства или восторженности, – можно говорить, что он обладает добродетелью терпимости.

Несомненно, межличностные отношения людей разных социальных групп можно было бы улучшать, развив их толерантность сверх того минимума, обеспечить который призваны подобные красочные описания нетерпимости. Но данное утверждение одинаково верно для всех толерантных режимов; ни в одном из них успехи, достигнутые в политической сфере, не находятся в зависимости от состояния межличностных отношений.

В историческом контексте можно выделить несколько периодов с различным толерантным отношением.

В условиях имперского владычества подданные волей-неволей должны были демонстрировать терпимость в большей части своих повседневных контактов. Но выживание различий автономий зависит исключительно от терпимости власти по отношению ко всем этим автономиям. А власть должна быть терпимой во имя поддержания мира. Поэтому исторически имперское владычество является наиболее удачным путем опосредования различий и облегчения мирного сосуществования.

Автономия, существующая в рамках империи, склонна замыкать индивида в рамках его родного сообщества, эта автономия толерантна в отношении групп, их властных структур и традиций. Сообщество государств толерантно в отношении всех находящихся в его составе образований, достигших государственности, равно как и в отношении разрешенных этими образованиями обычаев. Толерантность является неотъемлемой частью суверенитета и одним из важных оснований его желательности.

Суверенитет служит гарантией того, что никто из людей, находящихся по ту сторону границы, не сможет вмешаться в происходящее по эту сторону. Отношение людей, находящихся по ту сторону, к тому, что происходит по эту сторону, может быть

отстраненным, безразличным, стоическим, может выражать любопытство или восторг, и при всем том люди, находящиеся вне, могут быть не склонны вмешиваться в дела тех, кто внутри. Или же они могут усвоить логику взаимоуважения суверенитетов: мы не станем вмешиваться в ваши дела, если вы не будете вмешиваться в наши. «Живи и жить давай другим» – данному девизу могут без труда следовать те, кто живет по разные стороны четко очерченной границы. В иных случаях не исключена и активно враждебная позиция в отношении друг к другу, каждая из сторон может с негодованием отрицать культуру и обычаи соседей, но при этом уклоняться от прямого конфликта с ними.

Характер консоциативного устройства зависит от того, строится ли оно на принципе конституционно ограниченного господства одной из сторон или на принципе приблизительного равенства сторон. Именно на основе названных принципов и происходит распределение должностей, установление квот на заполнение государственных учреждений и расходование общественных фондов. Там, где данным принципам отдают должное, все социальные группы пребывают в относительной безопасности, сохраняют собственные законы и имеют право говорить на своем языке не только дома, но и в общественных местах.

Отношения между теми, кто терпит, и теми, кого терпят, в чем-то сродни отношениям господства и подчинения, как их понимал Аристотель: и то и другое требует воспитанных в демократическом духе граждан¹. Сама по себе терпимость часто недооценивается, ее склонны считать наименьшим из того, что мы можем сделать для окружающих нас людей и на что они имеют право рассчитывать. В действительности же терпимость (как отношение) принимает многообразные формы, и терпимость (как практика) может осуществляться по-разному.

Даже наиболее скупые формы проявления терпимости и даже самые шаткие установления, призванные ее обеспечить, являют собой огромное достижение, достаточно редкое в истории человечества и заслуживающее поэтому не только практической, но

¹ См.: *Аристотель*. Политика. Собр. соч.: в 4 т. М., 1984. Т. 4. С. 377.

2. Психолог стремится к тому, чтобы ребенок поделился впечатлениями о самом рисунке, описывая картинку присущим ему образом. Это следующий этап осознания себя.

3. На более глубоком уровне самопознание ребенка углубляется благодаря обсуждению вопросов, относящихся к разработке частей картинки, их более четкому выделению, достижению большей ясности путем описания формы, цвета, образов, предметов, людей.

4. Психолог просит ребенка описать картинку так, как будто картинкой является он сам, с использованием слова «Я».

5. Выбираются специфические предметы на картинке, чтобы ребенок их идентифицировал с чем-нибудь.

6. В случае необходимости задают ребенку вопросы, чтобы облегчить ему выполнение задачи: «Что ты делаешь?», «Кто тебе ближе всех?» Эти вопросы помогают входить в рисунок вместе с ребенком и открывают различные пути установления отношений и реализации терапевтического процесса.

7. На этом этапе достигается дальнейшая концентрация внимания ребенка, обострение осознания путем выделения. Он побуждается к максимально углубленной работе со специфической частью картинки, особенно если у него достаточно энергии и вдохновения или если отмечается необычный недостаток их.

8. Ребенку предлагается вести диалог между двумя частями его картинки или двумя соприкасающимися либо противоположными точками (такими, как дорога и автомобиль, линия вокруг квадрата или счастливая и печальная стороны образа).

9. Психолог просит ребенка обратить внимание на цвета, излагая свои предложения о том, как нарисовать картинку.

10. Осуществляется наблюдение за внешними проявлениями поведения: особенностями оттенка голоса ребенка, положением тела, выражением лица, жестами, дыханием, паузами. Молчание может означать контроль, обдумывание, припоминание, репрессию, тревогу, страх или осознание чего-либо.

11. Психолог работает над идентификацией, помогая ребенку «отнести к себе» то, что он говорит, описывая картинку или ее части.

или иной ситуации, различные переживания, часто не осознаваемые и не вербализуемые.

Основными этапами коррекционного процесса с использованием метода проективного рисования являются:

- 1) предварительный ориентировочный этап. Исследование ребенком обстановки, изобразительных материалов, изучение лимитов и ограничений в их использовании;
- 2) выбор темы рисования, эмоциональное включение в процесс рисования;
- 3) поиск адекватной формы выражения;
- 4) развитие формы в направлении все более полного, глубокого самовыражения, ее конкретизация;
- 5) разрешение конфликтно-травмирующей ситуации в символической форме.

Независимо от того что ребенок и терапевт выбирают для своих занятий, основная цель психолога всегда одна: помочь ребенку начать процесс осознания себя и существование в своем мире. Каждый психолог находит собственный стиль, собственный путь к достижению равновесия между руководством и направлением занятий в нужное русло, с одной стороны, и следованием туда, куда ведет ребенок, – с другой.

Работа с ребенком – это процесс, требующий осторожности и деликатности. Процесс, при котором то, что происходит в душе психолога, взаимодействует с происходящим в душе ребенка. Картинки можно использовать бесконечным числом способов и для самых разнообразных целей. Рисование – это мощное средство самовыражения, которое помогает осуществить самоидентификацию и обеспечивает путь для проявления чувств.

По В. Оклендер, психотерапевтический процесс может проходить следующие стадии.

1. Предпринимаются действия, направленные на то, чтобы ребенок делился своими ощущениями, возникающими при рисовании чувствами, касающимися подхода к выполнению и решению задачи, к самой работе, к процессу рисования. В результате ребенок начинает лучше осознавать себя.

и теоретической оценки. Тут, как и в случае с другими общечеловеческими ценностями, напрашиваются вопросы о том, на чем зиждется терпимость и как она реализуется, а рассмотрение этих вопросов как раз и составляет главную задачу данной работы. Она нужна для защиты самой жизни, ибо преследование часто доводит до смерти; кроме того, она обеспечивает общественную жизнь, жизнь тех разнообразных сообществ, в которых живем мы все. Терпимость делает возможным существование различий; различия же обуславливают необходимость терпимости.

Защита терпимости – это не обязательно защита различий. Она может быть (и зачастую бывает) не чем иным, как признанием необходимости. В то же время каждый отдельно взятый толерантный режим должен быть в определенной степени и уникальным, и единым, дабы обеспечить лояльность членов данного сообщества. Сосуществование предполагает наличие политически стабильного и морально легитимного общественного устройства, а оно также может быть объектом различных ценностных подходов.

Толерантность национальных государств направлена в первую очередь не на группы, а на их членов, которых оно, как правило, воспринимает стереотипно: прежде всего как граждан, а уже затем – как членов того или иного меньшинства. Как граждане они обладают равными с прочими гражданами правами и обязанностями, от них ожидают позитивного участия в политической культуре большинства; как представители меньшинства они обладают стандартными для него чертами, им разрешается образовывать добровольные ассоциации, общества, культурные общества, организации взаимопомощи, издательства и т.п. Им не разрешается создавать автономные организации и вводить внутри своей группы собственное законодательство. Религия, культура и история меньшинств отнесены здесь к сфере частной жизни групп, к которой общество в целом – национальное государство – всегда относилось с подозрением. Любое посягательство, связанное с переносом элементов культуры меньшинств в сферу общественной жизни, как правило, вызывает тревогу у большинства.

Объектами терпимости являются, строго говоря, индивидуальные поступки и решения, как-то: вступление в ту или иную организацию, участие вместе с другими ее членами в соответствующих акциях, демонстрация культурных успехов. Поощряется терпимое отношение людей друг к другу, культивируется отношение к каждому конкретному факту различий между людьми как к персонифицированному проявлению культуры группы. Благодаря этому и в самих группах возникает понимание того, что личности, готовые проявлять толерантность, должны мириться с индивидуальным своеобразием других ее членов. А это порождает внутри группы множество разновидностей одной и той же культуры, множество степеней приверженности к определенной культуре. Таким образом, толерантность принимает совершенно децентрализованный характер: все должны терпеть всех.

В многонациональной империи – обществе интернациональном – объектом толерантности является группа. В повседневной жизни терпимость часто рассматривается как отношения неравенства, при котором являющиеся объектом толерантности группы или индивиды ставятся в униженное положение. Толерантность к другому есть проявление силы, быть терпимым значит мириться с собственной слабостью. Следует стремиться к лучшему: не просто к терпимости, а например, к взаимному уважению.

Терпимость характеризуется наличием гражданских прав и свобод. В этих условиях составляющие меньшинство группы организуются, спланиваются, изыскивают средства, создают различные формы обслуживания для своих членов, издаются журналы, книги; они вправе утверждать любые институты, какие только придут им в голову, лишь бы на них хватило средств. Чем богаче внутренняя жизнь, тем более отлична их культура от культуры большинства, тем менее склонны они горевать по поводу отсутствия в жизни общества в целом воплощений их собственных обычаев и традиций.

Как правило, нетерпимость приобретает особенно жестокий характер, когда различия культурные, этнические, фи-

тельно. На рисование выделяется 30 минут, затем рисунки вывешиваются и начинается обсуждение. Сначала о рисунке высказываются члены группы, а затем сам автор. Обсуждаются расхождения в интерпретации рисунка.

Коммуникативное рисование. Группа разбивается на пары, у каждой – свой лист бумаги. Каждая пара совместно рисует на определенную тему; при этом, как правило, вербальные контакты исключаются: они общаются с помощью образов, линий, красок. После окончания процесса рисования происходит обсуждение созданного произведения. При этом обсуждаются не его художественные достоинства, а те мысли, чувства по поводу процесса рисования, которые возникли у членов диад, и их отношение друг к другу в процессе рисования.

Совместное рисование. Несколько человек (или вся группа) молча рисуют на одном листе (например, группу, ее развитие, настроение, атмосферу в группе). По окончании рисования обсуждается участие каждого члена группы, характер его вклада и особенности взаимодействия с другими участниками в процессе рисования.

Дополнительное рисование. Рисунок посылается по кругу: один начинает рисовать, другой продолжает, что-то добавляя.

Существует два способа работы с готовыми рисунками:

– демонстрация всех рисунков одновременно, просмотр и сравнение, поиск совместными усилиями общего и отличительного содержания;

– разбор каждого рисунка отдельно (он переходит из рук в руки, и участники высказываются о его психологическом содержании).

Проективный рисунок способствует самопознанию, взаимопониманию и активизации группового процесса.

При интерпретации проективного рисунка внимание обращается на содержание, способы выражения, цвет, форму, композицию, размеры, повторяющиеся в различных рисунках одного ребенка специфические особенности. В проективном рисунке находят отражение непосредственное восприятие человеком той

Поэтому их переживания, запечатленные в изобразительной продукции, легко доступны для восприятия и анализа.

Следует учитывать живость и богатство детской фантазии, предлагая ребенку сказочные, фантастические сюжеты для их разработки в изобразительной работе. Немаловажна и «ролевая пластичность» ребенка, естественная склонность к игровой деятельности.

Важно обратить особое внимание на одну из методик изотерапии – проективный рисунок. Эта методика интересна тем, что имеет двоякий характер. С одной стороны, это замечательная диагностическая методика, с другой – она обладает всеми необходимыми техниками для того, чтобы оказывать психокоррекционное воздействие. Проективный рисунок может использоваться как в индивидуальной, так и в групповой работе. Основная задача проективного рисунка состоит в выявлении и осознании трудновербализуемых проблем и переживаний клиентов. Управляя и направляя тематику рисунков, можно добиться переключения внимания ребенка, концентрации его на конкретных значимых проблемах. Это особенно эффективно при коррекции детских страхов.

Темы, предлагаемые для рисования, могут быть самыми разнообразными и касаться как индивидуальных, так и общегрупповых проблем. Обычно тема рисования охватывает:

- собственное прошлое и настоящее («Моя самая главная проблема в общении с детьми», «Ситуации в жизни, в которых я чувствую себя неуверенно», «Мой обычный день»);
- будущее или абстрактные понятия («Кем бы я хотел быть», «Три желания», «Остров счастья», «Страх»);
- отношения в группе («Что дала мне группа, а я ей», «Что я ожидал, что получил от общения в группе»).

В проективном рисовании используются следующие методики (классификация Крадохвила).

Свободное рисование. Каждый рисует что хочет. Рисунки выполняются индивидуально, а обсуждение происходит в группе. Тема или задается, или выбирается членами группы самостоя-

тельные или расовые совпадают с классовыми различиями, то есть когда члены меньшинств страдают еще и от экономического угнетения. Элиты взаимодействуют между собой исключительно с позиций находящихся в их распоряжении властных полномочий, а не с позиций культуры.

В идеале тот же характер носят взаимоотношения субъектов консоциации: различные сообщества, внутренне отличающиеся одно от другого, в масштабах всей страны играют роль приблизительно равноправных партнеров. Правда, на практике же зачастую оказывается, что отличающееся в культурном плане здоровое сообщество является к тому же и экономически зависимым. На долю его членов выпадают худшие работа, жилье, образование. Терпимость к ним минимальная. Независимо от того, что является источником неравенства – недостаток культуры, физические или психические дефекты, политическая или экономическая слабость, – неравенство, как правило, распространяется на все стороны жизни. Незаметная бедность влечет не столько опасность для жизни, сколько усугубление общего жалкого положения меньшинства, оборачиваясь полным непризнанием его и некой автоматической, бездумной дискриминацией. Наличие бедных воспринимается как нечто само собой разумеющееся, на них редко останавливается взгляд, представители большинства с ними практически не общаются.

Политическая зависимость идет рука об руку с крайней экономической зависимостью и нетерпимостью. Презираемые группы обычно не обладают ресурсами для поддержания богатой внутренней жизни и в силу этого оказываются не способны развиваться ни по модели корпоративно организованной религиозной общины, ни по модели компактно проживающего национального меньшинства. Выходцам из этой среды не разрешается идти своим путем, поднимаясь по социальной лестнице. Они составляют некую аномальную касту, обитающую на самом дне классовой системы.

Любая группа или низший класс общества практически обречены на роль объекта всеобщей терпимости, хотя, конечно, часто

играют экономически полезную роль, которую не желает брать на себя никто другой. Но в этих случаях имеет место повседневная дискриминация, неприятие и унижение представителей низшего класса.

Для улучшения положения зависимых классов можно было бы обучать общество уважению к их представителям и выполняемым ими ролям, равно как и вообще большей терпимости в отношении всех тех людей, кто выполняет любую работу. Если же взглянуть на вещи реалистически, то придется признать, что до тех пор, пока не разорвана связь между групповой принадлежностью, ни о каком уважении или терпимости речи тут идти не может.

Цель тех или иных акций (или обратной дискриминации при приеме в школы, распределении госассигнований) как раз и заключается в том, чтобы разрушить связь между групповой принадлежностью.

Доводом в пользу терпимости является «уважение культурного разнообразия». Оно связано также с воспроизведением норм культуры и религии, и женщины играют здесь роль наиболее надежных агентов. Исторически мужчины являлись более активными участниками общественной жизни, находясь в составе армий, судов, ассамблей и рынков, они всегда были потенциальными носителями новшеств и агентами ассимиляции. Подобно тому как национальная культура лучше сохраняется в сельской, а не в городской местности, лучше сохраняется она и в частной или домашней обстановке, нежели в общественной жизни, а это в подавляющем большинстве случаев равносильно утверждению о том, что женщины чаще являются ее хранителями, чем мужчины. В роли передатчиков традиции выступают колыбельные, которые матери поют детям, молитвы, которые они шепчут, одежда, которую они шьют, еда, которую они готовят, а также домашние ритуалы и обычаи, которыми они обучают детей. Как будет осуществляться эта передача с выходом женщин в общественную жизнь?

Толерантность подразумевает наличие у сообщества права на самовоспроизведение.

грубых эмоциональных и поведенческих нарушений у ребенка, и осуществляется в медицинских учреждениях или в специальных школах. В других случаях арттерапевтическая работа имеет скорее профилактический или «развивающий» характер: в случае наличия у ребенка легких эмоциональных и поведенческих расстройств или определенных проблем психологического порядка. По рисунку можно судить об уровне его интеллектуального развития и степени психической зрелости.

Следует учитывать, что изобразительный материал и образ являются для ребенка средством психологической защиты, к которому он прибегает в трудных для себя обстоятельствах. Это связано с возможностью образа длительное время «удерживать» переживания, не давая им «выплеснуться» наружу, а также с их способностью «дистантировать» переживания за счет механизма проекции. Поэтому образ может выступать для ребенка своеобразным контейнером (накопителем), внутри которого сложные переживания могут сохраняться до тех пор, пока он не сможет осознать или «принять» их. Защитная функция игрового пространства, материала и изобразительного образа состоит и в том, что они обеспечивают возможность регресса психики и тем самым необходимую степень «открытости» ребенка для психотерапевтической работы.

Регрессия и отражение регрессивного материала (опыта, ролей, ситуаций) в изобразительном процессе ведут к взаимодействию с этим материалом и его постепенной реинтеграции. При всем многообразии различных форм арттерапевтической работы и значительных различиях между отдельными группами детей им всем присущи некоторые общие особенности, которые необходимо учитывать. Одна из них заключается в том, что дети в большинстве случаев затрудняются в вербализации своих проблем и переживаний. Невербальная экспрессия, в том числе изобразительная, для них более естественна. Следует принимать во внимание и то, что дети спонтанны и менее способны к рефлексии своих чувств и поступков. Их переживания «звучат» в изображениях более непосредственно, не пройдя «цензуры» сознания.

Коллектив подтвердил свое высокое звание «образцовый», завоевав почетное звание «Гран-при».

А далее – снова трудная работа на ежедневных репетициях, поиск новых композиций и освоение новых жаровых номеров, чтобы снова блеснуть на очередных конкурсах и фестивалях различного уровня.

Сейчас в коллективе студии «Сурдинка» насчитывается 40 человек, что свидетельствует о востребованности этого вида арттерапии.

3.3.6. Устранение страхов с помощью изотерапии

Рисование развивает чувственно-двигательную координацию. Его достоинство заключается в том, что оно требует согласованного участия многих психических функций. Рисуя, ребенок дает выход своим чувствам, желаниям, мечтам, перестраивает свои отношения в различных ситуациях, соприкасается с некоторыми пугающими, неприятными, травмирующими образами. То есть рисование выступает как способ постижения своих возможностей и окружающей действительности, как способ моделирования взаимоотношений и выражения различного рода эмоций, в том числе и негативных. Поэтому рисование широко используют для снятия психического напряжения, стрессовых состояний, при коррекции неврозов, страхов.

«Художественное самовыражение» связано с укреплением психического здоровья ребенка, а потому может рассматриваться как значительный психологический и коррекционный фактор. Использование изотерапии во многих случаях выполняет и психотерапевтическую функцию, помогая ребенку справиться со своими психологическими проблемами, восстановить его эмоциональное равновесие или устранить имеющиеся у него нарушения поведения. В настоящее время формы арттерапевтической работы с детьми разнообразны.

В некоторых случаях эта работа имеет явно «клинический» характер, например в случае умственной отсталости, аутизма,

Две формы толерантности (индивидуальная и коллективная) могут быть рассмотрены нами в качестве центральных проектов современной демократической политики. Обычно они преподносятся как взаимоисключающие формы: от преследований и «незаметности» могут-де быть освобождены либо индивиды, либо группы; индивиды же будут свободны лишь тогда, когда покончат со своей принадлежностью к группе. Граждане республики толерантно относятся к индивидам, представляющим меньшинства, причисляя их, невзирая на их принадлежность к религии, этносу, к сообществу сограждан; мало того, они терпят образуемые ими группы – но лишь как вторичные ассоциации.

Демократический всеохватывающий подход есть первый из современных проектов. Это коллективное вступление в проекте.

Альтернативой вступлению является отделение. Это второй современный проект: предоставить группе в целом право голоса, место обитания и право проведения собственной политики. И здесь уже речь идет о борьбе не за включение, а за обособление. Главный лозунг этой борьбы – «самоопределение». Любое политическое решение становится предметом ожесточенных споров. Но если различные группы хотят быть в значительной степени хозяевами своей судьбы, если они желают иметь соответствующие гарантии, то какое-то решение все-таки должно быть принято.

Толерантность начинается уже дома, где зачастую приходится восстанавливать межэтнический, межрелигиозный, межкультурный мир с супругами, их родственниками и детьми, да и с самим собой – со своей отчужденностью, своим разладом. Конечно же, легче терпеть других, когда признаешь, что и сам ты – другой.

В толерантности мы нуждаемся и как граждане государства, и как члены групп, а еще как лица, чуждые и тому, и другому. Самоопределение должно быть одновременно и политическим, и личным. То и другое взаимосвязано, но не тождественно друг другу. Таким образом, различия нуждаются в двойной толерантности – на личностном и политическом уровнях – посредством любого смешения отстраненности, безразличия, стоицизма, любопытства и восторженности.

Отношения из спектра: *отстраненность – безразличие – стоицизм – любопытство – восторженность*. Отстраненность, безразличие, стоическое принятие могут обеспечить достаточные условия для сосуществования, только если группа самостоятельна. Когда же мы имеем дело со слабыми, нуждающимися в помощи группами, каковой является, например, инвалидная среда, тогда возникает нужда в толерантности, замешанной на некоторой комбинации любопытства и восторженности. Ибо лишь они способны послужить мотивом к оказанию необходимой таким группам помощи. Политическая элита общества не окажет этой помощи из собственных рук и не поручат своим правительствам оказать такую помощь, если не осознают значения групп для формирования личностей, подобных им самим, если они не осознают того, что смысл толерантности не в том, чтобы устранить «вас» и «их», а в том, чтобы обеспечить их долговременное мирное сосуществование и взаимодействие.

Толерантность предусматривает готовность потесниться в обществе, чтобы дать место и инвалидам. Важно понять следующее: толерантность кладет конец преследованиям и страхам, но при этом не является формулой социальной гармонии. Группы, только что сделавшиеся объектом толерантности, будучи действительно отличными от остальных, часто оказываются к тому же враждебными окружающим. Такие группы, как правило, стремятся получить политическое преимущество над остальными.

Экономическая пропасть между различными слоями увеличилась. Но это не порождает с неизбежностью у части населения, принадлежащей к низшим слоям общества, «соответствующего» сознания, то есть пораженческих настроений: отстраненности, почтения к другим слоям. Но они более чем когда-либо незаметны – культурно и политически немые и никем не представлены в общественной жизни.

Гражданское общество замечательно многообразно: союзы, церкви, группы по интересам, этнические организации, благотворительные общества, филантропические организации и т.д. Однако большинство из этих структур неустойчивы, плохо финан-

(жонглированием, эксцентриковой акробатикой, «каучуком» – пластическим этюдом на малой опоре), клоунадой, пантомимой, игрой с хула-хупами (обручами), антиподом (жонглирование различными предметами с помощью ног); жанром речевого пения.

Почти все участники студии «Сурдинка» являются лауреатами, призерами и дипломантами следующих престижных фестивалей :

– II Анапский фестиваль любительских цирков России (июнь – июль 1997);

– I Всероссийский фестиваль художественного творчества детей-инвалидов «Вместе мы сможем больше» (Москва, декабрь 1997);

– II Всероссийский фестиваль художественного творчества детей-инвалидов в рамках теплоходного круиза Саратов–Ульяновск–Казань под девизом «На крыльях мечты» (август 2000);

– III Всероссийский фестиваль художественного творчества детей-инвалидов в рамках теплоходного круиза под девизом «Мне через сердце виден мир» (Москва, декабрь 2002);

– I Международный фестиваль жестовой песни среди неслышащей молодежи под девизом «За синей птицей» (Волгоград, 2003);

– II, III, IV международные фестивали жестовой песни среди детей с нарушением слуха под девизом «Как взмах крыла» (Волгоград, 2004–2006).

Коллектив студии «Сурдинка» в январе 2004 года в Москве получил звание лауреата II степени на I Всероссийском фестивале «Утренняя звезда» среди неслышащей молодежи.

В мире эстрады и цирка гораздо сложнее не одержать победу, а подтвердить ее в дальнейшем и доказать, что ты действительно достоин высокого звания. Каждый раз зритель смотрит на успешный коллектив уже по-другому, ожидая от него чего-то большего. Важно не разочаровать своего зрителя, и ребята это умеют. Подтверждение тому – их успешное выступление на VIII Международном фестивале эстрадно-цирковых детских и юношеских коллективов «Понтийская арена 2006» (Севастополь, июль 2006 г.).

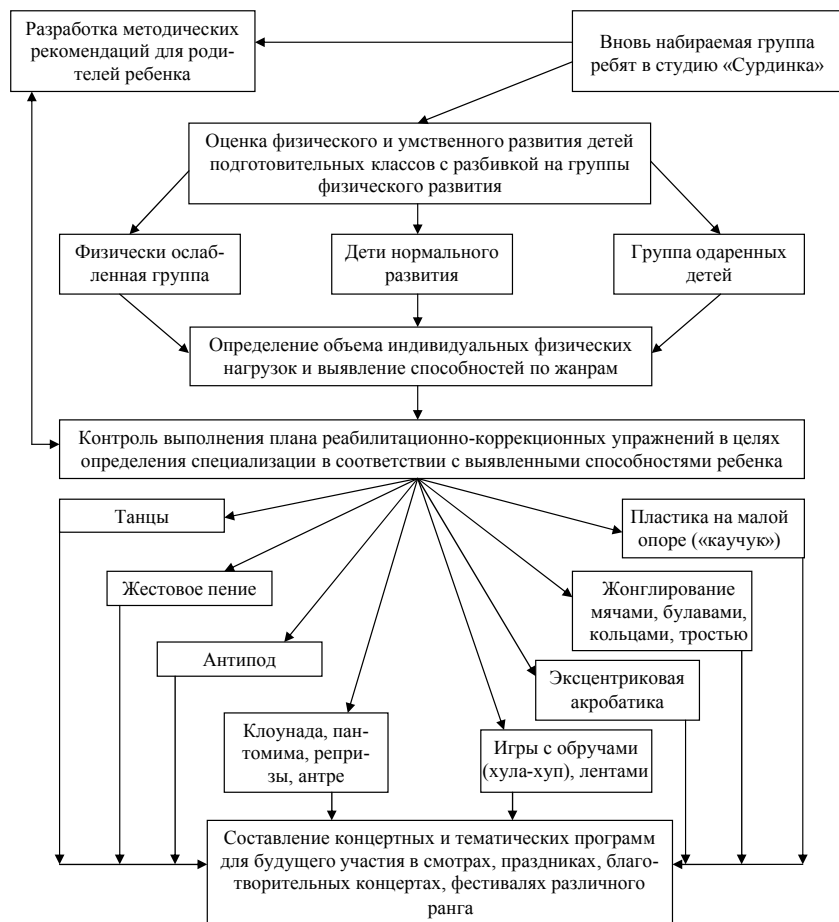


Рис. 3.6. Блок-схема управления процессом коррекционно-развивающего обучения незлышащих учащихся тренировочным циклом эстрадно-цирковой студии «Сурдинка»

Не в каждой общеобразовательной школе, тем более в школе, где учатся дети с нарушениями слуха и речи, есть такой мощный многоплановый коллектив художественной самодеятельности, где дети танцуют под музыку, владеют многими цирковыми жанрами

сируются и находятся под угрозой закрытия. Сфера их влияния и сила воздействия незначительны. Растет число неорганизованных, неактивных, незащищенных. Почему?

Потому что в стране господствует не только плюрализм групп, но и плюрализм личностей; ее толерантный режим ставит во главу угла не общинные формы существования, а личный выбор и образ жизни. Мы свободны намечать во всем свой собственный курс, планировать свою жизнь, выбирать ту или иную карьеру, того или иного партнера, религию, политику, стиль жизни – словом, мы свободны «делать что захотим». Личная свобода и неразрывно с нею связанные формы толерантности – замечательные достижения времени.

Остановимся на тех культурных (этнических, религиозных) группах, что составляют наш неистовый и разобщающий мультикультуризм. Все они представляют собой добровольные ассоциации, в центре которых находятся функционеры, активисты и принципиальные приверженцы, а на периферии – более широкие слои пассивных инвалидов. Эти люди причисляют себя к тому или иному кругу (или нескольким кругам сразу), при этом такое причисление не стоит им ни денежных, ни временных, ни энергетических затрат. Встречаясь с какими-либо жизненными трудностями, они обращаются за помощью к лицам, причисляющим себя к тому же, что и они, кругу.

Однако помощь от них им не гарантирована, ибо принадлежность к определенному кругу является по большей части поверхностной, никоим образом не заслуженной. Но у культурных групп нет границ. Поэтому все вольны участвовать или не участвовать, могут присоединяться к группам или покидать их, уходить совсем либо маячить в отдалении. Они свободны смешиваться с различными культурами, открывать для себя и нарушать всякие границы. Однако они не в состоянии породить сильных сплоченных ассоциаций, а также таких же личностей.

Таким образом, толерантность правомерно относится к основополагающим компонентам многоаспектного явления культуры мира. Толерантность практически предстает в различных

видах общественных отношений: экономических, политических, культурных, социальных. Анализ изученных нами источников свидетельствует о необычайно широкой амплитуде социальных проявлений толерантности личности: от душевного состояния до семьи и до других социальных общностей.

Обозначив проблему как необходимость социально-культурной интеграции специалистов и родителей в формировании толерантности к детям с ограниченными возможностями, мы тем самым констатировали отсутствие или недостаток этой интеграции. Вместе с тем мы ставим задачу доказать, что наличие такой интеграции способствует более эффективному формированию толерантности к детям-инвалидам. Понятие «социокультурная интеграция» является вполне устоявшейся категорией, во всяком случае в литературе не встречаются его оппоненты. Тем не менее существенные проявления феномена «социокультурная интеграция» требуют уточнения и функционального анализа, поскольку для нас оно является базовым.

Слово «интеграция» согласно толкованию в Большом энциклопедическом словаре происходит от латинского *integer* – целый; *integration* – означает буквально «восстановление, восполнение». При этом указывается, что данное понятие означает состояние связанности отдельных дифференцированных частей и функций системы (организма) в целое, а также процесс, ведущий к такому состоянию¹. Заметим, что здесь на первое место выдвинуто «состояние», а на второе место – «процесс».

В энциклопедии по культурологии² мы находим определение «культурная интеграция». При этом В.Г. Николаев, автор статьи в названной энциклопедии, также формулирует двойственное толкование указанного понятия, то есть это состояние и это процесс. В первом случае автор определяет культурную интеграцию как состояние внутренней целостности культуры и согласован-

¹ См.: Большой энциклопедический словарь. 2-е изд., перераб. и дополн. М.: БРЭ; СПб.: НОРИНТ, 2002. С. 452.

² См.: Культурология. XX век. Энциклопедия. СПб.: Университетская книга; ООО «Амтейя», 1998. Т. 1. С. 252–254.

тии сообразно своей природе. Она не провозглашает личностно-ориентированный подход, а является реальным и эффективным способом его воплощения на практике, целиком и полностью способствует социальной адаптации детей в обществе.

3.3.5. Адаптация неслышащих детей в эстрадно-цирковой студии «Сурдинка»

Прошло более 10 лет с тех пор, как коллективу художественной самодеятельности Ростовского областного центра образования неслышащих учащихся было присвоено звание «Образцовая эстрадно-цирковая студия «Сурдинка». Это итог совместной работы детей и творческого коллектива педагогов дополнительного образования.

Участники студии не только талантливы, но и очень мужественны. Они умеют вопреки преградам (а их было немало) добиваться прекрасных результатов на трудном и радостном творческом пути – пути надежд на победу.

В процессе тренировочного цикла дети совершенствуют двигательные навыки под счет и музыку, развивая координацию движений и расширяя умственные и физические возможности; декламируют под музыку песни (жестовое пение), которые поют их слышащие сверстники. Опыт проведения занятий в студии «Сурдинка» в период с 2001 по 2007 год дал возможность усовершенствовать ранее разработанный метод управления процессом коррекционно-развивающего обучения и освоения музыкально-ритмических и двигательных навыков неслышащими учащимися. Это усовершенствование выразилось в установлении обратной связи с родителями детей, посещающих занятия студии в целях установления контроля выполнения домашних заданий в выходные и каникулярные дни. Мы убедились, что опубликованная нами в 2001 году блок-схема управления процессом коррекционно-развивающего обучения музыкально-ритмическим навыкам неслышащих учащихся применительно к тренировочному циклу студии «Сурдинка» может быть представлена в системном виде (рис. 3.6).

продвигать), говоря языком К. Роджерса. Арттерапевтические техники направлены на достижение желаемых изменений в психологическом самоощущении, эмоциональную поддержку, выработку у детей гуманно-ориентированных моделей поведения.

Бесспорно, что вмешательство учителя в творчество детей снижает терапевтический эффект занятия, особенно если стиль взаимодействия авторитарный. При гуманистической позиции учителя быстрее устанавливаются отношения доверия, взаимного принятия. Ведь именно педагог, как подчеркивает Н.Е. Щуркова, благодаря механизму взаимоотвержения (зеркальности) способен воспитать у ребенка доброжелательность, терпимость, эмпатию и другие положительные качества, которые сами проявляют по отношению к детям.

Обобщая сказанное, мы разработали своеобразную памятку для проведения арттерапевтического занятия:

- в арттерапевтическом процессе неприемлемы команды, указания, требования, принуждение;

- ребенок вправе выбирать подходящие для него виды и содержание творческой деятельности, материалы, а также работать в собственном темпе;

- учащийся может отказаться от выполнения некоторых заданий, открытой вербализации чувств и переживаний, коллективного обсуждения. «Включенность» детей в групповую коммуникацию во многом определяется педагогической этикой и мастерством учителя;

- ребенок имеет право просто наблюдать за деятельностью остальных участников или заниматься чем-либо по желанию, если это не противоречит социальным или групповым нормам;

- в арттерапии принят запрет на сравнительные и оценивающие суждения, отметки, критику, наказания.

Таким образом, арттерапия позволяет каждому участнику оставаться самим собой, не испытывать неловкости, стыда, обиды от сравнения с более успешными детьми, продвигаться в разви-

ности между различными ее элементами. Во втором случае указывается, что это такой процесс, результатом которого является именно такое взаимосогласование¹.

Вместе с тем В.Г. Николаев отмечает, что термин «культурная интеграция» в американской антропологии пересекается с понятием «социальная интеграция», используемым, главным образом, в социологии и английской школе социальной антропологии. Он дает различные интерпретации понятия «культурная интеграция», демонстрируя широкий диапазон использования исследуемой категории. Таким образом, главным смыслом социокультурного феномена «интеграция» можно считать согласование самостоятельных социальных структур.

В отличие от позиции, что сначала надо организовать процесс, способствующий социально-культурной интеграции, а потом уже фиксировать состояние, которое характеризует социокультурную интеграцию, мы отмечаем, что процесс и состояние – это динамично развивающиеся отношения между субъектами интеграции, которые находятся в постоянном движении, развитии. Условно можно определить социально-культурную интеграцию субъектов для реабилитации детей-инвалидов как динамичный процесс совершенствования отношений специалистов и родителей в достижении максимально благоприятных условий (что и есть состояние) формирования толерантности к детям с ограниченными возможностями. Однако известно, что нет предела совершенствованию отношений, а отсюда – и нет предела социально-культурной интеграции.

Через процесс мы достигаем некоего уровня состояния, потом снова движемся к более высокому уровню и так до бесконечности.

Таким образом, в основе социально-культурной интеграции лежат отношения субъектов интеграции. Отношения могут быть пассивными и активными, поскольку интеграция предполагает, как мы отметили, процесс, в ходе которого субъекты вступают

¹ См.: Культурология. XX век. Энциклопедия. Университетская книга; ООО «Амтей». Т. 1. С. 252.

в отношения. Мы имеем в виду прежде всего активное взаимодействие, то есть активные отношения.

Предметом этих отношений становится совместный поиск наиболее благоприятных условий для формирования толерантности к детям с ограниченными возможностями. Социально-культурная интеграция характеризуется потребностью субъектов во взаимосогласованности. Это обусловлено крайне высокой заинтересованностью субъектов в результатах процесса интеграции. Стремление к взаимосогласованию диктует социально-психологическую совместимость субъектов и определяет особенности приспособляемости в поведении индивида. В этом плане актуальна идея, выдвинутая культурологом антропологической школы В.А. Малиновским, о наличии «интегративных потребностей»¹.

В данном случае побудителем к интегративным активным отношениям выступают потребности в создании максимально благоприятных условий для формирования толерантности к детям-инвалидам. Субъекты интеграции, в качестве которых выступают личность родителя и личность специалиста, вступают между собой в целеполагательные связи, более или менее согласованные действия, которые определяются конкретными задачами. Подчиняя свои отношения этим задачам, субъекты интеграции консолидируют свой опыт и в соответствии с ситуацией облекают свои действия в определенные формы.

Особенностью социально-культурной интеграции в нашем случае является то, что ее субъект – личность как интегрирующий фактор социально-культурных проявлений, характерных для того или иного ее типа. Попытка рассмотрения социально-культурной интеграции в статике, как неизменной сущности – обречена. Точно так же, как нельзя войти в реку дважды, нельзя остановить (сфотографировать) и момент интеграции.

В данном случае «работает» определенная система: процесс → состояние → процесс → состояние – и так до бесконечности. Но в реке мы можем взять воду на анализ и установить

¹ Malinowski B.A. Scientific Theory of Culture and other essays. Chapel Hill, 1944.

3. Артпедагогика, используя результат детского творчества в форме изобразительной продукции, позволяет наблюдать и оценивать динамику развития каждого ребенка.

Работа с применением арттерапевтических методик осуществляется в форме занятия с одним учащимся или группой, хотя оно не позволяет точно отразить смысл арттерапевтического процесса, поскольку привносит в содержание понятия «занятие» дидактический оттенок. При кажущемся внешнем сходстве такие занятия принципиально отличаются от уроков. Обоснуем сказанное.

1. Прежде всего не совпадают приоритетные цели. На уроках, как известно, главное – научить ребенка основам той или иной деятельности, причем знания, умения, навыки должны соответствовать определенным для конкретного возрастного периода нормативам. Уровень их сформированности у каждого ученика оценивается в баллах.

На арттерапевтических же занятиях основные цели – терапевтическая и коррекционная в сочетании с косвенной диагностической и воспитательными задачами. Не применяются также оценочные суждения типа: красиво – некрасиво, похоже – непохоже, правильно – неправильно. Искренность, открытость, спонтанность в выражении своих чувств и переживаний, индивидуальный стиль самовыражения представляют бóльшую ценность, нежели эстетическая сторона продукта деятельности.

2. Содержание и порядок деятельности учащихся на уроках задается и строго контролируется учителем. Арттерапия, наоборот, предоставляет высокую степень свободы и самостоятельности. Так, участники определяют замысел, форму, материалы, цвета в соответствии с выбранной темой, контролируют последовательность действий. За ребенком остается право выбирать меру участия в групповой работе. Творчество, как известно, само по себе обладает целительной силой.

3. Заметно различаются стиль общения, методы и приемы воздействия; учитель на арттерапевтических занятиях – равноправный партнер, «фасилитатор» (от английского – облегчить,

Применение арттерапевтических методов в коррекционной работе позволяет получить следующие позитивные результаты:

- обеспечивает эффективное эмоциональное отреагирование, придает ему (даже в случае агрессивного проявления) социально приемлемые, допустимые формы;
- облегчает процесс коммуникации для замкнутых, стеснительных или слабо ориентированных на общение детей;
- дает возможность невербального контакта (опосредованного продуктом арттерапии), способствует преодолению коммуникативных барьеров и психологических защит;
- создает благоприятные условия для развития произвольности и способности к саморегуляции. Эти условия обеспечиваются за счет того, что изобразительная деятельность требует планирования и регуляции деятельности на пути достижения цели;
- оказывает дополнительное влияние на осознание своих чувств, переживаний и эмоциональных состояний, создает предпосылки для регуляции эмоциональных состояний и реакций;
- существенно повышает личностную ценность, содействует формированию позитивной «Я-концепции» и повышению уверенности в себе за счет социального признания ценности продукта.

Достоинствами арттерапевтического подхода применительно к изобразительной деятельности являются следующие.

1. Артпедагогические техники во многих случаях дают возможность выхода отрицательным эмоциям. Выражаясь в игровом, условном контексте артпедагогической работы и направляясь на материал изображения, эти тенденции и чувства не влекут тех тяжелых последствий, которые были бы возможны при их проявлении в реальной жизни.

2. Артпедагогика позволяет наблюдать привычные способы поведения участников в конфликтных ситуациях (в частности, в форме избегания, сотрудничества, компромисса, приспособления), а затем анализировать их и вырабатывать иные, более конструктивные способы поведения путем их «моделирования» в условиях артпедагогической работы.

ее состав. Точно так же мы не только можем, но и должны определить основные параметры системы, тенденции ее функционирования, когда говорим о социально-культурной интеграции как о явлении. Феномен социокультурной интеграции выступает как динамичный процесс, посредством которого достигается состояние внутренней согласованности субъектов интеграции и происходит соединение субъектов на основе потребности выполнять определенные задачи.

При этом интеграция не происходит автоматически. Изменение позиции одного субъекта интеграции не означает немедленного приспособления других субъектов, и более того, возможно рассогласование на каком-то этапе между субъектами, замена одного субъекта другим. Неизменным при этом остаются личности ребенка и родителя. Специалисты же могут быть замещены теми, кто в педагогической работе по формированию толерантности сможет войти в позитивные отношения с родителями и детьми. Условиями социально-культурной интеграции выступают идентичность, сходство позиций субъектов интеграции во взглядах на проблему, которую они решают в процессе интеграции. Это возможно в том случае, когда все субъекты интеграции соотносятся по желанию и по потребности в процессе формирования толерантности к детям с ограниченными возможностями.

Потенциальные возможности самопроявления человека безграничны, однако важно, чтобы этот процесс затронул тех людей, которые интегрируются для решения именно этой конкретной проблемы. Отметим, что данная ситуация задает некую избирательность человеческой активности, определяет ориентиры, вокруг которых объединяются субъекты социокультурной интеграции.

Проблемная ситуация (имеются в виду такие показатели инвалидности ребенка, как степень поражения жизненно важных органов, способность к реабилитации и т.п.), интегрирующая усилия субъектов, может быть неосознаваемой (ребенок) и осознаваемой (родители, специалисты). Осознаваемые усилия к интеграции вытекают прежде всего из понимания необходи-

мости в формировании толерантности к детям с ограниченными возможностями и невозможности решения проблем без того или иного ее субъекта.

Социокультурная интеграция на психофункциональном уровне представляет собой взаимную адаптацию интенсивно ощущаемого опыта, основанную на спонтанном порыве (позиция родителя) и формирующую особый стиль конкретной деятельности.

Единый стиль действий всех субъектов интеграции возможен лишь при условии, если люди достигнут высшей формы понимания проблемы и способов ее решения. Каждая личность имеет свою особую индивидуальность. Сосуществовать успешно эти индивидуальности могут, лишь приспособившись друг к другу. Это обеспечивается только при высокой степени внутренней согласованности мотивов, убеждений, целей, идеалов, смыслов, правовых начал.

Высокая степень согласованности позволяет решить самые сложные проблемы. Однако внутреннее согласование охватывает помимо нравственных и правовых аспектов еще и чисто медицинские проблемы и осуществляется в рамках рациональности, которая императивно принимается всеми субъектами интеграции. При этом одним из вероятных последствий согласованности выступает более высокий результат процесса интеграции.

Но согласованность – это лишь одна необходимая часть интеграции. Важна и другая ее часть, а именно непосредственная взаимосвязь субъектов интеграции, или их взаимозависимость. Взаимосвязь субъектов интеграции свойственна преимущественно тем из них, кто решает, как в нашем случае, практические социально-педагогические задачи. Еще одной стороной интеграции является ее адаптивность. Она позволяет повысить эффективность человеческого фактора в формировании толерантности. Речь идет прежде всего об адаптации средств интеграции к ее целям. И последний фактор интеграции – это «регулирование – сглаживание», нейтрализация конфликтов, которые неизбежны на разных ее процессуальных этапах. Важным механизмом регулирования конфликтов является договоренность

те явления, которые анализируются психологами психоаналитической ориентации.

2. *Гештальториентированная арттерапия.* Целями коррекции в этом виде арттерапии выступают:

- извлечение или восстановление адекватной «Я-функции»;
- помощь в осознании и интерпретации собственных переживаний с помощью образов-символов;
- пробуждение творческих сил, спонтанности, оригинальности, способности раскрываться, душевной гибкости.

Приемами в гештальториентированном подходе являются: рисование, ваяние, моделирование с бумагой, красками, деревом, камнем, образные разговоры, написание рассказов, пение, музыка, выразительное движение тела.

Показаниями для проведения арттерапии как рисуночной терапии являются трудности эмоционального развития, актуальный стресс, депрессия, снижение эмоционального тонуса, лабильность, импульсивность эмоциональных реакций, переживания эмоционального отвержения, чувство одиночества, наличие конфликтов в межличностных отношениях, неудовлетворенность в семейной ситуации, повышенная тревожность, страхи, дисгармония.

Создание продукта в процессе арттерапии обусловлено целой *системой побуждений, центральными из которых являются:*

- стремление субъекта выразить свои чувства, переживания во внешней действенной форме;
- потребность разобраться в себе;
- потребность вступать в коммуникацию с другими людьми, используя продукты своей деятельности;
- стремление к исследованию окружающего мира через символизацию его в особой форме, конструирование мира в виде рисунков, сказок, историй.

Процесс создания любого творческого продукта базируется на таких психологических функциях, как активное восприятие, продуктивное воображение, фантазия и символизация.

6. *Развить чувство внутреннего контроля.* Работа над рисунками, картинами или лепка предусматривают упорядочение цвета и форм.

7. *Сконцентрировать внимание на ощущениях и чувствах.* Занятия изобразительным искусством создают богатые возможности для экспериментирования с кинестетическими и зрительными ощущениями и развития способности к их восприятию.

8. *Развить художественные способности и повысить самооценку.* Побочным продуктом арттерапии является чувство удовлетворения, которое возникает в результате выявления скрытых талантов и их развития.

Существуют различные варианты использования метода арттерапии:

- использование уже существующих произведений искусства через их анализ и интерпретацию клиентами;
- побуждение учащихся к самостоятельному творчеству;
- использование имеющегося произведения искусства и самостоятельное творчество учащихся;
- творчество самого психолога (лепка, рисование и др.), направленное на установление взаимодействия с ребенком.

Основные направления в арттерапии следующие.

1. *Динамически ориентированная арттерапия* берет свое начало в психоанализе и основывается на распознавании глубинных мыслей и чувствований человека, извлеченных из бессознательного в виде образов. Каждый человек способен выражать свои конфликты в визуальных формах. И тогда ему легче вербализовать и объяснить свои переживания.

В США одним из родоначальников использования искусства в терапевтических целях была исследовательница М. Наумбург (1966). Ее работы были основаны на представлениях З. Фрейда, согласно которым первичные мысли и переживания, возникающие в подсознании, чаще всего выражаются не вербально, а в форме образов и символов. Образы художественного творчества отражают все виды подсознательных процессов, включая страхи, внутренние конфликты, воспоминания детства, сновидения – все

(как «сглаживающий» фактор), которую заключают участники (субъекты) интеграции.

Для детей с ограниченными возможностями целью является наиболее полная социальная адаптация и интеграция в культуру и общество. В контексте развития детей собственно медицинская реабилитация включает определение медико-физиологического состояния детей, реабилитационного потенциала, восстановительную терапию. При этом крайне важно выяснить, в каком возрасте впервые были обнаружены нарушения и спустя какое время после этого начато лечение. Лучших результатов при лечении врожденной патологии можно ожидать при ранней помощи сразу после рождения. Реабилитационный потенциал – это совокупность имеющихся психофизиологических, физических, психологических задатков, позволяющих при создании определенных условий в той или иной степени компенсировать или восстанавливать нарушение сферы деятельности. Чем выше уровень реабилитационного потенциала, тем более широкий социокультурный круг возможностей доступен ребенку для выбора.

У детей с высоким реабилитационным потенциалом имеют место только легкая степень нарушения функций, ограниченность патологического процесса, психологические нарушения в легкой степени или их отсутствие, а следовательно, благоприятные условия включения в социокультурную среду. При низком реабилитационном потенциале все перечисленные признаки имеют противоположные проявления. На современном уровне педиатр-реабилитолог, педиатр-эксперт должны оценить состояние ребенка с отклонениями в развитии в соответствии с Международной классификацией нарушений, определить характер и степень ограничения их жизнедеятельности, что особенно важно для дальнейшей оценки трудоспособности и предметной ориентации.

Благоприятный, психологически комфортный фон в семье, коллективе детей, медицинском учреждении, системе дополнительного образования и обществе в целом усиливает реабилитационные процессы. Таким образом, можно констатировать следующее: социокультурная интеграция – это прежде всего процесс,

в результате которого достигается такое его состояние, когда обеспечиваются наиболее благоприятные условия реабилитации детей-инвалидов.

Важнейшими элементами интеграции выступают: объективный учет реабилитационного потенциала ребенка; согласованность между ее субъектами; единство в подходе к формированию толерантности; осознаваемая потребность в формировании толерантности; умение субъектов интеграции адаптироваться в социуме; способность субъектов договариваться друг с другом в конфликтных ситуациях (в ситуациях, когда есть несколько подходов к решению одной проблемы). Подводя итог, отметим, что мы обосновали сущность интегративных процессов как социального явления. Ядром социокультурной интеграции по формированию толерантности выступает социально-культурная деятельность. Исходя из этого следующая задача исследования – определение содержания социально-культурной интеграции, то есть определение круга проблем, которые составляют социально-культурную деятельность, в формировании толерантности к детям с ограниченными возможностями.

Понятие «социокультурная деятельность» формировалось на протяжении нескольких десятилетий. Поиском термина, более адекватного новым социальным явлениям по сравнению с категорией «культурно-просветительская работа», занимались ученые, педагоги, журналисты и практические работники учреждений социальной сферы. «Культурно-просветительская деятельность», «культурно-воспитательная деятельность», «педагогика свободного времени», «педагогика досуга», «анимация» (французская модель) – все эти термины рассматривались и предлагались, но наибольший интерес долгое время вызывал термин «культурно-досуговая деятельность» (КДД).

Подлинным прорывом в культурологическом образовании можно считать разработку теоретических основ новой учебной, а затем и научной дисциплины «Социально-культурная деятельность» (СКД). В работе Т.Г. Киселевой и Ю.Д. Красильникова социально-культурная деятельность в качестве теоретической

– артпедагог должен учитывать то, что каждый ребенок работает в индивидуальном, ему одному присущем темпе. Далеко не все дети готовы сразу включиться в изобразительную работу.

Таким образом, динамика происходящих изменений в ребенке может быть охарактеризована как движение от бессмысленности к смыслу, от слабости к силе, от фрагментарности к единству, от дефицитарности к самодостаточности. Ребенок начинает ощущать определенное «сродство» со своими работами, они наполняются для него ценностью и смыслом. Он иногда испытывает чувство удовлетворенности, но не потому, что его работы кажутся ему «красивыми» и могут кому-то понравиться, а потому, что ему удалось выразить в них что-то очень важное.

Конкретные задачи арттерапии

1. *Дать социально приемлемый выход агрессивности и другим негативным чувствам* (работа над рисунком, картинами, скульптурами является безопасным способом «выпустить пар» и разрядить напряжение).

2. *Облегчить процесс лечения.* Неосознаваемые внутренние конфликты и переживания часто бывает легче выразить с помощью зрительных образов, чем высказать их в процессе вербальной коррекции. Невербальное общение легче ускользает от цензуры сознания.

3. *Получить материал для интерпретации и диагностических заключений.* Продукты художественного творчества относительно долговечны, и ученик не может отрицать факт их существования. Содержание и стиль художественных работ дают возможность получить информацию о ребенке, который может помогать в интерпретации своих произведений.

4. *Проработать мысли и чувства, которые ученик привык подавлять.* Иногда невербальные средства являются единственно возможными для выражения и прояснения сильных переживаний и убеждений.

5. *Наладить отношения между психологом и ребенком.* Совместное участие в художественной деятельности может способствовать созданию отношений эмпатии и взаимного принятия.

познание новых, прежде скрытых от исследователя, сторон и создание продукта, воплощающего эти отношения.

Выделяют два основных механизма психологического коррекционного воздействия, характерных для метода арттерапии.

Первый механизм состоит в том, что искусство позволяет в особой символической форме реконструировать конфликтную травмирующую ситуацию и найти ее разрешение через переосмысление этой ситуации на основе креативных способностей субъекта.

Второй механизм связан с природой эстетической реакции, позволяющей изменить действие «аффекта от мучительного к приносящему наслаждение» (Л.С. Выготский, 1987).

Основные методические принципы арттерапии, которые следует учитывать при разработке учебных программ:

– программа должна предусматривать целостный подход и сопряженное решение разных педагогических задач в каждом занятии: познание окружающего мира, собственная изобразительная деятельность детей, освоение художественно-творческих технологий;

– тематический план занятий должен соотноситься с потребностями времени (актуальными общественными и культурными, историческими и природными событиями), а также с личными потребностями каждого ребенка;

– программа должна строиться по принципу четкого формулирования развивающих задач, методически последовательного проведения занятий с учетом психо-возрастных особенностей творческого развития детей.

При организации творческих занятий с детьми необходимо соблюдать принцип партнерства, где взрослый как ведущий должен осознавать, учитывать и уважать индивидуальные особенности ребенка, его право на творчество, на поиск собственных приемов и форм передачи личных представлений, чувств, образов. Педагог не должен навязывать ребенку способы решения творческой задачи, а предоставляет ему право выбора, помогая осваивать необходимые для этого приемы и материалы;

дисциплины характеризуется как определенная система идей и представлений, отражающая цели и функции государственной политики в области культуры и досуга, определяющая пути, методы и средства их реализации в условиях развернувшихся в российском обществе процессов. Авторы рассматривают СКД «как самостоятельное фундаментальное научное и образовательное направление в российском информационном пространстве, как родовую основу семейства профессиональных образовательных стандартов для специальностей и специализаций социокультурного профиля»¹.

По мнению В.В. Туева, плодотворно изучавшего теоретические аспекты социально-культурной сферы, она как деятельность представляет собой управляемый обществом и его социальными институтами процесс приобщения человека к культуре и активного включения самого человека в этот процесс².

Основная цель социокультурной деятельности, как полагает Ж.Р. Дюмазедье, – это активное социально-культурное влияние на людей, создание условий для приобщения их к культуре. Он рассматривает ориентированную социально-культурную деятельность как эффективное средство народного воспитания, как управляемую деятельность, которая может «осуществляться с трудящимися любого социального положения и любого образовательного уровня средствами все более разнообразных действий и организаций с целью обеспечить оптимальную адаптацию всех к техническим и социальным средствам общества»³. Сама идея СКД как универсально приемлемого общественного механизма приобщения людей к культуре находится в тесном единстве с социально-адаптационным процессом. Под социальной реабилитацией инвалидов подразумевается комплекс социально-экономических, психологических, педагогических и дру-

¹ Киселева Т.Г., Красильников Ю.Д. Социально-культурная деятельность: программа-конспект учебного курса. М.: МГУКИ, 2001. С. 40.

² См.: Ученые записки / науч. ред. Т.Г.Киселева, В.И.Черниченко, Н.Н.Ярошенко. М.: МГУКИ, 2001. 203 с.

³ Мамбеков Е.Б. Организация досуга во Франции: анимационная модель: дис. ... канд. пед. наук. СПб.: СПбГИК, 1991. С. 28.

гих мер, направленных на восстановление у них максимальной самостоятельности в жизни. Инкультурация инвалида – содействие процессу овладения индивидом социально значимыми культурными знаниями и навыками, приобретение им культурной компетенции.

Следует отметить, что инкультурация представляет собой относительно самостоятельный процесс реабилитации и личностного развития инвалида, отличный от механизмов и методов социализации. Различие между этими процессами определяется разницей между культурным и социальным содержанием процессов. Социум – это прежде всего совокупность его базисных субъектов (социальных групп, организаций, институтов), которые являются универсальными, типичными и устойчивыми образованиями, отражающими социальные взаимодействия и отношения. Исходными характеристиками здесь выступают такие феномены, как социальный институт, статус, социальная роль, вертикальные и горизонтальные отношения (ассоциация, диссоциация, мобильность и т.п.).

Культура же представляет собой совокупность традиций, норм, ценностей, смыслов, идей, знаковых систем, носителем которых является тот или иной социальный субъект. Та же социальная реальность здесь определяется прежде всего через содержание, которым наполняются общественные формы: функциональное наполнение институциональных структур, ролей, нормативных представлений, ценностных приоритетов и т.п. Однако инкультурация – такой же необходимый процесс личностного развития ребенка, как и социализация, самореализация. Более того, именно культура для ребенка является решающим условием социальной реабилитации. Одновременно культурная деятельность – это средство индивидуальной самореализации.

Дело в том, что социум – это в определенной мере отчуждение в рамках социальной роли от собственной природы. Сущность социализации – делать человека общественным существом, обеспечив его набором необходимых ролей и технологиями их исполнения. Сущность же инкультурации – способствовать фор-

- самовыражаться, доставляя удовольствие себе и другим;
- развивать ценные социальные навыки (в групповой работе);
- осваивать новые роли и проявлять латентные качества личности, а также наблюдать, как изменения собственного поведения влияют на окружающих;
- повышать самооценку, что ведет к укреплению личной идентичности;
- развивать навыки принятия решений;
- расслабляться, выплескивать негативные мысли и чувства;
- заниматься изобразительным искусством и реализовывать свою способность к творчеству.

На первом плане арттерапии – вера в творческую основу человека. Но задача ее не сделать всех людей художниками или актерами, а возбудить у индивида активность, направленную на реализацию его предельных творческих возможностей в целях решения проблемы. Это специализированная форма психотерапии, основанная на искусстве, в первую очередь изобразительном, и творческой деятельности.

Основная цель арттерапии состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания. С точки зрения классического психоанализа основным механизмом коррекционного воздействия арттерапии является механизм сублимации. По мнению К. Юнга, арттерапия, использующая искусство, в значительной степени облегчает процесс индивидуализации саморазвития личности на основе установления зрелого баланса между бессознательным и сознательным «Я».

Важнейшей техникой арттерапевтического воздействия здесь является *техника активного воображения*, направленная на то, чтобы столкнуть лицом к лицу сознательное и бессознательное и примирить их между собой посредством аффективного взаимодействия.

В качестве еще одного возможного коррекционного механизма, по мнению сторонников обоих направлений, может быть рассмотрен сам *процесс творчества* как исследование реальности,

желания и чувства, развивает умение положительно разрешать проблемы.

Перечисленные методики решают ряд общих стратегических задач, имеющих не только узкокоррекционную, но и профилактическую направленность:

- стимуляцию общей активности детей, в первую очередь познавательной;
- развитие психических функций (речи, мышления, памяти);
- формирование активных «Я-концепций», самооценки;
- формирование способности к полноценному социальному взаимодействию.

Все эти задачи взаимосвязаны и, как правило, решаются не в отрыве друг от друга, а в какой-то определенной последовательности.

«Механизм» терапии прозой или поэзией таков, что позволяет застенчивому человеку в форме стихотворения, рассказа описать свои переживания, спрятавшись за спину своего героя, будто к нему самому это не относится.

Влияние музыки на человека происходит на трех уровнях: вибрационном, эмоциональном и духовном. Правильно подобранная музыка положительно влияет на человека. Например, мать убаюкивает своего малыша колыбельной песней, вызывая у него охранительное торможение, с которым по силе лечебного воздействия несравним сон, индуцируемый приемом снотворного. Методисты ЛФК проводят занятия под музыкальное сопровождение, позволяющее усилить лечебно-тренировочный эффект процедуры. Акушеры применяют музыку на определенных этапах родовспоможения.

Терапия искусством по своей природе радикальна. Она связана с раскрытием внутренних сил человека и позволяет многое:

- развивать в себе спонтанность и совершенствовать внимание, память, мышление (когнитивные навыки);
- изучать свой жизненный опыт с необычного ракурса;
- учиться общению на экзотическом уровне (используя изобретательные, двигательные, звуковые средства);

мированию духовно целостной личности, преодолению социально-ролевой ограниченности человека. Если социальная коммуникация – это целеориентированная активность, содержание которой задано ролью, то культурная коммуникация – это активность смысловая и ценностно-ориентированная. Отсюда и ее основные функции, то есть основные аспекты и виды влияния на сознание и поведение личности: информационно-просветительная, практическая, воспитательно-развивающая, коммуникативно-организаторская, эстетическая, творческая, рекреационная, согласительная, исследовательская.

Важнейшим средством инкультурации выступает сама культурная деятельность, человекотворческий потенциал которой неоднократно подчеркивался философами, культурологами, педагогами. Однако исследователи отмечают, что, осваивая мир культуры, дети не всегда пользуются дарованной им взрослыми «свободой выбора» альтернативного средства или орудия. Нередко они идут по пути наибольшего сопротивления, существенно раздвигая начальные рамки тех задач, которые ставятся перед ними взрослыми¹. Креативный потенциал ребенка обнаруживается в контакте с культурой не в умении производить выбор из готовых альтернатив, какими бы сложными и неопределенными ни были условия. Он находит выражение в способности преодолевать диктат выбора, создавать конструктивную альтернативу самому выбору, то есть в надситуативном действии. Именно надситуативное действие обеспечивает овладение ребенком в сфере живых точек роста культуры саморазвивающимися формами духовно-практического опыта человечества.

С этой точки зрения история, воспроизводство и развитие культуры в историческом времени представляют собой трансляцию от поколения к поколению всеобщей формы «проблемности человеческого бытия». Будучи опредмеченной в человеческих вещах и способах взаимоотношения людей по поводу вещей, эта форма для каждого поколения может носить как явный, так

¹ См.: Петровский В.А. Личность в психологии: парадигма субъектности. Ростов-н/Д, 1996. С. 40.

и скрытый характер. Данное рассогласование цели и результата культурной деятельности может осознанно фиксироваться как проблема, требующая разрешения, а может и уходить своими корнями в сферу коллективного бессознательного и его архетипов, но в любом случае оно объективируется внутри культуры и исторически транслируется от поколения к поколению.

Именно поэтому культура выступает для ребенка не только как совокупность общественно эталонизированных знаний, умений и навыков, но и как открытая многомерная система проблемно-творческих задач. В связи с этим развитие психики ребенка – это все более глубокое погружение в исторически развивающееся проблемное поле культуры. Поэтому культурная деятельность, а стало быть, и процесс психического развития с необходимостью приобретают черты креативного процесса.

Однако движущей силой реабилитационного развития ребенка является не само по себе присвоение общечеловеческого опыта, а его проблематизация – особое действие взрослого и ребенка по приданию формы незавершенности, неопределенности различным компонентам развивающегося содержания социокультурного опыта: самим предметам культуры, их социально закрепленным образам, общественно заданным схемам действий с этими предметами, нормативным моделям построения человеческих отношений по поводу них.

Реабилитационный потенциал культурной деятельности обусловлен также ее социализирующими и идентификационными возможностями. Дело заключается в том, что культурно-исторический процесс породил колоссальное многообразие частных факторов социально-культурного развития человека и человечества, которые ребенок застает в готовой форме. Однако без внутренней духовно-смысловой работы значение этих факторов осталось бы «нулевым», а ребенок – абсолютно беспомощным существом перед лицом социокультурной реальности. Таким образом, культура создает для человека исходную проблемную ситуацию развития, ставит его перед необходимостью развиваться универсально, то есть саморазвиваться.

это понятие приобрело более широкую концептуальную базу, включая гармоничные модели развития личности (К. Роджерс, А. Маслоу).

В настоящее время понятие «арттерапия» имеет несколько значений: совокупность видов искусства, используемых в лечении и коррекции; комплекс арттерапевтических методик; направление психотерапевтической и психокоррекционной практики.

В последние годы арттерапия все больше включается в коррекционно-развивающий процесс в специальных образовательных учреждениях для детей с разными вариантами нарушений развития, потому что дает положительные результаты. Арттерапевтический процесс играет важную роль в повышении адаптационных способностей учащихся. Он способствует гармонизации личности детей с проблемами через развитие способностей самовыражения и самопознания, обеспечивает коррекцию психоэмоционального состояния, психофизических процессов.

В РОЦОНУ в работе с учащимися используются следующие арттерапевтические приемы и техники.

- *Изотерапия* – это коррекция средствами изобразительного искусства. Включает в себя работу с песком, глиной, красками. Такого рода упражнения позволяют активизировать детей и развивать их сенсорные навыки, психические функции, формируют умение социального взаимодействия.

- *Музыкотерапия* позволяет воздействовать на нервно-психическую сферу, оптимизирует психоэмоциональные реакции, дает хороший опыт социального взаимодействия на вербальном уровне, формирует чувствительность к реакциям других.

- *Драматизация* используется с учетом речевого недоразвития школьников. Она позволяет учиться невербальному выражению эмоциональных состояний, развивает психические функции, способность к коллективному взаимодействию, моторику.

- *Библиотерапия*, основанная на воздействии художественного слова, способствует формированию эмоциональной оценки черт своего характера, учит соотносить собственные

школьников в ходе всего учебно-воспитательного процесса при постоянном использовании электроакустической аппаратуры (стационарной коллективной и индивидуального пользования и индивидуальных слуховых аппаратов). В связи с этим остро встает вопрос о качественной звукоусиливающей аппаратуре для тренировки остаточного слуха и развития речевых навыков.

По объективным причинам не все классные кабинеты оснащены стационарной коллективной электроакустической аппаратурой.

3.3.4. Арттерапия как средство социальной адаптации учащихся

Гуманистический подход к образованию требует от психологов, педагогов пристального внимания к изучению природы ребенка. Внутренний мир ребенка с проблемами в развитии сложен. Как помочь таким детям увидеть, услышать, почувствовать все многообразие окружающей среды? Как помочь им познать свое «Я», раскрыть его и войти в мир взрослых, полноценно существовать и взаимодействовать в нем?

Средством, способным решить все эти задачи, является искусство. Дети с нарушениями развития являются особой категорией, в работе с которыми оно используется не только как средство их художественного развития и формирования культуры. Оно оказывает на них лечебное воздействие, является способом профилактики и коррекции отклонений в развитии. Поэтому в системе психолого-педагогической помощи этим детям можно выделить арттерапевтическое направление.

Понятие «арттерапия» (терапия искусством) возникло в контексте идей З. Фрейда и К. Юнга и вначале рассматривалось в психотерапевтической практике как один из методов терапевтического воздействия, который посредством художественного (изобразительного) творчества помогал психически больным выразить в картинках свои скрытые психотравмирующие переживания и тем самым освободиться от них. В дальнейшем

На разных этапах онтогенеза ресурсы социокультурной среды претерпевают существенные преобразования в контексте собственной деятельности ребенка. Преобразуя их, ребенок заново конструирует новые смысловые фрагменты, инициативно расширяя границы своего индивидуального опыта – границы той локальной зоны ближайшего развития, которые непосредственно задает взрослый. Тем самым самодетерминация целостного способа деятельной жизни ребенка становится логической доминантой его бытия. Это, таким образом, позволяет интерпретировать социокультурное реабилитационное развитие ребенка как изначально творческий, креативный процесс.

Творческое участие ребенка в изменении средовой действительности и самоизменения – процесс внутренне противоречивый. *С одной стороны*, такое участие предполагает разрыв с традиционным социальным опытом, известную свободу от его эталонов. *С другой стороны*, он подразумевает сопричастность ребенка творческой традиции. Однако все многообразие возможностей культуры в стимулировании процесса саморазвития личности не позволяет использовать традиционный и до сих пор преобладающий взгляд на культуру как на набор жестко фиксированных социальных эталонов (ценностей, норм и т.д.), которые извне оформляют потенциальное содержание индивидуального сознания, заранее определяя границы этого содержания. Такая позиция обрекает на изначальное противопоставление процессов потребления культурных ценностей и их созидания, инкультурации и самореализации.

Итак, психологический механизм по существу совпадает с реализацией социально-адаптационного и рекреативного потенциала ребенка через посредство культурно-досуговой деятельности. Вместе с тем специфика процесса инкультурации ребенка-инвалида заключается в том, что все это осуществляется в основном в сфере досуга и на базе культурно-досуговых действий. Важнейшим из них в исследуемом аспекте выступает рекреативный. Под рекреацией понимаются процессы восстановления жизненных сил и здоровья людей, которые частично утрачиваются в процессе

труда и выполнения повседневных функций. Понятие рекреации тесно связано с представлениями о свободном времени и досуговых формах культурной активности.

Проблема рекреации инвалидов имеет несколько аспектов:

– формы рекреации, как уже отмечалось, связаны с культурной деятельностью (посещение театров и кинотеатров, музеев, концертных залов, развлекательные теле- и радиопередачи, массовые досуговые мероприятия и т.п.). Все они используются в массовом масштабе, в том числе и инвалидами (проблема заключается в недоступности и несоответствии этих культурных форм массовым запросам и социальной необходимости);

– формы рекреации, специфичные для инвалидов, ассоциируются преимущественно с развлекательными мероприятиями. Кроме того, у групп инвалидов с различными типами дефектов существуют барьеры, мешающие им принимать участие в обычных развлечениях. Отсутствуют специфические для инвалидов развивающие и адаптирующие рекреационные формы. Поэтому необходима квалифицированная разработка моделей и программ (образовательных, спортивных, ролевых, арттерапевтических и т.д.), специально предназначенных для решения личностных проблем, обусловленных дефектом и способных компенсировать его.

При решении проблем такого рода особое внимание следует уделять соотношению сегрегационных и общекультурных форм досуговой активности инвалидов. Необходимо разрабатывать специальные программы социокультурной адаптации инвалидов, принимая во внимание возможности культурно-досуговой деятельности, которая может носить как интеграционный, так и изоляционный, сегрегационный характер.

Таким образом, на основе проведенного анализа и в соответствии с обозначенными выше проблемами можно в качестве вывода сформулировать *задачи социально-культурной интеграции*, связанные с интеграцией данного процесса:

– создание специальных институциональных структур, ответственных за рекреацию инвалидов, по возможности в форме

сительных навыков и снятию напряженности в речи неслышащих детей.

3. *Специальные фронтальные занятия в слуховом кабинете.* Это важная организационная форма специального коррекционного обучения, направленная на развитие восприятия неречевых и музыкальных звучаний с использованием звукоусиливающей аппаратуры.

4. *Речевые конференции и декады слуховой работы.*

5. *Внеклассные занятия во внеурочной деятельности.* Это учебная домашняя работа в группе, творческая деятельность по интересам, подготовка и проведение праздников, экскурсий и многое другое с соблюдением единых требований к речеслуховому режиму в Центре образования.

Для оценки качества слухового восприятия учащегося проводятся:

– две контрольные работы (в конце каждого полугодия). Результаты суммируются и анализируются;

– проверка слухового восприятия ребенком 20 незнакомых слов (два раза в год);

– проверка слуха на три группы слов (0–4 классы);

– контрольные срезы в переводных и выпускающих классах, что дает возможность проконтролировать и проанализировать качество усвоения программы по развитию слухового восприятия и формированию произношения;

– проверка внятности речи в 1, 3, 5, 7 и 11 классах;

– учет состояния произношения учащихся (проверка внятности произношения в 0–4 классах в конце каждой четверти, в 5–8 классах три раза в год, в 9–11 – два раза в год).

Проводится исследовательская работа по определению коэффициента учащихся по степени снижения слуха.

Преподаватели-слуховики проводят анализ уровня протезирования учащихся индивидуальными слуховыми аппаратами. Формирование умений понимать обращенную речь собеседника и говорить внятно, понятно для окружающих осуществляется с опорой на развивающееся слуховое восприятие неслышащих

– благодаря реализации разработанных в РОЦОНУ программ воспитания и развития учащихся неуклонно повышается уровень их культуры и духовности;

– к 10 классу учащиеся видят главные жизненные ценности в труде и семье, что свидетельствует об их социальной зрелости;

– педагогический коллектив школы должен еще более актуализировать нравственное воспитание учащихся.

3.3.3. Система коррекционной работы по формированию полноценной речи

Основной задачей образования незлышащих детей является обеспечение всестороннего их развития и коррекции имеющихся проблем. Важнейшим направлением в решении этой задачи является формирование речи школьников как средства познания и общения.

Преодоление специфических недостатков, обусловленных потерей слуха, делает особо важной коррекционную работу с учащимися, которая реализуется в следующих формах обучения.

1. Индивидуальные занятия по развитию слухового восприятия и формированию произношения. Они предполагают 3 часа в неделю работы с одним учеником. Коррекционная работа начинается с профессионального обследования детей учителями-дефектологами: состояние речевого аппарата, его произносительных навыков, степени потери слуха, владение пассивным и активным словарем. Выявленные характеристики фиксируются в специальной документации.

2. Специальные музыкально-ритмические занятия и занятия по фонетической ритмике. Основным содержанием занятий является работа над выразительностью речи незлышащих детей. Коррекционная работа базируется на взаимодействии музыки, движений тела с движением речевых органов, а также обеспечении слухозрительного восприятия речи (с помощью слуховых аппаратов), что содействует формированию произно-

специализированных ответвлений обычных социокультурных институтов: отделения структур местного управления (отделы культуры, образования, здравоохранения), объединения при учреждениях культуры (библиотеках, музеях, театрах) и т.п.;

– разработка программ, стимулирующих инвалидов к активным формам рекреации и преследующих цель расширить круг возможностей участия инвалидов в социокультурной жизни;

– усиление социализирующих и реабилитирующих компонентов в структуре форм и методов организации культурно-досуговой деятельности (обучающих, информирующих, компенсирующих, развивающих аспектов). Это имеет прежде всего утилитарный смысл, ибо в процессах социокультурной жизни инвалиду постоянно приходится предпринимать специальные усилия на выстраивание взаимоотношений со средой. Поэтому для них нужны иные, чем для здоровых людей, рекреационные программы, менее ориентированные на чистое развлечение и более – на социализацию;

– подготовка для сферы досуга специалистов, сочетающих медицинские и педагогические знания и навыки с профессиональным социологическим и культурологическим опытом.

В соответствии с задачами можно обозначить и институциональные социокультурные интегративные структуры и культурные формы, на базе которых могут быть реализованы (и в определенной мере реализуются сегодня) программы организации досуга инвалидов:

• *образовательные учреждения* (медицинские, педагогические), в функции которых должна входить подготовка специалистов по организации досуга инвалидов. Необходима разработка специальных образовательных программ, базирующихся на современных научных и практических знаниях (арттерапия, психодрама, теория коммуникации, семантики, социальных ролей и идентичностей, культурного и художественного стиля, техники работы с различными материалами, интерпретации различных культурных феноменов и т.п.). Целесообразно также создавать на их базе соответствующие обучающие и исследовательские центры;

- *общества инвалидов.* Согласно их уставам и планам деятельности на региональном и локальном уровнях предусматривается организация технической, художественной, ремесленной, творческой самодетельности: выставок, конкурсов, фестивалей, вечеров отдыха, спортивных состязаний, встреч с деятелями культуры и т.п. В современных условиях в дополнение к задачам поиска источников для финансирования подобного рода мероприятий необходимо уделить специальное внимание модернизации их содержания. Формы самодетельности следует сделать более утилитарными (ориентированными на прямое использование полученных навыков и результатов в обыденной жизни), более развивающими, направленными на конкретную поэтапную деятельность;

- *социокультурные реабилитационные центры* как учреждения культуры, в функции которых могут быть включены все вышеотмеченные механизмы, направления и формы. Данные центры также могут в наибольшей мере интегрировать субъектов реабилитационного процесса: родителей, детей, медицинских специалистов, работников социокультурной сферы, социальных служащих. Такими центрами, в частности, могут выступать центры семейно-бытовой культуры, в создании которых авторы принимали участие.

В процессе исследований мы задаем учащимся и провокационный вопрос: «Если бы тебе подарили 1000 рублей, как бы ты ими распорядился?» Все ответы обычно дифференцируются на четыре группы:

- высшая степень гуманности – ответы, связанные с подарками близким и друзьям, то есть направленность вне себя;
- творческий подход (поездки в другие страны, Санкт-Петербург) – направленность на себя в целях расширения кругозора;
- прагматизм (облегчение своей жизни и жизни семьи, обустройство);
- эгоизм.

Из года в год ответы распределяются примерно одинаково (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Индекс нравственной воспитанности учащихся

Классы	Распределение поступков по группам (%)			
	высшая степень гуманности	творческий подход	прагматизм	эгоизм
2–4	–	–	30	70
5–7	20	10	13	54
8–10	23	17	17	44

Таким образом, по мере взросления учащихся снижается эгоизм их устремлений, вызванный «интернатным мышлением». Например, в исследованиях 2006 года в анкетах ответы респондентов были следующими.

- Подарю бабушке.
- Куплю для семьи бытовую технику.
- Отдам маме и будем хранить на случай болезни.
- Куплю туристическую путевку или одежду.

Обобщая все материалы, можно повторить общеизвестную истину, что дети всегда остаются детьми со всеми их радостями, горестями и слабостями. Мониторинг выявил следующее:

учащихся РОЦОНУ реальны и прагматичны. Даже желание стать популярной актрисой, если вспомнить, каких успехов достигли школьный хореографический ансамбль «Сударинка», школьная цирковая студия.

В целях выявления духовных запросов учащихся им задается вопрос: «Каково ваше любимое занятие?» Ответы представлены в табл. 3.6.

Таблица 3.6

Любимые занятия учащихся
(распределение в %)

Вид занятия	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Читать художественные книги	5	7	4	9	8	4
Заниматься спортом	87	85	88	88	87	87
Придумывать различные игры	33	34	30	30	35	34
Играть в шахматы, шашки	16	15	15	14	14	14
Разбираться в механизмах, приборах	42	45	44	42	43	45
Рисовать, раскрашивать, лепить	52	42	48	54	39	48
Выступать на сцене	28	31	30	31	29	30
Общаться с людьми, задавать вопросы	26	27	35	35	34	32
Слушать или сочинять истории	12	12	10	9	8	8
Писать сочинения	5	4	4	4	3	3
Участвовать в конкурсах, викторинах	67	62	68	59	68	68
Смотреть программы телевидения	10	8	9	6	8	5

Примечания:

1) сумма ответов по годам превышает 100%, так как респондентам разрешалось выбрать несколько любимых занятий;

2) незначительные колебания показателей по годам объясняются перманентным соотношением числа мальчиков (юношей) и девочек (девушек).

Бросается в глаза низкий процент учащихся, читающих художественную литературу (но это «болезнь» учащихся и обычных школ!), и незначительное внимание к программам телевидения, что вполне объяснимо: передач с сурдопереводом на наших каналах телевидения очень мало. В противовес этим «ущербным» показателям многие учащиеся РОЦОНУ увлекаются спортом, конструированием, художественным творчеством и игрой на сцене.

3. СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ДЕТЕЙ-ИНВАЛИДОВ (региональный опыт)

По данным областного бюро медицинской статистики, детское население Ростовской области по состоянию на 1 января 2007 г. составляло 846 904 ребенка в возрасте до 17 лет. Из них 14 466 детей имеют статус инвалида, что составляет 1,7% общего числа детей и подростков (в 2005 г. – 1,8%). В области насчитывается 9,6 тыс. семей с детьми-инвалидами.

Показатель детской инвалидности в 2006 году составлял 170,8 на 10 тыс. детей (в 2005 г. – 183,0). В структуре заболеваний, обусловивших возникновение инвалидности у детей, на первом месте находятся психические расстройства и расстройства поведения – 28%, на втором месте – болезни нервной системы – 25,4, на третьем месте – врожденные аномалии – 9,4%.

В реабилитационных центрах области проводится комплексная реабилитация детей-инвалидов, включающая медицинскую реабилитацию (медикаментозная терапия, физические методы, мануальная терапия, иглорефлексотерапия) и психолого-педагогическую, выполняемую педагогами и учителями-дефектологами. Реабилитационные мероприятия проводят также все амбулаторно-поликлинические детские учреждения.

В подведомственных Министерству здравоохранения и социального развития области детских домах-интернатах проживает 610 детей-инвалидов:

- 420 детей в Азовском доме-интернате для умственно отсталых детей;
- 80 детей в Первомайском доме-интернате для детей с физическими недостатками;
- 110 детей в Новочеркасском доме-интернате для детей с физическими недостатками.

Для оказания комплексной медико-социальной помощи детям-инвалидам в области действуют три реабилитационных центра для детей и подростков с ограниченными возможностями со стационарными отделениями на 95 мест. В структуре учреждений социального обслуживания семьи и детей действуют семь отделений медико-социальной реабилитации, которые обеспечивают непрерывную поэтапную длительную реабилитацию детей с ограниченными возможностями, обучение родителей доступным методам помощи своему ребенку.

Рассматривая ситуацию инвалидности как стрессовую, необходимо учитывать, что любая стрессовая ситуация способна пробуждать личностные ресурсы и таким образом способствовать формированию продуктивных механизмов преодоления жизненных трудностей. Однако механизмы эти не универсальны и не могут быть предложены в качестве одинаковых для всех образцов поведения в социуме. Это обстоятельство приводит к тому, что дети-инвалиды характеризуются некоторой «унифицированностью» личностной структуры, отсутствием индивидуальных стратегий поведения в различных жизненных ситуациях.

В процессе социальной реабилитации решается *три группы задач*: адаптация, автономизация и активизация личности.

Социальная адаптация предполагает активное приспособление индивида к условиям социальной среды, *социальная автономизация* – реализацию совокупности установок на себя; устойчивость в поведении и отношениях, которая способствует представлению личности о себе, ее самооценке.

3.1. Психологические и социальные аспекты инвалидности

Человек умирает от одиночества.

А. Платонов

Россия относится к числу стран, где, несмотря на сокращение общей численности населения в последние 20 лет, число инвали-

Выяснилось (табл. 3.5), что подавляющее большинство неслышащих учащихся отличаются высокой и средней степенью гуманности: в ответах часто обозначены моральные и нравственные ценности – семья, дом, любовь к животным. К сожалению, ответы носили однообразный характер, что свидетельствует об ограниченности интересов и относительной замкнутости участников исследования.

Таблица 3.5

Степень гуманности и нравственности учащихся

Годы исследований	Распределение поступков по уровням (%)		
	высокий	средний	низкий
2002	42	49	9
2003	42	49	9
2004	44	49	7
2005	43	50	7
2006	44	50	6

Примечание: индексы гуманности приводятся как средневзвешенная величина для 8–10 классов.

Среди наиболее красивых формулировок девиза жизни заслуживают внимания следующие:

- Помогай семье, друзьям!
- Живи красиво!
- Не бойся преодолевать трудности!

В секторе «Я – в будущем» наиболее интересны ответы:

- Зуботехник.
- Хорошая мать.
- Начальник ГИБДД.
- Рабочий.
- Повар.
- Популярная актриса.
- Лаборант в больнице.
- Компьютерщик.

И как здесь не вспомнить ленинские слова: «Надо уметь мечтать!» За исключением должности начальника ГИБДД все мечты

ющий в общении; достигнутый словарный запас – это результат колоссальных усилий педагогического коллектива. Что касается средней лексики, то высокий процент слов этой группы объясняется ущербностью мировосприятия и стремлением детей лучше ориентироваться в окружающей среде. У обычных школьников средняя лексика составляет 0,5–2,0% общего словарного запаса, у незлышащих детей достигает 15–20%.

Выявлены следующие закономерности в динамике качества словарного запаса:

- по мере взросления учащихся возрастает процент слов гуманитарного и духовного наполнения;
- одновременно снижается доля примитивных слов;
- по мере реализации школой разработанных программ воспитания и развития учащихся словарь с профессиональным наполнением практически не снижается, а остается в пределах, способствующих их социальной и профессиональной адаптации.

Для исследования степени гуманности и нравственности учащихся мы обычно используем авторскую методику В.С. Кукушина «Мой личный герб».

Суть ее состоит в том, что учащимся предлагается нарисовать герб со следующей экспликацией:

1. Мой девиз жизни.
2. Самое важное событие в моей жизни.
3. Мой самый добрый поступок.
4. Мое самое большое желание.
5. Я – в будущем.

Для оценки гуманности и нравственности каждого параметра были приняты следующие критерии:

- высокая степень гуманности – действие с пользой для других;
- средняя степень – значимый поступок не без пользы для себя;
- низкая степень гуманности – поступок с откровенной выгодой для себя.

дов в целом и детей-инвалидов в частности непрерывно растет, что подтверждается официальными статистическими показателями (табл. 3.1, 3.2).

Таблица 3.1

Динамика общей численности инвалидов в России

Годы	1991	2005	2009
Общая численность инвалидов, млн человек	8,2	12,8	14,0

Таблица 3.2

Динамика численности детей-инвалидов в России*

Годы	1990	1992	1994	1995	1999	2004
Число детей-инвалидов, состоящих на учете в органах социальной защиты, тыс. человек	155	221	345	453	592	500

* В возрасте до 16 лет

Оснований для оптимистических настроений, к сожалению, нет, потому что ежегодно в стране рождается 50 тыс. инвалидов с детства по слуху, по зрению, по индексу интеллекта, с различными физическими недостатками. К ним в последующие годы добавляются десятки тысяч тех, кто родились здоровыми, но потеряли слух в процессе безграмотного медицинского вмешательства при лечении различных заболеваний (например, в школах для незлышащих учащихся учится 90–95% ранее слышащих детей), либо перенесли церебральный паралич или получили различные травмы. Отсюда вытекает актуальность социальной адаптации и реабилитации детей-инвалидов в государственном масштабе.

Последние десятилетия XX века ознаменовались новыми подходами к решению вопросов психологической помощи гражданам, нуждающимся в социальной защите. Особо уязвимой частью населения являются люди преклонного возраста и инвалиды. Их положение усугубляется тем, что изменение социального статуса человека в старости и инвалида, связанное с прекращением или ограничением трудовой и общественной деятельности,

Динамика качества мышления учащихся РОЦОНУ

Классы	Словарный запас	Распределение слов по группам, %					средовые
		примитивные	гуманитарные	духовные	профессиональные		
Март 2002 года							
2–4	13	61	11	2	14	12	
5–7	21	61	19	8	5	7	
8–10	35	37	17	11	12	23	
Март 2003 года							
2–4	15	63	10	7	11	9	
5–7	22	54	17	9	5	15	
8–10	35	49	20	13	6	12	
Март 2004 года							
2–4	16	58	12	7	14	9	
5–7	29	52	19	9	9	11	
8–10	38	46	23	14	7	10	
Март 2005 года							
2–4	22	58	14	10	7	11	
5–7	34	51	18	11	6	14	
8–10	40	45	26	15	8	16	
Март 2006 года							
2–4	25	55	15	10	8	12	
5–7	40	47	21	12	4	16	
8–10	44	43	20	13	8	16	

Примечания:

1) в первых классах исследования не ведутся из-за ограниченного словарного запаса учащихся;

2) в связи с малой наполняемостью классов дети были объединены по возрастным группам.

По сравнению с учащимися обычных школ исследуемый контингент показал низкий процент примитивных слов, заметно высокий – гуманитарных и средовых. Обращенность учащихся к гуманитарной лексике, казалось бы, является свидетельством их высокого интеллектуального развития. Однако следует помнить, что неслышащие дети не знакомы с эмоциональным наполнением каждого слова. Для них оно – всего лишь знак, помога-

трансформацией ценностных ориентиров, образа жизни и общения, затруднениями в адаптации к новым условиям, порождают серьезные социальные проблемы. Доход инвалидов значительно ниже среднего, а потребности в обслуживании – гораздо выше. Когда они живут отдельно от семей и одиноко (а это случается, к сожалению, часто), им бывает трудно справиться с одиночеством, недомоганием, часть из них не могут содержать на должном санитарном уровне жилье, нуждаются в посторонней помощи. Все такие пациенты кроме лечения нуждаются в длительной и постоянной социальной помощи.

В России действуют государственная, муниципальная и частная системы здравоохранения. Лечебно-профилактические учреждения независимо от принадлежности к определенной системе здравоохранения после прохождения лицензирования и аккредитации принимают участие в оказании подвижной медико-социальной и специализированной медицинской помощи. Особая демографическая ситуация в России (увеличение в составе населения абсолютной численности и доли людей пожилого и старческого возраста) ставит более сложные задачи перед учреждениями здравоохранения и социальной защиты. Вследствие этого произошли значительные структурные преобразования в правительстве: создано Министерство здравоохранения и социального развития РФ, что способствует доступности и улучшению качества медицинской и медико-социальной помощи.

Показатели социального функционирования и качества жизни становятся в настоящее время важными составляющими при оценке терапевтической динамики психических расстройств и социального эффекта фармакотерапии, которые в последние годы приобретают все большее значение и являются наиболее значимыми факторами при выборе места и формы лечения. Длительное изучение результативности терапии и ее экономической эффективности выдвигает преобладание внебольничных форм, в частности дневных стационаров.

Для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных кафедрами социальной работы Новочер-

в развитии познавательных интересов и эмоционально-волевой сферы. *Основной задачей образования детей с нарушениями слуха является обеспечение всестороннего развития* на основе коррекции имеющихся проблем, социализации каждого ребенка, которую Л.С. Выготский назвал «врастанием в цивилизацию».

Применять обычные методики исследования развития детей в РОЦОНУ невозможно, потому что мировосприятие исследуемых весьма своеобразно, а те слова, которые у обычного ребенка не вызывают вопросов, в случае с незлышащими могут стать преградой в общении. Поэтому применяются либо авторские методики, либо адаптированные традиционные. Обычно в исследовании участвуют 70–80% учащихся, что обеспечивает необходимую репрезентативность мониторинга. В целях выявления уровня интеллектуального развития и качества мышления мы используем методику В.С. Кукушина «Все слова на букву «С», суть которой в следующем. Учащимся в течение 10 минут предлагается написать все слова, начинающиеся с буквы «С», затем вычисляются:

- общий лексический запас ученика;
- процент слов примитивного (потребительского) наполнения, гуманитарного, духовного, профессионального и средового (табл. 3.4.).

Прослеживается четкая динамика позитивных изменений в словарном запасе учащихся. То, что индекс запаса слов увеличивается по мере взросления, вполне естественно и объяснимо. Но явно выделяется еще две тенденции:

- словарный запас учащихся растет по годам, что лучшим образом доказывает высокое качество педагогического труда;
- словарный запас учащихся мало отличается от запаса слов учащихся обычных школ.

При качественном анализе словарного запаса к примитивным были отнесены слова типа *стол, соль, сосиска*. Выделены также группы слов гуманитарных (сердце, сила, Саша и др.), духовных (соната, судьба, свадьба и др.), профессиональных (столяр, синий, скульптура и др.), средовых (сегодня, секунда, среда и др.).

каской государственной мелиоративной академии была разработана анкета, с помощью которой возможно получение широкого круга сведений. Они касаются социальной жизни пациентов и удовлетворенности ее различными сторонами, учет которых представляет собой неотъемлемую часть общей оценки состояния пациентов. Речь идет еще об одном уровне оценки психического состояния и оказываемой помощи с привлечением мнения самого больного на основе принципа партнерства с формированием у пациента ответственности за свое социальное поведение. Считается, что в результате подобной трансформации помощи психически больным становится возможным улучшение результатов лечения наряду с большей удовлетворенностью лечением самого пациента и его родственников.

В анкетировании по оценке социального функционирования и качества жизни психически больных принимали участие 49 человек. Цель анкеты – выяснить личное мнение респондентов об их качестве жизни. Полученные результаты: средний возраст респондентов – 52 года. На вопрос об удовлетворенности жизнью в целом ответили, что удовлетворены или скорее удовлетворены 7% опрошиваемых, не удовлетворены и скорее не удовлетворены 43%. Психическим состоянием удовлетворены 20% опрошиваемых, а не удовлетворены и скорее не удовлетворены – 65%. Физическим самочувствием удовлетворены 20%, а не удовлетворены 54% респондентов. Инвалидами назвали себя 50% опрошиваемых, пенсионерами 35%; 10% опрошиваемых нигде не работают и не учатся, 1% – учащиеся. Снижена трудовая активность у большинства респондентов (58%), столько же не удовлетворены физической работоспособностью. Интеллектуальная продуктивность у большинства анкетированных средняя или низкая (50%).

Круг общения в основном с родственниками (52% респондентов) и с друзьями (18%). Материальное положение: неудовлетворительное (50%) и скорее неудовлетворительное (24%). Питание у 47% опрошиваемых удовлетворительное, а у 26% – скудное. Семейное положение респондентов: 27% – холостяки, 23% – разведенные, 18% – вдовы, 7% – женаты. 28% респондентов счита-

ют себя одинокими (нет семьи). В целом респонденты общаются с небольшим числом людей (друзей и родственников) – 36%, 11% респондентов ни с кем не общаются, а у 35% опрошенных общение ограничено и носит эпизодический характер. Лишь 10% не испытывают затруднений при общении.

Если бы аналогичные исследования были проведены среди молодых инвалидов, картина была бы еще более удручающей. Известно, что уже в 10–11-летнем возрасте ребенок весьма болезненно начинает осознавать свою «нестандартность» по сравнению с окружающими его здоровыми сверстниками. Осознав реалии, ограничивающие его здоровье, ребенок-инвалид начинает всячески комплексовать, самоизолироваться. Он уже не думает о реализации своего творческого потенциала, заложенного природой. Все желания ребенка с ограниченными возможностями здоровья обычно направлены на то, чтобы «быть, как все». Страдает психическое здоровье (известно, что подростковый суицид в России растет катастрофически), как следствие – ухудшается и физическое.

Задача любого коллектива (будь то детский сад, школа, интернат для молодых инвалидов) вовлечь ребенка в общественную жизнь, помочь ему развить свою индивидуальность, свой творческий потенциал, свои физические и интеллектуальные способности, доказать, что он нужен людям.

3.2. Коррекция и социальная адаптация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата

*Любить детей – это мало;
надо знать их, а этому надо учиться.*
М.Н. Гернет

3.2.1. Общие положения

Среди инвалидов в возрасте до 18 лет более половины – инвалиды с детства, 27,2% – вследствие общего заболевания, 5,4 – в связи с трудовым увечьем, 2,5% – прочие. Состояние их отлича-

В России действует федеральная базовая программа реабилитации инвалидов, которая распространяется и на незлышащих детей, причисляемых к инвалидам. Согласно этой программе незлышащим гарантируется перечень бесплатно предоставляемых реабилитационных мероприятий, технических средств и услуг за счет средств федерального, областного, городского или районного бюджета преимущественно в трех направлениях:

- ежегодное обследование на подтверждение статуса инвалида;
- забота об определенном материальном благополучии (пенсии, бесплатный проезд, обеспечение лекарствами, путевками для отдыха и др.);
- забота о социальной адаптации – приобщение ребенка к миру слышащих.

Ростовский областной центр образования незлышащих учащихся РОЦОНУ по своей сути выполняет адаптационные функции. Однако в целом он осуществляет всю систему реабилитационных мероприятий. Эти мероприятия не вернут незлышащему ребенку слух, но по возможности приобщат его к миру культуры слышащих, сделают его способным хотя бы к основным видам человеческой деятельности, без которой не может состояться личность: игровой, познавательной, трудовой, коммуникативной.

Новые веяния в обучении и воспитании, связанные с ориентацией на гуманистическую парадигму, где ребенок – главная ценность педагогической культуры, наложили отпечаток на функционально-деятельностную организацию всех мероприятий, проводимых в РОЦОНУ. Начиная с января 2002 года в Центре ведется мониторинг воспитанности и индекса социальной адаптации учащихся.

Контингент учащихся школы незлышащих детей весьма своеобразный. Прежде всего это дети-инвалиды с сохраненным интеллектом, но с признаками задержки психического развития; у них заметно выражено так называемое «интернатное мышление», беден словарный запас, ограничены представления об окружающем мире, понижена работоспособность; налицо отставание

психикой и достаточно высокой квалификацией. Главные реализаторы этой функции – педагоги и руководители кружков, студий и спортивных секций.

Валеологическая функция заключается в санитарно-гигиеническом, медицинском просвещении, проведении психологических тренингов, популяризации валеологических знаний, спортивно-оздоровительной работе. Главная роль здесь принадлежит заместителю директора по воспитательной и диагностико-реабилитационной работе, психологам, медицинским работникам.

К *функции правовой защиты и охраны* относится задача правового просвещения с учетом всех изменений в законодательстве, обеспечения психологической защищенности учащихся. Главная роль здесь принадлежит заместителю директора по воспитательной и диагностико-коррекционной работе.

Рекреационная функция организует досуговое пространство как сферу восстановления психофизических сил, здоровья и творческого потенциала учащихся. Главные реализаторы этой функции – руководители кружков, студий, спортивных секций.

Функция самоактуализации должна формировать в сознании учащихся понимание своей ценности, уникальности и полезности обществу. Главные фигуры в реализации этой функции – воспитатели, заместители директора по учебной и воспитательной работе.

Коррекционная функция Центра состоит в практической реализации методов и приемов сурдопедагогики. Главные реализаторы этой функции – психологи, педагоги, сурдопедагоги во главе с заместителем директора по дефектологической работе.

3.3.2. Мониторинг развития детей с дефектом слуха

О необходимости системной реабилитации и социальной адаптации инвалидов в международном масштабе впервые заговорили в конце 50-х годов XX века. В наши дни Международное общество по реабилитации инвалидов работает в тесном союзе с такими международными организациями, как ООН, ЮНЕСКО, Международное рабочее бюро (МРБ) и др.

ется значительной тяжестью. Об этом свидетельствует преобладание инвалидов 1 группы (67,0%).

Самую многочисленную группу (83,3%) составляют инвалиды с последствиями поражения центральной нервной системы (остаточные явления детского церебрального паралича, полиомиелита, энцефалита, травмы спинного мозга и др.), 5,5% – инвалиды вследствие патологии внутренних органов. Следствием различной степени нарушений функций опорно-двигательного аппарата является ограничение двигательной активности инвалидов. В связи с этим 8,1% нуждаются в постороннем уходе, 50,4% передвигаются с помощью костылей или кресел-колясок и только 41,5% – самостоятельно.

Характер патологии сказывается и на способности молодых инвалидов к самообслуживанию: 10,9% из них не могут себя обслуживать, 33,4% обслуживают себя частично, 55,7% – полностью.

Несмотря на тяжесть состояния здоровья, значительная часть из них подлежит социальной адаптации в самих учреждениях, а в ряде случаев и интеграции в общество. В связи с этим важное значение приобретают факторы, влияющие на социальную адаптацию молодых инвалидов. Адаптация предполагает наличие способствующих реализации имеющихся и формирование новых социальных потребностей с учетом резервных возможностей инвалида.

В отличие от пожилых людей с относительно ограниченными потребностями, среди которых преобладают витальные и связанные с продлением активного образа жизни, молодые инвалиды имеют потребности в получении образования и трудоустройстве, в реализации желаний в области развлекательного досуга и спорта, в создании семьи и проч.

В условиях дома-интерната при отсутствии в штате специальных работников, которые могли бы изучать потребности молодых инвалидов, и при отсутствии условий для их реабилитации возникает ситуация социальной напряженности, неудовлетворенности желаний. Молодые инвалиды по существу находятся в условиях

социальной депривации, они постоянно испытывают дефицит информации. Вместе с тем оказалось, что повысить свое образование хотели бы только 3,9%, а получить профессию – 8,6% молодых инвалидов. Среди пожеланий доминируют запросы в отношении культурно-массовой работы (41,8% молодых инвалидов).

Роль социального работника состоит в том, чтобы создать особую среду в доме-интернате и особенно в тех отделениях, где проживают молодые инвалиды. Терапия средой занимает ведущее место в организации образа жизни инвалидов молодого возраста. Основным направлением является создание активной, действенной среды обитания, которая побуждала бы молодых инвалидов к самообеспечению, отходу от иждивенческих настроений и гиперопеки.

Для реализации идеи активизации среды можно использовать общественно полезную деятельность, спортивные мероприятия, организацию содержательно-развлекательного досуга, обучение профессиям. Такой перечень мероприятий вне дома-интерната должен осуществлять социальный работник. Важно, чтобы весь персонал дома-интерната был ориентирован на активизацию работы учреждения, в котором находятся молодые инвалиды, а социальному работнику необходимо владение методами и приемами работы с лицами, обслуживаемыми инвалидами в домах-интернатах. Поэтому социальный работник должен знать функциональные обязанности медицинского и вспомогательного персонала, уметь выявлять общее в их деятельности и использовать свои знания для создания терапевтической среды.

Для создания положительной терапевтической среды социальному работнику необходимы не только психолого-педагогические знания. Нередко приходится решать и юридические вопросы (гражданского права, трудового регулирования, имущественные и др.), что способствует социальной адаптации, нормализации взаимоотношений молодых инвалидов, а возможно, и их социальной интеграции.

При работе с молодыми инвалидами важно выявление лидеров из контингента лиц с положительной социальной направ-



Рис. 3.5. Основные функции школ I типа

Образовательная функция должна формировать общую культуру учащихся, транслировать знания в соответствии с образовательным стандартом, воспитывать и развивать духовную, гуманную, творческую, адаптивную личность. Главная роль в реализации этой функции принадлежит учителям и воспитателям.

Функция ресоциализации состоит в профессиональной адаптации в соответствии с динамикой общественного развития, в приобщении учащихся к практической деятельности.

Мир жизненных смыслов и ценностей глухих детей вытекает из их организованной ментальности. Еще в интернате он определяется на фоне «интернатного мышления» достаточно четко. Вопрос «Для чего вы живете в этом мире?» у старшеклассников сначала вызвал недоумение, а затем получены недвусмысленные ответы: «Жить – значит радоваться (веселиться), завести семью, работать (иметь деньги)». После беседы об опасностях беспорядочных половых отношений девочки удивились – а как же тогда зарабатывать деньги? Грамотный лектор с точки зрения современности и менталитета слышащих ответил: «Вы сами можете выбрать то, что вам делать в жизни, и нести ответственность за свое решение», но такой ответ непонятен и чужд глухому. Они не выбирают и не принимают решений. Они находятся в системе и вновь попадают туда же после школы. Если они начнут строить свой «жизненный план», то в системно организованном мире им просто не найдется места. Однако важно, чтобы в свою «систему» выпускник РОЦОНУ вернулся с достаточно устойчивой

щи человекообразующие функции: сохранение и восстановление телесного и душевного здоровья, личной свободы, духовности, нравственности, смысла жизни. По рекомендациям академика РАО Е.В. Бондаревской, для реализации этой цели образование должно заложить в личность механизмы понимания и взаимопонимания, общения и сотрудничества.

Потеряв здоровье и став инвалидами, учащиеся РОЦОНУ на многие годы обречены жить в интернатных условиях, и хотя школьный интернат не тюрьма и не солдатская казарма, интернатное потребительское мышление у них формируется. Отсюда следует *третий принцип* деятельности Центра образования незлышащих – ресоциализация личности учащихся, предоставление им возможности безболезненной адаптации к жизни в условиях рыночной экономики, массовой безработицы и повышенных требований к уровню квалификации рабочих и служащих. В этом же ракурсе актуализируется работа различных кружков и преподавание дисциплин не только практического цикла (информатика, технология, экономика), но и юридического. Возрастает роль витагенных педагогических технологий, в основе которых лежит опора на жизненный опыт учащихся.

Любая цивилизованная форма образования должна выполнять и культурно-созидательную функцию, так как культуру нельзя сохранить иначе как через человека. Поэтому *четвертый принцип* – культурная идентификация учащихся (переживание чувства принадлежности к национальной культуре, интернализация духовных ценностей народа, патриотическое самосознание и др.). В этом плане важная роль принадлежит и школьному музею донских писателей и казачьего быта, ведущему большую поисковую работу.

Таким образом, вся система образования в условиях школы-интерната должна строиться исключительно на антропоцентрических принципах.

Принципы построения Центра образования незлышащих учащихся определяют и основные его функции, сформулированные в Концепции развития на 2001–2010 годы (рис. 3.5).

ленностью. Опосредованное влияние через них на группу способствует формированию общих целей, сплочению инвалидов в ходе деятельности, их полноценному общению.

Общение как один из факторов социальной активности реализуется в ходе трудовой занятости и проведения досуга. Длительное пребывание молодых инвалидов в своего рода социальном изоляторе, каким является дом-интернат, не способствует формированию навыков общения. Общение имеет преимущественно ситуативный характер, отличается поверхностностью, нестойкостью связей.

Степень социально-психологической адаптации молодых инвалидов в домах-интернатах в значительной мере определяется их отношением к своей болезни. Оно проявляется либо отрицанием болезни, либо рациональным отношением к заболеванию, либо «уходом в болезнь». Этот последний вариант выражается в появлении отгороженности, подавленности, в постоянном самоанализе, в уходе от реальных событий и интересов. В этих случаях важна роль социального работника как психотерапевта, который использует различные методы отвлечения инвалида от пессимистической оценки своего будущего, переключает на обыденные интересы, ориентирует на положительную перспективу.

Роль социального работника состоит в том, чтобы с учетом возрастных интересов, личностно-характерологических особенностей проживающих организовать социально-бытовую и социально-психологическую адаптацию молодых инвалидов.

Оказание содействия в поступлении инвалидов в учебное заведение является одной из важных функций участия социального работника в реабилитации этой категории лиц.

Важным разделом деятельности социального работника является трудоустройство инвалида, которое может быть осуществлено (в соответствии с рекомендациями врачебно-трудовой экспертизы) либо в условиях обычного производства, либо на специализированных предприятиях, либо в домашних условиях. При этом социальный работник должен руководствоваться норматив-

ными актами о трудоустройстве, перечне профессий для инвалидов и др. и оказывать им действенную помощь.

При осуществлении реабилитации инвалидов, находящихся в семьях, а тем более живущих одиноко, важную роль приобретает морально-психологическая поддержка этой категории лиц. Крах жизненных планов, разлад в семье, лишение любимой работы, разрыв привычных связей, ухудшение материального положения – вот далеко не полный перечень проблем, которые могут дезадаптировать инвалида, вызывать у него депрессивную реакцию и явиться фактором, осложняющим весь процесс реабилитации. Роль социального работника состоит в соучастии, в проникновении в сущность психогенной ситуации больного и в попытке устранить или хотя бы смягчить воздействие ее на психологическое состояние инвалида. Социальный работник должен в связи с этим обладать определенными личностными качествами и владеть основами психотерапии.

Несомненный интерес представляет опыт двух учреждений социальной защиты детства – Дома молодых инвалидов, школы искусств «Лира» – в среднестатистическом городе России Таганроге.

3.2.2. Таганрогский Дом молодых инвалидов

В г. Таганроге более тысячи детей-инвалидов. Как они живут, кто и как о них заботится, какую жизнь ведут их родители, – никто никогда не интересовался. Известно, что «даунов» и детей, больных детским церебральным параличом (ДЦП), часто стыдятся, их прячут от соседских глаз, держат взаперти; развитием и адаптацией таких детей никто не занимается. Беда в том, что каждый пытается пережить свою трагедию в одиночку.

Однако в Таганроге активная группа родителей создала городскую общественную организацию инвалидов «Попечительское общество помощи детям-инвалидам детства», которая была зарегистрирована 4 мая 1990 года Таганрогским городским Советом народных депутатов, а 21 октября 1992 года и 23 апреля 1999 года прошла перерегистрацию в Управлении юстиции Рос-

– семьи, где есть полный эмоциональный контакт, составляют 33%;

– семьи, где имеет место слабый эмоциональный контакт (в основном на бытовом уровне), составляют 47%.

Серьезные негативные последствия имеет и тот факт, что рассеянная по Ростовской области масса еще совсем юных выпускников лишена регулярного и полноценного общения с себе подобными. Все это в совокупности способно привести их к различным формам депривации. Глухота – биологическое заболевание – может обернуться еще более тяжелой стороной – социальными последствиями этого нарушения.

Находясь в стенах РОЦОНУ, 61,2% воспитанников ощущают непонимание, 39,4 – нуждаются в помощи и заботе, 11,7 – испытывают чувство одиночества, 28,2% – ощущают неприятие окружающими. И это вполне объяснимо. Каждый человек нуждается в психологической защите, утешении, той психотерапии, к которой обращается масса людей, не состоящих на учете в психиатрических клиниках, но в то же время переживающих состояние глубокого психологического дискомфорта, подсознательно ищущих помощи.

В классических обществах эту функцию выполняет церковь. В условиях закрытого социума (интерната), где обстановка осложнена еще и ограниченными средствами коммуникации, эту функцию должна выполнять школа. Отсюда вытекает *первый принцип* построения модели РОЦОНУ – функционирование в гуманистической (феноменологической) парадигме образования, при которой человек – главная ценность педагогической культуры. Школа должна не только транслировать знания, сохранять национальную память (как при знаниевой парадигме), но и давать возможность каждому ученику глубже понять себя и окружающих, раскрыть свой творческий потенциал, самореализоваться.

Учитывая большое разнообразие возрастного, национального, конфессионального состава учащихся и особенности их здоровья, *вторым принципом* следует провозгласить личностно-ориентированный подход к образованию, так как именно ему прису-

В школе хорошо поставлена работа диагностической службы, что дает возможность иметь реальное представление о психологическом климате в коллективе, индексе интеллектуального развития учащихся, их духовных и физических потребностях, качестве работы педагогов.

Жить «рядом» не означает жить «вместе», хотя глухие и слышащие соединены общей территорией и понимают друг друга при непосредственном общении. Мир глухих представляет собой «закрытую» по сравнению с миром слышащих систему жизнедеятельности, поэтому проблемы их различны. Неслышащий ребенок попадает в эту закрытость с того момента, когда родители узнают, что их ребенок имеет ограниченные возможности здоровья.

Исследованиями психолого-педагогического центра РОЦОНУ установлено, что:

– возвращаясь домой после окончания школы, дети, как правило, вступают в резко ограниченный круг общения: семья, родственники, немногочисленные друзья; возможность трудоустройства – минимальная;

– независимо от педагогических усилий выпускники РОЦОНУ имеют стереотип так называемого «интернатного мышления», что весьма затрудняет их социальную адаптацию;

– у выпускников РОЦОНУ, естественно, возникают трудности в общении со слышащими, причем даже в ближайшем окружении.

Около 40% учащихся РОЦОНУ приехали в г. Ростов учиться из сельской местности, и поэтому вполне естественной представляется следующая ситуация:

– родители, общающиеся с детьми с помощью дактиля (то есть мимики и жестов), составляют всего лишь 33%;

– родители, использующие в общении с ребенком речь, – 67%.

В сочетании с оценкой полного эмоционального контакта в семье картина выглядит более тревожной:

товской области и приобрела статус региональной общественной организации инвалидов.

В обстановке перемен Попечительское общество сыграло роль объединяющего начала для одиноких в своем горе и море проблем родителей. Вместе с пониманием важности объединения пришло и осознание того, что выполнение разрозненных текущих дел, отдельных мероприятий, изучение проблем и их интерпретация при всей их важности ничего не меняют в положении детей. Нельзя было оставаться на этом уровне, не принять на себя ответственность за дальнейшую судьбу детей. Попечительское общество все больше становилось не только выразителем интересов семей, но и центром постоянного поиска наиболее оптимальных форм жизненного устройства инвалидов.

Большинство членов общества – женщины. Для матерей необходимость социальных действий вытекала из желания «разделить жизнь со своими детьми». Они вложили в свою организацию идею целостности и неразрывности социального признания, социальной реабилитации, образования, милосердия. От сострадания детям-инвалидам до ответственности за социальные действия, направленные на изменение их социального статуса, – такой путь предстояло пройти родителям – членам попечительского общества. Родители поняли, что они сами должны активно участвовать в этом процессе, помогая организовать себя и другим, чтобы сообща делать одно дело, искать пути выхода из тупикового положения. Для начала необходимо было выбрать генеральную линию, выделив суть самых острых и насущных проблем. Каковы основные проблемы детей-инвалидов? Как подойти к их решению? Можно ли полагать, что они будут ждать своего решения?

В России к тому времени еще не было никаких, тем более общенациональных и региональных, программ работы с детьми-инвалидами. Не было системы, обеспечивающей даже простое их выявление, не говоря о широкой социальной реабилитации. Не было системы служб с необходимым штатом разноплановых специалистов-профессионалов. Отсутствовало и какое-либо це-

ленаправленное финансирование соответствующей деятельности. Наше общество, может быть, еще не созрело для понимания необходимости постоянной и самой широкой социальной помощи больным и инвалидам, но для них самих, их матерей, близких потребность в такой помощи всегда остается жизненно необходимой, а потому они не могли ждать.



Рис. 3.1. Любимый воспитатель

В 1990 году 14 детей с ограниченными возможностями были сформированы в группу и закреплены за детским садом № 67, а когда детям исполнилось по семь лет, детский сад был закрыт. Дети привыкли к коллективу, общению, занятиям, и родители не хотели мириться с тем, что их дети будут находиться дома.

1 декабря 1992 года был открыт специализированный пансионат для детей-инвалидов «Вишенка». Он финансировался из местного бюджета. Члены Попечительского общества ремонтировали помещение, оснащали его мебелью, помогали с питанием, медикаментами. Привлекали для работы с детьми профессионалов: дефектологов, логопедов, психоневрологов, медсестер, учителей труда – и оплачивали их услуги. Устраивали праздники, оказывали постоянную материальную помощь малообеспеченным семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями, оплачивали лечение больных детей, организовывали бесплатные продовольственные наборы, реализовывали важные для нас при-

тивный, а в крупных городских парках – пони-клуб, как это сделано в среднем по величине городе России Таганроге.

3.3. Социальная адаптация незлышащих детей в специальных школах I типа

*Какою болью отзываются в нас слова:
трудные дети, дефективный ребенок,
аномальный малыш. На помощь ребенку!*

В.П. Кашенко

3.3.1. Обоснование концепции развития учащихся на примере РОЦОНУ

По официальным данным, ежегодно в России рождается 2 тыс. детей с отсутствием слуха. В последние 10 лет число глухих детей увеличилось в десятки раз из-за врачей, лечащих лор-заболевания детей антибиотиками и другими препаратами. Отсюда – актуальность системы работы по развитию незлышащих детей и их социальной адаптации, что можно представить на примере конкретного специализированного образовательного учреждения, с которым авторы сотрудничают уже более восьми лет.

Ростовский областной центр образования незлышащих учащихся (РОЦОНУ) – одно из старейших специальных образовательных учреждений I вида в России. Впервые сведения об организации школы глухих в г. Ростове-на-Дону относятся к 1920 году. От двух классных комнат с контингентом учащихся менее 20 человек к крупному учебному и научно-методическому центру – таков путь этого образовательного центра. В настоящее время РОЦОНУ имеет два учебных корпуса общей площадью 4320 кв. м, спальньй корпус на 130 мест, медицинский блок, столовую на 120 посадочных мест, спортивную площадку и рекреационную зону. Контингент учащихся превышает 250 человек.

кошек и других животных. Процесс лечения реализуется во взаимном общении: в играх с дельфинами, в поглаживании кошек (которые всегда стремятся лечь на большое место человека), в физических (верховая езда) и хозяйственных (уборка стойла, чистка шерсти, мойка) контактах с лошадьми. Давно доказано, что общение с животными благотворно влияет на человека. Ежедневные прогулки с собакой избавляют от гиподинамии, а поглаживание кошки успокаивает нервы. Появились целые методики занятий с животными-терапевтами. Канистерапия – это лечение с помощью собак, иппотерапия – с помощью лошадей, фелинотерапия – с помощью кошек.

Один из главных принципов зоотерапии гласит, что нельзя говорить ребенку: «Мы тебя будем лечить». Ведь лечение часто связано с неприятными процедурами, болью. Ребенку, например, просто разрешают свободно общаться с собакой: кормить ее, вычесывать, выгуливать. Расчесывание шерсти развивает крупную и мелкую моторику, а дрессировка – речь. Ребенок начинает больше двигаться – голосовые приказы обязательно дублируются жестами. Так возникает плавный эффект канистерапии.

Мировая медицинская практика зарегистрировала тысячи случаев, когда систематическое посещение дельфинариев детьми с нарушениями опорно-двигательного аппарата в течение нескольких месяцев превращало беспомощного ребенка-инвалида в физически полноценного члена общества, имеющего лишь хромоту или некоторые дефекты в осанке. По центральным каналам телевидения нам не раз показывали подобные чудеса, случившиеся в США с российскими детьми, которых усыновили американские родители.

К сожалению, число дельфинариев в России ничтожно мало: они существуют даже не во всех городах с миллионным населением. Поэтому более доступный вид зоотерапии в нашей стране – иппотерапия, то есть использование в медико-педагогической практике лошадей. Это реально в любом сельском поселении и в любом городе. Даже если в городе нет ипподрома, при желании администрации можно всегда организовать конно-спор-

нципы: «равные возможности для всех» и «смотри на меня как на равного». Большая проблема состоит в том, что общество навязывает ребенку с ограниченными возможностями роль «ущербного», «больного», «неспособного».

В 1998 году Попечительское общество организовало учреждение для социальной реабилитации инвалидов, в котором воплотилась новая форма жизненного устройства подростков с ограниченными возможностями – общественно-государственная.

Целью создания Дома молодых инвалидов являлось оказание социальной поддержки семьям, имеющим детей-инвалидов, организация их жизненного устройства, оказание правовой, медико-психолого-педагогической помощи.

Основные задачи Дома:

- обеспечение постоянного проживания 14 молодых инвалидов в нормальных бытовых условиях, с предоставлением хорошего питания, медицинского обслуживания и должного ухода за ними;
- оказание инвалидам квалифицированной психолого-педагогической помощи, обеспечение их максимально полной социальной адаптации к самостоятельной жизни, обучение их трудовым навыкам;
- обеспечение развития и становления личности подростка-инвалида в формировании ее потребностей, интересов, ценностных ориентаций, реализации их в практической деятельности;
- улучшение психологического климата в семье, воспитывающей ребенка-инвалида с детства, организация досуга подростков-инвалидов, в том числе с их родителями и здоровыми сверстниками.

Социальные услуги, оказываемые подросткам-инвалидам.

- *Предоставление нормальных бытовых условий для постоянного проживания инвалидов.*

Для создания Дома молодых инвалидов было выделено помещение площадью 240 кв. м, располагающее всеми видами коммунальных услуг (отопление, канализация, электричество, газ, водопровод, радио, телефон), отвечающее санитарно-гигиениче-

ским нормам. Были созданы условия, приближенные к домашним, способствующие психологической реабилитации и социальной адаптации. В свободное от основной работы время на общественных началах члены Попечительского общества ремонтировали здание, обустраивали внутренние помещения. Все – от нехитрой мебели до последнего гвоздя – приходилось приобретать за счет собственных средств. Родители детей-инвалидов обеспечили Дом всем необходимым: кроватями, диванами, столами, стульями, шифоньерами, холодильным оборудованием и др. Большую помощь оказали предприниматели города: ими были предоставлены обои, медицинское оборудование, мебель.

- *Предоставление питания, коммунальных услуг, должного ухода.*

Организовано диетическое питание, проводится постоянный контроль за правильной эксплуатацией здания и сооружений, своевременным их ремонтом, благоустройством и санитарно-гигиеническими условиями проживания, обеспечение всеми необходимыми материалами, оборудованием, инвентарем, продуктами питания.

- *Оказание эффективной медицинской помощи.*

Оказываются необходимые виды лечебной помощи инвалидам, идет наблюдение за их соматическим, неврологическим и психическим состоянием, обеспечиваются лечебная физкультура и массаж, предусмотрены нетрадиционные методы терапии. Обязательной формой наблюдения является «Медицинская карта», в которой фиксируется состояние здоровья инвалида, план и объем проводимых лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий.

- *Организация социального и трудового обучения, направленных на максимальную социальную адаптацию и приобретение доступных социальных, трудовых и профессиональных навыков.*

Чтобы молодые люди с ограниченными возможностями были заняты, не чувствовали себя заброшенными и оторванными от жизни, могли быть полезными обществу, в Доме организованы занятия трудом. С каждым воспитанником занимаются инди-

с ними мероприятий окончательно признаны как допускающие обучение лишь практическим навыкам;

- содействие в выполнении соответствующей деятельности при невозможности получения прогрессивного образования (в выполнении неквалифицированной работы);

- установление реального и более комфортного контакта с внешним миром;

- поддержка, повышение и постоянное восстановление физических и моральных сил, а также душевного равновесия;

- облегчение бытовых и жилищных условий;

- организация и проведение свободного времени, полноценное участие в общественной и культурной жизни.

Очевидно, для реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями основополагающее значение имеют после медицинских образовательно-педагогические мероприятия и занятия оригами – одно из многочисленных средств, способных вывести больного ребенка в большой мир.

3.2.5. Зоотерапия детей, перенесших ДЦП

В жизни существует немало явлений, которые мы должны признать как несомненный факт, но объяснить причины или механизмы их действия современный человек пока еще не может. Об этом неоднократно говорила в своих публичных выступлениях бывший директор Института мозга человека (Санкт-Петербург) академик Н. Бехтерева.

Официально зоотерапия как метод была впервые использована в психиатрической больнице «Йорк Ретрит» в Англии в конце XVIII века. В 1969 году детский психиатр из США Б. Левинсон заметил, что даже аутистичные дети легко завязывают дружбу с собакой. За годы наблюдений врач доказал, что опыт общения с животными и уход за ними делают ребенка более чувствительным к ощущениям и настроениям других, воспитывают терпимость, самообладание и самоконтроль.

К числу таких научных тайн относится и зоотерапия – лечебное воздействие на больного человека дельфинов, лошадей,

фигурами, углами, диагоналями, вертикальной и горизонтальной линиями. Постоянно приходится возвращаться к понятиям «центр», «ось симметрии» и др.

В процессе занятий оригами идет активное развитие мышечно-суставного чувства детей, что играет важную роль в процессе обучения навыкам самообслуживания. Для более полного ознакомления ребенка со свойствами предметов (формой, величиной) используется не только зрительное восприятие, но и осязание (ощупывание) и показ рукой, обведение пальцем контура, поглаживание). В процессе занятий необходимо постоянно сравнивать форму предметов в природе (цветка, листа, дерева, бабочки, животного, рыбы) и оригами, что развивает ассоциативное мышление детей и технику работы рук.

При коррекционной работе следует учитывать не столько возраст ребенка, сколько уровень развития его пространственных представлений, действий с предметами, так как в раннем детстве он был лишен манипулятивных действий, открывающих мир пространственных представлений.

Кстати, вид и степень неполноценности индивида, его личные желания и потребности, семейное положение, социальное окружение, условия дошкольного и школьного воспитания, возраст, в котором наступила инвалидность, а также возраст, с которого начата реабилитация, оказывают наиболее значительное влияние на процесс и результаты социальной реабилитации. Всеобъемлющего и окончательного представления и целей и мер социальной реабилитации не существует. Однако реабилитационная деятельность в отношении детей-инвалидов, отработанная в мировой практике и получившая признание, включает следующие виды помощи больному:

- развитие духовных и физических способностей в период посещения школы;
- содействие в получении соответствующего школьного образования, включая подготовку к нему;
- обеспечение условий для участия в жизни общества детям, чьи возможности в результате всех предварительно проведенных

видуально. Есть комната для занятий шитьем, вязанием, вышиванием и мастерская, в которой подростки строгают, выжигают, выпиливают. В дело идет все: обрезки материи, картон, фанера, сухая трава и цветы, семена, нитки и т.п. Кто-то режет ножницами сукно, кто-то наклеивает на картон аппликации, кто-то орудует лобзиком. Каждый в меру своих сил и способностей участвует в общем деле. Рядом находится учитель, который всегда подскажет и поможет в трудную минуту. Для учреждения было сделано много полезных и нужных вещей: салфетки, подушки, коврики, картины, которыми пользуются сами воспитанники и получают в подарок гости Дома молодых инвалидов.

На специализированной выставке Южно-российского экспонента в Ростове-на-Дону коллектив детей Дома молодых инвалидов получил диплом и ценные подарки за активное участие в работе выставки с представлением экспозиций из теста: «Хлебная лавка», «Хлеб всему голова», «Конфетки-бараночки».

• *Создание атмосферы духовности, способствующей общекультурному развитию и образованию.*

Молодые инвалиды получили возможность общаться друг с другом, с любящим, отзывчивым персоналом Дома. Дом молодых инвалидов не закрытое учреждение, его воспитанники посещают городские мероприятия, праздники, концерты, ходят в магазины за покупками. И это очень важно. Любовь, забота, прекрасный психологический микроклимат, общение способствуют тому, что, имея выбор между возвращением каждый вечер домой и проживанием в Доме молодых инвалидов с понедельника по пятницу, дети выбирают последнее.

Для раскрытия перед больными детьми большого светлого мира музыки музыкальным руководителем-профессионалом был найден оригинальный новаторский подход – создание шумового оркестра «Вдохновение». Основной музыкальный материал исполняется профессиональным музыкантом, а дети, слушая музыку, раскрашивают ее путем различных ритмических вариантов на деревянных ложках, бубнах, маракасах, треугольниках, металлофоне и т.д. Ансамбль часто проводит концерты для гостей учреж-

дения и убеждает своим примером, что обучение таких детей возможно и необходимо. Концерты ансамбля передаются по телевидению г. Таганрога, что помогает привлечь к участию в жизни Дома все большее число людей.

- *Оказание инвалидам, а также членам их семей соответствующей социальной, юридической и психологической помощи, включающей как проведение необходимых психотерапевтических мероприятий, так и организацию психопрофилактической работы с родителями, членами семей и сотрудниками Дома.*

Организована общественная приемная, в рамках которой родителям детей-инвалидов оказывается необходимая социальная и правовая помощь. Для эффективной работы приемной собрана информация об инвалидах города, создана библиотека необходимой литературы, подобрана соответствующая информация из всех доступных источников. Родителям предоставлена возможность консультаций со специалистами НКО, имеющими опыт оказания образовательной, психологической и правовой помощи семьям инвалидов.

В Доме проводятся собрания, «круглые столы» и семинары, на которых обсуждаются интересующие родителей и членов семей вопросы, специалисты помогают разобраться в различных ситуациях, складывающихся в семье.

- *Изучение, обобщение, внедрение и распространение научно-практического опыта по социальной защите, лечению, обучению, реабилитации и психологической поддержке инвалидов с детства, связь с аналогичными учреждениями в стране и за рубежом.*

Члены Попечительского общества проходили обучение на международных семинарах по лидерству и менеджменту для лидеров, персонала и волонтеров, работающих в сфере социальной политики, затрагивающей интересы людей, имеющих инвалидность.

Попечительское общество активно взаимодействует с такими же учреждениями в стране и за рубежом.

Дом посетила делегация Общества друзей Таганрога (SMT) из города-побратима Флиссингена в рамках Международной кон-

В 4 классе – «Путешествие по сказкам народов мира». Выбор тематики для цикла осуществляется в соответствии с контингентом учащихся в каждом учебном году (уровнем их подготовки, состоянием здоровья, рекомендациями медицинских работников, психолога).

Занятия оригами для детей с нарушением опорно-двигательного аппарата являются не только терапией, способствующей улучшению двигательных возможностей, но и средством, успокаивающим перевозбужденную нервную систему. Им показано переключение на другие виды деятельности, поскольку утомляемость детей зачастую вызвана не самой деятельностью, а ее однообразием. Поэтому активно используется комплексный характер занятия с установлением межпредметных связей. Например, занятие в 1 классе «Буква Л» (конструирование буквы из бумаги, разбор слова «лиса» по составу, загадка, подбор слов на букву «Л», изгибание и складывание бумаги в технике оригами при изготовлении изделия «Лиса»).

Существенную трудность во время занятий оригами с детьми, перенесшими ДЦП, представляют специфические дефекты их зрительного анализатора, обусловленные ранним поражением головного мозга (косоглазие, расстройство зрительно-моторной координации). Ориентировочно-поисковые действия глаз, переключение взора у таких детей замедлены, поэтому они нередко игнорируют одно из двух полей зрения, забывают о нем, как о больной руке. Поэтому на занятиях оригами постоянно приходится добиваться фиксации взора таких детей с помощью контроля за осанкой, положением их головы, туловища, конечностей, проводить игры с тренировкой плавного прослеживания взора в различных направлениях (цепочка из предметов, геометрических фигур, моделей оригами). Вопросы: «С какой стороны доски вышел этот герой?» (слева, справа), «Куда улетел на шарике?» (вверх), «Погрузился в батискафе?» (вниз).

Занятия оригами способствуют лучшему усвоению детьми основ геометрии: с помощью игры «Удивительные превращения и приключения квадрата» дети знакомятся с геометрическими

Занятия оригами как средство социальной адаптации детей позволяют им освоить и «присвоить» (термин А.Н. Леонтьева) опыт человеческой культуры путем непосредственных правильно организованных действий с предметами под руководством педагога, владеющего этой деятельностью.

Занятия оригами:

- позволяют «совершать путешествия» по сказкам народов мира, от русских народных до восточных, активно использовать образы восточной поэзии, научить тонко чувствовать природу, знакомить детей с произведениями живописи и графики;

- обеспечивают выход за рамки репродуктивного труда, увеличивают удельный вес творчества на занятиях, являются средством формирования развивающейся, духовно богатой личности;

- делают учебный процесс и результаты практической деятельности не целью, а действенным средством познания материального мира и более глубокого эмоционального выражения внутренних чувств ребенка, а значит, его сенсорного развития;

- дают возможность формировать у детей умение переносить знания и способы умственных действий в новую ситуацию, на новый материал, а также умение комбинировать ранее усвоенные способы деятельности.

На занятиях, которые организованы по сюжетно-игровому принципу («Путешествие в сказку», «Экскурсия», «Полет», «Расследование»), дидактические и коррекционные задачи скрыты от ребенка внутри очень приятных и конкретных игровых задач, которые выводят к творчеству и коллективному сотрудничеству, усиливают связь ребенка с окружающим миром.

Повышает мотивацию к учению проведение циклов занятий. Например, в 1–2 классах используются циклы «Игрушки-поплавушки», «Игрушки-ветродуйки», «Игрушки-попрыгушки», «Игрушки-зверюшки», «Игрушки-складушки». Все изделия используются в игровой деятельности в играх с водой, в летних соревнованиях, играх с волчком, вертушками, сюррикенами для метания. В 3 классе проводится цикл занятий «Веселый зоопарк».

ференции «Мир без насилия». Ознакомившись с условиями проживания детей, было принято решение о строительстве дополнительного здания. Проект назвали – «Наш Дом» (табл. 3.3).

- В Доме предусматриваются следующие организационные формы обслуживания инвалидов: – дневное пребывание; – ночная группа; – постоянное проживание; – консультационная; – клубная (для инвалидов, не проживающих в Доме инвалидов).

Таблица 3.3

Штатное расписание Дома молодых инвалидов

№ п/п	Должность	Кол-во штатных единиц	Разряд
1.	Директор	1	14
2.	Зам. директора по хоз. части	1	10
3.	Бухгалтер	1	11
4.	Кассир	0,5	4
5.	Учитель-дефектолог	1	12
6.	Врач-психоневролог	0,5	13
7.	Медицинская сестра	1	10
8.	Медицинская сестра	1	9
9.	Воспитатель	4	11
10.	Воспитатель	1	10

В Доме молодых инвалидов постарались организовать жизнь так, чтобы свести к минимуму беспомощность и несостоятельность больных детей, не ограждая их от реальной жизни и давая им понять, что они могут быть полезны обществу.

Важной особенностью организации процесса реабилитации инвалидов в Доме является то, что дети, живущие в нем, имеют не только физические, но и психические отклонения, поэтому таким детям устроиться в жизни, стать членом общества очень сложно.

Много усилий приложено для решения проблем взаимопонимания, взаимоприятия друг друга, налаживания межличностных отношений. Чем разнообразнее и многообразнее среда Дома, тем легче формировать самостоятельность и активность ребенка. Включенность ребенка в деятельность, учет его опыта, потенциальных и реальных возможностей обеспечивают все большую от-

крытость его миру, формирование целостного отношения к нему, способствуют преодолению социальной изоляции.

Опыт работы обозначил следующие актуальные проблемы деятельности и развития общественно-государственных учреждений малой численности:

1) финансирование и штатное расписание – основные для обеспечения всех требований контролирующих государственных органов, для которых в большинстве случаев само существование общественно-государственных учреждений вызывает много вопросов;

2) существующие проблемы материально-технического обеспечения как со стороны общественных и государственных организаций, так и со стороны коммерческих структур в виде спонсорской и благотворительной деятельности;

3) медицинский отбор детей в соответствии с установленными диагнозами;

4) широкое освещение всей деятельности таких учреждений в средствах массовой информации для поддержки действующих учреждений и формирования подобных другими родителями.

Уникальность Дома молодых инвалидов г. Таганрога иллюстрирует весьма серьезную проблему: Дом один, а детей-инвалидов много. Подавляющая масса людей не умеет и не хочет искать совместные пути выхода из тяжелой ситуации. Родители детей этого Дома молодых инвалидов отказались от иждивенческих настроений (государство должно им предоставить), а сами организовались и сделали хороший Дом для своих детей, а представители государственной власти помогли им в этом благородном деле.

3.2.3. Школа искусств «Лира»

Школа была открыта в г. Таганроге в 1996 году. Ее учредителями были четыре преподавателя местного музыкального лицея, которые работают в школе и поныне. В школе бесплатно обучаются дети-инвалиды с различными заболеваниями, физическими и психическими отклонениями в развитии (ДЦП, аутизм, ЗПР, олигофрения и т.д.). Мировой и отечественный опыт показывают,

выпускников Художественной школы им. Блонской, выставки декоративно-прикладного искусства в городском парке.

В реализации проекта участвуют родители учеников школы, которые не просто присутствуют, а активно участвуют в общей работе и оказывают огромную помощь при организации выставок.

Итоги программы показали, что дети-инвалиды с различными заболеваниями (олигофрения, аутизм, ДЦП, ЗПР и др.) и со средним поражением центральной нервной системы способны успешно обучаться декоративно-прикладному искусству и при дальнейшем обучении могут достигнуть профессионального уровня.

3.2.4. Занятия оригами как средство социальной адаптации ребенка-инвалида

Искусство складывания моделей из квадратиков бумаги поражает многообразием и оригинальностью любого познакомившегося с ним. Но еще важнее этого впечатления оказываются результаты занятий оригами. Опыт преподавания оригами в течение 10 лет воспитанникам специальной (коррекционной) общеобразовательной школы-интерната № 38 г. Ростова-на-Дону свидетельствует о необыкновенной заразительности и всестороннем воздействии этого занятия на детей с дефектами зрения. А уникальные исследования ростовских психологов Ю.В. и Е.Р. Шумаковых убедительно доказывают, что занятие оригами является эффективным методом повышения познавательных и психомоторных способностей детей.

Целями занятий являются:

- развитие мелких и точных движений пальцев рук;
- повышение психоэмоционального состояния;
- художественно-эстетическое развитие;
- активизация творческого мышления;
- развитие пространственного воображения, глазомера;
- приобщение ребенка к совместной деятельности со сверстниками и взрослыми;
- приобщение к общечеловеческим ценностям.

ном виде деятельности и вырабатывают определенную методику преподавания.

Так как у детей этой категории нарушены способности к анализу и синтезу, материал подается на занятиях по следующей методике:

- замедленность обучения и частая повторяемость формируемых действий;
- подача материала малыми порциями;
- постоянная работа над развитием мелкой моторики кистей рук и пальцев через освоение различных видов декоративно-прикладной деятельности;
- использование в подаче материала большого количества наглядных пособий, предметных картинок, образцов-поделок.

В технике занятий применяются следующие методы: словесный, наглядный, практический, проблемно-поисковый, методы самостоятельной работы и работы в коллективе.

Ребята учатся:

- технике штриховки, раскрашивания;
- работе с пластилином, соленым тестом, простой и жатой бумагой, природными материалами;
- изготовлению из бумаги цветов;
- составлению аппликаций из природных материалов (плодов, семян, листьев);
- самостоятельному созданию простейших композиций.

Занятия проходят интересно. Работа за общим круглым столом объединяет детей и взрослых, дает возможность общаться друг с другом, видеть и обсуждать работы товарищей, что способствует развитию речи, интеллекта. Это очень важно для ребят, так как многие из них находятся на домашнем обучении, почти не бывают в детском коллективе, живут в замкнутом пространстве своей квартиры.

В процессе выполнения проекта уделяется внимание общему развитию детей. С этой целью проводятся посещения Музея изобразительных искусств (2 раза), выставочного зала Центральной библиотеки им. А.П. Чехова, где демонстрируются работы

что число детей с отклонениями в развитии велико и неуклонно возрастает. Эти нарушения выражаются в интеллектуальной, двигательной или сенсорной неполноценности, что обуславливает сложности их социальной адаптации к окружающей среде.

Инвалидность ребенка тяжелым бременем лежит на родителях. Она создает много бытовых сложностей, ограничивает социальную и профессиональную активность матери, вызывает постоянную тревогу за будущее ребенка.

Обследование условий жизни учащихся школы показало, что у большинства из них неполные семьи (из 23 – у 19), воспитывает их мать или бабушка (нередко тоже инвалид) с очень скромным материальным достатком.

Школа искусств детей-инвалидов «Лири» создана не только для музыкального и художественного развития учащихся. Она ориентирована на многопрофильное обучение и воспитание детей с отклонениями в развитии в соответствии с их способностями, одаренностью и состоянием здоровья.

Главные задачи школы:

- формирование общей культуры личности;
- социальная адаптация в процессе совместной творческой деятельности;
- воспитание чувства полноценности у детей-инвалидов;
- воспитание гражданственности;
- оказание помощи детям-инвалидам в осознанном выборе дальнейшего профессионального образования.

В настоящее время дети обучаются в школе игре на музыкальных инструментах, поют в фольклорном ансамбле, занимаются в группах изобразительного и декоративно-прикладного искусства. Приветствуются желания учащихся заниматься в группе изобразительного искусства и фольклорном ансамбле. Это полезно для их развития: расширяется кругозор, развиваются память, эмоциональность, моторика рук, пальцев (рис. 3.2, 3.3).

В конце учебного года устраивается академический концерт для узкого круга слушателей (в основном родителей и знакомых), где выступают все ученики, в том числе и начинающие. На этих

концертах ребята получают необходимые для них знаки внимания и поощрения со стороны слушателей: аплодисменты, слова одобрения и похвалы. Фольклорный ансамбль неоднократно участвовал в публичных выступлениях: дважды на праздновании Дня города, на Марафоне добра на «Тагмете», во время праздников Дня Победы и Дня независимости.



Рис. 3.2. Выступление фольклорного ансамбля школы искусств в Центре обслуживания пенсионеров и инвалидов

Такие встречи крайне полезны для детей, потому что на них весьма благотворно действует искренняя похвала старших. Трогательно смотреть, как ребята меняются перед выступлением: они становятся сосредоточенными, собранными, в их поведении уже проявляется чувство ответственности за свой маленький коллектив.

Жизнь показала, что многие дети с ограниченными возможностями бывают способными и талантливыми. Особенно это заметно на уроках изобразительного и декоративно-прикладного искусства. Те ребята, которые никогда не держали кисть в руках, не могли различать цвета красок, не работали с пластилином, стали рисовать, самостоятельно вполне осознанно выполнять задания.

Уроки изобразительного искусства ведут опытные, известные в Таганроге художники (рис. 3.4).



Рис. 3.3. Выступление фольклорного ансамбля в одном из заводских Домов культуры



Рис. 3.4. Занятие в изостудии

В области декоративно-прикладного искусства цель педагогов дать ученикам творческие и профессиональные навыки работы с различным материалом. В этом направлении летом 2005 года был осуществлен проект в рамках выигранного конкурса «Я – житель своего города». За сравнительно короткий срок психолог и педагог определяют физические и психологические особенности каждого ребенка, а также наклонности и возможности в дан-