

**Департамент образования города Москвы  
Государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования города Москвы  
Московский городской психолого-педагогический университет**



Материалы II международной научно-практической конференции

**Актуальные проблемы психологической реабилитации  
лиц с ограниченными возможностями здоровья**

**Москва 2013**

А43 Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Материалы II международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» 12-13 декабря 2013 года / под. ред. А.М.Щербаковой. – Москва, 2013. – Электронное издание.

ISBN: 978-5-94051-152-0

Тезисы участников II Международной конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» отражают широкий спектр вопросов, которые ставит перед специалистами теория и практика психологической реабилитации. Авторы делятся результатами концептуальных поисков, описывают свои научные исследования и практический опыт. В центре внимания личность человека с ограниченными возможностями здоровья, модели комплексной реабилитации, междисциплинарное взаимодействие в реабилитационном процессе, методы и техники психологической реабилитации, проблемы создания реабилитационной среды. Ценным в реабилитационном аспекте представляется обращение к семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья, а также к реабилитации средствами образования. Рассматриваются вопросы профессионально-трудовой ориентации и самореализации людей с ограниченными возможностями здоровья, что очень важно в контексте их жизненной перспективы.

## Оглавление

### **Раздел 1. Психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья – в поисках концепции. .... 8**

Артюхова Т.Ю. Процесс психологической реабилитации как возможность «запуска» потенциальных возможностей лиц с ограниченными возможностями здоровья . .... 8

Афонин А.Б. Антропология от инвалида. .... 14

Новикова Л.М. Активная музыкальная деятельность в комплексной реабилитации лиц с ментальными нарушениями . .... 23

Тюрин А.В. Теоретико-методологические проблемы психологической реабилитации. .... 27

### **Раздел 2. Личность человека с ограниченными возможностями здоровья в фокусе психологической реабилитации . .... 31**

Александрова Л.А., Бобожей В.В. Личностные ресурсы студентов с ОВЗ как фактор преодоления учебных трудностей. .... 31

Иванова Е.А. Преодоление жизненных трудностей как фактор, определяющий успешность психологической реабилитации лиц с нарушением зрения. .... 36

Суроегина А.Ю. Динамика психоэмоционального состояния и интерперсональных отношений подростков и молодежи, перенесших тяжелую физическую травму . .... 40

Свиридова Т.В., Лазуренко С.Б. Характерные эмоциональные состояния подростков с тяжелым хроническим течением болезни (на примере неспецифического язвенного колита, болезни Крона и гломерулонефрита) ..... 43

### **Раздел 3. Методы и техники психологической реабилитации . .... 47**

Львова Н.В. Применение современных высокотехнологичных методов в психологической реабилитации больных . .... 47

Переверзева Д.С. Использование методики парных призматических линз для коррекции процессов зрительного опознания и контроля действия у дошкольников с РАС. .... 51

Батяева С.В. Формирование речевых навыков у детей с системными нарушениями средствами логоритмики.....	55
Сыроелова Е.Е. Кино не для всех. Групповая краткосрочная работа с подростками, перенесшими онкозаболевания.....	58
Борякова Н.Ю., Волкова С.В. К проблеме исследования нарушений фонематического восприятия и их коррекции у детей с последствиями очаговых поражений мозга.....	62
Леонгард Э.И. Пути психологической абилитации и реабилитации лиц с нарушениями слуха (дошкольников, школьников, студентов).....	65
Малькова В.В., Плаксина Л.И. Развитие коммуникативной интенции у дошкольников с РДА в условиях Лекотеки.....	70
Нигманов С.У. Арт-терапия, как средство реабилитации людей со снижением интеллекта.....	74
Самойлова В.М. Формирование познавательной мотивации старших дошкольников с ОНР в ходе исследовательской деятельности, направленной на изучение природных материалов.....	77
Щербаков А.П. Использование методов арт-терапии в условиях лечебного учреждения.....	84

**Раздел 4. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья в аспекте реабилитации ..... 90**

Буслаева А.С. Психолого-педагогический потенциал семьи в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.....	90
Гурова Е.В., Лотарева Т.Ю. Интегративный подход при организации социально-психологического сопровождения процесса реинтеграции детей из интернатного учреждения в семью.....	92
Кубылькина И.В., Масленникова Е.С. Проект медико-психологической поддержки семей с детьми раннего возраста с отягощенным анамнезом в перинатальном периоде «Растём вместе».....	97
Ющенко Н.В. Организация реабилитационной работы с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии.....	102

**Раздел 5. Модели комплексной реабилитации детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья ..... 107**

Бирюкова А.Л. Реабилитационная работа в условиях дома-интерната для умственно отсталых детей ..... 107

Гафарова Н.У. Реабилитация детей и молодёжи с ограниченными возможностями здоровья путём формирования социальных и коммуникативных навыков, организации досугового процесса в инклюзивной среде ..... 111

Дремова Е.А. Реабилитационная направленность деятельности специалистов ПМСС-центра ..... 113

Кондракова Е.В. Социально-педагогическая реабилитация и интеграция детей-инвалидов в социум в условиях центра психолого-медико-социального сопровождения ..... 115

Силаева Т.Н. Социально-психологические условия повышения личной эффективности людей с ограничениями в физическом здоровье ..... 119

**Раздел 6. Способы создания реабилитационной среды ..... 125**

Загрядская В.Н. Включение детей с ОВЗ в образовательное пространство учреждения дополнительного образования (УДО) при условии выбора ими видов творческой деятельности ..... 125

Кислица Г.К., Гудилина О.Н. Психолого-педагогическая поддержка подростков с нарушениями статодинамической функции в условиях реабилитационного стационара ..... 129

Козловская Г.Ю. Технологии проектирования психологической безопасности инклюзивной образовательной среды ..... 134

Терюшкина Ю.Ю. Тренинг как метод формирования реабилитационной среды для людей с ОВЗ ..... 138

**Раздел 7. Междисциплинарное взаимодействие в реабилитационном процессе ..... 145**

Захарова А. И., Шитягина Н.А. Командная работа специалистов в процессе сопровождения детей-сирот с интеллектуальной недостаточностью, обучающихся в общеобразовательной школе ..... 145

Кулькова-Мифтахова Е.Ю., Благушина О.С. Опыт взаимодействия учителя-дефектолога и педагога-психолога в работе с детьми с нарушениями в развитии и расстройствами аутистического спектра .....	147
Притыченко Л.В., Пегина Е.А., Самойлова В.М. Интерактивные технологии, применяемые в деятельности педагогических объединений детского сада компенсирующего вида .....	151
Силинская Ю.П. Взаимодействие специалистов в сопровождении детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях центра психолого-медико-социального сопровождения.....	156
Спивак И.М., Свиридова Т.В., Мазурова Н.В., Яцык С.П., Тимофеева А.М., Яковлева С.В. Психолого-педагогическое сопровождение детей с андрологической патологией на этапе лечения в стационаре .....	160
Фисун Е.В., Мирошкин Р.Б., Федорова В.В., Скрипкин А.В. Междисциплинарная рабочая группа на базе санатория «Русское поле» в программе реабилитации семей с детьми, перенесшими онкозаболевание .....	164
<b>Раздел 8. Реабилитация средствами образования .....</b>	<b>168</b>
Голяновская Е.Ю. Организация волонтерского образовательного проекта для детей с ограниченными возможностями здоровья «Благотворительная школа».....	168
Коновалова М.Д. Социально-правовые аспекты доступности высшего профессионального образования для студентов с ограниченными возможностями здоровья в современной России .....	170
Куприянова В.Н. Об индивидуальном подходе к обеспечению эффективной адаптации младших школьников с ОВЗ к образовательному пространству .....	174
Павлова Н.А. Сопровождение инклюзивного образования в условиях центра психолого-медико-социального сопровождения.....	177
Симаева И.Н. Охрана здоровья школьников в условиях инклюзивного образования: механизм формирования самосохранительной установки ..	182

Смирнова С.А., Трушталева Л.Е. Возможности дополнительного образования в социокультурной реабилитации детей и подростков с ОВЗ (из опыта работы) ..... 187

Ясюкова Л.А. Реабилитация детей с осложнениями в развитии с позиций культурно-исторической теории Л.С. Выготского ..... 191

**Раздел 9. Профессионально-трудовая ориентация и самореализация лиц с ограниченными возможностями здоровья ..... 196**

Коваль А.С. Содержание профессионально-трудовой социализации у лиц с ограниченными возможностями здоровья ..... 196

Нестерова А.А. Разработка диагностической системы в профориентации как условие развития карьеры лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья ..... 201

Фролова С.В. Психолого-педагогическое сопровождение профессионального самоопределения детей с ограниченными возможностями здоровья ..... 204

## **Раздел 1. Психологическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья – в поисках концепции**

### **Процесс психологической реабилитации как возможность «запуска» потенциальных возможностей лиц с ограниченными возможностями здоровья**

*Артюхова Т.Ю.*

*Лесосибирский педагогический институт – филиал Сибирского федерального университета, Лесосибирск*

Организация Объединенных Наций создала специальный документ под названием «Конвенция по правам людей с ограниченными возможностями», который подписали более 150 правительств и региональных организаций.

С. Льюис, программный директор организации «Mobility International USA», подчеркивает, что люди с ограниченными возможностями смогут самостоятельно принимать решения и формировать политику: «Бытует совершенно неверное представление о том, что люди с ограниченными возможностями живут в замкнутых сообществах и лишь пассивно ждут, пока случится что-то хорошее. Напротив, такие люди по всему миру начинают объединяться, мобилизовывать усилия и высказывать свое мнение» [9].

Сегодня, в век научно-технического прогресса, когда с помощью нанотехнологий возможно контролируемое манипулирование отдельными атомами и молекулами, количество лиц с ограниченными возможностями медленно, но стабильно растет.

Рост инвалидности в большинстве стран мира связан с усложнением производственных процессов, увеличением транспортных потоков, военными конфликтами, ухудшением экологической обстановки, значительным распространением вредных привычек (табакокурение, применение алкоголя, наркотиков, токсических веществ) и другими причинами.

В условиях современной России лица с ограниченными возможностями и их семьи являются одной из наиболее ущемленных категорий населения. Помимо общих социальных трудностей, они экономически и юридически не защищены, не развита и система их социально-психологической поддержки.

Осознание своеобразия развития лиц с ограниченными возможностями здоровья зафиксировано в работах как зарубежных, так и отечественных ученых. Л.С.Выготский, формулируя общие закономерности психического развития, утверждал, что нормальный и аномальный ребенок развиваются по

одним и тем же законам. При этом ученый отмечал, что наряду с общими закономерностями отмечается своеобразие развития аномального ребенка, которое заключается в расхождении биологического и культурного процессов развития. Заслуга Л.С. Выготского в том, что он указал на тот факт, что развитие нормального и аномального ребенка подчинено одним законам и проходит те же стадии, но стадии растянуты во времени и наличие дефекта дает специфику каждому варианту аномального развития [1].

Итак, человек, у которого «ограничены возможности здоровья», а значит, ограничены и его потенциальные возможности, обречен на ситуацию, когда его способности не могут быть использованы так, как это складывается в случае развития без отклонений. Мы понимаем, что потенциальные возможности человека не определены ни в случае сохранного здоровья, ни при его нарушении.

Вслед за томскими профессорами В.Е. Ключко и Э.В. Галажинским, мы применяем понятие «человек», понимая «целостного человека» – «постоянно делающего себя целым из перманентного нецелого, все время...усложняющегося» [8].

Психологическое понимание человека, его развития, формирования, становления всегда вызывает определенные трудности. Обращаясь к отечественным классикам (Выготский Л.С. и др.), мы можем констатировать, что эта категория рассматривается в классическом подходе через призму категории «личность» – высшей интегративной, нерасторжимой целостности, где культурный рост обозначает становление личности и мировоззрения [цит. по: 11].

Становление личности – длительный и трудный путь. Быть личностью – значит быть свободным человеком, обладать свободой выбора, нести через всю жизнь это бремя, осуществлять такой выбор в соответствии со своими желаниями и убеждениями, отвечать за последствия сделанного выбора перед собой и обществом. Быть личностью – это постоянно строить самого себя и воздействовать прямо или косвенно на других.

В процессе становления на первый план чаще всего выступает эмоциональная сфера человека. Важность эмоций в жизни человека показана в работах Л.С. Выготского, А.В. Запорожца и мн. др. Они включены в мотивационный и адаптационный процессы. Эмоциональная сфера представляет собой сложную и непрерывную систему «своеобразных откликов личности на действительность и ее воздействия» [3]. Важно понимать, что при работе с людьми с ограниченными возможностями здоровья должны быть созданы условия для раскрытия сохраненных, сильных сторон психики [5]. Эти способности имеют потенциальный характер.

В естественных науках понятие «потенциал» характеризует величину потенциальной энергии – запаса внутренней энергии, которым располагает тело – в определенной точке пространства.

В психологии, как отмечает О.М.Михайлова, Дж. Роттер рассматривал «поведенческий потенциал», Д.Е.Берлайн – «потенциал активации», К.Л. Халл – «потенциал реакции», Б.Г.Ананьев говорил о потенциале человеческого развития [12; 69-70].

Д.А. Леонтьев вводит понятие «личностный потенциал», определяя его как интегральную характеристику уровня личностной зрелости [10].

Субъект–личность–человек является носителем потенциала. Человеческая деятельность есть процесс реализации потенциала. Жизненный потенциал представляет собой ядро жизнедеятельности человека. Потенциал всегда связан с ожиданиями по фундаментальным основаниям человеческой деятельности в целом, имея в виду интеллектуальный, духовный, нравственный, творческий потенциалы.

На самом деле понятие «личностный потенциал» рассматривается как возможность, способность человека эффективно взаимодействовать с окружением, быть продуктивным, эффективно влиять, успешно развиваться. Личностный потенциал обусловлен многими составляющими, такими, в частности, как различные виды здоровья (психическое, душевное, личностное, психологическое), ценностно-смысловая составляющая, интеллект и др.

Сочетание этих составляющих дают внешние показатели личностного потенциала в форме внутренней свободы, ответственности, толерантности, в навыках построения жизненной стратегии.

Раскрытие личностного потенциала чаще всего происходит в процессе деятельности, которая включает: выбор человеком пути развития с учетом своих собственных возможностей и способностей; освоение правил и норм; формирование и осознание себя как личности, развитие и саморазвитие своей личности и др.

Само по себе понятие «потенциал» содержит ресурсное состояние, где-то внутри оно находится в состоянии сжатой пружинки и при определенных условиях может стать явным, его можно будет обнаружить в продукте деятельности/мыследеятельности, в актах поведения и т.д.

Как отмечают А.А. Тягунов, Е.О. Подолько и С.И. Филиппченкова, «потенциальные возможности личности не являются автоматически в распоряжении субъекта, он может о них не догадываться, или использовать их неоптимально, или использовать их разными способами» [14;9].

В ситуации, когда в процесс становления вклиниваются особые обстоятельства – ограничение возможностей здоровья – уместно говорить о «запуске» потенциальных возможностей этого человека.

Система медико-психологических, педагогических, социальных мероприятий, направленных на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социального статуса людей, получивших психическую травму, называется

психологической реабилитацией, являющейся составной частью общей реабилитации.

По определению ВОЗ, реабилитация – это комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности [цит. по: 6;11].

Как отмечает М.М. Кабанов, реабилитация (восстановление) многими рассматривается как «третичная профилактика», понимая под первичной профилактикой – предупреждение заболеваний, а под вторичной – лечение болезни [4].

Процесс реабилитации осуществляется с помощью психологических средств, направленных на устранение или смягчение дефектов развития. Реабилитация – завершающий этап общего лечебного процесса, где весьма важно оценить эффективность лечения, воздействия на организм, прежде всего, в плане восстановления личностного и социального статуса клиента.

Именно к задачам психологической реабилитации относится включение человека с ограниченными возможностями здоровья в социальную среду, приобщение к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей [2;55].

В процессе реабилитации компенсируются, «запускаются» функции, нарушенные болезнью.

Рассматривая психологическую реабилитацию как условие «запуска» потенциальных возможностей человека с ограниченными возможностями здоровья, необходимо учитывать разные факторы: статус больного, время наступления заболевания, теоретическую подготовку и практические умения психолога. При осуществлении психологической реабилитации в той или иной мере осуществляется психотерапевтическое воздействие в форме психотерапевтического вмешательства (интервенции), которое характеризуется 1) выбором средств (методов); 2) функциями (развитие, профилактика, лечение, реабилитация); 3) целевой ориентацией процесса на достижение изменений; 4) теоретической базой (теоретическая психология); 5) эмпирической проверкой; 6) профессиональными действиями» [7;15].

В процессе психологической реабилитации, с нашей точки зрения, при активной позиции самого пациента должно произойти овладение методами восстановления психического равновесия, развития саморегуляции, формирование эмоциональной устойчивости. Важно понимать, что не для всех категорий лиц с ограниченными возможностями здоровья применимы методы и технологии реабилитационного процесса.

Если включение в реабилитационный процесс возможно, то основными целями психологической реабилитации являются: восстановление жизнеспособности; предупреждение инвалидности; социальная адаптация людей.

С помощью психологических воздействий становится возможным снизить уровень нервно-психической напряженности, быстрее восстановить затраченную нервную энергию и, тем самым, оказать существенное влияние на ускорение процессов восстановления в других органах и системах организма.

Как отмечается в научно-методической литературе, посвященной изучению психологической реабилитации, к числу ее основных задач относятся:

1. Установление характера и степени важности нервно-психологических расстройств, определение индивидуально-личностных особенностей реагирования человеком на полученную психическую травму и выработка реабилитационных мероприятий.

2. Снятие психоэмоционального напряжения, раздражительности и страха посредством применения комплексных воздействий.

3. Регуляция нарушенных функций организма, коррекция психофизиологического состояния различными методами воздействий.

4. Формирование оптимальной психологической реакции на последствия психической травмы, мобилизация личности на преодоление возникших состояний, воспитание у человека необходимых волевых качеств.

5. Формирование максимально правдивых представлений о факторах риска и осознанного отношения к мероприятиям по их устранению.

6. Оптимальное разрешение психотравмирующей ситуации, восстановление социального статуса, адаптация человека к условиям внешней среды посредством стимулирования социальной активности человека, а также различными организационно-педагогическими методами.

7. Оценка работоспособности; проведение профессионально-психологической реабилитации, а при утрате профессиональной пригодности – профессиональной переориентации.

8. Изучение динамики изменений психических состояний в процессе реабилитации; диагностика функционального состояния физиологических систем организма; оценка эффективности и коррекция реабилитационных мероприятий [7].

Итак, реабилитационный процесс создает условия для раскрытия имеющихся потенциальных возможностей страдающего человека, создаются условия для максимального освоения социального пространства. Как отмечает профессор В.Е. Ключко, «становление мира человека определяет становление определенного образа жизни. Становясь суверенной личностью, обладающей всей полнотой координат многомерного мира, человек получает возможность менять образ жизни, стимулируя тем самым дальнейшее развитие собственного мира» [8, 156].

На наш взгляд, каждый человек, придя в этот мир, достоин того, чтобы познать и развить себя. Эффективные средства расширения возможностей человека находятся вокруг его самого, превратившись в способы воплощения

не только его физиологических, но и психологических качеств. С помощью техники, которая усиливает его способности видеть и слышать, он, как зондом, осваивает окружающее пространство, расширяет свое коммуникативное поле. Новые способы видения и слышания не заменяют, не вытесняют органические способности, а дополняют, «запускают» потенциальные возможности человека, которые он может использовать по своему желанию [13].

#### *Список литературы:*

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб.: Лань, 2003. – 654 с.
2. Дефектология: Словарь-справочник / Авт. сост. С.С.Степанов, Под ред. Б.П. Пузанова. – М.: Новая школа, 1996. – 80с.
3. Запорожец А.В. Избранные психологические труды: В 2-х тт. – М., 1986.
4. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. Изд.2-е, дополн.и перер. – Л.: Медицина,1985. – С.10-11.
5. Ковалев Г.А. Психологическое развитие ребенка и жизненная среда // Вопросы психологии. – 1993. – № 1. – С. 13-23.
6. Козлова Л.В. Основы реабилитации для медицинских колледжей: учеб. пособие/ Л.В. Козлова, С.А. Козлов, Л.А. Семеновко; Под общ. ред. Б.В. Кабарухина. – Изд. 2-е. – Ростов н/Д: Феникс, 2005. – 475с.
7. Психотерапия / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб: Издательство «Питер» , 2000. – 544с.
8. Ключко В.Е., Галажинский Э.В. Психология инновационного поведения. – Томск: Томский государственный университет, 2009. – 240 с.
9. Леггетт К. Ограниченные возможности не должны означать ограниченные прав [Электронный ресурс] URL: [http://ortolife3.ucoz.ru/news/ogranichennye\\_vozmozhnosti\\_ne\\_dolzhny\\_oznachat\\_ogranichennye\\_prava/2011-07-06-933](http://ortolife3.ucoz.ru/news/ogranichennye_vozmozhnosti_ne_dolzhny_oznachat_ogranichennye_prava/2011-07-06-933)
10. Леонтьев Д.А. Новые ориентиры понимания личности в психологии: от необходимого к возможному // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2011. С.36.
11. Маркова А.К. Психология профессионализма. – М.: Международный гуманитарный фонд «Знание» , 1996. – 312 с.
12. Михайлова О.М. Психологическое сопровождение развития инновационного потенциала личности в высшей школе// Вестник высшей школы. – 2012. – №10. – С. 69-73.
13. Проблемы ресурсных возможностей человека [Электронный ресурс] // Информатизация образования. Проблемы и поиски. URL: <http://www.edurt.ru/index.php?link=186&st=4995&type=3&str=23>
14. Тягунов А.А., Подолько Е.О., Филиппченкова С.И. Ответственность в проекции личностного потенциала// Новое в психолого-

## **Антропология от инвалида**

*Афонин А.Б.*

*МОО «Равные возможности», ГБОУ ЦДТ «Строгино»,  
Интегрированный театр-студия "Круг II", Москва*

*«И будем теперь называть смертных смертными не потому, что их земная жизнь кончается, а потому, что они осиливают смерть как смерть.*

*Смертные суть то, что они суть, как смертные, сохраняя свое существование в хранилище бытия.*

*Они - осуществляющееся отношение к бытию как бытию»<sup>1</sup>*

*Мартин Хайдеггер*

### **Вызов техники или вопрос о человеке**

Появление в последние десятилетия достижений в медицине позволяют даровать жизнь многим детям с врожденными нарушениями развития. Техника влияет на жизнь разнонаправленным образом: создает некую искусственную идеальную и удобную среду обитания человека, с одной стороны, а с другой – увеличивает количество людей, требующих специального ухода (точнее, без этого специального ухода такие люди не смогут жить). Таким образом, современный человек получает в качестве вызова вопрос, исходящий от техники: что есть человек?

Что есть тело? Где оно заканчивается? Каковы функции тела? И с другой стороны, что являются собой маловесные дети, которые с самого своего появления на свет развиваются не в пространстве живого тела матери и родной семьи, а в пространстве аппаратов, поддерживающих их жизнедеятельность. Дети, появившиеся на свет раньше отпущенного природой срока для созревания, становятся зависимыми от техники больше, чем от человеческих отношений. Они с рождения зависят от «костылей» – аппаратов, т.е. они – инвалиды с самого рождения. Может быть, имеет смысл даже иначе сформулировать: человек, зависимый больше от аппаратов, чем

---

<sup>1</sup> Хайдеггер М. Время и бытие: Статьи и выступления: Пер. с нем. – М.: Республика, 1993, с.324.

от непосредственного человеческого общения, является для сообщества малозначимым, то есть инвалидом. Что с этими детьми будет далее? Например, когда они станут взрослыми? Возможно, впоследствии их отношение к матери и иным человеческим связям будет сродни отношениям с аппаратами, которые их вывели, т.е. механистичным и потребительским. Как вернуть им человеческие отношения? Мы стоим перед сложным вопросом: если жизнь является наивысшей ценностью, то спасение любой жизни – дело необсуждаемое. Однако, жизнь, завязанная на технике, как-то малопривлекательна. И здесь мы неожиданно погружаемся в сферу эстетического.

### **Инвалид и эстетика**

Эстетика постигает прекрасное... Прекрасное – это нечто трудно уловимое, как и сама эстетика, но имеющее чрезвычайно сильное воздействие на восприятие человека, а, следовательно, и побуждающая его к действию. Эстетика – это бессознательная основа критического сознания. Мы откуда-то знаем, что – это прекрасно, а то – нет. Это представление заложено до морального ощущения, т.к. моральное мы можем выбрать, а эстетику – нет. Однако мы можем более или менее сознательно менять свои эстетические взгляды. Мы не знаем, где и когда получили знание о том, что хорошо, а что плохо, но оно прочно сидит в каждом из нас. Мы исследуем вне-положенные феномены с точки зрения вот этого нашего бессознательного представления о прекрасном. Почему-то нам кажется, что техника как-то противоположна жизни, но человек, чем дальше, тем больше зависим от техники. Не пора ли менять эстетические установки?

Можно привести ряд исторических примеров, когда людей с определенными отклонениями в развитии буквально не принимали в социуме по определенным предпосылкам – они были инаковыглядающие или инакоговорящие (крайний вариант – не имеющие речи), что приравнивалось к инакомыслящим, а значит инаковерующим. Их уничтожали и вместе с ведьмами, и вместе с евреями. Ин-валид – не имеющий ценности вовсе. А ценность человека зависит от эстетического предпочтения большинства в социуме. Так, например, периодически всплывает миф о «хачах» или «черненьких». Но кто они? Все лица южного происхождения? Даже итальянца избили недавно, приняв за кавказца. Жители Средней Азии говорят: а нас-то за что? А жители Кавказа: мы ни при чем, мы хорошие. Они тоже становятся ин-валидами – не нужными. И связано это именно с эстетической установкой ряда лиц, имеющих определенный культурный уровень, базирующийся на территориальных эстетических убеждениях. В принципе, такая точка зрения может быть нормативной в традиционных сообществах, в примитивных культурах. Соппротивление она вызывает лишь в сложносоставном цивилизованном индустриальном обществе.

Мне близка позиция Мартина Хайдеггера, выражающаяся в том, что эстетика связана не столько с проблемой искусства, сколько с вопросом об отношении к миру. Эстетика – это основа понимания человеком себя и своего соотношения с Бытием и трансцендентным. «Быть, – если говорить об этом эстетически, – это значит быть здесь, здесь и сейчас, раскрытым в пространстве-времени или по отношению к пространству-времени; быть – это значит быть чем-то, что испытало момент соприкосновения прежде всякого понятия или какого-либо представления... Очевидно, что это «прежде» является неизвестным, потому что оно «здесь» до того как мы есть то, что мы есть. «Здесь», о котором идет речь, может быть названо телом. Оно не есть «Я», которое родилось и дано вместе с фактом его рождения. «Я» рождается позже, вместе с языком... Когда закон приходит ко мне, с эго и языком, то это происходит слишком поздно. Вещи уже взяли в оборот...» [2] Эстетика по Хайдеггеру начинается до того, как человек может соотноситься со своим «Я». В таком случае именно те вещи, которые оформили пространство вокруг человека и формируют эстетические ценности. Такой подход позволяет учитывать и Иного, с иным, чем у нас мировосприятием, в том числе человека с особенностями развития. Мы можем отчасти анализировать способы формирования эстетического у других, отличных от нас людей, а иногда можем и воздействовать на формирование их эстетического. Но в этом случае мы должны отдавать себе отчет, что мы формируем бессознательное эстетическое, которое будет направлять дальнейшую жизнь данного человека, что в конечном итоге будет возвращено нам самим.

Оборотной стороной техногенной ситуации, влияющей на человеческое тело, является взгляд Эйми Маллинз<sup>2</sup> на проблему недостатка человека с инвалидностью. Ее 12 пар искусственных ног становятся разнофункциональными, добавляя ей новые возможности: от сверх способностей в беге, до поэзии резных деревянных ног. Ее недостаток является поводом для раскрытия новых, доселе неизведанных возможностей ее тела. Например, она говорит, что может увеличить себе рост за счет ног. Это, правда, и так делают многие женщины, надевая каблуки. Ее парадоксальное заявление, что недостаток может стать новой возможностью, в принципе вполне может быть поддержано. Однако в данном случае необходимо отметить, что изменение ее сознания произошло вследствие развития техники, которая позволила создать подобные приспособления. Есть и еще один аспект трансформации сознания, связанного с ее эстетикой.

---

<sup>2</sup> Эйми Мэллинз (англ. Aimee Mullins; род. 1976, Аллентаун, Пенсильвания, США) — американская актриса, модель и спортсменка, участница Паралимпийских игр 1996 года в Атланте. Из-за врожденной гемимелии (отсутствия малоберцовых костей) в годовалом возрасте подверглась ампутации обеих ног ниже колен. Входит в число 50 красивейших людей мира по версии американского журнала People. Выступает в качестве оратора-мотиватора на встречах и симпозиумах организаций людей с врожденными и приобретенными физическими недостатками.

Для нее быть привлекательной, прямоходящей, деятельной женщиной предпочтительнее, чем передвигаться на инвалидной коляске и получать социальные дотации. Но мы встречаемся при этом с тем, что существует наше представление о некоей норме, которую защищает большинство: у человека должно быть две ноги, которые его несут. Непонятен человек, который «носит» ноги. А если нет ног, рук, мозг плохо работает и т.д., то это все еще человек? Или уже нет? Когда человек перестает быть человеком? Тело – это повод, чтобы называться человеком? Или есть животворящая душа, формирующая тело? Древние вопросы вновь возникают при рассмотрении самых современных проблем!!! Эйми Маллинз лишь один из простых, но ярких примеров.

### **Болезнь и смысл жизни**

А что это за неутомимая борьба за жизнь на больничной койке? Почему в сознании современного человека борьба с болезнью подчас заменяет жизнь и поиск ее смысла? Самое время спросить, а что такое болезнь? А Эйми Маллинз болеет? А недоношенный младенец уже болен тем, что он не доношен? Или это спусковой крючок болезни? Или болезнь была у матери и повлияла на состояние ребенка? Виновата ли мать в том, что она не смогла доносить? В примитивных и традиционных сообществах на этот вопрос, как правило, ответ однозначный: да. Но в современном цивилизованном техногенном сообществе мы уже не можем быть столь категоричными. Хотя комплекс вины родителя, определенное общественное мнение, так или иначе, представляют такую точку зрения. Общество так же двояко реагирует на появление ребенка с особенностями развития: главные представители его – врачи, с одной стороны, выхаживают ребенка, а с другой – предлагают родителям отказаться от него...

Вся система социальной поддержки построена на том, чтобы некий абстрактный специалист-медик, психолог, психиатр и проч. начали заниматься с ребенком, отняв его у родителей. Родители надеются на чудо, на то, что их ребенок наконец-то станет как все и сможет пользоваться в аспекте модного нынче лозунга «равных возможностей» благами цивилизации. Однако внешняя среда ставит не те запросы по отношению к людям с особенностями развития: они никогда не станут как все. Но в определенной степени они смогут стать равными потребителями, более того, их возможности в этом плане могут быть даже выше, чем у среднестатистического человека. Возможно, в этом проявляется их изначальная зависимость от техники. В связи с этим стоит заметить, что, если нарушения развития пока не могут быть компенсированы за счет технических средств (интеллектуальная недостаточность, ранний детский аутизм и проч.), возникает вопрос, как вывести этих людей на приемлемый уровень потребления? В ответ возникает система социальной поддержки, которой пользуются, прежде всего, родители. Одним из извращений данной

системы является тот факт, что существует определенная категория родителей, которая покупает инвалидность для своих здоровых детей, чтобы иметь социальные льготы. Иногда это делают для всех детей в семье!

Как ни странно, все это свидетельствует о дегуманизации общества. Конкретный ребенок, как человек, не интересен ни родителю, ни специалисту. Он – либо не-до ребенок для родителя, либо клиент для специалиста. Ребенка с его потребностями и желаниями никто не слушает. Если он вписывается в мое понимание нормы, я с ним буду общаться в этом узком сегменте нормы. Если не вписывается, то нужно сделать, чтобы вписывался. Но именно мать – первый значимый-другой для ребенка. Основная ответственность за развитие ребенка с особенностями развития лежит на родителе до тех пор, пока ребенок не станет способным к социализации.

### **Эстетика гендерных отношений и современные церковные традиции**

Один из ключевых вопросов, связанных с жизнью и смертью – вопрос пола и собственно межполовых отношений. Часто мы слышим призывы к воздержанию и вообще отрицанию чувственных, эмоционально-телесных межполовых отношений, спектр которых весьма многогранен. Это приводит к ужасным последствиям с точки зрения воспитания детей вообще, и к катастрофическим последствиям в области воспитания детей с особенностями развития. И дело даже не только в том, что люди с особенностями развития более чутки ко лжи, но и в том, что само взрослое, доминирующее культурное сообщество не может решить собственные экзистенциальные вопросы, но пытается прикрыть их за счет слабых.

Матери, не имея здоровых чувственных контактов с мужьями, начинают либо разыгрывать их со своими детьми, либо, наоборот, полностью игнорируют эмоционально-телесные контакты, воспитывая детей с нарушениями аутистического спектра. Есть страшные проблемы, о которых даже в профессиональных сообществах предпочитают не говорить, так как никто не может ничем помочь. Я имею в виду инцестуальные связи матерей со своими выросшими сыновьями с интеллектуальной недостаточностью или проблемами психического здоровья. Никто не может родителям помочь реализовать свои эмоциональные и телесные потребности, а те, в свою очередь, не имеют возможности помочь своим детям, имеющим, ко всему прочему, особенности развития, и естественные потребности, которые они не только не могут реализовать, но и осмыслить.

Вопрос интимных отношений с другим полом людей с особенностями развития во многом табуирован из-за того, что сами родители не имеют собственного положительного опыта таких отношений и под давлением

государства и церкви, которые ведут свою собственную политику в этом направлении, занимаются в частности репрессивной педагогикой пола. Однако по вопросу межполовых отношений можно говорить, что само доминирующее культурное сообщество не может предложить универсального решения, которое удовлетворило бы всех членов этого сообщества. Об этом свидетельствует в частности проблема нетрадиционной сексуальной ориентации. Не знаю, каковы должны быть эти отношения в контексте людей с особенностями развития, в частности людей с ментальной инвалидностью или проблемами психического здоровья, и надо ли их решать таким образом, как в некоторых странах Западной Европы, когда представительниц древнейшей профессии специально обучают общаться с лицами с особенностями развития. Думаю, все же стоит здесь также идти в направлении создания субкультурного сообщества, в котором будут найдены адекватные решения по этому вопросу в контексте жизни этого сообщества.

Представители доминирующей культуры часто пытаются запретить людям с особенностями развития делать то, что не соответствует представлениям о формах и способах человеческой коммуникации в данном сообществе, но что является весьма органичным и естественным для этих людей. Более того, очень часто не считают, что у них вообще есть какие-то специфические потребности.

Культура начинается с завета, но продолжается в любви. А любовь – это конкретные действия. А мы уже не помним, что является действием, которое выражает любовь. Нас не научили этому (я говорю о ситуации в России, хотя, возможно, и о ситуации в индустриализованном обществе). Мы страдаем от дефицита любви по отношению к себе и не имеем возможности дарить ее другим. Мы руководствуемся принятыми правилами и забываем о непосредственных ощущениях. Мы продолжаем рационализировать даже там, где уже давно рационализация не работает. Человек с особенностями развития помогает нам заново открыть самих себя. Как говорит герой нашего спектакля «Отдаленная близость» с позиции человека, имеющего психиатрический диагноз: «Я есть отражение страхов и внутренних переживаний нормальных людей».

### **Игра и театр как универсальные способы коммуникации**

Игра и как высшая ее форма – театр позволяют формировать рефлексивный тип поведения у любого человека, независимо от нарушений его развития. Трудно понять: что такое игра? И это, несмотря на то, что, как говорил Йохан Хейзенга, Игра была прежде культуры. Однако, как практик, проработавший почти 25 лет с детьми с выраженными нарушениями психофизического развития, я могу засвидетельствовать этот факт. Но, пожалуй, лишь театр, как форму выражения желания и преодоление определенного напряжения, вызывающего мобилизацию всех ресурсов

человека, можно использовать в качестве критерия самосознания индивидуума или группы индивидуумов.

Но театр людей с особенностями развития предполагает формирование новых эстетических критериев, как для тех, кто в нем участвует, так и для тех, кто его смотрит. Именно через театральное творчество человек может собрать свой внутренний мир, т.к. именно актер имеет, как материал для творчества, себя самого. И именно на пике Игры может произойти прорыв к трансцендентному (причем у каждого же свое трансцендентное!). И абсолютно неважно, есть ли у человека при этом ограниченные возможности здоровья или нет, перед Игрой все равны. И благодаря Игре – Театру и возникает ис-целение, т.е. собирание целостности. Мне нравится изречение Йозефа Бойса, которое для русского человека звучит несколько революционно: «Произведение искусства – это самая большая загадка, а человек – это ответ».

Делегирование ответственности человеку с особенностями развития дает ему шанс выйти на индивидуальное поле творческой, да и вообще любой посильной для него деятельности. А поскольку часто мы не можем быть уверены в возможностях человека, нам приходится обращаться к человеку с надеждой, но без уверенности, что мы достигнем понимания. Иногда это приносит неожиданный результат, иногда не приносит, и тогда мы корректируем свой запрос, а иногда сама ситуация доверия как бы вытягивает человека и расширяет его возможности.

Мне близки слова Андрея Тарковского: «В какой-то мере человек творит на пути к истине. Это его способ существовать, и вопрос о творчестве («Для кого люди творят? Почему они творят?») суть вопрос безответный. На самом деле у каждого художника не только своё понимание творчества, но и своё собственное вопрошение о нём». [3] Можно ли говорить о том, что творчество перерастает в искусство там, где у художника формируется вопрошение? Но что есть вопрошение? Насколько оно сознательно? Или что есть сознательность?

«...подлинный художник, а более того — гений, являются рабами дара, которым они наделены. Они обязаны этим даром людям, питать которых духовно и служить им были избраны». [3] Вот он - импульс к творческой деятельности каждого человека, в том числе человека с особенностями развития. Другое дело, что каждый должен заплатить свою цену за право быть тем, кем призван.

### **Эстетика и познание**

«Только в эстетической сфере мы можем рассуждать о постижимости мира. При отсутствии какого-либо определяющего познавательного акта мир адаптирован к нашему сознанию только в эстетическом пространстве». [2]

«Именно в эстетической сфере предоставляется возможность схватить само отношение наших познавательных способностей к реальности. В эстетическом опыте субъект испытывает наслаждение от собственной внутренней целостности и связанности. Неожиданное и мгновенное выдвигание на первый план гармонического соответствия наших способностей дает ощущение их глубочайшей прилаженности к миру, их «пригодности» для реальности. Но это же является и условием их конечности, поскольку эстетическая точка зрения не может быть экстраполирована за пределы индивидуального сознания». [2] Первые доминантные впечатления человека запечатлеваются и становятся для него эстетическим чувством-базисом, на основании которого он строит здание своего сознания. «В присутствии красоты мы переживаем острейшее чувство приспособленности нашего сознания к реальности. В процессе переживания возвышенного мы осознаем границы нашего воображения и ощущаем непостижимость мира во всей его целостности. Эстетическое не дает нам познания; оно предлагает нечто более глубокое. Мы получаем осознание того, что в этом мире мы «всегда дома», ибо он каким-то таинственным образом задуман в плане соответствия нашим познавательным способностям. И это понимание посещает нас намного раньше любой теоретической демонстрации. Если принять во внимание известное положение Хайдеггера о ностальгии как фундаментальном настроении философствования, то сам позыв к вопрошанию будет являться эстетическим». [2] А если наш дом – это машина, нас питающая, то каково будет наше эстетическое?

Занимаясь театральной деятельностью в сфере театра с участием людей с ограниченными возможностями здоровья, мне приходится неоднократно сталкиваться с различного рода эстетическими клише и пытаться влиять на изменение эстетических парадигм зрителей. Более того, если эстетическая парадигма не меняется, то зритель не понимает и не принимает того, что демонстрирует ему театр, находящийся в постоянном становлении. Если театр демонстрирует только то, что зритель готов воспринимать как прекрасное, то мы попадаем в сферу так называемого массового искусства. Но искусство тяготеет к разрушению старых норм и созданию новых. Очень часто эта трансформация происходит в сфере восприятия того или иного художника или группы художников (к каковым можно отнести и театральные труппы) – они как-то иначе начинают воспринимать мир и постепенно начинают транслировать его зрителям и слушателям.

Блаженный Августин вопрошал: «Тот, кто желает познать себя, знаешь ли ты, что существуешь? Знаю. Откуда ты это знаешь? Не знаю. Чувствуешь ли ты себя как простую или сложную субстанцию? Не знаю. Знаешь ли ты, что движешься? Не знаю. Знаешь ли ты, что мыслишь? Знаю» [1]. В ситуации человека с выраженным нарушением телесно-аффективной регуляции ответом на этот вопрос будет: Нет. У него какой-то другой способ

постижения реальности. Нельзя сказать, что у нас нет такого способа, но мы для себя выбрали другую акцентуацию, точнее впитали свое эстетическое с молоком матери, а она, по всей видимости, приняла эти идеи от отцов-мыслителей эпохи Просвещения. А человек с особенностями развития имеет иную акцентуацию восприятия. Мы можем попытаться его понять, а вот ему практически невозможно понять нас, если мы разговариваем на языке интеллекта, а не тела и эмоций.

### **Смерть и жизнь**

Основные границы антропологии – рождение и смерть и отношение к ним. В начале пути в современном цивилизованном обществе человек представляет ценность для родителей и ближайшего окружения, а также для социума вообще, который выхаживает или не выхаживает его. В процессе жизни человек должен актуализировать свой потенциал и оправдать возложенные на него ожидания родителей и социума. Иногда эти ожидания совпадают, иногда нет. При этом есть ожидания социума, связанные с культурной компонентой, государственным строем и т.д. Возможно, социум, который дает жизнь недоразвитым в утробе детям, должен быть более ответственен за это действие и создавать условия, чтобы эти дети, вырастая, имели возможность быть активными, продуктивными и деятельными, то есть приносили пользу этому обществу.

Есть ожидания с точки зрения Трансцендентного, где существует неопределенность, неожиданность, тайна Бытия и существования человека в Нем. Однажды я понял (в контексте мысли Хайдеггера: только человек умирает, животное околеваает), что, когда мы боимся смерти другого человека, мы не даем человеку жить. Я думаю, что люди с интеллектуальной недостаточностью и проблемами психического здоровья только тогда будут нами восприняты как люди, когда их смерть станет для нас значимой, то есть они настолько будут укоренены в нашем бытии, что смогут принять свою смерть. У нас был в театральной студии Рамиль, который внезапно умер. Он жив в студии, мы иногда вспоминаем его реакции, его смех. Он внутри каждого из тех, с кем он жил. Он не околел! Он умер! И светлая - действительно светлая - ему память! И он был по-своему удивительно целостным человеком, несмотря на то, что имел так называемую интеллектуальную недостаточность и, кстати, удивительным образом осознавал разорванность своего сознания в духе апостола Павла. Принятие человеком своей смертности открывает ему перспективу биографии, уводя от чистой биологии. Каждый человек должен стать для кого-нибудь, кроме родителей, значимым другим. Иначе он так и не станет членом человеческого сообщества, и его смерть не будет замечена. Человек с особенностями развития демонстрирует нам непосредственную тайну Бытия – Бытие человека в чистом виде, безоценочно. А от нас зависит, как оценить его послание. Именно мы сделаем или не сделаем из него инвалида.

## **Многоточие**

С древних времен человечество мучает вопрос о пути/судьбе человека, его отношениях с трансцендентным. Если упростить и обобщить ситуацию, то можно сказать, что у человека всегда было представление о том, что что-то находится в сфере его понимания и он может своими поступками на это влиять, а что-то вообще необъяснимо и причина эта находится в некоей тайной области, которую человек может чувствовать, может входить с ней в некое общение, но не может ее произвольно изменить. Но важно не переставать вопрошать Отца: «Что такое хорошо и что такое плохо?»

В начале своей работы с детьми с особенностями развития я, как и все обычные люди, испытывал страх перед инвалидами. Они не были еще для меня ценными. Мне посчастливилось тогда встретиться с Жаном Ванье<sup>3</sup>, которого я и спросил: что мне делать с ребенком с инвалидностью? Жан Ванье ответил: «Подойди к нему, посмотри в глаза, обними. Выйди с ним в сад, посмотрите вместе на небо, и ты поймешь, что с ним делать...» Слушать и слышать – вот что предлагал мне тогда Жан и это то, чему можно учиться всю жизнь.

### *Список литературы*

1. Блаженный Августин. Исповедь. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.vehi.net/avgustin/ispoved/13.html>
2. Найман Е.А. Эстетизм хайдеггеровской онтологии. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.lib.tsu.ru/mminfo/000063105/277/image/277-073.pdf>
3. Последнее интервью Андрея Тарковского «Красота — символ правды» // Медиа-архив «Андрей Тарковский» [Электронный ресурс]. URL: <http://www.tarkovskiy.su/texty/Tarkovskiy/interwuiu.html>

## **Активная музыкальная деятельность в комплексной реабилитации лиц с ментальными нарушениями**

*Новикова Л.М.*

*СПбГ БУЗ ПНД5, Санкт-Петербург*

В последние годы происходят существенные перемены в системе обучения и воспитания детей с нарушением интеллекта. Сформулированы основные теоретические положения специального образования, определены

---

<sup>3</sup> Жан Ванье (фр. Jean Vanier, 10 сентября 1928, Женева) — известный канадский педагог и общественный деятель, основатель международной гуманитарной организации «Ковчег», которая оказывает помощь людям с проблемами умственного развития. В молодости Жан Ванье, сын известного дипломата, был офицером морского флота и служил на авианосце. Осознав бесперспективность военных усилий, оставил службу и стал изучать и позже преподавать философию. Позже основал в 1964 г. движения «Ковчег» и в 1971 г. «Вера и свет» (для родителей умственно отсталых детей). Движения «Ковчег» и «Вера и свет», по словам их основателей, носят экуменический характер.

типологические особенности, выявлены механизмы ранней дифференциальной диагностики и разрабатываются интегративные подходы к системе обучения и воспитания детей данной категории (Л.Б. Баряева, И.М. Бгажнокова, И.А. Грошенко, Е.А. Екжанова, С.Д. Забрамная, Р.И. Лалаева, И.Ю. Левченко, В.И. Лубовский, Д.М. Маллаев, Н.Н. Малофеев, В.М. Мозговой, М.Н. Перова, В.Г. Петрова, Е.А. Стребелева, Д.Н. Исаев, Л.М. Шипицына и др.). Однако, остается актуальным вопрос психологического сопровождения взрослых людей с ментальными нарушениями вышедших за пределы школы, или не получивших по тем или иным причинам специального образования. Взрослые люди, либо трудоустраиваются, если это позволяет степень выраженности нарушения и достаточное развитие социальных навыков, либо ведут самостоятельную жизнь в рамках семьи.

При отсутствии близких родственников, они остаются воспитанниками интернатов, в стенах которых проводят большую часть времени. Как правило, личность взрослого человека, не посещающего образовательного учреждения, учреждения системы социальной защиты или здравоохранения, не привлекает особого внимания ни психологов, ни психотерапевтов, ни родственников, которые зачастую рассматривают свои обязательства по отношению к последнему, как удовлетворение его бытовых потребностей.

Несмотря на то, что согласно Закону «Об образовании» лица с нарушением интеллекта могут получать среднее образование, профессиональное обучение или переобучение, профессиональную ориентацию, а также дальнейшее трудоустройство, их обучение проводится в специализированных учреждениях, классах, на дому, а трудоустройство осуществляется с большим трудом. Но чаще всего обучение умственно отсталых людей после окончания спецшколы не происходит.

В основе любой российской государственной программы, касающейся людей с нарушениями развития, лежит положение о необходимости РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДА. Однако люди с серьезными нарушениями умственного плана, а тем более имеющие множественные нарушения психофизического развития, как правило, не в состоянии достичь нормального уровня и уже вследствие этого НЕ МОГУТ БЫТЬ РЕАБИЛИТИРОВАННЫ. Поэтому программы с упором на реабилитацию обречены на невыполнимость, и сама по себе ЖИЗНЬ человека с инвалидностью априори считается неуспешной, бесцельной, как СОЦИАЛЬНО БЕСПЕРСПЕКТИВНАЯ.

На мой взгляд, эта ситуация закрепляется существующим механизмом ИПР: вместо планирования необходимых для реабилитации инвалида мер его поддержки ИПР становится механизмом искусственного ограничения его прав, рекомендуя только то, что может без труда предоставить государство, а зачастую – исключительно постфактум, когда услуга уже оказывается и это подтверждено документами. У человека с ментальным и психическим

дефектом, как правило, нарушена логика, он далеко не всегда способен сам знакомиться с людьми и поддерживать дружеские отношения, часто у него нет мотивации к целенаправленным действиям, он не может планировать жизнь и отвечать за последствия своих поступков. Зачастую к этому добавляются нарушения поведения, неумение пользоваться речью, трудности или невозможность самообслуживания и самостоятельного передвижения.

Лишь в единичных случаях эти люди могут сами вести домашнее хозяйство, планировать расходы, рационально тратить деньги.

В основу парадигмы социализации людей с ментальными, множественными, психическими нарушениями взамен концепции реабилитации должна быть положена идея **ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ**, нуждающаяся в разработке и утверждении.

Взрослые люди с нарушением интеллекта, как и другие люди, в большинстве случаев хотят дружить и мечтают о любви и семье, хотят быть нужными, полезными окружающим людям. Даже если фактически они не могут зарабатывать на жизнь, они хотят чувствовать себя занятыми, работающими людьми. Им нравятся посильное движение, занятия спортом; им нравится бывать на людях, в кафе, музеи и театре, ходить в гости. Они могут и умеют творить. Люди с нарушением умственного развития никогда не смогут стать интеллектуалами, но во многих случаях они добры и искренни, способны к глубокому эмоциональному контакту – и в этом зачастую превосходят своих здоровых собратьев.

Будучи уже взрослыми, они по-прежнему нуждаются в дальнейшем вспомогательном образовании. Если оно отсутствует, то не только не происходит формирование новых умений и навыков, но и теряется приобретенное ранее. Получается, что огромный труд педагогов, врачей, психологов, родителей, всех тех, кто участвовал в становлении этих людей, сводится на нет.

В специальной литературе, к которой относятся труды Л.М. Шипицыной, Д.Н. Исаева, О. Шпека, Ж.И. Шиф, Б.И. Пинского, Т.А. Власовой, И.Г. Ерёменко, Х.С. Замского, В.Г. Петровой, В.И. Лубовского и др. высказывается справедливое мнение о том, что для полноценной социализации лиц с нарушением интеллекта вспомогательное обучение должно осуществляться на протяжении всей жизни. Считаю необходимым подчеркнуть, что при этом речь идет не о развитии навыков общения или социально-бытовых навыков, которые люди с умственными нарушениями довольно быстро теряют, а о становлении **ПОДЛИННЫХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ** в группе людей.

Я считаю необходимым научить их обращать внимание на настроение и проявление чувств окружающих, испытывать радость и сострадание, помогать друг другу и т. п.

В сфере психологического сопровождения таких пациентов ситуация характеризуется неустойчивостью и неясностью. Актуален вопрос

разработки психокоррекционных методик работы с взрослыми. Уровень теоретической и практической разработанности проблемы психологического сопровождения умственно отсталых взрослых видится нам абсолютно неадекватным степени ее актуальности и ее социальной значимости.

Одним из направлений психокоррекционной работы в данном направлении может быть специально организованная активная музыкальная деятельность, способствующая личностному развитию, развитию связной речи как средства полноценной коммуникации, коррекции эмоциональных и поведенческих расстройств, формированию новых представлений об окружающем мире, расширению круга общения, развитию коммуникативных способностей в целом.

Для осуществления качественной поддержки человека с умственной отсталостью необходимо восприятие его личности как «собственной инстанции морально-эстетических ценностей и поступков, как человека, обладающего собственной сущностью, чувствующего себя отдельным от окружающего мира» (О.Шпек, 2003). Нет ответов на вопросы о том, какие переживания испытывает взрослый человек с металными нарушениями когда сталкивается с жизненно-важными проблемами, нет представлений о том, какова система оценки подобных ситуаций.

Но как справедливо замечал Л.С. Выготский, «нельзя выявлять умственную отсталость на чисто отрицательном определении, нельзя опираться на то, чего (...) не хватает, на то, чем человек не является. Но нужно иметь, представление о том, чем он обладает, что он из себя представляет».

В последние годы терапия искусством в деятельности психиатрических учреждений играет все более заметную роль (Е.Бурно, Б.Карвасарский, А.Копытин, А.Строганов).

Развитие биопсихосоциального подхода к лечению психических заболеваний, совершенствование внебольничной помощи ведут к изменениям в работе психиатрических учреждений.

Активная музыкальная деятельность умственно отсталых людей – это художественное новообразование личности. Коррекционно-развивающие и психотерапевтические возможности таких занятий связаны с предоставлением пациенту практически неограниченных возможностей для самовыражения и самореализации, как в процессе творчества, так и в его продуктах, утверждением и познанием своего «Я».

Интерес к результатам коллективного музицирования со стороны окружающих, принятие ими продуктов творческой деятельности обеспечивает решение важнейшей задачи – адаптации посредством музыки и музыкально-исполнительской деятельности в макросоциальной среде. Только от людей зависит, какую роль играет в их жизни искусство. Но если человек, имеющий ментальные нарушения чувствует себя музыкантом, необходимо, чтобы его и воспринимали так.

Опираясь на личный опыт, можем с уверенностью утверждать, что погружение пациентов в процесс активного музицирования помогает решить ряд психологических проблем: чувство одиночества, страхи, эмоциональное отвержение, агрессия, тревожность, конфликтные межличностные и внутрисемейные отношения.

Однако зачастую использование музыки для решения задач психокоррекции осуществляется без учета формирования собственно эстетической культуры людей данной категории, а так же без учета возможного терапевтического воздействия музыки.

Организуемые в учреждениях психоневрологического профиля музыкальные занятия отвечают по большей части задачам организации досуга или занятости.

Не выявлены и не обоснованы с позиций современных научных достижений сущностные характеристики процесса формирования основ музыкальной культуры взрослых умственно отсталых людей. Не определены и не исследованы в практической деятельности условия, детерминирующие данное явление.

Ошибочно считать, что в музыкальной деятельности эти люди будут только «берущими». Выражая свои ощущения, потребности, фантазии они предлагают окружающим совершенно иной способ, иной ракурс видения мира. Им должен быть дан шанс превратить свое творчество из второстепенного занятия в главное дело жизни.

Поэтому роль «музыканта, певца, солиста хора или оркестра» представляет для них возможность выйти из установленных рамок «необучаемого», «ничегонемогущего», и «опекаемого».

Творческие способности людей с нарушением интеллекта, нарушениями эмоционального развития могут стать общественно-воспринимаемыми.

Готова утверждать, что из их кропотливого творческого труда рождаются не «ограниченные возможности здоровья», а специальные творческие способности.

Важно, чтобы только они имели равные шансы с людьми обычными для самовыражения, а значит устройства своей жизни и гармоничного вхождения в систему социальных отношений.

## **Теоретико-методологические проблемы психологической реабилитации**

*Тюрин А.В.  
Московский государственный  
гуманитарно-экономический институт*

В литературе описаны несколько моделей реабилитационного процесса. Любая из них в своей основе имеет три компонента реабилитации: медицинский, психологический и социальный. Однако каждый из разработчиков этих моделей делает упор на какую-либо одну сторону реабилитации. Так, например, в модели М.М. Кабанова (1978) на первый план выступает медицинская реабилитация, а в модели Т.В. Зозули (2005) – ее социальный компонент. При этом две других составляющих оказываются в неравном, зависимом положении. К тому же они ограничены во временном масштабе. Учитывая эти замечания, мы предложили свою концепцию комплексной реабилитации.

Кратко опишем рассматриваемую модель комплексной реабилитации инвалидов. Реабилитационный процесс представляет собой многолетнюю систему мер, направленных на максимально полное восстановление утраченных возможностей. В многолетней комплексной реабилитации инвалидов выделяются три основных этапа – восстановительное лечение, психолого-педагогическую адаптацию и социальную реабилитацию. Во всех этапах реабилитации присутствует медицинская, психологическая, педагогическая и социальная составляющая. Однако, титульный аспект реабилитационного процесса является приоритетным. Под восстановительным лечением понимается медицинские меры по преодолению ограничений жизнедеятельности, применяемые к человеку со стойкими необратимыми, патологическими изменениями, нарушениями функций органов и систем. Пострадавшие функции могут быть восстановлены полностью, компенсированы или замещены. Психологическая помощь пациенту на этапе восстановительного лечения сосредоточено на изменение стереотипов, на формирование активной личностной позиции с целью преодоления последствий болезни. Весь комплекс изменений психической деятельности формируется в процессе адаптации человека к изменяющимся жизненным условиям и оказывает влияние на психологическую компенсацию больного. На основании информации об изменениях во взаимоотношениях со средой, в связи с изменившейся «биологической ситуацией» формируется внутренняя картина болезни, которая создает предпосылки для формирования адекватного состоянию мотивации, направленной на преодоление болезни (дефекта), на использование эффективных способов взаимоотношения со средой. В целом звено восстановительного лечения характеризуется как воздействие на объект, требующий помощи. Таким объектом реабилитации является пациент с его проблемами.

Психолого-педагогическая адаптация инвалидов является важным звеном в комплексной адаптации человека со стойкими нарушениями здоровья в современном мире. Ее задачи различаются в зависимости от возраста пациента.

Психолого-педагогическая адаптация – система педагогических и психологических мероприятий, направленных на облегчение социализации инвалидов. Психологическая помощь инвалиду начинается со сбора психологического анамнеза о течении болезни и жизненном пути пациента, который выявляет субъективный его мир. Педагогическая реабилитация инвалидов зависит от возрастных показателей инвалидов и основывается на реализации конституционного права гражданина России на образование. Образование инвалидов является составной частью комплексной реабилитации и призвано обеспечить равные возможности доступа к образовательной системе. Медицинское восстановление в ходе процесса обучения направлено на поддержание достигнутого уровня состояния здоровья и профилактику возможных обострений заболевания. Важную роль в этой работе играет лечебная физкультура и спортивные занятия. В ходе этой работы необходимо оптимизировать двигательную нагрузку на пациента. В результате правильно подобранной нагрузки нормализуются механизмы регуляции, совершенствуются и повышаются адаптационные возможности организма больного к динамически изменяющимся условиям среды. Социальная реабилитация инвалидов в психолого-педагогическом звене системы комплексной реабилитации заключается в развитии культурного уровня и создании активной жизненной позиции, помощь в решении проблемы создания семьи, рождение детей.

В целом психолого-педагогическое звено комплексной реабилитации можно охарактеризовать как объектно-субъектную часть реабилитационного процесса. Инвалид здесь выступает как объект, на который направлены усилия специалистов в первую очередь педагогического звена, в то же время он является субъектом этого процесса. Субъектность инвалида здесь проявляется в форме самостоятельного сознательного выбора специальности, возможности найти наиболее подходящее для себя увлечение и сформировать свой микросоциум.

Третьим этапом данной концепции является социальная реабилитация. После окончания обучения субъект начинает свою самостоятельную жизнь. При этом на первый план выступает проблемы социализации индивидуума. Для успешной социализации человека с ограничением ОДС необходимо организовать удобную среду обитания. В случае правильной организации адаптивной среды проживания и труда человека с ограниченными двигательными возможностями он может успешно адаптироваться в общественную жизнь. Проведение этой работы расширяет не только адаптационные возможности организовать удобную среду обитания. В случае правильной организации адаптивной среды проживания и труда человека с ограниченными двигательными возможностями он может успешно адаптироваться в общественную жизнь. Проведение этой работы расширяет не только адаптационные возможности инвалида-опорника, но и облегчает жизнь некоторой части общества, которые не имеют грубых

отклонений в двигательной сфере. Например, это люди пожилого возраста, молодые родители с колясками. Таким образом, приспособленная среда повышает адаптационные возможности опорника, но и окружающего его общества. Можно назвать данный процесс социальной инклюзии. Если рассматривать медицинскую и психолого-педагогическую составляющую социального этапа, то она носит поддерживающий характер.

Таким образом, выше показана система комплексной реабилитации инвалида. Она сопровождает его на протяжении всей жизни в условиях ограниченных двигательных возможностей. Социализация индивида проходит за счет развития психологической адаптации с учетом его медицинских и социальных возможностей. Психолого-педагогическая реабилитация инвалидов является ведущим звеном в описанной выше концепции. Следовательно, профессиональное образование занимает центральное место в социализации людей с ОДС.

Поскольку данная конференция проходит в стенах психолого-педагогического вуза, то вернемся ко второму этапу нашей концепции. Здесь нас будет интересовать механизмы психолого-педагогического воздействия в ходе образовательного процесса. Перечислим лишь некоторые из них. В процессе обучения в вузе повышается профессиональная компетентность, усложняется механизм самостоятельности за счет индивидуализации высказываемых предложений в процессе выполнения предлагаемых задач, появляются элементы творчества. Все эти механизмы способствуют развитию личности будущего специалиста из числа лиц с ОВЗ и способствуют их профессиональному росту и достижению определенных вершин, которые могут облегчить их трудоустройство, обеспечить их профессиональное будущее.

## **Раздел 2. Личность человека с ограниченными возможностями здоровья в фокусе психологической реабилитации**

### **Личностные ресурсы студентов с ОВЗ как фактор преодоления учебных трудностей**

*\*Александрова Л.А., \*\*Бобожей В.В.  
\*ВШЭ, \*\*МГППУ, Москва*

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ, проект № 13-36-01049 «Исследование развития личности учащихся с ограниченными возможностями здоровья в условиях профессионального образования»

В связи с ростом числа студентов с ОВЗ и инвалидностью в университетах и колледжах, назрело смещение акцентов. Сначала в центре внимания были такие вопросы, как доступность физической среды, свобода перемещения и отношение к студентам с инвалидностью. Однако, теперь все более актуальными становятся вопросы, касающиеся специфики самой учебной деятельности таких студентов

Начало исследованию восприятия студентами с ОВЗ учебного процесса было положено сравнительно недавно. Было выявлено, что почти половина студентов с ОВЗ сталкиваются в ходе учебы с барьерами, обусловленными ограничениями по здоровью: 22% студентов с ОВЗ – на лекциях; 13% – при обучении вне учебных корпусов; 21% – при использовании библиотеки; 17% – при использовании публичного IT-оборудования; 34% – при письменных работах; 30% – в ходе сдачи экзаменов [2].

При исследовании процесса обучения студентов с инвалидностью зарубежными авторами было выявлено, что они испытывают как общие для всех студентов, так и специфические трудности. Так, студенты с ОВЗ испытывали трудности при ведении записей, при использовании учебных зданий и помещений, а также с получением учебных материалов в необходимом им формате. Им чаще не хватает времени для чтения учебного материала по курсу, сложно выполнять работы в те же сроки, что обычным студентам. Трудности касались не только самого процесса работы с учебным материалом, но и процесса оценивания со стороны преподавателей. Все это свидетельствует о наличии специфических вызовов, с которыми сталкиваются студенты с ОВЗ в процессе обучения в высшем учебном заведении, которым пока не уделяется должного внимания [3].

Мы рассматриваем социально-педагогический колледж при МГППУ как один из удачных примеров состоявшейся инклюзивной образовательной среды. Студенты с ОВЗ, являясь участниками образовательного процесса, находятся практически в ситуации тьюторского сопровождения, которое

строится на постоянном рефлексивном соотнесении их достижений с интересами и устремлениями. Преподаватели 1) помогают студентам с ОВЗ получить образование и освоить мир здоровых людей; 2) осуществляют педагогическое просвещение родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья; 3) способствуют формированию адекватного отношения в учебной группе к учащимся с ОВЗ.

Содержание, специфика и успешность деятельности преподавателя в колледже со студентами с ОВЗ обуславливается многими факторами: спецификой нарушений развития студента, уровнем его активности, наличием специальных условий обучения студентов с ОВЗ, методических разработок, наполняемостью группы, уровнем профессиональной компетентности самого специалиста. Вся работа с такими учащимися строится в комплексном взаимодействии с другими специалистами колледжа: психолог, социальные педагоги, куратор группы. Каждый преподаватель получает от психологической службы колледжа индивидуальные рекомендации на студентов с ОВЗ, где прописаны основные моменты организации образовательного процесса с учетом индивидуальных особенностей студента.

Исследование, проведенное на базе СПК МГППУ весной 2013 года, было сфокусировано на том, как и за счет чего справляются учащиеся колледжа с вызовами и задачами, возникающими в ходе учебы, а также на оценке самих трудностей. В нем приняли участие 23 учащихся с ОВЗ и 52 условно здоровых учащихся.

Были использованы следующие психодиагностические методики, оценивающие состояние личностных ресурсов и уровня социально-психологической адаптации: шкала диспозиционной витальности Р. Райана и С. Фредерик в адаптации Л.А. Александровой, Д.А. Леонтьева; тест смысложизненных ориентаций СЖО Д.А. Леонтьева; тест жизнестойкости С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой; шкала общей самоэффективности Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека; Опросник копинг-стратегий COPE Ч. Карвера и др. в адаптации Гордеевой, Е.Н.Осина, Е.И. Рассказовой и др., методика СМОЛ В.П.Зайцева [1].

Мы дополнили исследование личностных ресурсов оценкой трудностей, с которыми сталкиваются студенты как в самом учебном процессе, так и в связи с состоянием своего здоровья. Для оценки трудностей, которые испытывают студенты в учебе, был переведен опросник, разработанный для оценки учебных трудностей, испытываемых студентами университета [3:р.652]. Опросник состоит из 8 пунктов, касающихся возможных трудностей, которые испытывают студенты в процессе обучения. Предлагается пять вариантов ответов: от «абсолютно согласен» до «абсолютно не согласен», затем полученные оценки суммируются; суммарный показатель отражает степень трудностей, которые испытывает конкретный студент при освоении учебной программы.

Для того, чтобы оценить роль ограничений, связанных с болезнью, был составлен опросник на основе методики WHODAS, применяемой специалистами ВОЗ для оценки ограничений у лиц с инвалидностью [4]. Мы просили учащихся оценить степень трудностей, которые они испытывали в связи с состоянием своего здоровья в течение последних 30 дней. При факторизации часть вопросов была удалена, а оставшиеся, согласно полученным факторным нагрузкам, сформировали две шкалы, которые были предварительно названы 1) «Ограничения в повседневной жизни, связанные с состоянием здоровья» и 2) «Ограничения в деятельности, в том числе, учебной, связанные с состоянием здоровья». Каждая из шкал состоит из 12 пунктов, оцениваемых по пятибалльной шкале от «несколько» до «чрезвычайно»; далее оценки суммируются согласно сформированному на основе факторного анализа ключу в две шкалы, а также в общую шкалу, представляющую собой сумму первых двух.

Анализ результатов показал, что, во-первых, между условно здоровыми учащимися и учащимися с ОВЗ не было выявлено достоверных различий в отношении трудностей, испытываемых ими в учебном процессе. Было обнаружено лишь одно значимое различие по одному из пунктов опросника: студентам с ОВЗ существенно труднее долго писать во время экзаменов и контрольных работ ( $p < 0,05$ ). Трудности же при ведении записей, необходимости долго слушать преподавателя, при чтении материала по курсу, передвижение по учебному корпусу, при работе с наглядным материалом по курсу, при устных ответах перед аудиторией, а также проблемы, возникающие с правильностью написания и произнесения слов, оцениваются здоровыми студентами и студентами с ОВЗ одинаково.

При использовании опросника, разработанного на основе WHODAS, были получены следующие результаты. По шкале «Ограничения в деятельности, в том числе, учебной, связанные с состоянием здоровья» различий между учащимися с ОВЗ и здоровыми учащимися также не было выявлено. Это касалось как самой шкалы, так и всех входящих в нее пунктов: насколько состояние здоровья мешало добираться до места учебы, присутствовать на занятиях, на должном уровне выполнять учебные задания, выполнять учебные задания полностью, выполнять задания так быстро, как требуется, участвовать в общих мероприятиях наравне с остальными учащимися и др. Следовательно, в колледже действительно создана психологически комфортная образовательная среда, и учебный процесс идет с учетом особенностей учащихся с ОВЗ. Более того, отсутствие различий между студентами с ОВЗ и условно здоровыми само по себе является доказательством того, что инклюзивная образовательная среда в учебном заведении создана.

Однако, по шкале «Ограничения в повседневной жизни, связанные с состоянием здоровья» данного опросника результаты учащихся с ОВЗ и условно здоровых существенно различались как по самой шкале ( $p < 0,05$ ), так

и по отдельным ее пунктам. В повседневной жизни учащиеся с ОВЗ испытывают существенно более выраженные трудности, связанные с состоянием своего здоровья, нежели их здоровые сокурсники. Они касались, например, способности не забывать сделать важные вещи ( $p < 0,01$ ), анализировать и решать повседневные проблемы ( $p < 0,05$ ), самостоятельно делать все необходимое для себя ( $p < 0,05$ ), поддерживать дружеские отношения, ладить с близкими людьми.

Различия по общей шкале трудностей, связанных с состоянием здоровья, были ожидаемы. У учащихся с ОВЗ состояние здоровья оказывает гораздо более выраженное негативное воздействие на жизнедеятельность в целом, чем у учащихся без ОВЗ ( $p < 0,05$ ). Однако, в основе этих различий – не учебная деятельность и связанные с ней нагрузки, а ограничения в повседневной жизни.

Необходимо учитывать, что учащиеся оценивали свои трудности, исходя из своей привычной, субъективной нормы. Поэтому, например, не было обнаружено различий по вопросам, касающимся необходимости стоять больше 30 минут, выходить из дома, пройти пешком больше километра, делать повседневные домашние дела в обычном темпе и объеме.

При анализе корреляционных матриц выявлены как общие взаимосвязи, характерные для обеих групп учащихся, так и специфические, характерные для каждой в отдельности. Для группы студентов с ОВЗ  $N=23$  как информативные рассматривались коэффициенты корреляции Пирсона  $r > |0,42|$  при  $p < 0,05$ , для группы условно здоровых  $N=52$   $r > |0,29|$ , при том же уровне значимости.

Так, у учащихся с ОВЗ при выраженных учебных трудностях оказываются сниженными практически все личностные ресурсы: субъективная витальность, самоэффективность, жизнестойкость, склонность использовать такие стратегии совладания с трудностями, как позитивное переосмысление, активное совладание, планирование при решении проблем, внутренняя мотивация учебной деятельности, мотивация достижения; показатели по 2 шкале СМОЛ (пессимистичность) возрастают. У условно здоровых учащихся при наличии учебных трудностей то же происходит с осмысленностью жизни, жизнестойкостью, способностью к позитивному переосмыслению проблем; пропадает мотивация к учебе, растет склонность к отрицанию проблем, и показатели шкал 2 (пессимистичность), 6 (ригидность) и 9 (оптимистичность). Следовательно, наличие выраженных учебных трудностей по-разному сказывается на учащихся, в зависимости от наличия или отсутствия у них ограничений по здоровью.

При выраженных ограничениях в повседневной жизни, связанных со здоровьем, у учащихся с ОВЗ снижаются витальность и самоэффективность, жизнестойкость, способность к позитивному переосмыслению проблем, юмору, зато растет склонность использовать такие стратегии, как

поведенческий уход, отрицание, обращение к религии и принятие, а также шкала 2 (пессимистичность).

Парадоксально, но у условно здоровых учащихся ограничения в повседневной жизни, связанные со здоровьем, оказывали более выраженное негативное влияние на рассматриваемые личностные ресурсы и уровень социально-психологической адаптации, чем у учащихся с ОВЗ. У них наблюдается снижение жизнестойкости и осмысленности жизни, повышение показателей почти всех шкал, кроме шкалы 2, 3, 7 (пессимистичность, демонстративность и тревожность), пропадает мотивация к учебе, место конструктивных стратегий совладания с трудностями занимают защитные (отрицание, поведенческий уход, прием успокоительных).

Ограничения в учебе, связанные со здоровьем, показали существенно меньше значимых взаимосвязей в обеих группах. У учащихся с ОВЗ при наличии таких трудностей возрастают показатели таких шкал СМОЛ, как 1, 2, 3, 7, то есть, усиливаются пессимистичность, тревожность, демонстративность и невротический сверхконтроль. У условно здоровых повышение по этой шкале сопровождается ростом показателей по шкале 9 (оптимистичность) и склонности к отрицанию проблем.

Говоря о суммарном показателе, отражающем ограничения жизнедеятельности в целом, связанные с состоянием здоровья, можно отметить, что у студентов с ОВЗ он вобрал в себя практически все взаимосвязи, которые обнаружены при рассмотрении отдельных шкал, кроме отрицательной взаимосвязи с субъективной витальностью. А вот у условно здоровых учащихся число взаимосвязей с рассматриваемыми личностными ресурсами стало несколько меньше. Так, общие ограничения жизнедеятельности, связанные со здоровьем, не связаны у них с жизнестойкостью, существенно менее тесно связаны с копинг-стратегиями (за исключением роста склонности к отрицанию проблем и снижением способности к подавлению конкурирующей активности); при выраженных ограничениях у них также снижается мотивация и заостряются показатели по шкалам 1,2,6,9.

Наличие выраженных трудностей негативно сказывается на личностных ресурсах и уровне социально-психологической адаптации всех студентов. При развитых личностных ресурсах студенты с ОВЗ, как и их здоровые сокурсники, наоборот, испытывают существенно меньше трудностей в обучении, в том числе, обусловленных состоянием здоровья. То же относится и к повседневным трудностям, обусловленным состоянием здоровья.

Особого внимания требуют студенты с ОВЗ, у которых уровень сформированности личностных ресурсов недостаточен для преодоления учебных и жизненных трудностей, с которыми они сталкиваются. Необходимо вовремя оказывать им психологическую помощь и поддержку в

учебном процессе, так как личностные ресурсы развиваются именно в ходе успешного преодоления трудностей.

Полученные результаты свидетельствуют о том, как важно развивать личностные ресурсы студентов с ОВЗ и проводить регулярную диагностику этих ресурсов, а также степени выраженности трудностей, испытываемых студентами в течение всего процесса обучения.

*Список литературы*

1. Леонтьев Д.А., Александрова Л.А., Лебедева А.А. Специфика ресурсов и механизмов психологической устойчивости студентов с ОВЗ в условиях инклюзивного образования // Психологическая наука и образование. – 2011. – № 3. – С. 80–94.

2. Fuller M., Healey M., Bradley M., Hall T. Barriers to learning: A systematic study of the experience of disabled students in one university // Studies in Higher Education. – 2004. – Is.29. – №3. – Pp. 303–318.

3. Madriaga M., Hanson K., Heaton C., Kay H., Newitt S., Walker A. Confronting similar challenges? Disabled and non-disabled students' learning and assessment experiences // Studies in Higher Education. 2010. – Vol. 35. – №6. September. Pp. 647–658.

4. World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II). Fully structured self-administrated version // URL: [http://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0\\_36itemsSELF.pdf](http://www.who.int/classifications/icf/WHODAS2.0_36itemsSELF.pdf)

**Преодоление жизненных трудностей как фактор, определяющий успешность психологической реабилитации лиц с нарушением зрения**

*Иванова Е.А.*

*ОГБОУ ДПО «Костромской областной институт развития образования»,  
Кострома*

**Ключевые слова:** зрительная депривация, лица с нарушением зрения, совладающее с трудностями поведение, преодоление жизненных трудностей, зрительная депривация, конструктивный/неконструктивный характер совладания лиц с нарушением зрения с жизненными трудностями.

По данным статистики, в 2013 году на учете во Всероссийском обществе слепых (ВОС) состояло более 214 тысяч человек трудоспособного возраста с выраженными нарушениями функций зрительного анализатора (С.Н. Салун, 2013). Наличие зрительной патологии ограничивает жизненные перспективы человека в разных сферах (получение желаемого образования, трудоустройства, создание семьи и т.д.). Результатом таких ограничений

нередко становятся острые стрессовые реакции, сопровождаемые негативными переживаниями и формированием личностных установок на инвалидность.

Практический опыт показывает, что инвалиды по зрению обладают достаточно высоким уровнем физической и интеллектуальной трудоспособности, а значит, могут быть социально востребованными. Вместе с тем, наличие у них проблем социальной адаптации, связанных со спецификой инвалидизации, определяют **актуальность** изучения особенностей преодоления инвалидами по зрению жизненных трудностей, о факторах, определяющих выбор стилей и стратегий совладания с трудными жизненными ситуациями.

В современной психологической науке совладающее поведение определяется как особое социальное поведение, которое обеспечивает продуктивность, здоровье и благополучие человека, целенаправленное поведение, позволяющее человеку справляться со стрессом адекватными личностным особенностям и ситуации способами.

Совладающее со стрессом поведение связано с системой целеполагающих действий, прогнозированием исхода процесса, творческим порождением новых выходов и решений трудной (проблемной) ситуации [4].

Под стратегиями совладания понимают основанные на осознаваемых усилиях конкретные действия для регуляции субъектом эмоционального и интеллектуального напряжения с целью оптимальной психологической адаптации к внешним обстоятельствам [3]. Стратегии совладающего поведения объединяются в стили. Стилль совладающего поведения – это индивидуально-своеобразный, стереотипный, привычный или предпочтительный способ действий по решению проблемы, купированию кризиса конкретным человеком [1].

С целью изучения психологических факторов совладающего поведения лиц с нарушением зрения нами было проведено эмпирическое исследование, направленное на выявление наиболее предпочитаемых людьми с глубокой зрительной депривацией стилей и стратегий совладания, а также влияния их личностных качеств на выбор стилей и стратегий совладающего поведения.

Исследование проводилось во временной период с 2005 по 2008 г. на базе Федерального центра реабилитации слепых г. Волоколамска Московской области и Костромского отделения региональной организации Всероссийского общества слепых.

В проведенном исследовании приняло участие 50 человек в возрасте от 18 до 65 лет - инвалидов 1 и 2 группы по зрению с различным временным периодом пребывания в состоянии зрительной депривации и разнородной этиологией возникновения патологии зрения (экспериментальная группа). В зависимости от глубины нарушения зрения экспериментальная группа была разделена на группу слепых (26 человек с остротой зрения от 0 до 0,04) и группу слабовидящих (24 человека с остротой зрения от 0,05 до 0,2).

Для решения задач исследования был сформирован комплекс из следующих психодиагностических методик:

- Феноменологическое интервью, разработанное нами с целью определения наиболее актуальных для лиц с нарушением зрения жизненных трудностей, используемых способов их преодоления и эмоциональных переживаний при преодолении трудной жизненной ситуации. Целью данного интервью являлось выявление и изучение своеобразия трудностей, испытываемых людьми с глубокой патологией зрения, а также особенностей поведения и эмоциональных переживаний лиц данной категории в трудных жизненных ситуациях. Использование разработанного автором интервью позволило изучить:

- а) характер оценки индивидом с нарушением зрения своих возможностей по преодолению трудных ситуаций;

- б) характер использования испытуемыми средств и способов преодоления жизненных трудностей.

- адаптированная Т.Л. Крюковой (2002) методика многомерного измерения копинга «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» Н.С. Эндлера и Дж.А. Паркера, которая позволила диагностировать у лиц с нарушением зрения наиболее предпочитаемые стили совладающего с трудностями поведения;

- адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтык, М.С. Замышляевой (2004) «Опросник способов совладания» Р. Лазаруса и С. Фолкман, позволяющий диагностировать характерные для лиц с нарушением зрения копинг-стратегии;

- адаптированная Е.Ф. Бажиным, С.А. Голыкиной, А.М. Эткингом (1989), методика диагностики уровня субъективного контроля Дж. Роттера, позволяющая в нашем исследовании установить преобладающий тип локуса субъективного контроля как меру готовности инвалидов по зрению брать на себя ответственность за происходящие с ними события в основных сферах жизнедеятельности;

- личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ), составленный И.Г. Беспалько, Л.И. Вассерман, И.М. Гильяшевой, А.Е. Личко, (1980) и позволяющий диагностировать преобладающий тип отношения человека к болезни;

- многофакторный личностный опросник Р. Кеттела 16PF (185 вопросов) в адаптации А.А. Рукавишникова и Н.В. Соколовой (1995) для изучения свойств и качеств, преобладающих в структуре личности людей с нарушением зрения.

Результаты исследования показали, что представление о собственных возможностях в преодолении жизненных трудностей у людей с нарушением зрения связано со степенью выраженности и временем наступления зрительного нарушения. В частности, низкая оценка своих возможностей

отмечается чаще у тотально слепых, чем у слабовидящих, и является более сниженной у взрослоослепших, чем у слепорожденных.

Также результаты исследования позволили установить, что люди с нарушением зрения способны использовать конструктивные стили и стратегии совладающего поведения, такие как *проблемно-ориентированный копинг, планирование решения проблемы, самоконтроль и принятие ответственности*. При этом слепые значительно реже, чем слабовидящие, выбирают стратегии, ориентированные на *социальную поддержку*.

Изучение личностных особенностей людей с нарушением зрения показало, что в структуре личности лиц данной категории отмечаются такие особенности, как недоверчивость и враждебность по отношению к окружающим, переживание чувства вины, ориентация на мнение окружающих, склонность к тревоге и депрессии. Проявление этих особенностей у слепых выражается в их стремлении контролировать свои эмоции и поведение при сохранении внутренней тенденции к неконформизму. Для слабовидящих более характерно открытое, подавляющее, агрессивное поведение при разрешении трудных жизненных ситуаций.

Соотнеся предпочтения в выборе стилей/стратегий совладающего поведения людьми с нарушением зрения с их личностными особенностями, мы выявили психологические факторы, определяющие выбор конструктивных/неконструктивных стилей и стратегий совладающего поведения. В качестве психологических факторов конструктивного совладания выступают следующие психологические образования и личностные качества: *интернальный тип локуса субъективного контроля, эмоциональная устойчивость, смелость, черты интровертированности и гармоничный тип отношения к нарушению*.

*Психологическими факторами неконструктивного совладания людей с нарушением зрения с трудностями являются конформность, склонность к агрессивному, подавляющему и/или импульсивному, безответственному поведению во взаимоотношениях с окружающими*. Эти личностные качества способствуют уходу от решения проблем, аффективному разрешению трудностей и возникновению *конфронтативного* поведения.

Исследования психологических закономерностей совладающего поведения, проводимые рядом авторов в Костромском государственном университете им. Н.А. Некрасова (Т.Л. Крюкова, С.А. Хазова, М.В. Сапоровская, Т.В. Гущина, Е.В. Куфтяк и др.) позволили разработать структурную модель субъектной регуляции стресса и совладающего поведения. Одним из конструктов данной модели являются психологические факторы совладающего поведения.

Анализ результатов изучения психологических факторов преодоления жизненных трудностей лицами с нарушением зрения позволяет предположить, что ведущим психологическим фактором в совладающем

поведении этих людей является диспозиционный фактор совладающего поведения, который представляет собой соотношение личностных черт, качеств, являющихся субъектными, т. е. задающими человеку выбор стратегий и стиля поведения в трудной жизненной ситуации [4]. Однако данный факт требует эмпирического подтверждения.

Результаты данного исследования показали, что людям с глубоким нарушением зрения необходима реабилитационная и психологическая помощь, направленная на формирование навыков коммуникативной деятельности, умений социального взаимодействия и преодоление негативных эмоциональных переживаний, а также психологических барьеров, препятствующих конструктивному использованию социальной поддержки в трудных ситуациях.

На основании результатов данного исследования нами был предложен вариант программы социально-психологической адаптации лиц с глубокими нарушениями зрения, направленной на формирование у них механизмов конструктивного совладания с жизненными трудностями и учитывающей факторы, которые во многом определяют готовность лиц данной категории к преодолению специфических жизненных трудностей (степень выраженности нарушения зрения – слепота, слабовидение, время наступления зрительной депривации – слепорожденные или взрослоослепшие и т.д.

#### *Список литературы*

1. Бодров В.А. Психологический стресс: развитие и преодоление. – М.: Пер Сэ, 2006.
2. Иванова Е.А. Психологические факторы преодоления жизненных трудностей инвалидами по зрению: Дис.... канд. психол. наук. – Кострома, 2010.
3. Крюкова Т.Л. Стили совладающего поведения в трудных жизненных ситуациях // Журнал практического психолога. Тематический выпуск «Психология совладающего поведения» / Ред.-сост. номера Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк. 2010б. №2. С. 3-22.
4. Крюкова Т.Л. Современные направления в исследованиях психологии совладающего поведения // Стресс, выгорание, совладание в современном контексте: Монография / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – М.: Изд-во института психологии РАН, 2011.

#### **Динамика психоэмоционального состояния и интерперсональных отношений подростков и молодежи, перенесших тяжелую физическую травму**

*Суроегина А.Ю.  
МГППУ, РЦ Преодоление, Москва*

**Ключевые слова:** спинальная травма, посттравматический стресс.

Травма спинного мозга — катастрофическое событие, которое неожиданно меняет образ жизни, влекущее за собой разрушительные последствия в области телесного, психологического и социального. Физиологические изменения проявляются в нарушении чувствительности и движения в частях тела и потери контроля над внутренними органами. Несмотря на сохранность когнитивных функций, психологический, эмоциональный и социальный контекст значительно влияет на процесс адаптации к травме.

Пациенты подросткового и юношеского возраста являются особой группой, т.к., по данным исследований, у них обнаруживается низкая мотивация к реабилитации, низкая реабилитационная активность, уверенность в быстром восстановлении, склонность к созависимым отношениям с родственниками, патологическим симбиозам.[2] Исследования показывают, что неудовлетворенность жизнью у пациентов, получивших травму в подростковом и юношеском возрасте коррелирует с симптомами эмоциональной дезадаптации и низким качеством жизни во взрослом возрасте.[8]

Физическая травма индивида оказывает травматическое влияние на состояние его семьи. По данным исследований, у членов семьи пациента с тяжелой физической травмой наблюдаются симптомы посттравматического стресса в течение первой недели с момента получения травмы их родственником [7]. Исследование психического состояния родителей детей с физическими травмами показало, что симптомы посттравматического стрессового расстройства наблюдаются у 8% родителей через полгода с момента травмы ребенка [5].

В медицинской литературе выделяется 4 этапа восстановления после ТБСМ, критерием выделения которых является динамика деструктивных и восстановительных процессов.

- Острый период (2 — 3 суток) сопровождается явлениями спинального шока и полного нарушения проводимости.
- Ранний период (2-3 недели) характеризуется частичным восстановлением обратимых изменений.
- Промежуточный период (3-4 месяца), на котором проявляется истинный характер повреждения.
- Поздний период (более 4 месяцев). [3]
- В психологическом плане последствием ТБСМ является посттравматическая реакция на потерю и утрату, переживая классические стадии отношения к травматическому событию: отрицание, раздражение, торжествование, депрессию и принятие. Авторы выделяют 3 этапа переживания психической травматизации:
  - Первичное состояние, которое наблюдается вскоре после события,

сопровождается кратковременными симптомами острого чувства беспомощности, возбуждения физиологических процессов, мысленной жвачки, изоляции от людей, чувством вины, обвинения, страхами.

- Симптомами острой фазы (до 6 месяцев) является нарастание тревоги, усталости, утрата интересов к тому, что раньше радовало, интерперсональные проблемы, постоянное обдумывание случившегося.

- Хронификация состояния (более 6 месяцев) сопровождается усугубляющимися симптомами депрессии, поглощенностью чувством бессилия или боли, снижением самооценки и самоэффективности, нарастанием тревоги и физических симптомов, зависимость от психостимуляторов.[1]

Учитывая медицинскую периодизацию, можно предполагать, что течение психологической адаптации не совпадает с этими этапами, более того, каждый из них может сопровождаться повторной травматизацией, т.к. характер необратимых изменений не сразу становится очевидным.

По данным исследований, наибольшая интенсивность эмоционального дистресса наблюдается в первый год после травмы. [4]. Этот период приходится на поздний этап медицинского восстановления, когда становится более очевидной картина повреждений, а также на момент возвращения домой из стационара, когда происходит непосредственное столкновение с собственными ограничениями. Как раз в этот период большинство пациентов попадает в реабилитационные центры, специалисты которого сталкиваются с необходимостью включения психотерапевтических интервенций в процесс медицинской реабилитации.

В докладе предполагается изложить данные исследования, психоэмоционального состояния и интерперсональных отношений пациентов подросткового и юношеского возраста на различных сроках давности травмы, которое было проведено на базе РЦ «Преодоление» и ФГБУ ФБ МСЭ в 2011 — 2013 гг.

### *Список литературы*

1. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков [Текст]: [Монография] / [Брызгунов И.П., Михайлов А.Н., Столярова Е.В.] – М., 2008.

2. Психологическая реабилитация пациентов с последствиями спинальной травмы [Текст]: [Монография] / [Булюбаш И.Д.и др.] – Самара, 2011.

3. Dezarnaulds A., Ilchef R. Psychological Adjustment after Spinal Cord Injury. Useful Strategies for Health Professionals. Rural Spinal Cord Injury Project. [Электронный ресурс]. 2002. URL: [http://www.aci.health.nsw.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0010/155197/psychological\\_adjustment.pdf](http://www.aci.health.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0010/155197/psychological_adjustment.pdf)

4. Jeanne M. Hoffman A Longitudinal Study of Depression From 1 to 5 Years After Spinal Cord Injury // Archives of physical medicine and rehabilitation. – 2011. – 92. – p.411-418
5. Kassam-Adams N. Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in parents of injured children // Trauma Stress. 2009. – 22(4) – p. 294-302
6. Loran C. Vocaturo Spinal Cord Injuries Management and Rehabilitation 2009. P. 104–120
7. Pielmaier L., Walder B, Rebetez MM, Maercker A.,2011 Post-traumatic stress symptoms in relatives in the first weeks after severe traumatic brain injury// Brain Injury. – 2011. –25. – p.259-265.
8. Yuing Chen Change in life satisfaction of adult with pediatric-onset spinal cord injury // Archives of physical medicine and rehabilitation. – 2008. – 89. – p.2285-2292.

**Характерные эмоциональные состояния подростков с тяжелым хроническим течением болезни (на примере неспецифического язвенного колита, болезни Крона и гломерулонефрита)**

*Свиридова Т.В., Лазуренко С.Б.*

*Научный центр здоровья детей РАМН, Москва*

На современном этапе развития педиатрии организация лечебного процесса и восстановительных мероприятий осуществляется на основе междисциплинарного дифференцированного подхода с учетом личностно-ориентированного и возрастного принципов оказания медико-социальной помощи.

Наличие у детей хронической болезни отражается на социальных условиях жизни, искажая их: ограничение эмоционально-личностного общения с близкими и сверстниками, отсутствие продуктивной деятельности, ограничение в социальной активности и т.д.

Наиболее явно социальные последствия болезни проявляются в подростковом возрасте, в период активного развития самосознания, значительного расширения круга общения, изменения социальной роли ребенка в обществе. Осознание социальных ограничений и физических отличий от здоровых сверстников приводит к появлению третичных психологических нарушений в виде острых эмоциональных переживаний, связанных с болезнью, своим «Я», пессимистичными представлениями о будущем. В условиях тяжелого течения хронической болезни подростки находятся в ситуации длительного эмоционального стресса, требующего от незрелой личности повышенных адаптационных возможностей. Это

вызывает риск невротизации, искажения личности и трудностей социально-психологической адаптации на стационарном этапе лечения.

С целью исследования эмоционального состояния подростков с тяжелым хроническим течением болезни были обследованы 120 испытуемых (от 12 до 17 лет), находящихся на лечении в НЦЗД РАМН с диагнозами неспецифический язвенный колит (29 %), болезнь Крона (33%), хронический гломерулонефрит (38%). Средний стаж заболевания - 3,5 года.

Исследование включало метод наблюдения, клинической беседы, а также комплекс проективных методик.

В тяжелом эмоциональном состоянии (по типу острой реакции на стресс) находятся пациенты с заболеванием в стадии обострения (33%). В этот период у них в качестве актуальных эмоциональных состояния преобладают: сниженный фон настроения, острая тревога за свое здоровье, выраженное чувство одиночества, сужение мотивационной сферы до желания «выздоровления». Тяжесть эмоционального состояния проявляется в крайней неустойчивости поведения: от подчинения или постоянной ориентировки на мнение близких взрослых и врача, высокой комплаентности лечению, до повышенной требовательности к специалистам и родителям, игнорирования дистанции и социальных норм в общении, раздражительности, эгоцентризму, или / и пассивности, реакции ухода. Эмоциональное состояние подростков данной группы (33%), в первую очередь, определяется ситуативными изменениями в состоянии их здоровья, общим самочувствием, что напрямую связано с чувствительностью организма к лечению, а также существующими возможностями медицины.

Для подростков с легким течением болезни характерно повышенное эмоциональное напряжение и лабильность. Длительное пребывание в состоянии болезни истощает адаптационные резервы организма, приводит к астении. Все это, в свою очередь, обуславливает возникновение у детей эмоциональных переживаний депрессивного круга. В большинстве случаев они связаны с госпитализацией (менее комфортными по сравнению с домашними бытовыми условиями, длительной разлукой с близкими и друзьями, отсутствием привычной социальной активности). Дополнительное отрицательное воздействие оказывает фрустрация потребности в самоутверждении, проявлении инициативы. Соблюдение необходимых врачебных предписаний и режима лечения воспринимаются подростками как навязанными извне, ограничивающими личностную свободу и самостоятельность. Эмоциональное состояние детей с легким течением заболевания (42 %) зависит и определяется физическими ощущениями, их остротой и постоянством, а также условиями социальной среды, в которых они находятся.

Более стабильное эмоциональное состояние выявлено у подростков с заболеваниями в стадии ремиссии (25 %). У них можно наблюдать характерные для подростков возрастные психологические трудности:

непростроенность в самосознании личностной и профессиональной перспектив, коммуникативные трудности (негибкость в общении, трудности реализации потребности в интимно-личностном общении со сверстниками). Наряду с которыми у детей обнаруживаются заостренные индивидуальные личностные особенности: эмоциональная лабильность, склонность к демонстративному поведению и/или астено-невротическим реакциям, неустойчивая личностная позиция.

Таким образом, эмоциональное состояние подростков, в первую очередь, зависит от физического, а также стажа и стадии заболевания, социальных условий среды, в которых происходит становление детской личности.

Профилактика эмоциональных нарушений у подростков находящихся на лечении в медицинском стационаре является одним из важных его звеньев и требует работы команды специалистов (педиатров, психиатра, невролога, психолога и педагога).

При организации психолого-педагогической помощи детям с тяжелыми хроническими заболеваниями, в первую очередь, должны учитываться: длительность, степень тяжести, характер течения болезни, а также возрастные и индивидуальные психологические характеристики ребенка.

Психологическая поддержка должна быть организована в индивидуальной форме в случае тяжелого течения болезни или при поступлении ребенка на лечение в стационар в период обострения, т.е. в ситуации его значительной физической ослабленности, длительных болевых ощущений. Создание в палате стационара комфортных условий среды, включение в посильную продуктивную и познавательную совместную деятельность с психологом или другим ребенком (например, совместное рисование, лепка, конструирование, предметные и сюжетные игры), систематическая эмоциональная поддержка позволяют снизить степень эмоционального напряжения, удовлетворить потребность в познании и социальной активности, а значит улучшить его физическое и психологическое состояние.

Для подростков с легким течением заболевания, в стадии ремиссии, психолого-педагогическая поддержка направлена на повышение адаптивных механизмов личности, реализацию их возрастных и индивидуальных потребностей. Важными направлениями работы с подростком в рамках индивидуального психологического консультирования являются: проработка актуальных эмоциональных переживаний и формирование конструктивных копинг-стратегий, развитие самосознания (в т.ч. повышение уверенности в себе, принятия своего нового телесного «Я»), помощь в построении личностных и профессиональных перспектив самосознания, формирование активной позиции по отношению к своему лечению.

Как показал наш опыт помощи детям с тяжелыми заболеваниями (такими, как муковисцидоз, ревматоидный артрит, болезнь Крона,

хронический гломерулонефрит) применение лишь индивидуальных методов работы с подростком в системе психолого-педагогического воздействия оказывается малопродуктивным.

Подростки, у которых течение болезни контролируется и наблюдается положительный эффект от лечения, стабилизация состояния в период их лечения в стационаре могут и с желанием принимают участие в групповых занятиях, т.к. общение и реализация в среде сверстников является ведущей длительностью и определяющим ее мотивом. Групповые занятия способствуют расширению поведенческого репертуара, укреплению положительного образа «Я», повышению коммуникативной компетентности детей (развитию навыков совместной деятельности в группе сверстников и оказания эмоциональной поддержки члену группы, соблюдения групповых норм и др.), а также удовлетворяют базовую психологическую потребность возраста, позволяют осуществить психическую активность, вызывают положительные эмоции и ощущение принятия. Через общение и совместную досуговую деятельность старшие школьники обучаются получать и давать эмоциональную поддержку сверстникам, находить способы самоподдержки, отрабатывать умение ставить и достигать цели, планировать собственное будущее, определять жизненные ценности и перспективы, осуществлять собственный выбор, осознавать собственные эмоциональные состояния и потребности.

Важной формой психологической работы для подростков с тяжелыми заболеваниями являются тренинги детско-родительских отношений. Они направлены на снижение эмоционального напряжения в отношениях взрослых с больным ребенком, улучшение взаимопонимания, обучение конструктивным способам взаимодействия. Положительная атмосфера в семье, возможность реализовать свои возрастные и индивидуальные потребности в ситуации жесткого соблюдения лечебного режима, частичной социальной изоляции, значительно улучшают психологический настрой ребенка, повышают качество его жизни, а также снижают риск развития социальной дезадаптации.

Исключение психологической и социальной поддержки из программы реабилитации делает процесс лечения более длительным, истощающим физические и эмоциональные резервы ребенка, приводит к риску формирования отклонений в детской психики и поведении. Только путем реализации комплексного подхода к лечению болезни можно сохранить полноценную личность пациента, его интеллектуальный потенциал, сформировать активную социальную позицию, повысить качество жизни ребенка и его семьи.

### Раздел 3. Методы и техники психологической реабилитации

#### Применение современных высокотехнологичных методов в психологической реабилитации больных

*Львова Н.В.*

*ФГБУ «Федеральное бюро медико-социальной экспертизы», Москва*

**Ключевые слова:** психофизиологическое состояние, психологическая реабилитация, коррекция, аутогенная тренировка, высокотехнологичные методы, аппарат «Сенсориум», «Диснет».

Поиск и развитие новых идей в области реабилитационной индустрии, внедрение в медицинские учреждения и реабилитационные центры интересных и эффективных методик диагностики и лечения состояния здоровья, реализация концепции комплексного подхода к процессу реабилитации, предполагающей учет психологических факторов в восстановлении больного, поспособствовали появлению аппаратных методов исследования и коррекции психофизиологических особенностей человека. Наиболее известными современными высокотехнологичными методами, используемыми в работе психолога, являются психофизиологическая антистрессовая система «Сенсориум» (кресло «Вибросаунд») и аудиовизуальный комплекс (АВК) «Диснет», выпускаемые компанией «Диснет».

Аппарат «Сенсориум» представляет собой антистрессовую психофизиологическую аудио-визуально-вибротактильную музыкальную систему, состоящую из виброакустического кресла «нулевой гравитации», аудио-визуально-вибротактильного стимулятора «Сенсориум», светодиодных очков, профессиональных стереонаушников, аудиоблоков, вибротактильных преобразователей, проигрывателя с набором авторских программных компакт дисков. Во время сеанса пациент располагается в удобном кресле, приведенное в положение «нулевой гравитации», надевает светодиодные очки, наушники, закрывает глаза и посвящает это время только себе и своим внутренним переживаниям. Через веки он видит мелькание огоньков, слышит приятную, спокойную музыку или слова, ощущает легкую вибрацию по телу.

В основу метода положены глубокие исследования сенсорной науки и разработки современных нейротехнологий, основанных на установлении и оптимизации межсенсорных взаимоотношений у человека. Во многих культурах для изменения эмоционального состояния человека тысячелетиями использовались вибрационные, пульсирующие, световые, звуковые особенности предметов. Установлено, что при одновременной

синхронной зрительной и слуховой стимуляции, наряду с передачей через тело человека акустических волн низких частот (вибротактильная стимуляция) на фоне специально подобранных музыкальных произведений, достигается эффект быстрого успокоения, а также глубокой мышечной и умственной релаксации.

Действие метода «Сенсориум» основано на том, что слабые ритмические световые, звуковые и вибротактильные воздействия представляют собой мощное средство переключения внимания от внешних источников информации на внутренние. Одновременная мультимодальная стимуляция с изменяющейся частотой прерывистых воздействий вызывает синхронизацию ранее нескоррелированных источников спонтанной ритмики головного мозга. Включение в программы стимуляции каналов вибротактильных воздействий усиливает соматическую компоненту воздействия. Вибрации создают физиоакустический эффект, улучшающий периферическое/локальное кровообращение и разрушающее старые миокинетические модели, что приводит к снятию соматического напряжения. Таким образом, создаются предпосылки для гармонизации взаимодействия между психической и соматическими сферами. Эффект «сенсорного резонанса» достигается путем синхронизации зрительных, слуховых и вибротактильных входов в частотах биоэлектрической активности коры головного мозга (от 2 до 110 Гц), что позволяет получить на выходе переупорядочивание корковых нейронных сетей и ликвидацию обусловленных стрессом очагов «застойного» возбуждения в мозге. В результате происходит синхронизация гомеостатических систем, нормализация баланса между ветвями симпатической и парасимпатической нервной системы, снятие психического и соматического напряжения. Эффекты релаксации сопровождаются генерацией ярких зрительных образов и ощущением переживания возникающих положительных эмоций всем телом [1].

Поза «нулевой гравитации», имитирующая для его пользователя отсутствие земного притяжения, благодаря минимизации давления на все участки тела из-за практически равномерной нагрузки на них, способствует максимальному расслаблению (15 минут сна в позе «нулевой гравитации» равносильны 30 минутам сна в обычном положении). В целом, для восстановления психоэмоционального баланса и высокой работоспособности с помощью аппарата «Сенсориум» достаточно 15-20 минут сеанса.

В восстановительном лечении и реабилитации аппарат «Сенсориум» используется для снижения уровня хронического психоэмоционального стресса, снижения уровней тревоги и депрессии, нормализации цикла сон-бодрствование, повышения работоспособности, улучшения качества переживаемых эмоций, функций внимания, эффективности переработки информации, повышения творческих способностей, эффективности обучения, иммунитета и общей устойчивости к стрессу. Метод хорошо

зарекомендовал себя в работе с так называемыми «немотивированными», малообщительными пациентами, у которых после сеансов возникает желание пообщаться с психологом и получать в дальнейшем процедуры психологической реабилитации [3]. Противопоказанием к назначению процедур является эпилепсия, шизофрения, интеллектуальная недостаточность, беременность, визуальная фоточувствительность, тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, прием стимулирующих препаратов, транквилизаторов, психотропных медикаментов, алкоголя и наркотиков. Сигналом к прекращению сеансов является возникновение психического или эмоционального дискомфорта у пациента, учащение дыхания, сердцебиения, резкое изменение кожных реакций.

АВК «Диснет» — это уникальный программно-аппаратный комплекс, созданный для проведения сеансов психологической разгрузки и мобилизации, а также тестирования текущего психологического состояния пациентов [2]. АВК представляет собой компьютерную базу видео-, аудио- и аутогенных сеансов, удобную в использовании с интерфейсом для редактирования как самой базы, так и отдельных сеансов. Стандартный комплект включает в себя 14 релаксационных и 12 мобилизационных видео сеансов, 7 упражнений аутогенной тренировки (релаксация) и 2 специальных (релаксация и мобилизация), 55 специально подобранных музыкальных композиций (25 релаксационных и 30 мобилизационных).

Для достижения дополнительного эффекта во время проведения сеансов аутогенной тренировки и музыкальных сеансов включены разделы цветотерапии и монтажа. В разделе цветотерапии легко подбирается цветовое сопровождение к звуковым сеансам, что позволяет программировать произвольным образом определенное ритмическое цветовое воздействие. Раздел монтажа дает возможность составлять из произвольно выбранных кусочков существующих в базе видеосеансов и сохраненных сеансов цветотерапии один непрерывный видеоряд, склеивать с ним музыкальный файл из базы аутогенных или аудио файлов и сохранять все это как новый сеанс.

Оборудование АВК позволяет не только разрабатывать индивидуальную программу для каждого пациента с учетом результатов диагностики, но и сохранять в памяти компьютера предыдущие сеансы психологической реабилитации. Психолог в любой момент может посмотреть «историю болезни» пациента и оценить эффективность проводимой коррекционной работы. Наиболее продуктивным применением АВК является использование его в сенсорной комнате или комнате психологической разгрузки.

Включение сеансов аутогенной тренировки в реабилитационные программы обуславливается их положительным воздействием на физиологическое и психологическое состояние человека. Базируясь на обучении психологическим приемам внутреннего «самоизменения»,

достижении внутреннего спокойствия, душевного равновесия, они формируют навык самоуправления состоянием, оказывают оздоровительное и развивающее действие.

Клинические исследования показывают, что пребывание в релаксационном состоянии в течение даже нескольких минут дает мощный оздоровительный эффект: снижается повышенное артериальное давление, нормализуется частота сердечного пульса, улучшается общий гормональный фон организма, нормализуется кислотность желудочного сока (рН), снижается чувство тревожности. Состояние релаксации даёт возможность полноценно и качественно расслабить все части тела, позволяет уменьшить степень напряжения, усталости, снять зажимы и спазмы, восстановить естественное питание внутренних органов, дает отдых не только мышцам, но и нервной системе, вследствие чего уменьшается эмоциональное напряжение. Иными словами, мышечная релаксация вызывает релаксацию психологическую. Находясь в релаксационном состоянии, человек пребывает в специальном, восстанавливающем отдыхе: полчаса аутогенной тренировки равносильны 3 – 4 часам полноценного сна.

В релаксационном состоянии резко возрастает степень самовнушаемости, что используется для закрепления установок по формированию новых конструктивных навыков реагирования таких как самоконтроль и самообладание в критических ситуациях, эмоциональная устойчивость, автоматический отказ от негативных эмоциональных проявлений [4]. Научившись самостоятельно быстро расслабляться и восстанавливаться в неприятных ситуациях, человек приобретает ключ к решению проблем в любое время и при любых обстоятельствах.

Достоинством высокотехнологичных средств психологической реабилитации является минимум противопоказаний к их применению, возможность проведения групповых сеансов, что позволяет снижать временные затраты психолога на психокоррекционную работу и оказывать услуги большему количеству пациентов. Средняя продолжительность сеансов полчаса, длительность курса реабилитации – примерно 10 сеансов. Стоит помнить, что технологичные средства психологической реабилитации являются вспомогательным инструментом в дополнение к традиционным методам психотерапевтического воздействия на пациента. Диагностика актуального психологического состояния больного, подбор подходящих методов психологической реабилитации и, конечно же, желание самого пациента получения предлагаемых процедур являются показанием к их назначению. Оценка эффективности применяемых методов позволяет определять необходимость повторных курсов психологической коррекции в дальнейшем. При правильном назначении применение аппаратных методов в практике психолога позволяет значительно расширять возможности коррекционного воздействия на психику пациента и получать эффективные результаты лечения.

### *Список литературы*

1. Аудио-визуальная вибротактильная музыкальная система «Сенсориум» на базе кресла «нулевой гравитации»: Методические рекомендации. – Новосибирск, 2005. – 18 с.
2. Аудивизуальный комплекс «Диснет» 2: Руководство пользователя. – М., 2007. – 14 с.
3. Львова Н.В. Коррекция психофизиологического состояния больных с использованием аудио-визуальной вибротактильной музыкальной системы «Сенсориум» на базе кресла «нулевой гравитации» // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – №3. – С. 19-22.
4. Львова Н.В., Костерева Л.И. Применение метода аутогенной тренировки в психологической реабилитации больных // Медико-социальные проблемы инвалидности. – 2012. – №4. – С. 34-39.

### **Использование методики парных призматических линз для коррекции процессов зрительного опознания и контроля действия у дошкольников с РАС**

*Переверзева Д.С.*

*МГППУ, НПЦ детской психоневрологии,  
Москва*

*Методика парных призматических линз.* Парные призматические линзы представляют собой линзы призматической формы, основания которых направлены в одну сторону – вверх, вниз, вправо или влево. Призматическая линза линейно смещает изображение в направлении, противоположном ее основанию. Причем угол этого смещения зависит от относительной площади основания линзы, или силы призматических диоптрий. Искажение, которое производит линза, не изменяет особенностей фокусировки на объекте и не влияет на преломляющую способность глаза. Изменения касаются пространственного расположения объекта в эгоцентрической системе координат. В аллоцентрической системе координат позиция предмета не изменяется. В связи с этим никакого видимого искажения элементов зрительной сцены не происходит. Более того, расположение предмета не изменяется также и относительно видимых частей нашего тела. Это положение имеет первостепенное значение для понимания того эффекта, который оказывают линзы. Если человек пытается взять предмет, непрерывно удерживая в фокусе внимания и предмет и руку, ориентируясь на зрительную, а не кинестетическую (проприоцептивную) информацию о положении руки, то трудностей не возникает. Если же человек смотрит только на предмет, не контролируя движение руки, или же не смотрит на него вовсе, действуя на основе заранее сформированного плана

движения, осуществление точного действия становится невозможным. Иными словами, в каждый момент времени человек вынужден перерасчитывать свои действия с учетом изменяющихся условий – нового положения руки и предмета, находя «баланс» между кинестетической и зрительной информацией о позиции частей тела друг относительно друга. Более того, необходимо иметь в виду, что видимое расположение объекта по-разному меняется в системе координат различных частей тела. Например, если предмет находится чуть ниже рук человека, то при надевании очков с основанием линз, направленным вниз, его проекция будет «приближаться» к рукам и голове, «отдаляясь» от ног. Если же предмет расположен в верхнем поле зрения, над головой человека, то его проекция будет «отдаляться» от всего тела человека. Таким образом, искажение, вносимое линзами, изменяет также восприятие своего тела относительно объектов внешнего мира, создавая стойкий конфликт между зрительным и кинестетическим «образом себя». Помимо этого применение линз приводит к субъективному смещению центра тяжести. Терапевтический эффект линз построен на стремлении нервной системы преодолеть эту диссоциацию, связать воедино образ тела и пространство вокруг него. Следует также отметить, что искажение, которое привносит линза, сложно анализировать на уровне сознания. Это связано с тем, что линзы никак не меняют образ объектов внешнего мира, не оказывают влияния на наше восприятие. Изменения затрагивают только прагматическое пространство, иными словами, систему условий осуществления точного моторного акта по отношению к объектам внешнего мира, подготовка которого, как мы обсуждали выше, чаще всего протекает на бессознательном уровне, подвергаясь лишь косвенному влиянию со стороны активно воспринимаемой зрительной информации. В связи с этим, реабилитационный эффект линзы построен на неосознаваемой работе нервной системы и не требует произвольного контроля со стороны пациента.

Использование парных призматических линз при работе с детьми с аутизмом наиболее полно описано в работе М. Каплан [2]. Книга содержит описание диагностической процедуры, которая позволяет определить, какие именно линзы необходимо использовать в каждом конкретном случае, а также множество иллюстраций успешного применения данного метода. Автор указывает на улучшения координации, ориентировки, функции равновесия, увеличение глазного контакта, конвергенции, исследовательской активности, снижение тревожности.

Мы провели пилотажное исследование применения линз в практике работы с детьми с аутизмом. Данный метод является одним из немногих способов, который позволяет достаточно прицельно корригировать нарушение различных механизмов зрительной когнитивной функции. Специфический характер нарушений зрительного опознания и контроля действия у детей с аутизмом и их высокая устойчивость, а также сложности произвольной организации деятельности требуют подбора «фоновых»

методов воздействия, одним из основных качеств которых было бы изменение привычного для ребенка способа действия.

В исследовании приняли участие 11 детей с аутизмом, 8 мальчиков и 3 девочки в возрасте от 4 до 7 лет. На подготовительном этапе работы были определены основные критерии необходимости использования данной методики, область и режим ее применения. Опрос родителей и собственные наблюдения в рамках еженедельных встреч с детьми позволили выделить следующие сферы поведения ребенка, в которых наблюдается положительная динамика: зрительные ориентировочные реакции (повышение стабильности и устойчивости реакций; улучшение зрительного отслеживания, увеличение количества повторов ориентировочных реакций); выполнение действий под контролем зрения (снижение количества автономных действий, осуществляемых без контроля зрения, учет зрительных характеристик объекта при организации движения, увеличение количества предметных действий; появление возможности отслеживать движение своих рук); восприятие (выделение объекта, учет его границ, распознавание формы); социальное поведение (в первую очередь, прослеживание указательного жеста, увеличение исследовательской активности).

Эффективность коррекционной работы подробно проиллюстрирована на примере применения линз у двоих детей с низкофункциональным аутизмом. Дети были протестированы дважды с помощью карты оценки зрительной когнитивной функции [1]: первый раз до начала коррекции, второй раз по истечению 3-х месячного периода. Режим ношения очков был определен в соответствии с данными, описанными в литературе, а также на основании наших собственных предварительных наблюдений. Детям было рекомендовано носить очки в течение 3 часов в день. Сила призматического смещения составляла 3 диоптрии. В одном случае основание линз было направлено вверх, что приводило к смещению изображения вниз. Во втором случае мы использовали обратную парадигму. Никаких ограничений деятельности во время ношения очков не было.

Можно обозначать следующие функции, на развитии которых положительно сказывается применение парных призматических линз:

1. Зрительный контроль и управление движением. Нарушения непрерывного контроля, отслеживания и корректировки движений в зависимости от меняющихся условий среды можно, на наш взгляд, считать одной из базовых трудностей детей с РДА. Следствием этого становится формирование компенсаторных стратегий, направленных на совершенствование возможностей автономного выполнения действий на основе запоминания и формирования готовых двигательных стереотипов, трудно поддающихся изменению. В результате коррекционного воздействия нам удалось получить качественное увеличение показателя «синхронность глаза-рука». Процент времени, когда глаза сопровождают и контролируют

движения рук, увеличивается скачкообразно, достигая показателей, сравнимых с нормативными. Появление базы для развития нормативной стратегии, связанной с непрерывным контролем и корректировкой действия по мере его выполнения, на наш взгляд, имеет первостепенное значение для возможностей адаптации ребенка в предметном мире. В целом, можно отметить, что улучшение затрагивает многие аспекты подготовки действия с объектами внешнего мира – учет препятствий, ориентации объекта, параметров движения. Применение парных призматических линз, влияя на формирование предвосхищающей готовности к действию, обеспечивает основу для полноценного восприятия и учета предметной среды. Существенную ценность, на наш взгляд, представляет развитие возможностей реагирования и подготовки к действию сразу с несколькими объектами в поле зрения, которую мы продемонстрировали при описании одного из клинических случаев. Распределение внимания между двумя объектами является одной из базисных способностей человека, нарушение которой ведет к тяжелым случаям распада поведения в предметном мире.

2. Выделение формы объекта. Другой важной областью применения парных призматических линз является коррекция функции восприятия. В первую очередь речь идет о возможностях выделения и различения формы объекта. Как мы обсуждали выше, нарушение данной способности может быть связано с дефицитом процесса интеграции элементов в единый, целостный образ (Прокофьев, 2009). Одним из наиболее интересных результатов является появление предпосылок для восприятия больших объектов, размер которых превышает центральное поле зрения. Их опознание требует зрительного сканирование контура и объединения пространственно удаленных элементов в единый образ. На наш взгляд, появление этой способности, вносит существенный вклад в возможности ориентировки ребенка в реальном предметном мире.

Из приведенных примеров видно, что использование парных призматических линз улучшает как параметры зрительного контроля движения, так и возможности восприятия. Это является одним из доказательств связанности развития этих процессов в онтогенезе и необходимости комплексного изучения всех параметров зрительной функции ребенка. Еще одно замечание, которое может быть сделано по итогам проведенного исследования, касается удельного веса нарушений исполнительного контроля действия и трудностей интеграции зрительной и кинестетической информации в той структуре нарушений, которую продемонстрировали дети с аутизмом. Следует отметить, что применение парных призматических линз оказывает влияние на организацию зрительных процессов в эгоцентрической системе координат, изменяя сами условия интеграции информации о схеме тела и зрительных свойствах объекта, не затрагивая, очевидно, функции планирования моторного акта, торможения нерелевантного ответа, тем более, мотивационную составляющую

взаимодействия. В связи с этим, улучшения, которые продемонстрировали дети, по всей видимости, свидетельствуют о наличии существенных искажений в системе «опознание-внимание-действие» и указывают на необходимость разработки дополнительных исследовательских парадигм для более детального изучения этого вопроса.

Последний вывод, который необходимо сделать, касается ограничения применения данного метода. Все полученные нами результаты относятся к изменению отдельных характеристик контроля действия и предметного опознания и не затрагивают возможностей целостного восприятия, связанных не только с интегративными процессами, но и наличием соответствующего практического опыта. На наш взгляд, одной из существенных областей, требующих специального внимания со стороны специалистов, является стимулирование предметной исследовательской активности ребенка в раннем и дошкольном возрасте.

### *Список литературы*

1. Переверзева Д.С. Диагностика и коррекция зрительного опознания и зрительно-контролируемых действий у детей 3-7 лет с расстройствами аутистического спектра. Диссертация на соискания степени канд. психол. наук. М., 2011.

2. Kaplan, M. Seeing through new eyes, London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers, 2006. – 208 p.

### **Формирование речевых навыков у детей с системными нарушениями средствами логоритмики**

***Батяева С.В.***

*ГБОУ ЦППРиК «Восточный», Москва*

**Ключевые слова:** логоритмика, тяжелые нарушения речи, системные нарушения.

В настоящее время отмечается увеличение числа детей с отклонениями в развитии. В большинстве случаев это сочетанные нарушения: первичная или вторичная интеллектуальная недостаточность разной степени выраженности, нарушения моторной сферы, зрения и слуха, речевого развития. В Центре психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Восточный», основной процент воспитанников составляет особые категории детей с ОВЗ, имеющие тяжелые речевые, а также интеллектуальные и эмоционально-регуляторные нарушения в развитии. Это дети с ТНР, генетическими нарушениями, ДЦП, РДА

Резко ограниченный запас знаний об окружающем мире, низкий уровень познавательной активности, и в большинстве случаев практически нулевой уровень развития речи характерны для многих из наших воспитанников.

Поэтому перед специалистами, работающими с детьми с комплексными нарушениями, стоит задача поиска наиболее эффективных, нестандартных методов компенсации патологии развития, необходимые для продолжительной работы, дающей стабильные результаты. Данные методы должны, с одной стороны, создавать мотивацию ребенку и обеспечивать самостоятельность решений и выполнений, позволяя чувствовать свою успешность, а с другой, обеспечить коррекционный процесс по вызову первых звуков, звукосочетаний, слов и фраз, позволивших впоследствии обеспечить социализацию такого ребёнка.

Одним из эффективных путей дифференцированного индивидуально и группового ориентированного подхода к решению проблемы устранения речевой патологии является, по нашему мнению, организация занятий по логопедической ритмике.

Все, что окружает человека, живет по законам ритма: смена времен года, день и ночь, сердечный ритм и многое другое подчинены определенному ритму. Любые ритмичные движения активизируют деятельность мозга человека.

Коррекционные возможности музыкального искусства в различных сочетаниях (движения, театрализованной деятельности) по отношению к ребенку с проблемами в развитии проявляются, прежде всего, в том, что оно выступает источником позитивных переживаний, обеспечивает формирование музыкальной культуры осуществления коррекции отклонений в познавательной, эмоционально-волевой и личностной сферах, создает условия для социальной адаптации.

В ГБОУ ЦППРиК «Восточный» в рамках коррекционной работы были включены занятия по логоритмике (по авторской методике), которые сочетали логопедические упражнения (упражнения на дыхание, координацию тонкой моторики рук, артикуляционную моторику,) и упражнения коррекционной хореографии, партерной гимнастики, нейрогимнастики, комплекс которых позволял максимально эффективно развивать и обучать ребенка и, а, главное, максимально полно осуществлять коррекционный процесс.

В нашем исследовании приняло участие 105 детей, которые были распределены в следующие группы: группы для детей с тяжелыми нарушениями речи - группа №1 (40 детей, из которых у 30 детей был поставлен диагноз моторная алалия, ОНР -1, у 10 детей- ОНР-2. Кроме того, 25 детей из общего числа имели диагноз, поставленный неврологами, СДВГ), группы для детей с синдромом Дауна (25 человек) - группа №2, группы детей с РДА (20 человек) группа №3, Группы детей с ДЦП (20 детей) группа №4.

Анализируя полученные данные диагностики, необходимо отметить следующее:

Уровень импрессивной речи в группе детей с ТНР находился на нижней границы нормы, тогда как в группах №2-№4 был речи крайне низок и соответствовал уровню развития ребенка от 3 месяцев до 1 года.

Уровень экспрессивной речи в 83 % был представлен звукокомплексами, лепетными словами, с крайне низкой активностью воспроизведения.

Уровень эмоционально-волевой сферы, состояние уровня регуляции, особенно в группе детей с РДА, не позволяли проводить занятия по вызову, «растормаживанию», развитию речи традиционным способом: в логопедическом кабинете перед зеркалом.

В рамках данного исследования были разработаны серии адаптированных стихов, песен и музыкальных сказок, которые позволили ребенку с различными нарушениями быть успешным и социально значимым. Даже неговорящие дети смогли участвовать в театральных постановках. И нередко самые первые в своей жизни звуки и слова наши воспитанники произносили на логоритмических занятиях.

Одной из главных проблем в появлении фразовой речи у детей с ЗТРР является очень слабая слуховая память ребенка. Зачастую даже самые легкие фразы, такие как «Аня, иди», «Оля, спи» могут вызвать большие трудности в запоминания, а, следовательно, и в восприятии.

Поэтому, необходимо как можно скорее вводить в речь ребенка короткие стихи, попевки. С этой целью нами был придуман и адаптирован материал стихов и сказок, в котором практически все слова могут быть произнесены детьми с первым уровнем речевого развития. (*Курсивом* отмечались слова, которые могут вызвать трудности в произношении. Такие слова рекомендовались проговаривать отраженно вместе с логопедом или родителем. Были даны варианты произношения слов, которые могут вызвать затруднения).

Оценивая динамику импрессивной речи у детей четырех экспериментальных групп, можно говорить о том, что наиболее высокие показатели были отмечены у детей с ТНР (разница между показателями на начало и конец эксперимента составила от 50 до 100%), на втором месте группа детей с синдромом Дауна (с разницей от 50 до 83%) 3 и 4 место занимают дети групп с РДА, и ДЦП. Однако можно отметить, что во всех 4 группах отметилась существенная динамика в развитии импрессивной речи. На конец экспериментального периода понимание двуступенчатой инструкции и обобщения, как наиболее сложных заданий, составила от 83 до 100%.

**ВЫВОДЫ:**

1. Занятия по логоритмике могут быть начаты с детьми раннего возраста различной нозологии при отсутствии противопоказаний в связи с эпилептическими проявлениями. (Следует отметить, что в нашем случае даже при появлении эпилептических очагов на ЭЭГ, неврологи не запрещали нашим воспитанникам посещать логоритмические занятия).

2. Под воздействием музыки, ритма и движения происходит активизация подкорковых структур, что, в свою очередь, приводит к активизации мозговой деятельности в целом.

3. Логоритмические занятия - это один из немногих форм коррекционного воздействия, позволяющее, с одной стороны, проявлять активность и самостоятельность самого ребенка, а с другой – структурировать, «отстроить» поведение и деятельность ребенка.

4. Логоритмические занятия могут стать основой самого раннего коррекционного вмешательства, тогда как другие формы коррекционной работы еще не будут доступны.

#### *Список литературы*

1. Адаптация ребенка в группе и развитие общения на игровом занятии КРУГ- Ю.Г. Зарубина, И.С. Константинова. М.: Теревинф, 2008.

2. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы. М.: ВЛАДОС, 2003.

3. Батяева С.В., Савостьянова Е.В. Альбом по развитию речи для самых маленьких. М.: РОСМЭН, 2008

### **Кино не для всех. Групповая краткосрочная работа с подростками, перенесшими онкозаболевания**

*Сыроелова Е.Е.*

*ООО «Корпоративное Здоровье», Москва*

В западных странах с развитой структурой социальной поддержки и помощи около 30 лет активно развиваются программы, направленные на поддержку семьи и ребенка во время болезни и на стадии ремиссии. Россия по этим показателям отстает в среднем на 25 лет [5], поэтому существует потребность в создании системы психологической помощи и поддержки детей и подростков на этапе их социальной адаптации в ходе ремиссии, с учетом специфики условий ее проведения и возрастных особенностей детей.

Представляется, что разработка и обоснование разных форматов психологической помощи может расширить возможности ее применения, сделает помощь более доступной, адресной, эффективной, систематической, оказываемой на разных этапах реабилитации.

Групповая работа в этом случае является хорошей возможностью для подростков в безопасной обстановке поделиться чувствами, мыслями, обсудить и услышать опыт сверстников [3]. Безопасность такого общения в группе создают ведущие, а тема обсуждения задается обсуждением фильма, который подростки смотрят вместе.

Групповая работа с подростками проводилась на базе санатория для реабилитации детей и родителей «Русское поле», г.Чехов.

С января 2012 по октябрь 2012 группы вела Лина Коган-Лернер, ей принадлежит идея выбора фильма и структура занятия. С опытом проведенных ею групп можно ознакомиться в написанной ею статье [2].

Заезд в санатории длится 21 день (3 недели). В начале каждого заезда составляется расписание: график индивидуальных встреч с родителями или с подростками, семейное консультирование, песочная терапия для детей, группы для взрослых и для подростков.

В период с ноября 2012 по май 2013 года было проведено 7 групп, в которых участвовали 54 подростка, из них 13 (24%) были дети без перенесенного онкологического заболевания.

Группы были открытыми и неоднородными по своему составу. Единственным критерием отбора был возраст участников: 15-17 лет. Всего с каждой группой подростков проводилось 2 встречи с интервалом в неделю.

Участие подростков в группе было добровольным. С группой работали 2 ведущих, у каждого из которых была своя роль на группе. Один ведущий непосредственно был в контакте с участниками, а второй – наблюдал за происходящим, обобщал сказанное на группе, подводил итоги, переводил слова участников на символический уровень. Психологическая работа была ориентирована на возрастно-психологические проблемы и задачи старших подростков, на личные запросы каждого из участников, а также на опыт перенесенной психологической травмы.

Для просмотра был выбран фильм «Другая земля» (реж. М. Кэхилл) из-за его неоднозначности (создает пространство для проекций) и множества тем (в т.ч. актуальных для подросткового возраста), которые он предлагает для обсуждения (опыт травмы, изоляция, одиночество, отношения с родителями, отношения с противоположным полом, планы на будущее и т.д.).

В процессе обсуждения кинофильма выявляются общие темы, продиктованные как сюжетом, так и особенностями состава групп. Участники групп говорили:

- о сложных переживаниях главных героев;
- про полученный опыт, который приводит к изменениям;
- об отношениях с родителями;
- о последствиях травмы и отношении к будущему;
- об изоляции в связи с пережитой травмой, и об отношениях с другими.

Идентифицируясь с главной героиней, участники говорили об ее «правильной» линии поведения. Некоторые подростки открыто переносили ситуацию в фильме на свою собственную, говорили о себе.

Обобщение опыта проведенных групп позволило наметить некоторые рекомендации к проведению групп формата киноклуба и сформулировать их в виде следующих выводов. Необходимость рекомендаций, уточнения некоторых нюансов работы с подобными группами во многом обусловлена спецификой учреждения – санатория.

1. В обсуждении сложных чувств героев целесообразно применять прием нормализации, по-видимому, это особенно важно в группе подростков, которые впервые сталкиваются со многими сильными переживаниями, в том числе, связанными с отношениями, темой ответственности. Нормализация возможна в данном формате за счет действий ведущих, и благодаря разделению переживаний в группе сверстников.

2. Также важным приемом в работе было использование открытых вопросов, проясняющих, что приводит к тому, что человек испытывает такие чувства, как они влияют на поведение, на будущее, на жизненные перспективы. Представляется, что проработка таких связей позволяет подросткам снять эмоциональное напряжение, когнитивно овладеть аффектом, возникающим в процессе просмотра в том случае, если актуализируются собственные значимые конфликтные темы.

3. Подростками в ходе обсуждения неоднократно поднималась тема взаимопонимания: те, у кого не было в опыте сильных переживаний, не поймут людей переживших что-то серьезное. Вероятно, это можно рассматривать как проективное высказывание детей с травмирующим опытом, столкнувшихся с непониманием в социуме. В этой связи опыт смешанных групп подростков, переживших онкозаболевание и подростков с другими соматическими диагнозами, например, с заболеваниями ЖКТ, представляется нам целесообразным.

4. Необходимым условием проведения группы является установление доверительного контакта между всеми участниками – как подростками между собой, так и с ведущими. В процессе проведения групп сложились определённые способы установления контакта и своеобразной проверки уровня доверия в группе. Уровень доверия в группе должен быть достаточным, чтобы обеспечить безопасность самораскрытия.

5. По опыту проведенных групп предполагается, что обсуждение может быть особенно полезным и ресурсным для участников при небольших сроках ремиссии или в момент рецидива. В этот момент травма, полученная из-за болезни, остро переживается. Чувства, связанные с ретравматизацией или перенесенным заболеванием, находятся на поверхности.

6. Опыт показал, что важно, чтобы цели группы были прозрачны для подростков. Ведущие должны четко проговорить их в самом начале занятия. Подростки должны ясно представлять себе, что от них хотят. В этой связи представляется необходимым ввести в структуру мотивирующий этап, на котором каждый из участников может найти свой личный смысл. Например, ведущие спрашивают участников, обсуждают ли они кино с друзьями, и если обсуждают, то какое кино хочется обсуждать и зачем нужно обсуждать кино. Таким образом, каждый из участников формулирует для себя личную задачу в обсуждении.

7. Ведущие не должны игнорировать процессы, происходящие на встрече группы между участниками, даже если это не вписывается в структуру занятия. Важно прояснить актуальную ситуацию, отметить, что в группе что-то произошло за неделю (меньше участников пришло на группу или явно наблюдаются изменения в отношениях между участниками).

В целом, можно отметить, что формат киноклуба оказывается удачным в рамках такой работы и в условиях санаторной жизни, а выбранный фильм соответствует критериям фильмов, которые выбирают для просмотра сами подростки [4].

#### *Список литературы*

1. Медицинская реабилитация онкологических пациентов после лечения. //Интервью с д.м.н., проф. А.С. Брюховецким. 2009. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=37873>

2. Коган-Лернер Л., Групповая работа с подростками, перенесшими онкозаболевание: краткосрочный формат. [Электронный ресурс]. URL: <http://www.supporter.ru/pages.php?id=456&pageid=1>

3. Кэррел С. Групповая психотерапия подростков. СПб., 2002.

4. Сыроелова Е.Е. Киноклуб как формат групповой краткосрочной работы с подростками, перенесшими онкозаболевания. - ИППИП, М. 2013.

5. Социальная интеграция детей с онкологическими заболеваниями, Цейтлин Г.Я., Бялик М.А., Урядницкая Н.А., Особый ребенок: исследования и опыт помощи, 2000, - Вып. 3. – С. 88-97, [Электронный ресурс]. URL: <http://www.osoboedetstvo.ru/biblioteka/text/cejtli01.pdf>

### **К проблеме исследования нарушений фонематического восприятия и их коррекции у детей с последствиями очаговых поражений мозга**

*Борякова Н.Ю., Волкова С.В.  
МГГУ им. М.А.Шолохова, Москва*

Проблема недостатков фонематического слуха и фонематического восприятия у детей с нарушением речи рассматривается с разных позиций: недостаточность фонематического слуха и методы их преодоления (Г.А. Каше, Р.Е. Левина, Н.Н. Трауготт, Т.В. Туманова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, С.Н. Шаховская и др.), нарушение способности восприятия и воспроизведения ритмических и слоговых последовательностей (Г.В. Бабина, А.Гермаковска, В.А. Ковшиков, А.К. Маркова, Е.Ф. Собонович и др.), трудности дифференциации интонационных характеристик (Л.А. Копачевская, Л.В. Лопатина). [3]

Анализ научных исследований позволяет сделать вывод о том, что: теоретические и прикладные аспекты проблемы восстановления речи при очаговых поражениях мозга преимущественно рассмотрены у взрослых пациентов (А.Р. Лурия, Л.С. Цветкова, М.К. Шохор-Троцкая, В.В. Оппель и др.). Достаточно полно разработаны вопросы реабилитации больных с афазией в резидуальном периоде (А.Р.Лурия, Л.С.Цветкова, Э.С. Бейн, Е.Д. Маркова, Н.В. Коновалов, Л.Г. Столярова, И.М.Тонконогий, В.М.Коган и др.). Обширны исследования, направленные на восстановление экспрессивной и импрессивной сторон речи (Э.С. Бейн, Л.С.Цветкова, Т.Г. Визель). Если нарушения восприятия устной речи у взрослых с афазией достаточно подробно разработаны, то вопросы влияния недостатков фонематических процессов на восприятие и понимание речи у детей с локальными поражениями мозга являются мало изученной областью.

А.Ю. Обуховская в своем диссертационном исследовании основывается на предположении о том, что проявления афазии у детей и подростков отличаются от афазии у взрослых пациентов, поэтому повысить эффективность реабилитации можно при условии разработки целенаправленного дифференцированного логопедического воздействия с

учетом особенностей проявлений и структуры афазического дефекта в детском и подростковом возрасте[4].

Потребности практики диктуют необходимость углубленной разработки содержания и методов индивидуально-дифференцированного подхода к восстановительному обучению полиморфной категории детей с последствиями черепно-мозговых травм, инсультов, нейроинфекций и др. Таким образом, разрешение противоречия между имеющимися научно-методическими разработками, связанными с диагностикой и коррекцией сенсорной стороны речи детей с афазией, и способами их реализации в нейрореабилитационном процессе определяет актуальность данной проблемы.

Целью нашего исследования является изучение состояния фонематических процессов и понимания устной речи у детей с очаговыми поражениями мозга и разработка методического обеспечения логопедической работы в системе комплексной нейрореабилитации.

**Предмет исследования:** особенности фонематических процессов и понимания устной речи у детей с речевыми расстройствами вследствие очаговых поражений мозга и дифференцированные методы восстановительной работы логопеда, в частности, предполагающие использование специальной аппаратуры.

Наше исследование проведено на базе Центра патологии речи и нейрореабилитации г. Москвы. Из опыта работы с детьми с последствиями доковых поражений мозга (ПЛМП) можно сделать вывод о полиморфности речевых нарушений у пациентов, поступающих на стационарное лечение и нуждающихся в логопедической помощи. Выявлены такие речевые расстройства как: дисфазия развития (алалия); афазия; дизартрия; дислексия, дисграфия. Часто встречаются сочетания афазии и дизартрии. По степени выраженности речевые нарушения имеют в основном тяжелую и среднюю степень.

Для оптимизации логопедического воздействия необходим учет особенностей речевого развития до заболевания, возраста возникновения нарушения речи, характера и последствий очаговых поражений мозга, времени. В связи с этим на этапе коррекционно-восстановительного обучения детей с ПЛМП специалистам требуется инновационный инструментарий для предупреждения и выявления проблем восприятия речи, который бы учитывал глубинные механизмы смыслообразований, а также взаимосвязь мыслительных, речемыслительных и собственно речевых процессов.

Приоритетными задачами исследования являются наряду с теоретическим анализом состояния названной проблемы практическая разработка диагностической и коррекционной программ. При их реализации предполагается использование специального аппарата «Интон-М».

В соответствии с задачами исследования предполагается:

- осуществить нейропсихологическое и логопедическое обследование детей;
- провести сопоставительный анализ полученных данных, с учетом характера и локализации мозгового поражения, возраста детей, сроков давности нарушений речи;
- по результатам сопоставительного анализа выделить варианты нарушений восприятия речи у изучаемых детей;
- сформировать экспериментальные группы в соответствии с особенностями мозгового поражения, характером и степенью нарушений понимания речи;
- разработать комплекс коррекционно-восстановительных методик, дифференцированных в отношении разных групп детей с использованием аппарата «Интон-М» и без него.
- определить оптимальный объем нагрузок и временных параметров занятий;
- произвести качественный и количественный анализ полученных данных, информативных в отношении различий в степени эффективности реконструкции речевой функции у разных групп детей.

Обобщить экспериментальные данные и составить методические рекомендации для специалистов, работающих с данным контингентом детей.

Полученный в исследовании фактический феноменологический и методический материал может иметь важное значение для оптимизации нейрореабилитационного процесса.

#### *Список литературы*

1. А.Р. Лурия и современная нейропсихология / под ред. Е.Д. Хомской, Л.С. Цветковой, Б.В. Зейгарник. – М.: МГУ, 1982.
2. Бабина Г.В., Сафонкина Н.Ю. Обследование слоговой структуры слова и предпосылок ее развития у младших дошкольников с общим недоразвитием речи // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. 2002. – № 4. – С.12-23.
3. Визель Т.Г. Патология речи и ее преодоление у детей и взрослых с точки зрения эволюции речевой функции/ в кн. Детская речь: норма и патология. — Самара, 1996

4. Кривошапова Л.А. Проблема понимания и использования невербальных средств общения у детей с общим недоразвитием речи / Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. – 2006. – №1 (9).

5. Обуховская А. Ю. Особенности коррекционно-восстановительной работы при афазии у детей и подростков : Дис. канд.педаг.наук. СПб., 2009

6.Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. – М. : МГУ, 1981.

### **Пути психологической абилитации и реабилитации лиц с нарушениями слуха (дошкольников, школьников, студентов)**

*Леонгард Э.И.*

*ГУИМЦ МГТУ им. Н.Э.Баумана, Москва*

**Ключевые слова:** «первичные» дефекты, «вторичные» дефекты, «третичные» дефекты, глухие, слабослышащие, абилитация, реабилитация, речевой слух, слухоречевая система, механизм речевого слуха.

Нарушение слуха – глухота или тугоухость – тяжёлое нарушение, отрицательно влияющее на весь ход психического (и физического) развития ребёнка: у ребёнка не развивается речь, не формируются или прерываются связи с окружающими людьми («социальный вывих»), часто нарушается координация движений; есть и другие негативные последствия. Л.С. Выготский определил две степени дефектов развития детей: «первичные» и «вторичные». «Первичные» дефекты представляют собой «поломки» в тех или иных системах организма; «вторичные» возникают в тех ситуациях, когда в процессе обучения (особенно на ранних его этапах) не используются приёмы компенсации и коррекции, адекватные характеру дефекта.

Наши исследования, проведённые в ГУИМЦ МГТУ им. Н.Э.Баумана, выявили наличие ещё одной степени дефектов развития. Это «третичные» дефекты, постепенно формирующиеся на базе некомпенсированных «вторичных» дефектов. Так, «первичный» дефект при диагнозе «сенсоневральная глухота/тугоухость» требует слухопротезирования и специальных занятий по слухоречевому развитию. Если эти требования не выполняются, то ребёнок остаётся глухим и приобретает «вторичный» дефект – немоту. Глухонемота делает ребёнка аутсайдером – исключает его сначала из микросоциума (из сообщества сверстников), а затем – и из макросоциума. Немота требует определённого реабилитационного воздействия, которое формирует и развивает устную форму речи. Невыполнение этого требования приводит к «третичным» дефектам

Непреодолённые «вторичные» дефекты нарушают ход личностного и социального развития детей дошкольного и школьного возраста, что проявляется в повышенной зависимости от окружающих, неспособности

самостоятельно осуществлять социальные контакты, в неадекватной оценке окружающих и самооценке; в усугубляющейся задержке психического (в том числе, речевого) развития, в проявлении эгоистических тенденций; в появлении различного рода комплексов, чувства неполноценности; нарастании депривационного состояния, в возникновении стрессов.

Если «первичный дефект» относится к области медицины, то проблема «вторичного» и «третичного» дефектов – проблема психолого-педагогическая.

Реабилитация – это «возвращение», *восстановление утраченных функций, умений, утраченного физического или психического здоровья, утраченных способностей и т.д.* Но в отношении детей, у которых нарушение слуха произошло в раннем или младшем дошкольном возрасте, неправомерно говорить о возвращении утраченных функций, о восстановлении утраченных функциональных систем, потому что они отсутствовали с самого начала. В этой ситуации задача специалистов состоит в создании, созидании этих функций, способностей и т.д., в обеспечении условий для нормализации физического и психического здоровья каждого ребёнка. Это и является абилитацией, в процессе которой происходит профилактика или преодоление «вторичных» дефектов, уже возникших вследствие глухоты, и реализуется потенциал личностного, интеллектуального, эмоционального, коммуникативного, физического развития детей данной категории. В психологической абилитации нуждаются дети, нарушение слуха у которых наступило до овладения ими речью. В психологической реабилитации нуждаются так называемые позднооглохшие дети, т.е. дети, у которых до потери слуха речь уже была сформирована. Нарушение слуха вызывает у этих детей сильный стресс: они перестают понимать речь окружающих, их собственная речь достаточно быстро начинает распадаться, и дети выпадают из социума.

Использование той или иной формы обучения и воспитания – абилитации или реабилитации – детерминировано не возрастом детей, а временем потери слуха и условиями, в которых происходит/происходило развитие детей.

Оптимальной траекторией речевой абилитации глухонемого ребёнка является создание тех же условий для его речевого развития, в которых растёт ребёнок с сохранным слухом, а именно: формирование у него слуховой базы. Иными словами, главной целью абилитации ребёнка с нарушенным слухом является формирование его речи по законам становления речи нормально слышащего ребёнка, т.е. нормализация слухоречевого развития глухонемого ребёнка.

Формирование слуховой базы – первая задача слухоречевой, а значит, и психологической абилитации или реабилитации.

Поскольку причина нарушения психического здоровья глухих и слабослышащих детей заключается в нарушении или резком снижении слуха,

в нарушении или отсутствии речи, ядром абилитационного/реабилитационного процесса является слухоречевое развитие этой категории детей и, прежде всего, формирование у них механизма речевого слуха - фундамента и базы создаваемой даже у глухого ребёнка слухоречевой системы. Несмотря на органическое поражение слуха, в результате многолетней абилитационной и реабилитационной работы по его формированию и развитию даже глухие дети становятся «функционально слышащими» благодаря функционированию механизма речевого слуха.

Почти все глухие дети имеют те или иные «остатки слуха» – не погибшие клетки в улитке. А значит, есть пространства, «островки», которые могут принимать звуковую, в том числе – речевую информацию. Но у многих детей сохранившиеся клетки, готовые к «работе», не могут её выполнять, потому что не получают извне никаких сигналов. И эти здоровые клетки от бездействия постепенно приходят в состояние депривации – функциональной гибели. Следовательно, значительные области коры головного мозга у этих детей/студентов «спят», не получая звуковой речевой информации; существенно (по сравнению с нормой) сокращаются связи между разными центрами мозга. А ведь возбуждение, которое вызывается речевыми сигналами, может распространяться в нервной системе в любом направлении и на любую клетку. Таким образом, отсутствие звуковых речевых стимуляций уменьшает объём активно работающей мозговой ткани. Сохранные клетки улитки начинают функционировать в процессе слухоречевой абилитации/реабилитации, в результате чего активизируются слуховые и речевые зоны коры головного мозга. Становление этих механизмов у глухих происходит в течение длительного времени: это не только период дошкольного-школьного детства, но и период получения учащимися профессионального образования в средних и высших учебных заведениях – в тех случаях, когда на предыдущих этапах работа по формированию данных механизмов не проводилась.

Механизм речевого слуха – это база для функционирования *новых для* глухих и слабослышащих систем – слухо-зрительной и слуховой. В этих условиях глухие дети становятся, как и слышащие, носителями родного языка. В дальнейшем дети могут самостоятельно, без помощи переводчиков жестового языка, инициировать контакты со слышащими людьми, даже незнакомыми, самостоятельно решать свои проблемы и т.д.

Для формирования механизма речевого слуха и механизма восприятия устной речи у детей вырабатывают навык синхронного действия четырёх систем – зрительной, «руководвигательной» (при письме и чтении), речедвигательной, слуховой: во время письма они проговаривают то, что пишут, и слушают себя; во время чтения организуют свой взгляд движением пальца под строкой и слушают себя; во время устного общения – смотрят на собеседника, сопряжённо или отражённо вторят ему и слушают

себя. Самопрослушивание обеспечивается двусторонним слухопротезированием (слуховыми аппаратами и имплантатами).

Определяющим в понимании устной речи является способность человека услышать высказывание. Имеется в виду не «слух» вообще, не «слушание», а именно «*слышание*», потому что можно слушать и не слышать. Слышать – значит понимать, а понимать – значит слышать. Восприятие речи неразрывно связано с проблемой понимания речи. Поэтому необходимым условием развития речевого слуха является организация работы по формированию у детей и студентов слухового образа слова. Это значит, что на занятиях по развитию слухового восприятия учащиеся обязательно осуществляют какую-либо деятельность, проявляя смысл услышанного. В процессе специально организуемой слухоречевой деятельности у глухих и слабослышащих начинает развиваться произвольная слуховая память.

Если механизм восприятия устной речи базируется только на зрительном восприятии, без участия слуха (дети не носят слуховые аппараты, и с детьми не проводится абилитационная работа по развитию речевого слуха), то разборчивость и внятность речи и дошкольников, и школьников, и взрослых находятся на низком уровне. Низкий уровень развития произносительной стороны речи препятствует установлению контактов с окружающими и является одной из существенных причин «выпадения из социума» и появления у лиц с нарушением слуха разного рода комплексов.

Негативные последствия нереализованных в дошкольном возрасте возможностей глухих и слабослышащих детей в дальнейшем проявляются у учащихся в разных направлениях: затруднено или невозможно самостоятельное общение ребят с окружающими людьми, большинство которых составляют слышащие; не сформирована база для получения не только высшего, но и полноценного среднего профессионального образования. Бедность словарного запаса, несформированность связной речи, аграмматизмы серьезно затрудняют понимание текстов, поэтому многие глухие и слабослышащие не читают художественную литературу, что не позволяет им повышать свой культурный уровень, и т.д.

У студентов с ограниченными возможностями здоровья по слуху полноценное функционирование слухоречевой системы предусматривает проведение систематической работы по преодолению трудностей в понимании смысла текстов, предъявляемых студентам в устной и письменной формах, т.е. работы по формированию у студентов образа слова.

Несформированность слуховой и слухо-зрительной систем у глухих и части слабослышащих студентов требует включения в учебный процесс реабилитационного курса по становлению и развитию речевого слуха, формированию навыков понимания устной речи и письменных текстов, навыков устного общения, по совершенствованию произношения и др. Эта работа проводится со студентами с нарушением слуха в форме групповых и

индивидуальных занятий, задачами которых являются формирование и развитие механизма речевого слуха и механизма восприятия устной речи; формирование навыка синхронного действия четырёх систем: зрительной, «рукодвигательной» (при письме), речедвигательной, слуховой; обучение способам понимания смысла письменного текста; совершенствование грамматического строя речи.

Отрицательное воздействие на психическое и личностное развитие детей с ограниченными возможностями здоровья по слуху оказывает изоляция. Многочисленные исследования отечественных и зарубежных учёных доказали, что при наличии определённых условий наилучшие результаты языкового, слухоречевого, познавательного, личностного развития детей с нарушением слуха достигаются в тех случаях, когда их обучение осуществляется в группах/классах/коллективах нормально развивающихся слышащих. Чем раньше дети получают доступ к образованию в интегрированной среде, тем полноценнее происходит их личностное и познавательное развитие, тем раньше и естественнее они становятся партнёрами слышащих детей в разных ситуациях деятельности. В результате впоследствии лица с нарушенным слухом могут самостоятельно, без помощи переводчиков жестового языка, инициировать контакты со слышащими людьми, даже незнакомыми, самостоятельно решать свои проблемы и т.д. Слухоречевая абилитация и реабилитация в условиях грамотно организованных интеграции и инклюзивного образования нормализуют психическое развитие глухих и слабослышащих детей, которые становятся полноценными членами социума.

Полноценной психологической абилитации/реабилитации лиц с нарушением слуха на всех возрастных этапах, полноценному овладению ими той или иной профессией и полноценному включению их в социум способствуют современные технические средства и информационные технологии.

Реализация системы психологической абилитации/реабилитации детей-студентов с нарушениями слуха создаёт фундамент для предупреждения или минимизации нарушений эмоционально-волевой сферы, проявлений подавленного психического состояния (депривации), с одной стороны, и для нормального личностного развития, – с другой. Так, глухие и слабослышащие студенты получают возможность успешно включаться в среду слышащих студентов и преподавателей благодаря сформированному умению вести диалог, т.е. быть собеседниками: и слушающими, и говорящими, понимающими как обращённую речь, так и смысл разговора; публично выступать перед аудиторией, обращаться к аудитории, т.е. владеть монологической формой речи; понимать смысл письменных текстов.

## Развитие коммуникативной интенции у дошкольников с РДА в условиях Лекотеки

*\*Малькова В.В., \*\*Плаксина Л.И.*

*\*СП Лекотека ГБОУ детский сад № 288, \*\*МПГУ, Москва*

В работах известных психологов (Д.Б. Эльконин, Я.Л. Коломинский, А.В. Петровский, Д.И. Фельдштейн) подчеркивается, что успешная адаптация ребенка в коллективе сверстников возможна, когда у него есть желание общаться (инициатива к общению). Л.С. Выготский, Ж. Пиаже, С.Л. Рубинштейн неоднократно подчеркивали важность взаимоотношений детей между собой ввиду их влияния на умственное и психическое развитие ребенка. Взаимодействие сверстников способствует становлению критического отношения к себе, своей деятельности и поведению. Л.В. Окоченкова рассматривает коммуникативную инициативу как «осознанную активность ребенка в организации коммуникативного действия со взрослыми и сверстниками» [1], которая проявляется через умение задать вопрос, ответить, попросить помощь и т.д. Это явление может проявиться только при наличии коммуникативной интенции, то есть намерения реализовать коммуникативный акт. При этом интенция всегда присутствует в сознании ребенка и может выражаться не только вербальными, но и невербальными средствами (либо изменение поведения, либо использование в основном невербальных средств), и уровень ее проявления напрямую зависит от состояния нервной системы ребенка и организации его мозговой деятельности.

Одним из основных проявлений аутизма является отсутствие или слабое выражение коммуникативной интенции социально понятными средствами. Дети в ответ на негативный для них раздражитель отвечают изменением поведения, эмоционального фона (кричат, бросают предметы), при этом порой сложно определить источник раздражения. Или у ребенка наблюдается отсутствие интереса к окружающему вербальному и невербальному миру, в таких ситуациях коммуникативные интенции слабы и чуть более явно проявляются, когда взрослый активно вторгается к его пространство, при этом они носят отвергающий его характер. Или в ситуации сильной мотивации, искусственно созданной взрослым, ребенок может потянуть его за руку, чтоб добыть интересующий объект.

В связи с проблемами, возникающими у обозначенной категории детей, мы рассматриваем развитие коммуникативной интенции как важное и основное звено в психолого-педагогическом сопровождении детей с РАС.

При этом мы наблюдаем противоречие между важностью включения ребенка в социум для его развития и невладением ребенком с РДА (РАС) социально допустимыми средствами общения для включения в коллектив

сверстников. Это положение определяет актуальность и социальную значимость выбранного нами направления исследования.

Мы говорили выше, что коммуникативный акт не может реализоваться без наличия у ребенка намерения к общению. Поэтому далее мы рассмотрим вопрос развития коммуникативной интенции.

Т.Н.Ушакова эмпирическим путем пришла к выводу, что в речевом механизме существует два уровня интенциональности. «Интенции первого уровня по происхождению первичны, они связаны непосредственно с индивидуальными особенностями ЦНС человека. Интенции второго уровня социальны по своему происхождению, они в структуре организации общения между людьми». [3]

П.С.Третьякова разделяет интенции первичного уровня на два этапа. Интенции первого этапа проявляются в крике новорожденного, как выражение им своего психического состояния и использование голосовой активности для этого. Интенции второго этапа используются младенцами в возрасте 2-4 месяцев – это спонтанные вокализации (гуление, лепет), которые возникают в состоянии положительных эмоций». [2]

При этом по мере развития мышления и форм интенций, у человека сохраняются интенции более низкого уровня, только они «проявляются не только через звукоподражания, а также через мышцы лица, рук, ног, то есть через мимические и пантомимические движения и общее двигательное поведение (первый этап первичных интенций); или в ситуациях, когда человек без перерыва говорит только о себе, своих интересах и заботах, что является проявлением эгоцентризма (второй этап первичных интенций)». [4]

Так же Т.Н.Ушакова отмечает, что «именно через взаимодействие ребенка с окружающей его средой развивается логическое мышление, обеспечивающее социализированную речь» [5].

Таким образом, мы видим основополагающее влияние социума на развитие проявлений интенций второго уровня, то есть коммуникативных интенций.

В качестве метода оценки навыков коммуникации мы использовали Матрицу общения (1990-2011, Charity Rowland, USA). Матрица организована по четырем основным мотивам общения: отказываться от нежелаемого; получать желаемое; участвовать в социальном взаимодействии; а также предоставлять или искать информацию; и разбита на семь уровней коммуникативного поведения:

I. До-намеренное поведение (ребенок не контролирует свое поведение, но оно отражает его состояние (например, что он голоден, или мокрый, или хочет спать));

II. Намеренное поведение (поведение ребенка уже контролируется им, но он еще не понимает, что «если я сделаю то-то, то мама или папа сделают то-то для меня» – иначе говоря, коммуникация ребенка еще не намеренна);

III. Неконвенциональная коммуникация (ребенок намеренно использует движения тела, вокализации, выражения лица и простые жесты, чтобы сообщить другим людям свои нужды и желания);

IV. Конвенциональная коммуникация (ребенок намеренно использует указательный жест и кивок головой («да»)), чтобы сообщить другим людям свои нужды и желания);

V. Конкретные символы (ребенок использует «конкретные» символы – картинки, предметы (например, шнурок означает «ботинок»), «иконические» жесты (например, похлопать по стулу, чтоб сел), звуки (например, жужжание означает пчелу));

VI. Абстрактные символы (ребенок использует слова, произнесенные или напечатанные, или знаки жестового языка);

VII. Язык (ребенок комбинирует символы (любого типа) в упорядоченные 2- или 3-символьные комбинации («хочу сок», «я хочу сок»), согласно правилам грамматики).

В дополнение по итогам наблюдения за поведением ребенка мы заполняли протокол, разработанный специалистами ИРВА (СПб).

В зарубежной практике методы развития коммуникативных навыков представлены в работах E.G. Carr, P. Hunt, T. Layton, E. Schopler, L.R. Watson и др., в отечественной школе акцент сделан на общее речевое развитие, здесь работы В.М. Башиной, О.С. Никольской, Л.Г. Нуриевой, С.А. Морозовым, С.С. Морозовой, Т.И. Морозовой.

В своей работе мы используем такие средства ААС, как элементы системы альтернативной жестовой речи МАКАТОН и системы обмена карточками PECS. В исследовании принимало участие 5 детей в возрасте от 5 до 6 лет, все дети с диагнозом РАС, трое из них безречевые и двое с 1 уровнем ОНР.

После выявления особенностей развития детей с РАС, посещающих Лекотеку, были прописаны задачи работы специалиста на индивидуальном игровом сеансе и сопровождающего специалиста на групповом игровом сеансе, а также были даны рекомендации родителям, как тренироваться и закреплять дома использование элементов системы МАКАТОН и PECS.

Специалист на индивидуальном игровом сеансе проводил работу по знакомству ребенка с новыми символами и жестами, расширяя тем самым визуальный словарь ребенка. Здесь же показывались родителям игровые упражнения и задания, в которых можно закреплять изученные жесты и карточки.

Далее на групповых занятиях использовалась визуальная система расписания, обозначающая разные виды активностей, расположенных на временной ленте, что помогало детям ориентироваться в происходящих событиях и быть самим планировщиками своей и общей активности через выбор соответствующей карточки с подписью. При этом детей учили использовать не только карточки PECS для регулирования происходящего,

но и использовать жесты МАКАТОН «еще», «все», «дай», «я», «это», так как они являлись более эффективными и скоростными средствами для выражения ребенком своего намерения/ интенции.

В рамках группового игрового сеанса была часть «Полдник», во время которой в активной форме происходило закрепление использования карточек PECS, изображающих еду и напитки, которую предлагали детям. Во втором полугодии все дети использовали коммуникативную полосу для выстраивания предложения «Я хочу...».

Также мы использовали визуальную маркировку пространства, также с подписями названия помещений или вида активности, которая будет в нем происходить. Специалисты знакомили и родителей с данной системой визуального расписания для организации режима в домашних условиях и закрепления полученных умений.

В конце учебного года мы провели скрининг коммуникативных навыков у детей с РАС и выявили следующие достижения.

Практически у всех детей группы повысились показатели умения выразить свое нежелание к деятельности, желания продолжить какую-либо деятельность, что-то попросить. Все дети группы стали использовать жесты, визуальное подкрепление (картинки), взгляд на взрослого, вокализации. А у одного ребенка использование системы PECS запустило экспрессивную речь: он стал проговаривать одно- и двухсложные слова целиком, а более сложные с усечением слоговой структуры. Все дети используют указательный жест, в большей части по напоминанию взрослого используют жесты приветствия и прощания, но более самостоятельно – жесты «еще», «все», «дай», «я».

Таким образом, мы получили положительное подтверждение выдвинутой гипотезе, что дошкольники с РДА (РАС) редко проявляют коммуникативную интенцию в контактах со взрослыми и сверстниками. И по результатам контрольной диагностики выявили, что использование дошкольниками с РДА (РАС) средств альтернативной коммуникации (PECS) способствует развитию их коммуникативной интенции, увеличению частотности контактов с окружающими людьми.

Данный положительный опыт использования средств ААС в течение одного учебного года стимулировал нас на более детальное планирование в использовании данной технологии с детьми с РДА (РАС) на групповых и индивидуальных игровых сеансах в коррекционно-развивающем процессе в рамках структурного подразделения лекотека.

#### *Список литературы*

1. Оконечникова Л. В. Коммуникативная инициатива как условие формирования учебной деятельности у детей 6-7 лет // Психологический вестник Уральского государственного университета. [Вып.1]: Материалы юбил. конф., г. Екатеринбург, 9 сентября 2000 г. – Екатеринбург : Банк культурной информации, 2000

2. Третьякова П.С. Проблема соотношения эгоцентрической речи с иными видами речевой деятельности // «Филология. Искусствоведение. Выпуск 22, 2008
3. Ушакова Т.Н. Психологическое содержание речи ребенка 3–5 лет // *Вопр. психологии.* – 2000. – № 2.
4. Ушакова Т.Н. Речевые интенции в межличностном общении // *Мир психологии.* – 2005. – № 2.
5. Ушакова Т.Н. Слово в действии. Интент-анализ политического дискурса / под ред. Т. Н. Ушаковой, Н. Д. Павловой. – СПб.: Алетейя, 2000

### **Арт–терапия, как средство реабилитации людей со снижением интеллекта**

*Низманов С.У.*

*БУ ВО «Областной реабилитационный центр для инвалидов молодого возраста»,  
Воронеж*

**Ключевые слова:** психодрама, драматическая арена, арт-терапия, снижение интеллекта, социальная реабилитация, общение.

Общение для любого человека – это сложный многоплановый процесс контактирования с другими людьми при совместной деятельности, а для человека с ограниченными возможностями, из-за чувства собственной неполноценности, оно обрастает большим количеством разнообразных препятствий, которые могут быть объективными, возникающими по независящим от человека обстоятельствам, или субъективными, связанными с невозможностью или не способностью (на данный момент) к каким-либо действиям.

Чтобы преодолеть это препятствие, инвалид вынужден находить какие-то формы поведения, облегчающие общение с окружающим миром. Удавшиеся варианты реагирования повторяются и становятся привычными, стереотипными. Они облегчают жизнь – да! Но они и обедняют её, не дают двигаться вперёд к чему-то новому.

По мнению Стюарта Хеллера «привычка – это наш внутренний бюрократ, который стремится, во чтобы то ни стало, сохранить всё как есть, ничего не менять. При попытке сделать «по-другому» внутренний бюрократ сопротивляется и возвращает к привычному» [2]. У инвалидов со сниженным интеллектом стереотипы занимают значительную часть жизненного пространства и времени, что ведёт к ещё большему снижению умственных способностей.

Ни для кого не секрет, что доступность для инвалидов общественных мест в нашей стране крайне низка. Интенсивность общения снижена и круг общения ограничен, поэтому, попадая в центр реабилитации или в другое учреждение, устраиваясь на работу или контактируя с окружающими в общественных местах, они могут испытывать чувство неловкости и даже стресса, на фоне которых возможно развитие страха чужой оценки своих поступков, результатов деятельности, высказываний; ожидание отрицательной реакции окружающих, высмеивания, даже издевательства.

Мы попытались, хотя бы частично убрать или сгладить субъективные препятствия и стереотипы. Занятия проводились два раза в неделю по два часа в день; всего десять (академических) часов в рамках социальной реабилитации. Использовалась адаптированная техника арт-терапии «Драматическая арена». В группу были набраны люди со снижением интеллекта лёгкой и средней степени.

Целью занятий было развитие навыков общения как средства социализации. Ставились задачи:

- отработка техники и приёмов коммуникации;
- формирование навыков взаимопонимания в процессе общения;
- повышение самооценки;
- обучение преодолению стереотипности поведения в общении;
- расширение списка социальных ролей.

Общение у инвалидов снижено и по объёму, и по интенсивности на всех уровнях (макро-, мезо-, микро-). Давая обратившимся в центр проигрывать различные ситуации в ролях, чаще всего не соответствующих им по жизни, можно добиться очень многого: повышения уровня их социализации, облегчения процесса включения в социум. Но самое главное, эта техника заставляет инвалидов думать, прилагать интеллектуальные усилия для выполнения задачи, что, начиная с самого первого занятия, и с каждым шагом всё более усложняясь, повышает их интеллектуальный тонус. Это как стратегическая игра, позволяющая развивать, строить свой разум, где каждый последующий шаг повторяет предыдущий, закрепляя уже пройденное, даёт что-то новое, заставляя думать о предстоящих действиях, и готовит базу под следующий шаг вперёд.

Каждое занятие строится в виде игры, которая затягивает людей необычностью своих правил, отсутствием строго установленных рамок, возможностью импровизации, не оставляющей места однозначности. В этой игре любое действие может быть правильным и будет таковым, в ней не надо никому доказывать и объяснять, что ты что-то не умеешь, что твоя речь не достаточно развита, что ты чего-то не знаешь. Это даёт возможность

попробовать пожить в чьей-то шкуре (человека, животного), примерить на себя чью-то роль, поступок, мечту, желание. Осознав своё видение мира (или его кусочка), заметить его отличие от видения другого человека, понять, что все эти точки зрения имеют право на существование, что не всегда то, что делают или думают другие, неверно. И самое главное: люди, обучаясь и взаимодействуя, понимают, что жизнь вокруг не так страшна и безнадежна, как им казалось.

#### Занятие 1.

Обычный небольшой детский рассказ, зачитывается или пересказывается ведущим (тренером), одним из участников и предлагается к ролевой постановке. Самая первая реакция – это «А я не могу!». Постепенно все включаются в работу и через 20 – 25 минут готов маленький спектакль, где ребята сами актёры и сами зрители. На каждом занятии много смеха и над собой и над другими, это позволяет снять напряжённость и даже если кем-либо высказывается отрицательная оценка происходящего (хотя тренер внимательно отслеживает и пресекает такую возможность), то она теряет значимость.

#### Занятие 2.

За основу занятия принимается какая-либо домашняя сценка, которых так много в каждой семье. В проигрывание каждый привносит что-то своё, что характерно для их семьи и это обогащает жизненный опыт всех участников, показывает, что можно действовать как-то иначе, может быть лучше, а если хуже, то так делать не стоит. Проиграв сценку один раз, можно поменять роли или ввести дополнительные персонажи (если позволяет время), что изменит до неузнаваемости сценку и состояние участников.

#### Занятие 3.

Каждый человек посещает магазины. Ситуация в магазине задаётся тренером и контролируется довольно жёстко. После каждого проигрывания сценки вводится новый персонаж и перераспределяются роли, что с каждым шагом усложняет задачу и даёт множество новых возможностей поведения, что обогащает возможности реагирования участников в обычной жизни.

#### Занятие 4.

Выбирается сказка с достаточно большим количеством персонажей. Каждый из участников выбирает себе роль по вкусу или вытаскивает жребий, что позволяет внести элемент случайности. В отличие от предыдущего занятия, в этот раз процесс идёт в основном по воле участников, что даёт им возможность использовать полученные ранее навыки. Случайность выбора роли позволяет получить роль, независимо от гендерного признака, что

добавляет веселья и позволяет более глубоко прочувствовать необычную, по жизни, роль.

#### Занятие 5.

Объектом постановки становится чужое желание. Желание попадает случайно, по жребии. Участник выбирает себе актёров, которые будут помогать ему (как режиссеру) создавать образ желания, в конце можно сравнить, а так ли представляет своё желание его «хозяин». Люди разные и представления о претворении желания в жизнь совпадают редко, но каждая сценка даёт новое, необычное видение твоего желания. Роль режиссера накладывает ответственность на исполнителя, он как бы сам становится тренером, ответственным за результат.

В жизненную ситуацию вносятся элементы игры, что превращает её в терапевтическую (корректирующую) систему, даёт возможность участникам занятий вносить отработанные в игре элементы в свою жизнь. Каждое занятие заставляет людей со сниженным интеллектом (да и с другими нарушениями) думать и развиваться (особенно при педагогической запущенности).

#### *Список литературы*

1. Киппер Д. Клинические ролевые игры и психодрама // М. : Независимая фирма «Класс», 1993.
2. Латыпов Н. Основы интеллектуального тренинга // СПб. : Питер, 2005. с.26– 35
3. Минухин С., Фишман Ч. Техники семейной терапии / Пер. с англ. А.Д. Иорданского. – М. : Независимая фирма «Класс», 1998.
4. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей инвалидов: Учебное пособие // Под ред. С. М. Безух и С. С. Лебедевой. – СПб.: Речь, 2007.
5. Хилько А. А. Индивидуальный план улучшения качества жизни молодых людей с нарушениями интеллекта // СПб. : «Речь», 2000

#### **Формирование познавательной мотивации старших дошкольников с ОНР в ходе исследовательской деятельности, направленной на изучение природных материалов**

*Самойлова В.М.*

*РНИМУ им. Н.И.Пирогова, Москва*

*Познавательная мотивация и её значение для последующей адаптации к школьному обучению. Согласно современным*

представлениям, мотивация детерминирует особенности поведения и деятельности человека. Она оказывает решающее влияние на направленность, характер, способности личности.

*Под познавательной мотивацией* понимается потребность в получении знаний о явлениях окружающего мира, их свойствах, а также способах познания. Проявления познавательной мотивации широки и многообразны. По мнению Виноградовой Е.Л., познавательная мотивация дошкольников и младших школьников можно проявлять себя таких феноменах, как:

- познавательный интерес, то есть эмоциональную включенность в решение познавательной задачи;
- познавательная деятельность - практическая активность, направленная на познание нового;
- познавательная активность, то есть готовность к познавательной деятельности и инициативность в ней;
- любознательность, любовь к знаниям, стремление узнать что-то новое.

Севостьянова Е.В. в своей работе «Развитие познавательной мотивации у дошкольников» (2008) описывает яркие показатели выражения познавательной мотивации детей дошкольного возраста. К ним она относит:

- степень эмоциональной вовлеченности ребенка в деятельность (сосредоточенность на задании; экспрессивно-мимические проявления интереса; положительный эмоциональный фон; эмоциональные «всплески»);
- сформированность показателей целенаправленности деятельности, ее завершенность (способность не отвлекаться на посторонние раздражители и доводить деятельность до конца);
- степень инициативности ребенка (наличие вопросов, реплик относительно выполнения задания, собственных предложений, замечаний, просьб о помощи, а также диалога с партнером о содержании деятельности).

Познавательная мотивация является внутренней мотивацией учебной деятельности, т.к. сама учебная деятельность определяется А.Н.Леонтьевым как деятельность, «побуждаемая адекватными мотивами, ими могут быть мотивы собственного роста и собственного самосовершенствования». Уровень сформированности познавательной мотивации коррелирует с уровнем адаптации ребенка к условиям школьного обучения: её недостаточное развитие приводит к возникновению школьных проблем, трудностям обучения.

Заметим, что познавательные мотивы не занимают в этой иерархии доминирующее место даже у нормально развивающихся дошкольников (Гризик Т.И., 2005; Севостьянова Е.В., 2008).

**Специфика познавательной мотивации старших дошкольников с ОНР.** ОНР - наиболее распространенным типом нарушенного развития.

Дошкольники с данным видом нарушений имеют специфические особенности мотивационной системы: она не только беднее мотивационной системы здоровых детей. Здесь отмечается иная связь цели познавательного действия и мотива игрового действия (Д.Б. Эльконин, Н.И. Непомнящая, Н.В. Елфимова), как правило, игровые действия не несут познавательную функцию, они не связаны с выявлением и иным обыгрыванием новых свойств предметов. Мотивация достижения и мотивация к обучению не имеют положительной корреляций у 20% старших дошкольников с ОНР. В то время как в норме положительная корреляция данных видов мотивации была доказана (Валявко С.М., 2006). Неосознаваемые мотивы старших дошкольников с ОНР разнонаправлены, отсюда нестабильные эмоциональные состояния детей. Около 70% старших дошкольников с ОНР демонстрируют мотивацию избегания неудач при столкновении с трудностями. Формирование иерархии мотивов идет медленнее по сравнению с нормативно развивающимися дошкольниками. Место познавательных мотивов в складывающейся иерархии незначительное. Важнейшей характеристикой мотивации старших дошкольников с ОНР можно считать невысокую опосредованность, низкую произвольность.

**Особенности продуктивной и игровой деятельности дошкольников с ОНР.** Продуктивная и игровая деятельности функционируют и развиваются на базе познавательных и эмоциональных процессов, которые у дошкольников с ОНР имеют особые характеристики. У них снижена вербальная память, страдает продуктивность запоминания. Исследование мнестических функций позволяет заключить, что запоминание словесных стимулов у детей с ОНР значительно хуже, чем у детей без речевой патологии. Дети с ОНР не удерживают сложные инструкции, элементы и последовательность заданий во всех видах деятельности (Л.И. Белякова, Ю.Ф. Гаркуша, О.Н. Усанова, Э.Л. Фигередо). Низкая активность припоминания может сочетаться с ограниченными возможностями развития познавательной деятельности. При зрительном опознании предмета в усложненных условиях дети с общим недоразвитием воспринимали образ предмета с большими трудностями, по сравнению с нормально развивающимися детьми, к тому же им требовалось больше времени для опознания. Исследование функции внимания показывает, что дети с ОНР быстро устают, нуждаются в побуждении со стороны экспериментатора, затрудняются в выборе продуктивной тактики, ошибаются на протяжении всей работы, отмечают недостаточную устойчивость и объем внимания, ограниченные возможности его распределения.

Данные экспериментальных исследований позволяют заключить, что познавательная активность дошкольников с ОНР коррелирует с уровнем развития речевой активности, целенаправленности деятельности, уровнем сформированности невербальных и вербальных когнитивных действий (Гаркуша Ю.Ф., 1995, Ветчинкина Т., 2009).

Дети с ОНР малоактивны, инициативы в общении они обычно не проявляют. В исследованиях Ю.Ф. Гаркуши и В.В. Коржевиной отмечается, что у дошкольников с ОНР проблемы в общении, проявляющиеся и в незрелости мотивационно-потребностной сферы. Имеющиеся трудности, по их мнению, связаны с комплексом речевых, когнитивных и мотивационных нарушений.

Игровая деятельность является ведущей в дошкольном возрасте. Выготский Л.С. видел в игре неиссякаемый источник развития личности, сферу определяющую «зону ближайшего развития».

Именно в игре у здоровых дошкольников наиболее полно активизируется познавательная и общественная активность детей, наиболее интенсивно формируются психические качества и личностные особенности ребенка. В игре складываются другие виды деятельности, которые потом приобретают самостоятельное значение. Игровая деятельность влияет на формирование произвольности психических процессов.

Игровая ситуация и действия в ней оказывают постоянное влияние на развитие умственной деятельности ребенка дошкольного возраста. Д.Б. Эльконин подчеркивал, игра дает возможность такой ориентации во внешнем, зримом мире, которой никакая другая деятельность дать не может. В играх формируется и проявляется потребность ребенка воздействовать на мир активно, переосмысливать его.

Для детей-дошкольников, с общим недоразвитием речи, игровая деятельность сохраняет свое значение как необходимое условие всестороннего развития их личности и интеллекта. Недостатки всех компонентов речевой системы, относящихся к ее звуковой и смысловой стороне, а так же особенности в формировании сенсорной, интеллектуальной и аффективно-волевой сфер у дошкольников с ОНР влияет на развитие игровой деятельности детей, порождает определенные особенности поведения в игре.

Детям присущи нестойкость игровых интересов, пониженная наблюдательность, сниженная игровая мотивация, неуверенность в себе, раздражительность, обидчивость, трудности в общении при реализации игровых задач. Дети с общим недоразвитием речи в силу своих особенностей требуют значительно большего участия взрослых в их игровой деятельности, чем нормально развивающиеся сверстники. Они хуже, чем нормативно развивающиеся дошкольники умеют координировать игровые действия, поэтому не могут играть коллективно.

Уповать на то, что собственно в игровой деятельности сформируется познавательная мотивация старших дошкольников с ОНР, не приходится. Для развития этого вида мотивации требуется специально организованная деятельность.

**Коррекционно-развивающие задачи формирования познавательной деятельности.** Познавательная мотивация может

формироваться в разных видах деятельности. Наиболее полноценно она развивается в детском возрасте условиях учебной деятельности. Однако дошкольники не являются учениками. Их основная деятельность – игра.

Для формирования и развития познавательной мотивации старших дошкольников с ОНР нам было необходимо выделить такую их деятельность, которая была бы близка учебной по своей мотивации, набору действий по содержанию, и одновременно с этим по своей форме была бы близка к игровой деятельности.

Таковой деятельностью, по нашему мнению, может быть познавательно-исследовательская, экспериментальная деятельность. Она рассматривается как вид культурных практик, с помощью которых ребенок познает окружающий мир. Наблюдение за демонстрацией опытов и практическое упражнение в их воспроизведении позволяет детям стать исследователями того мира, который их окружает. Дошкольникам свойственно желание изучать окружающий мир и экспериментировать с объектами и явлениями реальности. Знакомясь с окружающими их явлениями, рассматривая предметы, трогая его руками, дети задумываются о сложных физических явлениях, как: замерзание воды зимой, смена времен года, изменение цвета и т.п. Опыты, проводимые детьми, способствуют развитию познавательного интереса, любознательности, формируют важные исследовательские, перцептивные, мнестические и интеллектуальные действия.

Экспериментальную деятельность применима для совершенствования познавательной активности старших дошкольников с ОНР. Во-первых, для успешности столь сложной деятельности имеются предпосылки: существует некая база исследовательских действий, которые отрабатываются на занятиях с психологом, в продуктивной и игровой деятельности; имеется присущий данной возрастной группе интерес к окружающему миру. Во-вторых, данная категория детей развивается по тем же законам, что и нормальные дети, имеют те же закономерности развития. В-третьих, цель дошкольного учреждения, вся его деятельность направлена на подготовку к школьному обучению. Вся работа в дошкольном учреждении проходит под этим лозунгом. Программа воспитания дошкольников ориентируется на формирование значимых для школьного обучения качеств личности, в том числе и познавательной активности.

**Коррекционная программа.** С учетом всех вышеизложенных фактов нами была разработана программа формирования и развития познавательной мотивации детей старшего дошкольного возраста с ОНР. Мы исходили из того, что данный вид мотивации имеет свои специфические особенности у дошкольников с ОНР и нуждается не только в совершенствовании, но и коррекции. Поскольку мы имеем дело с детьми дошкольного возраста, то форма занятий была игровой. Наша работа могла быть успешной только при

четкой организации с другими специалистами коррекционно-образовательного учреждения.

Разработка программы потребовала предварительного изучения как особенностей когнитивной, так мотивационной сфер. Наша деятельность по совершенствованию познавательной мотивации началась с изучения специфики мотивации у будущих участников педагогического эксперимента и познавательных процессов. Всего участников было 22 человека, старшие дошкольники в возрасте 6 -7 лет, с общим недоразвитием речи. С этой целью мы использовали детские варианты нейропсихологических методик (Цветкова Л.С., 1998) для изучения когнитивных процессов и эмоционально-волевой сферы дошкольников с ОНР, методики «Изучение достижения цели в условиях помех» (Урунтаева Г.А., Афонькина Ю.А., 1995), «Перечень любимых занятий», «Особенности познавательных потребностей у дошкольников», «Детская любознательность» (Баранова Э.А., 2005). Было уточнено, что познавательная активность старших дошкольников с ОНР направлена на явления, характеризующиеся яркостью и необычностью, т.е. определяется внешними характеристиками самих явлений. Интерес нестойкий, непродолжительный. Трудности понимания инструкции и бедность словаря осложняют регуляцию познавательной активности.

На втором этапе мы разработали программу, состоящую из 10 занятий. Из них одно было вводное, одно – заключительное и по 2 занятия на изучение свойств одного из природных материалов: песка, воды, глины, камней. Природные материалы были теми обычными, привлекательными объектами, что вызывают первую стадию познавательного интереса – любопытство.

Цели развивающее-коррекционной программы – формирование стойкого интереса к явлениям окружающего мира, увеличение арсенала исследовательских действий, точности их выполнения; развитие познавательных процессов; совершенствование коммуникативной деятельности; развитие опосредования и регуляции как мотивационной сферы, так и самой исследовательской деятельности.

На третьем этапе проводились занятия с детьми продолжительностью 25 - 30 мин. в течение 6 недель. Каждое занятие строилось как когнитивный тренинг с элементами сказкотерапии и когнитивного тренинга. Точно подбирался речевой материал, обозначающий свойства материалов и действия с ними.

На четвертом, заключительном этапе обобщались результаты, делались выводы, проводилась корректировка созданной программы. А дети создавали собственные передвижные выставки творческих работ с использованием тех природных материалов, с которые они исследовали на занятиях. Эти выставки демонстрировали воспитанникам младших групп, тем самым вызывая у них интерес к познанию природных явлений.

## **Особенности реализации программы в условия компенсирующего д/с**

1. Предложенная нами система коррекционно-развивающих занятий была включена с общую схему образовательной деятельности ДООУ компенсирующего вида.

2. Её специфика заключается в том, что занятиях активно участвовали студенты РНИМУ им. Н.И.Пирогова в качестве ассистентов психолога: они, исполняя роль фей страны того или иного природного материала, брали на себя функции играющих тренеров.

3. Все занятия проводились в интерактивной, игровой форме. Каждая встреча – путешествие в сказочную страну, где проживает тот или иной природный материал. Дети были участниками театрально-коррекционного действия. Они выполняли опыты с природными материалами под пристальным вниманием «фей» и психолога.

4. Отработанный на психологических занятиях материал закреплялся в группах совместно с воспитателями. Педагоги не повторяли те же самые опыты и действия, а обыгрывали уже познанные свойства, старались продемонстрировать эти свойства в новых условиях.

**Заключение.** Опыт нашей работы показал, что:

1. Познавательная мотивация старших дошкольников успешно корректируется и развивается.

2. Занятия по развитию познавательной мотивации могут одновременно решать и такие задачи как: развитие познавательных процессов, совершенствование коммуникативной деятельности, дальнейшее формирование произвольной регуляции психических явлений.

3. Расширяется арсенал исследовательских действий, круг представлений об окружающем мире.

4. Игровая форма занятия обогатила собственно игровую деятельность новыми сюжетами, игровыми действиями. Было отмечено, что старшие дошкольники с ОНР стали играть продолжительнее, с меньшим количеством конфликтов, с использованием сюжетов, включающих изучение свойств земли, резины и пр.

5. Познавательный интерес стали вызывать не только яркие явления, но и явления повседневной жизни, т.е. расширилась зона познавательной активности.

6. Сформировались и закрепились новые личностно значимые качества, важные для обучения в школе: произвольность, умение работать в команде во время выполнения совместной работы, закрепились коммуникативные навыки.

## **Использование методов арт-терапии в условиях лечебного учреждения**

*Щербаков А.П.  
МГППУ, ГБОУ ЦДТ «Строгино»*

### **Проблема**

Дети, имеющие тяжелые заболевания, находящиеся в стационарном учреждении: лечебном (лечебно-профилактическом) или реабилитационном - испытывают острый стресс в связи с необходимостью проходить сложные и болезненные процедуры, принимать лекарства. Фигура врача также может представлять для ребенка пугающий и агрессивный объект. В этой ситуации детям необходима психологическая помощь: разгрузка от пребывания в учреждении и отвлечение от постоянных лечебных процедур. Психологическая помощь должна быть направлена на создание атмосферы детства, налаживание общения и повышение мотивации на лечение, общую гармонизацию состояния детей.

Психологическая реабилитация необходима детям как во время пребывания в лечебных и реабилитационных учреждениях, так и в постстационарный период, во время восстановления.

### **Программы психологической поддержки детей в период пребывания в лечебном учреждении**

#### **1. Описание фотопроекта «Мы живем на этой земле».**

Цель данного проекта – преодоление визуальной депривации и психологическая поддержка детей, находящихся в лечебном учреждении длительное время. Также в задачи проекта входит развитие у детей визуальной грамотности и расширение культурного кругозора. Обучение начинается с изучения образцов мировой визуальной культуры, что позволяет не только повысить образованность ребенка в области истории искусств, но и натренировать глаз, обучить основам композиции. Также очень важно, что репродукции картин и фотографии дают пищу глазам, ведь ребенок, который находится в условиях палаты и день за днем видит одно и то же – стены, потолок, кровать, – нуждается в разнообразии визуальной информации.

После демонстрационного и ознакомительного этапа программы следует этап практический – следующим шагом является обучение видеть красоту и эстетику в обыденном. Необходимым условием является эстетизация повседневности. Важно научить ребенка не только обращать внимание на незаметные с первого взгляда детали, но и научиться видеть игру света и тени, использовать необычный ракурс и точку съемки.

Находясь в условиях лечебного учреждения по несколько месяцев, а то и более года, дети не могут изменить обстановку и видят один и тот же интерьер. Эти условия влияют и на содержания фотографий. Чаще всего эти фотографии минималистичны и геометричны. Для того, чтобы повысить эстетическую ценность фотографий, детям предлагаются образцы работ в подобном стиле и на первом этапе обучения они просто повторяют их композицию. Далее они научаются переносить полученные навыки и на свои собственные работы. [1]

## **2. Программа «Доктор Кукла».**

Цель данной программы – преодоление первоначального шока от госпитализации, снятие враждебности по отношению к взрослым и медицинскому персоналу, повышение эмоционального тонуса, создание положительной мотивации к выздоровлению. Также в задачи программы входит и работа с родителями.

Главным персонажем программы является кукла – «Лука Лукич» - которая сделана по типу открыто управляемой мимирующей куклы. Управляет куклой профессиональный артист-кукольник. Занятия по программе проводятся индивидуально, так как группа детей чрезмерно возбуждается и может свести терапевтический эффект к нулю. Особое свойство куклы – она способна стать объектом устойчивой привязанности ребенка, объектом внимания и заботы.

Одной из основных задач программы является психологическая поддержка ребенка при подготовке к операции и сразу после нее. Также с помощью куклы в период длительной госпитализации можно вести занятия по школьным предметам, облегчать процесс кормления ребенка.

Приход ребенка в больницу – это один из самых стрессовых периодов для него. У ребенка возникает замкнутость, тревожность, агрессивность, чувство опасности и незащищенности. В этот момент психологическая поддержка особенно актуальна. Кукла в виде доктора, в отличие от настоящего доктора, не причиняет боли и не говорит о лечении, но может рассказать о новом месте, куда попал ребенок, с юмором, создать игровую ситуацию, разрядить эмоционально тяжелую атмосферу. Есть специальные номера-репризы – «Встреча» и «Знакомство», которые позволяют снять первый стресс ребенка от помещения его в больницу. Репризы, которые находятся в репертуаре актера-кукловода, довольно просты, они подсказаны обстоятельствами жизни в больнице. Реприза пародирует, переводит в смеховой ряд какое-либо действие настоящего доктора. Такая игра позволяет ребенку приспособиться к стрессовой ситуации, выработать адекватную поведенческую модель. Также с помощью куклы-клоуна можно решать и просветительские задачи в игровой форме, отвечая на вопросы детей,

связанные с болезнью. Возникающая в процессе общения игровая ситуация позволяет ребенку выплеснуть негативные эмоции, накопившиеся за период лечения. Для того, чтобы пережить страх перед медицинскими процедурами, используется реквизит, имитирующий медицинские инструменты и приборы (шприцы большие и маленькие, деревянный градусник, стетоскоп, баночки, трубочки, молоточек, пинцет и т.п.) С помощью куклы можно показать, как вести себя на процедуре: как лежать, стоять, как держать руки, ноги и голову. Также можно продемонстрировать операцию – взять кровь, поставить укол, поменять катетер, взять пункцию. Ребенок может помогать при этом. Стресс от процедуры будет меньше, если вначале ее показал клоун, рассказал, как себя вести и кого слушаться во время лечения. С помощью доктора-куклы можно рассказать о сложном строении организма, о том, что происходит при болезни, как организм борется с ней, как происходит лечение. В игровой форме ребенок готовится к изменениям, которые произойдут с ним и его внешностью после длительного, тяжелого, агрессивного и болезненного лечения. [3]

### **3. Методика «Мастерская у кровати»**

Целью методики является расширение связей госпитализированного ребенка с миром, «оживление» эмоций, тренировка мышления, совершенствование зрительного восприятия и мелкой моторики. Методика подходит детям, которые не могут встать с больничной койки. Все изделия, предлагаемые к изготовлению, основаны на техниках народных ремесел. Важно, что все изделия, планируемые к изготовлению, получают за одно занятие. В «Мастерской» изготавливаются лоскутные куклы, куклы из пряжи, соломенные куклы, музыкальные игрушки. [2]

### **4. Больничная Клоунада**

Больничная клоунада – форма оказания психологической помощи детям в условиях больничного стационара или хосписа. Создатель ассоциации больничных клоунов – Майкл Кристенсен. В ассоциации работают профессиональные клоуны, которые проходят отбор и обучение по специально разработанной методике. В работе больничного клоуна можно выделить три основных элемента: юмор, игра и общение.

Часто больничные клоуны работают с неизлечимо больными детьми и их родителями, также они могут оказывать поддержку и персоналу больницы, в том числе и докторам.

Смех дает возможность отстранения и преодоления тяжелой стрессовой ситуации. Репризы клоунов на темы, связанные с лечением и больничной жизнью, готовя ребенка к сложным и часто болезненным процедурам, помогают снизить страх перед ними.

Игра используется как средство для вовлечения ребенка в действие, создания безопасного пространства для выражения часто негативных, а порой и агрессивных чувств, накопившихся за время пребывания в лечебном учреждении. В игре отрабатываются модели поведения ребенка во время прохождения медицинских процедур или подготовки к операции.

Больничные клоуны используют специально подготовленные репризы и короткие номера, обыгрывающие и выставляющие в комическом свете уклад больничной жизни, медицинские процедуры, персонал больницы и медицинские приборы. Иногда, пользуясь своими навыками, клоун может просто развеселить ребенка или его родителей, если чувствует их общую подавленность.

Больничная клоунада - яркая, динамичная форма психологической поддержки, которая не оставляет равнодушным практически никого из детей. [4]

#### **5. Шередарь – благотворительный фонд реабилитации детей перенесших тяжелые заболевания. Пример организационной формы, осуществляющей психологическую реабилитацию.**

Цель работы фонда – психологическая реабилитация детей, перенесших тяжелые заболевания. Осуществление этой цели идёт путём организации реабилитационных лагерных смен. Фонд Шередарь основан по модели реабилитационных лагерей организации «SeriousFun Children's Network». «SeriousFun Children's Network» - это крупная организация, насчитывающая 27 отделений по всему миру. Основная задача программы – воссоздать ситуацию детства. Вследствие болезни и длительной госпитализации дети находятся в ситуации депривации: запретов становится гораздо больше и они затрагивают почти все детские интересы, круг общения сужается до семьи и врачей. Такая ситуация влияет на психологическое и социальное развитие ребёнка. Задача программы - обеспечить детям общение, сформировать понимание того, что тяжелый период позади, создать ситуацию, в которой дети почувствуют себя обычными, такими же, как все, открыть новые возможности и снять неактуальные запреты.

По структуре лагерь не отличается от обычных лагерей. Дети делятся на группы по 7 человек и к группе прикрепляется вожатые – до семи человек на группу. Задачей вожатого является поддержка и мотивация на преодоление страхов и раскрытие способностей каждого ребенка. Распорядок лагеря включает в себя всевозможные «мастерские» и общее вечернее событие – дискотеку, интеллектуальное казино, просмотр кино, квест и т.п.

#### **Заключение**

Проблема психологической реабилитации детей и подростков, болеющих тяжелыми заболеваниями и находящихся в лечебных учреждениях или проходящих реабилитационные программы после болезни,

является очень острой. Они, безусловно, нуждаются в психологической поддержке и сопровождении. Программы, обзор которых представлен в нашем сообщении, решают данную задачу, однако каждая с той или иной стороны, в том или ином аспекте. Программа «Мы живем на этой земле» решает задачу психологического сопровождения косвенно, посредством фото-занятий. Подобным образом работают специалисты по программе «Мастерская у кровати» - инструментом в данном случае являются всевозможные виды ремесел. В программе центра Шередарь также используются занятия ремеслами и всевозможными видами кружковой и досуговой деятельностью. Основной целью программы служит создание принимающей и поддерживающей атмосферы во время выезда в лагерь. Программа «Доктор-Кукла» направлена на снятие стресса у ребенка в период пребывания в больнице. Актер, работающий с куклой, посещает ребенка один-два раза за все время нахождения ребенка в больнице. Актер работает с актуальным психологическим состоянием ребенка, готовит его к сложным и часто болезненным процедурам или поддерживает в послеоперационный период. Программа «Больничные клоуны» работает по схожей модели.

При этом необходимо отметить, что педагоги или волонтеры, проводящие занятия по этим программам, как правило, психологически не подготовлены к работе с тяжело больным ребенком. В программах не ставятся задачи анализа психологического состояния ребенка. Безусловно, занятия с фотографом или занятия ремеслами дают ребенку возможность отстраниться от атмосферы больницы, сместить фокус его переживаний с болезни и лечебных процедур на общение и творческую деятельность. Однако за психологическое состояние ребенка ведущий программы не может нести ответственность. Кроме того, мероприятия, осуществляемые актерами и волонтерами, часто носят разовый характер. Таким образом, актеры и специалисты, оказывающие психологическую помощь ребенку, в рамках данных программ не могут отслеживать состояние ребенка на протяжении всего периода пребывания в лечебном учреждении.

Все описанные нами программы имеют безусловную ценность. Их необходимость и польза не подвергается сомнению. Однако с точки зрения психологической реабилитации детей, находящихся в лечебных учреждениях, можно говорить о частичном решении проблемы. Психологическая реабилитация требует системности, последовательности и регулярности. Необходимо прослеживать психологическое состояние ребенка на протяжении всего периода лечения, начиная от момента госпитализации и заканчивая восстановительным периодом. Для этого необходимо наличие службы психологической поддержки, посредством которой можно осуществлять оценку и коррекцию психологического состояния человека, находящегося на лечении.

*Список литературы*

1. <http://www.kindfoto.com/>
2. Греф А., Слонимская Е. – Мастерская у Кровати – М., 2007.
3. Греф А., Соколова Л. – «Доктор Кукла» - М., 2003.
4. Ольшанский В. – Путь Клоуна - М .,2013.

## Раздел 4. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья в аспекте реабилитации

### Психолого-педагогический потенциал семьи в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

*Буслаева А.С.*

*МГППУ, Научный центр здоровья детей РАМН, Москва.*

**Актуальность:** ревматические болезни оказывают негативное влияние на физическое состояние и психическое развитие ребенка, искажая систему социальных отношений и образ его жизни. В связи с этим усилия специалистов должны быть направлены на создание оптимальных воспитательных условий внутри семьи, способствующих сохранению физического и психического здоровья ребенка, а также реализации индивидуальных психологических возможностей детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Цель:** изучить особенности воспитательных установок родителей детей с ревматическими болезнями.

**Выборка:** в исследовании приняли участие дети с ревматическими болезнями в возрасте от 7 до 17 лет и их родители. Всего было обследовано 30 диад «ребенок – родитель».

**Методики:** «Родительское сочинение» в форме незаконченных предложений, пробы на совместную деятельность и наблюдение за особенностями родительского поведения при взаимодействии с ребенком в стационаре.

**Результаты:** анализ полученных данных позволил обнаружить 5 типов родительских установок.

1. Гармоничная родительская установка. Взрослый с учетом физического состояния, индивидуальных психологических характеристик и потребностей ребенка выстраивает процесс воспитания. Родитель способен самостоятельно определить круг интересов и ведущую детскую деятельность, оценить реальные возможности ребенка, стремиться в процессе общения, воспитания и обучения удовлетворить его потребность в эмоциональном принятии, активности и познании, оказать необходимую помощь и создать условия для творческой реализации и самостоятельности.

2. Родительская установка, ориентированная на обучение. В иерархии ценностей родителя первое место занимает развитие интеллектуальных способностей ребенка, а так же достижение успехов в других областях деятельности. Взрослый склонен избегать реальной оценки

ситуации, стремится снизить значимость «проявлений» болезни, родителем недостаточно учитываются индивидуальные психологические потребности ребенка в процессе воспитания.

3. Родительская установка, ориентированная на лечение. Главной ценностью для родителя становится сохранение жизни и восстановление здоровья ребенка. Вся жизнь ребенка, межличностное общение, обучение и воспитание зависят и подчинены процессу лечения, возрастные, личностные и индивидуальные психологические потребности ребенка игнорируются.

4. Неустойчивая родительская установка. В ходе взаимодействия родителя с ребенком наблюдается частое изменение стиля межличностного общения, приоритетов и целей воспитания, приемов и методов обучения. Взрослый затрудняется самостоятельно оценить физическое состояние, индивидуальные психологические характеристики и потребности ребенка, его реальные возможности и затрудняется осуществлять развивающее руководство.

5. Отстраненная родительская установка. Взаимоотношения между родителем и ребенком характеризуется чрезмерной эмоциональной дистанцией. Родитель склонен действовать формально и пассивно во взаимодействии с ребенком, отстраняется от физического и эмоционального контакта, минимизирует собственное участие в жизни ребенка в момент пребывания ребенка в стационаре, полагая всю ответственность за процесс лечения, обучения и воспитания на сотрудников лечебного учреждения. Данная категория родителей не всегда следит за точным выполнением врачебных предписаний. Взрослый плохо ориентируется в реальных физических и психологических возможностях ребенка, склонен их преувеличивать, игнорируя при этом эмоциональное состояние ребенка.

#### **Выводы:**

1. Выявлены эффективные (1) и неэффективные (2,3,4,5) типы родительских установок в отношении воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья. Предполагаем, что формирование неэффективных видов воспитательных установок – это результат спонтанного приспособления родителя к ситуации болезни ребенка. В некоторых случаях снижению родительской тревоги способствует игнорирование или преуменьшение значимости болезни, поиск способов «компенсации» проявлений болезни в обучении, а в некоторых – полное погружение в вопросы лечения ребенка.

2. Воспитание ребенка в семье может иметь реабилитационный эффект, если родители учитывают физическое состояние, индивидуальные психологические характеристики и потребности ребенка, круг его интересов, а также оказывают необходимую помощь и создают условия для творческой реализации и самостоятельности.

3. Предполагаем, что формирование неэффективных видов воспитательных установок – это результат спонтанного приспособления

родителя к ситуации болезни ребенка. Ситуация болезни вызывает значительное эмоциональное напряжение у родителя. В некоторых случаях снижению родительской тревоги способствует игнорирование или приуменьшение значимости болезни, поиск способов «компенсации» проявлений болезни в обучении, а в некоторых – полное погружение в вопросы лечения ребенка.

4. Родители детей с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в систематической психолого-педагогической помощи с целью оказания им эмоциональной поддержки, расширения индивидуального педагогического опыта и профилактики нарушений детско-родительских отношений.

### **Интегративный подход при организации социально-психологического сопровождения процесса реинтеграции детей из интернатного учреждения в семью**

*Гурова Е.В., Лотарева Т.Ю.*

*ГБУ «Центр содействия семейному воспитанию «Наш дом»  
ДСЗН города Москвы*

#### ***Актуальность***

Проблема профилактики сиротства и жизнеустройства детей, оставшихся без попечения родителей, в семье в нашей стране имеет большую актуальность.

Как показывает опыт работы специалистов ГБУ ЦССВ «Наш дом» по сопровождению замещающих и кровных семей, имеется острая необходимость социально-психолого-педагогической поддержки семей на этапе временного размещения ребенка в интернатное учреждение (приют). Как известно, даже недолгое пребывание ребенка в учреждении интернатного типа приводит к тяжелым последствиям, оказывающим отрицательное влияние на развитие и формирование личности ребенка. Дети получают тяжелый травматичный опыт потери семьи, дефицитарного удовлетворения эмоциональных потребностей, и часто сталкиваются с дополнительными травмирующими обстоятельствами, такими как жестокость сверстников, одиночество в медицинском изоляторе и т.п. С другой стороны, условия развития и воспитания ребенка в семье не всегда можно признать удовлетворительными для обеспечения нужд ребенка.

Можно выделить несколько групп социальных и структурных рисков в семьях, где ребенок признается находящимся в трудной жизненной ситуации и находится на грани помещения в интернатное учреждение:

- выраженные факторы социального риска (алкоголизм, наркомания биологических родителей ребенка, наличие проблем с законом: долги, хранение и потребление наркотических средств, воровство, мошенничество и др.);
- структурные нарушения семьи (неясные границы семьи, спутанные семейные роли, хаотическая структура внутрисемейных отношений и т.д.);
- личностные расстройства членов семьи;
- эмоциональные расстройства ребенка, а также другие ограничения его здоровья.

Кризисная социально-психолого-педагогическая помощь реализуется в рамках договора о социальном патронате или сопровождения замещающей семьи, то есть в тех ситуациях, когда решается вопрос о статусе ребенка и родителя в связи с отсутствием попечения со стороны биологических родителей. Сопровождение выступает важным ресурсом, способствующим стабилизации семьи, реабилитации ребенка и преодоления семейного кризиса. На решение этих социально-психологических задач направлена работа по сопровождению процесса реинтеграции ребенка в семью.

### ***Принципы построения программы сопровождения***

В ситуациях вынужденного изъятия ребенка из семьи с целью защиты его жизни и здоровья встает вопрос о сохранении связей с родной семьей в той степени, в которой это возможно и безопасно для ребенка. Работа с семейными связями обеспечивает реинтеграцию ребенка в семью.

Психолого-педагогическое сопровождение процесса реинтеграции ребенка в семью совмещает стратегии индивидуальной реабилитационно-коррекционной помощи ребенку и заботящимся взрослым с системным подходом.

Индивидуальная реабилитационно-коррекционная помощь ребенку при расстройствах привязанности и посттравматическими состояниями реализуется в рамках недирективной игровой терапии. Этот метод психологической работы позволяет быстро установить терапевтические отношения с ребенком, оказать помощь в преодолении травматичных событий, отслеживать динамику эмоционального состояния. Динамика психического состояния оценивается с помощью анализа протоколов терапевтических сессий, а также таких методик как: Сценотест<sup>4</sup>, рисунок «Три дерева» (оцениваются качества семейной триады в представлении ребенка), Детский апперцептивный тест (САТ) (для детей до 10 лет), тест

---

<sup>4</sup> Сценотест разработан в 1938 г психоаналитиком Герхилдом фон Шаабсом.

Герринга (для детей старше 10 лет) и др. Тестирование позволяет выяснить, кто в семье является коммуникативным партнером ребенка и заботящейся фигурой.

Цель помощи ребенку видится в создании условий для преодоления и отреагирования психотравмирующего опыта.

В процессе реабилитационно-коррекционной помощи ребенку, детский психолог проводит регулярные консультации с заботящимися взрослыми с целью общей гуманизации окружения ребенка для обеспечения его саморегуляции и самовыражения, самореализации в окружающем мире.

Следующий блок проблем связан с актуальным состоянием родителей. Например, в случае реинтеграции ребенка из интернатного учреждения в биологическую семью, когда причиной определения ребенка послужила смерть его родителей (родителя), мы часто имеем дело с трудностями членов семьи в прохождении стадии горевания, что препятствует этапу перераспределения семейных функций (в том числе взятия ответственности за жизнь и воспитание ребенка). Процесс сопровождения включает индивидуальные сессинги взрослых, которые перемежаются с семейными консультациями.

Так как при недостаточной заботе о ребенке со стороны родителей встает задача перераспределения функций внутри семьи, в процессе психологического сопровождения реинтеграции ребенка в семью большое значение имеет системный подход. Системная модель предполагает переход от анализа индивидуальных психических нарушений ребенка на уровень анализа семейной системы этого ребенка. Индивидуальное поведение ребенка больше не рассматривается само по себе, а прочитывается в более широком контексте. Оно считается результатом семейных интеракций, а не результатом индивидуальной динамики.

Если смотреть на детские нарушения с системной точки зрения, то уровень вмешательства тоже меняется. Индивидуальную коррекционную работу с ребенком необходимо дополнить, а иногда и заместить семейной психотерапией. Одна из гипотез такова, что проблемное поведение изменится, когда изменится сама семья. Таким образом, целью вмешательства становится не лечение симптома, а модификация семейной системы, присущих ей паттернов взаимодействия.

Работа в системном семейном ключе направлена на оценку ресурсов и дефицитов семейной системы. «Мишенями» выступают:

- способность семьи перейти к новому типу отношений, которые соответствуют актуальным потребностям ребенка,

- пространство для ребенка,
- выявление коммуникативного партнера ребенка,
- способность заботящихся взрослых проявлять адекватную заботу о ребенке и устанавливать разумные, последовательные ограничения,
- профилактика дисфункциональных паттернов в семье.

Наличие коммуникативного партнера среди членов семьи имеет большое значение для развития ребенка. Психологу важно выделение этой фигуры в семейной системе. Часто таким коммуникативным партнером оказывается неблагополучный родитель. Таким образом, программа реинтеграции включает блок детско-родительских сессий, которые направлены на помощь заботящемуся взрослому в развитии родительских компетенций и коррекцию детско-родительских отношений.

Большинство авторов, исследующих детско-родительские отношения, сходятся во мнении, что родители вредят ребенку тогда, когда они от него чрезмерно, либо недостаточно требуют подавить импульсивное поведение, основанное на потребностях (Э.Г. Эйдемиллер, 2006, В. Райх, 1963). Исследованию отклонений воспитательного воздействия и типизации неправильного воспитания ребенка в семье был посвящен и целый ряд работ отечественных авторов (Мясищев В. Н., 1939, 1960; Сухарева Г. Е., 1959; Гарбузов В. И. и др., 1977; Личко А. Е., 1977; Захаров А. И., 1982; Спиваковская А. С., 1988 и др.).

Еще одной особенностью семей, в которых дети находятся на грани изъятия - слабость, неразвитость родительских чувств. Внешне оно проявляется в нежелании иметь дело с ребенком (подростком), в плохой переносимости его общества, поверхностности интереса к его делам.

Причиной неразвитости родительских чувств может быть отвержение данного лица в детстве его собственными родителями, то, что он сам в свое время не получил родительского тепла. Другой причиной могут быть личностные особенности родителя, например выраженная интровертированность или шизоидность.

Таким образом в работе по сопровождению процесса реинтеграции ребенка в семью выделяются три основных блока: индивидуальная реабилитационно-коррекционная работа с ребенком, индивидуальная терапия взрослых, семейное консультирование и один дополнительный – детско-родительское консультирование.

Выделяются следующие задачи:

1. Стабилизация семейной системы

2. Выявление ресурсов и дефицитов семейной системы
3. Помощь ребенку в преодолении травматичного опыта
4. Социализация ребенка
5. Выявление коммуникативного партнера ребенка в семье
6. Индивидуальная поддержка взрослых

### **Длительность программы**

Длительность и интенсивность реализации мероприятий по сопровождению семьи и ребенка на этапе реинтеграции зависит от длительности пребывания ребенка в интернатном учреждении, возраста ребенка, семейных ресурсов. В основном цикл занимает от 6 до 9 месяцев.

### **Этапы программы**

Условно можно выделить 3 этапа программы: первый этап занимает первые 2 месяца сопровождения, второй этап (2-5 месяцев) связан с интенсивной работой, направленной на стабилизацию и коррекцию внутрисемейных отношений и третий этап (6-9 месяцев) посвящен подведению итогов, автономизации семейной системы и выработке рекомендаций для семьи и органов опеки и попечительства.

### **Литература**

1. Бриш К.Х. Терапия нарушений привязанности: от теории к практике. Пер. с нем.- М.: Когито-Центр, 2012. – 316 с.
2. Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б. «Детская социальная психиатрия для непсихиатров» // СПб – Питер – 2006 – 416 с.
3. Kristina Chew. France Still in the Dark Ages about Autism.// Care too, make a difference, 06/01/2013. <http://www.care2.com/causes/autism-in-france.html>
4. А. И. Захаров. Происхождение детских неврозов и психотерапия // Москва - ЭКСМО-Пресс, 2000 г
5. Пилягина Г. Я., Дубровская Е. В. Нарушения привязанности как основа формирования психопатологических расстройств в детском и подростковом возрасте // Мистецтво лікування. — 2007. — № 6. — С. 71–79.
6. Уорден М. Основы семейной психотерапии. // СПб - «Прайм-Еврознак», 2005
7. А. Харитонов. Семейный психоанализ как научно-практическое направление // Психоаналитический вестник, № 10, 2002
8. Horst E. Richter. Eltern, Kind und Neurose. Die Rolle des Kindes in der Familie//Ernst Klett Verlag, Stuttgart, 1963 – 280 S.

9. Э. Г. Эйдемиллер И. В. Добряков И. М. Никольская. Семейный диагноз и семейная психотерапия // РЕЧЬ Санкт-Петербург 2006
10. Джозеф Зинкер. В поисках хорошей формы// Независимая фирма “Класс” - Москва – 2000
11. Варга А. Я., Драбкина Т. С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс // СПб - Речь, 2001. - 144 с.

**Проект медико-психологической поддержки семей с детьми раннего  
возраста с отягощенным анамнезом в перинатальном периоде  
«Растём вместе»**

*Кубылькина И.В., Масленникова Е.С.  
УЗ Администрации Клинского муниципального района  
МУЗ «Детская городская больница», Клин*

**Ключевые слова:** профилактика инвалидизации, недоношенные дети, индивидуальный маршрут реабилитации, работа с семьей.

**Цель проекта:** Оказание комплексной помощи и снижение уровня инвалидизации детей младенческого и раннего возраста с отягощенным перинатальным анамнезом.

**Актуальность проекта:** В 1977 г. ВОЗ приняла решение расширить границы массы тела ребенка при рождении и срока беременности, сдвинув нижний предел живорожденности до 500 граммов и 22 недель вместо принятых ранее 1000 граммов и 28 недель, что естественно повысило удельный вес детей с очень низкой массой тела при рождении, родившихся живыми, в общей структуре рождаемости.

В 1992 году в России регламентирован переход на критерии живорожденности, рекомендованные ВОЗ. После принятия критериев, рекомендованных ВОЗ, количество детей, родившихся с массой тела до 1000 граммов, в России увеличилось в 1,5 раза.

С недоношенностью связан высокий риск перинатальных повреждений ЦНС (внутрижелудочковые кровоизлияния, перивентрикулярная лейкомаляция и др.), ведущих к тяжелым неврологическим последствиям, риск патологии легких, не только в перинатальном периоде, но и в последующие годы жизни (бронхолёгочная дисплазия), риск нарушений зрения и слуха (ретинопатии недоношенных; тугоухость), причем величина риска тем выше, чем меньше масса тела при рождении и чем короче срок беременности.

Выхаживание недоношенных детей является не только медицинской, но и серьезной социальной проблемой. Среди недоношенных около 80% составляют дети, родившиеся при сроке беременности 32-37 недель. Большинство детей, рождающихся при сроке беременности менее 32 недель,

имеют очень низкую массу тела при рождении, и частота рождения таких детей в большинстве стран не превышает 2%.

Еще сравнительно недавно, в конце прошлого, начале нашего века, на недоношенных детей смотрели как на неполноценных, считая их нежизнеспособными. Эти взгляды основывались на очень высокой смертности, которая отмечалась в те годы среди недоношенных детей. Однако жизнь опровергла эти утверждения. Изучение анатомо-физиологических особенностей недоношенных детей и внедрение на основании этих данных специальных методов выхаживания способствовали резкому снижению смертности не только среди недоношенных вообще, но и среди детей с наиболее низким весом. В настоящее время описаны случаи выхаживания детей, родившихся с весом около 600-700 г. Выхаживание же детей с весом 900-1000 г стало обычным явлением.

Какова же дальнейшая судьба недоношенных детей? Могут ли они по своему умственному развитию занять достойное место в жизни нашего общества? Большинство авторов, которые изучали катамнез недоношенных детей, указывают, что у них по сравнению с доношенными чаще отмечается снижение умственных способностей и различные поражения центральной нервной системы. Так, Р. А. Малышева, обследуя 255 недоношенных детей в возрасте 3-4 лет, у 32 из них (12,5%) отметила тяжелые органические поражения центральной нервной системы. С.С. Мнухин, изучая анамнез 900 детей с органическими поражениями центральной нервной системы, у 74 из них (8%) нашел указание на недоношенность. Еще более частые поражения центральной нервной системы отмечают А. Янус-Кукульска и С. Лис: при исследовании катамнеза детей, родившихся глубоко недоношенными, в возрасте 3-12 лет. Обследуя 67 детей с весом при рождении меньше 1250 г (из них у 27, или 40%, детей вес был ниже 1000 г), они в 25% случаев обнаружили различные расстройства нервной системы.

Вместе с тем эти и другие авторы указывают, что у большинства детей с поражениями центральной нервной системы в анамнезе имелись указания на отягощенный внутриутробный период или перенесенную внутричерепную родовую травму. Так, в приведенной выше работе С.С. Мнухина из 74 недоношенных детей с поражениями нервной системы только у 6 причиной поражения нервной системы можно считать недоношенность. У остальных детей имелись указания на патологию внутриутробного периода или перенесенную внутричерепную родовую травму.

Многие авторы, наблюдая бывших глубоко недоношенных детей в школьном возрасте, отмечали у них хорошее психическое развитие. В сообщении А. Янус-Кукульской и С. Лис из 42 детей, родившихся с весом до 1250 г и обследованных в школьном возрасте, 33 посещали нормальную школу и 16 из них учились на хорошо и отлично. Мы также неоднократно наблюдали детей школьного возраста, родившихся с весом от 900 до 1000 г,

которые по своему интеллекту ни в чем не уступали доношенным сверстникам.

Анализируя данные литературы и свои собственные наблюдения, можно отметить следующее:

1. У недоношенных детей по сравнению с доношенными чаще отмечаются различные поражения центральной нервной системы.

2. Ведущая роль в органических поражениях центральной нервной системы у недоношенных детей принадлежит гипоксии и различной патологии внутриутробного периода.

3. Сама недоношенность — как причина поражения центральной нервной системы — может играть роль только у очень недоношенных детей, родившихся на сроке беременности 25—26 недель и меньше.

4. Большинство глубоко недоношенных детей вырастает полноценными людьми.

#### **Иновационность проекта:**

1. Проект охватывает ту категорию детей, которым инвалидность еще не может быть установлена, т.к. у ребенка от рождения до года не сформированы ограничения в жизнедеятельности и он еще по возрасту нуждается в постороннем уходе. Также в связи с пластичностью мозговых структур, больших адаптационных и резервных возможностей детского организма достаточно сложно прогнозировать результаты абилитации.

2. Социальные службы в Клину сформированы хорошо, но они работают с детьми старше 3-х лет и с уже сформированным дефектом или нарушением жизнедеятельности. Нами поставлена задача на максимально ранних сроках, начиная со второй половины беременности, вести разъяснительную и профилактическую работу по гармонизации отношений в семье, предупреждению развития гестозов, преждевременных родов. Это основные причины осложнений беременности и рождения детей с отягощенным анамнезом, впоследствии приводящим к формированию различных заболеваний у детей раннего возраста и их дальнейшей инвалидизации.

3. После рождения больного ребенка семья особенно нуждается в поддержке, так, как статистически известно, что до 50% семей распадаются по этой причине

4. Разработанный, в рамках проекта, индивидуальный маршрут реабилитации семьи и абилитации ребенка с риском инвалидизации может быть максимально эффективно и экономически выгодно реализован именно на первом году жизни. Мама находится в отпуске по уходу за ребенком и может уделить достаточно времени для выполнения программы абилитации, посещения дневного стационара, сеансов массажа, физиотерапии и т.д. Вместе с тем наиболее эффективные методы абилитации в этом возрасте: массаж, лечебная физкультура, кинезотерапия по методу Войта, Бобата, не

требуют больших экономических затрат лишь знания, умения и желание заниматься.

5. Впервые подобный проект осуществляется в условиях детской поликлиники, что дает возможность использовать инструментально-лабораторные методы обследования, консультации специалистов, возможности физиотерапии и т.д. в условиях шаговой доступности, в привычной среде и в полном объеме. Ни один социальный реабилитационный центр не сможет себе этого позволить. Исключая большие областные и федеральные центры для госпитализации в которые мать с ребенком уезжает из семьи надолго, что в свою очередь не способствует улучшению микроклимата в семье.

6. Постоянный эмоциональный контакт семьи с исполнителями проекта: врачом-реабилитологом, психологом младенческого и раннего возраста и семейным психологом укрепляет в родителях уверенность в собственных силах, побуждает к реализации составленного маршрута реабилитации, помогает разобраться в медицинской документации и обилии информации о методах лечения, коррекции и реабилитации. Каждая встреча сотрудников фиксируется на видео с целью отследить динамику психомоторного развития ребенка и дать возможность родителям дома повторить занятия, рекомендованные врачом-реабилитологом и медицинским психологом.

#### **Краткое описание применяемых в рамках Проекта методик и технологий.**

- Работа с семьей в детской поликлинике г. Клина по программе «Мамина школа», индивидуальные и семейные консультации.
- Психологическое сопровождение семьи в родильном доме и на первом и втором этапе стационарного выхаживания ребенка. Работа с мамой по программе «10 шагов успешного грудного вскармливания» ВОЗ.
- Работа с медицинским персоналом над реализацией программы «Больница, доброжелательная к ребенку».
- Организация медико- психологического сопровождения семьи и ребенка с отягощенным анамнезом на третьем этапе выхаживания в детской поликлинике.
- Максимально раннее выявление и диагностика особых образовательных потребностей ребенка и его семьи.
- Минимизация времени между моментом определения первичного нарушения в развитии ребенка и началом коррекционной работы с ним.
- Мультидисциплинарный подход. Консультации специалистов: окулиста, невролога, кардиолога, педиатра, медицинского психолога, семейного психолога, логопеда, дефектолога, врача ЛФК. Консилиумы.

- Оказание помощи в условиях дневного стационара, организация обследования специалистами в течении 1 дня в обход общих очередей.

- Индивидуальное ведение каждого ребенка и семьи на протяжении 3-х лет (до года каждые 2-3 недели консультация педиатра-реабилитолога, медицинского психолога; от 1 до 3 лет - 1 раз в мес.)

- Комплексная психолого-педагогическая и медико-социальная помощь с использованием специальных реабилитационных и коррекционно - развивающих программ и оборудования по развитию когнитивных, аффективных и сенсомоторных навыков детей.

- Включение родителей в коррекционно-развивающий процесс.

Особо хочется обратить внимание на особенности психологических переживаний в семье. Одни мамы склонны обвинять врачей, испытывая биполярные чувства, такие как недоверие и в тоже время ожидая помощи. Многие семьи вытесняют всю серьёзность положения, не слушают, закрываются от проблемы и думают, что все наладится само собой, включаясь только к году, когда малыш уже серьёзно начинает отставать в своем развитии от сверстников. Другие рады полностью ответственность за восстановление малыша переложить на специалистов. Многие мамы отчаиваются, ещё не попытавшись что – то сделать для реабилитации. Есть семьи, которые просто нуждаются в словах поддержки, в четких рекомендациях и сами многое предпринимают для восстановления своего ребенка. Из этого следует, что только совместными конструктивными усилиями со стороны родителей и специалистов можно многого достичь.

Исследования в области медицины, психологии и специальной педагогики показали, что правильная организация медико-социальной и психолого-педагогической помощи с первых дней жизни ребенка снижает процент инвалидизации и повышает возможности адаптации ребенка с отягощенным перинатальным анамнезом к окружающему миру. Как показали совместные исследования Центра перинатальной психологии МГППУ и отделения катамнеза Центра планирования семьи и репродукции г. Москвы, проведенные в 2010-2012 г.г. чем раньше осуществляются согласованные коррекционные мероприятия врачами, с одной стороны, и психологами и педагогами с другой, тем больше шансов на приближение к норме развития ребенка к моменту поступления в образовательное учреждение.

#### **Этаны реализации программы:**

##### **Первый этап.**

- Обучение специалистов методам Войта и Бобат в Чехии санаторий «Новый», центр «Галилео» Москва. Так как именно эти методики являются безопасными и наиболее эффективными в реабилитации детей до года.

- Приобретение оборудования Устройство «Хивамат» и т.д.

- Заключение договоров о сотрудничестве с организацией «Профессорская клиника» г. Тверь
- Разработка алгоритмов работы и документации.

#### **Второй этап.**

- Консультирование родителей
- Составление маршрута реабилитации
- Совместный выезд на консультации к специалистам, для поддержки и синхронизации реабилитационных мероприятий (по необходимости).
- Отслеживание особенностей развития и своевременная коррекция возникающих отклонений.

#### **Третий этап.**

- Оценка эффективности проводимых мероприятий.
- Проведение семинаров

**Для государства экономически выгодным является предоставление комплексной помощи в первые 3 года жизни ребенка, так как это позволяет снижать процент инвалидизации, а, следовательно, и количество затрат на выплату субсидий по инвалидности. По оценке лауреата Нобелевской премии в области экономики Джеймса Хекмана, вложения в ранний возраст являются наиболее экономически выгодными за счет предотвращения регресса развития детей, который наступает в случае неоказания им своевременной комплексной помощи.**

### **Организация реабилитационной работы с семьей, воспитывающей ребенка с нарушениями в развитии**

*Ющенко Н.В.  
ФГБОУ ВПО «ДВГГУ», Хабаровск*

**Ключевые слова:** стресс, кризисная ситуация, семья, ребенок с нарушениями развития, аутизм, защитные механизмы, совладание, стратегии совладания, психологическая помощь, реабилитация

Семья как социальный институт призвана социализировать ребенка. Именно в семье у него складываются первые представления о человеческих ценностях, характере взаимоотношений между людьми, формируются нравственные качества.

Появление в семье ребенка-инвалида, процесс его воспитания может стать причиной развития пролонгированного стресса у его родителей. Причинами кризисных состояний родителей становятся также

многочисленные стереотипы, сформированные в нашем обществе относительно лиц с ограниченными возможностями.

Современный этап развития психологии характеризуется поиском новых эффективных путей социальной адаптации детей в целом, и страдающих физическими и психическими недостатками, в частности. В этой связи психологическая поддержка родителей, воспитывающих ребенка с отклонениями в развитии и с особыми потребностями становится все более актуальной и востребованной обществом. Сегодня мы говорим об интеграции детей-инвалидов в среду здоровых сверстников, о развитии системы инклюзивного образования, о том, таким детям необходимо обучаться и воспитываться в специальных условиях, включая и создание адекватной микросоциальной среды в семье.

В связи с возросшим вниманием общества к проблемам семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, появились работы, посвященные этому вопросу (Богданова, Мазурова, Мишина, Сабуров, Ткачева, Башина и др.). Следует отметить, что в этих работах в той или иной степени характеризуются семейная атмосфера и влияние социального окружения на особенности развития больного ребенка.

Стресс, переживаемый семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, проявляется в том, что: семейные отношения ослабевают, преобладает постоянная тревога за больного ребенка, отмечаются чувства растерянности, подавленности. Эти трудности часто оказываются непреодолимыми, что может привести к распаду семьи.

Началом развития стресса можно считать установление диагноза ребенку. Этот момент условно является исходной точкой трудной жизненной ситуации, в которой семье придется жить неопределенное время.

Несмотря на множество индивидуальных особенностей, выявлены общие типы реагирования родителей на известие об инвалидности ребенка. Большинство исследований фиксируют пять основных наиболее характерных психологических реакций близких на появление в семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья: шок, отрицание, агрессия, депрессия, принятие.

Помощь семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья, могут оказывать различные специалисты: психологи, педагоги, социальные работники, врачи-психиатры, психотерапевты, психоневрологи и др. Но наилучших результатов удастся достичь, когда в реабилитационном процессе родители и специалисты становятся партнерами и вместе решают поставленные задачи.

При этом, необходимо отметить, что родители порой не высказывают никакого желания сотрудничать, не просят помощи или совета.

На первый взгляд, ребенок-инвалид должен быть центром внимания своей семьи. В действительности же этого может не происходить в силу конкретных обстоятельств каждой семьи и определенных факторов

(экономические трудности, супружеские конфликты и т.д.). В этом случае родители могут неадекватно воспринимать пожелания или наставления специалистов. Порой родители рассматривают реабилитационные услуги в первую очередь как возможность получить передышку для самих себя: они испытывают облегчение, когда ребенок начинает посещать школу или реабилитационные учреждения, потому что в этот момент могут, наконец, отдохнуть или заняться своими делами. Однако большинство родителей хотят участвовать в развитии своего ребенка.

Родители должны быть готовы к трудностям и разочарованиям, к тому, что улучшение в состоянии ребенка не наступит сразу. Снятие различных барьеров, уменьшение социальной дистанции между родителем и любым из специалистов, работающих с ребенком-инвалидом, развитие доверия по отношению к специалистам, работающим с ребенком, может потребовать определенных усилий.

Примером организации совместной деятельности специалистов и родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра является проводимая с января 2012 г. на базе ООО «Нейроклиника» г. Хабаровска Школа «Аутичный ребенок. Пути помощи». К участию в «Школе» приглашаются родители, чьи дети участвуют в реабилитационном процессе, осуществляемом специалистами данного медицинского учреждения.

«Школа» организована в виде обучающих семинаров, во время которых родители получают информацию от различных специалистов (врача-психиатра, врача-гастроэнтеролога, педагога-психолога, логопеда) о вариантах расстройств аутистического спектра; возможных причинах этих расстройств; способах и методах лечения; прогнозах развития ребенка с аутичными чертами; расстройствах питания у аутичных детей и возможностях их коррекции; проблемах семьи, воспитывающей такого ребенка, особенностях его психического и личностного развития; преодолении трудностей, связанных с особенностями развития речи и т.д.

Данная работа базируется на принципе комплексного подхода к реабилитации семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

На первом этапе работы «Школы» родители проходят психодиагностическое исследование, направленное на выявление трудностей, возникших в семье после установления диагноза ребенку; особенностей переживаемого ими «родительского стресса»; сложившегося стиля детско-родительских отношений.

По результатам обработки данных специально разработанной анкеты были получены следующие результаты:

- всем семьям пришлось отказаться от привычного образа жизни, в связи с выявлением у ребенка расстройств аутистического спектра (родители

и ближайшее окружение долго «принимали» диагноз, поскольку все дети сначала развивались «нормально»);

- сократился круг общения семьи (в связи с нехваткой времени, а также особенностями ребенка, его «неспокойным поведением»);

- в той или иной степени нарушились взаимоотношения в семье (один из родителей (чаще мать), вынужден был отказаться от работы, чтобы сопровождать ребенка, другой — вынужден искать дополнительные источники дохода для того, чтобы семья не испытывала экономических трудностей; некоторые семьи распались);

- при наличии в семье других детей, родители начинают испытывать чувство вины, поскольку не могут оказывать им необходимого внимания;

- родители испытывают трудности, связанные с воспитанием ребенка (отсутствие согласованных действий как между родителями, так и между другими членами семьи; отсутствие последовательности в организации коррекционных занятий с ребенком, трудности в выполнении рекомендаций специалистов).

Результаты методики «Опросник эмоционального состояния в семье» Е.И. Захаровой показывают, что зачастую родители не понимают причин состояния ребенка, не могут воздействовать на его эмоциональное состояние. При этом присутствует гиперориентация на ребенка при построении взаимодействия с ним.

У большинства родителей присутствует стремление к телесному контакту, и невозможность реализовать эту потребность в связи с состоянием ребенка приводит к преобладанию сниженного фона настроения, негативной оценке себя как родителя.

По результатам копинг-теста Р. Лазаруса у родителей выявлена высокая напряженность поведенческих моделей, свидетельствующая о выраженной дезадаптации личности в связи с необходимостью:

- планировать решение проблемы;
- регулировать свое психоэмоциональное состояние;
- избавиться от чувства вины в связи с заболеванием ребенка.

Все родители нуждаются в социальной поддержке, ощущают свою беспомощность и не могут самостоятельно изменить свое отношение к сложившейся ситуации.

Кроме того, по результатам исследования мы можем говорить о том, что родители показали тенденцию использовать стратегии гиперопеки в отношении к ребенку с аутистическими проявлениями, которая выражается в поощрении зависимости детей от родителей, стремлении оберегать и ограждать ребенка от трудностей, боязни, что медики, педагоги и воспитатели могут причинить ему вред, отказ от принятия истинного состояния ребенка.

Данные анкетирования, проведенного после окончания занятий, позволяют говорить о том, что у родителей сформировалось более целостное представление о состоянии их детей, особенностях их дальнейшего развития. Совместно со специалистами были разработаны подходы к организации жизненного пространства детей с учетом технологий, применяемых во время коррекционно-развивающих занятий с ними в учреждении.

Таким образом, коррекционная работа с родителями детей с нарушениями развития необходима, в первую очередь, для формирования у родителей адекватного отношения к состоянию ребенка и к возможностям его коррекции. Увеличение количества детей с нарушениями развития определяет необходимость выделения консультативного процесса как особого вида реабилитационной работы с семьей. Подобная работа с родителями необходима не только для восстановления психоэмоционального состояния и работоспособности родителей, но и для формирования у них адекватного отношения к болезни и способам лечения ребенка.

## **Раздел 5. Модели комплексной реабилитации детей и взрослых с ограниченными возможностями здоровья**

### **Реабилитационная работа в условиях дома-интерната для умственно отсталых детей**

*Бирюкова А.Л.*

*ГКУ ДДИ № 28, Москва*

Одной из острых социальных проблем нашего общества является проблема детской инвалидности. Социальная и психологическая острота данной проблемы требует гораздо более активного развёртывания научно-исследовательской работы, инновационной практико-педагогической деятельности в области специального обучения детей-инвалидов, выработке принципов, которые морально стимулировали бы эту деятельность.

Наиболее распространённым нарушением развития является умственная отсталость. «Ядерными» симптомами умственной отсталости Л.С. Выготский считал снижение потребности в новых впечатлениях, нарушение познавательной активности и слабость ориентировочной деятельности.

Данное расстройство оказывает значительное влияние на качество жизни самого человека, его семьи и государства в целом. Поэтому реабилитацию детей с умственной отсталостью, сокращение её негативных последствий можно рассматривать как проблему общественного здоровья, изучением которой занимаются учёные и практики в нашей стране и за рубежом не одно десятилетие.

Современные подходы в обществе к системе воспитания и обучения детей с недостатками интеллекта оценивают описываемое явление в первую очередь как *социальную проблему неравных возможностей*.

Приоритет общечеловеческих ценностей, гуманизация образования актуализируют ориентацию на ребёнка, на его развитие, педагогическую поддержку, психологическую коррекцию проявляющихся отклонений.

В связи с этим чрезвычайно важными оказываются вопросы удовлетворения особых, разносторонних потребностей в познании, деятельности и общении детей данной категории.

С целью оптимизации процесса реабилитации и социализации умственно отсталых детей, повышения уровней их адаптационных и интеграционных возможностей в Детском доме-интернате успешно реализуется целевая программа «Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья, воспитывающихся в условиях детских домов-интернатов».

Одним из основных направлений системы коррекционно-педагогического воздействия в учреждении является *работа по развитию и коррекции речи детей со сложной структурой дефекта*, осуществление индивидуального подхода к детям, имеющим ограниченные возможности здоровья.

Речь, как основной источник получения информации об окружающем мире, объединяет ребёнка с социумом; речь, как важнейшее средство коммуникации и самовыражения становится средством интеграции для всех видов деятельности.

Эффективность коррекционно-педагогической работы зависит от реализации системного и деятельностного подходов в процессе обучения умственно отсталых детей и участия в ней междисциплинарной команды специалистов: педагогов, логопедов, дефектологов, воспитателей, музыкальных работников, педагогов-психологов, медицинских работников, социальных педагогов и социальных психологов.

Взаимодействие специалистов осуществляется путём систематического проведения совещаний, совместных методических объединений, заседаний комиссии (психолого-педагогической, медико-социальной), на которых решаются организационно-подготовительные, учебно-методические вопросы, планирование работы, прогнозирование успехов ребёнка, выработка рекомендаций для родителей, изучается опыт работы и взаимодействия междисциплинарной команды специалистов.

Создаются условия для инициации активности обучаемых, поддержания их интереса и мотивации к педагогическому процессу (интегративные методы работы психологов, медицинских и социальных работников, узких специалистов).

Внедряются элементы обучения и развития правильного звукопроизношения, имитации движений, использование речевых игр, литературно-музыкальных моделей (интегративные методы работы воспитателей, учителей, логопедов, дефектологов, музыкальных и социальных работников).

Дети с интеллектуальными нарушениями испытывают разнообразные трудности в развитии и обучении, даже при использовании индивидуальных программ коррекции. Поэтому для работы с ребёнком составляется комплексный план – маршрут развития ребёнка, в котором выделяются приоритетные направления на определенный период (месяц, полугодие, год).

Таким образом, создается педагогическое пространство, где организационно совершенствуются умения и навыки, ведется работа по различным направлениям, с учетом потребностей каждого ребенка.

Например, для кого-то на один месяц приоритетным направлением может стать моторная активизация, для другого - формирование произносительных умений. Вместе с тем, в занятия включается

разнонаправленный материал, поскольку основной целью всегда служит комплексное развитие детей.

«Командная» деятельность специалистов служб детского дома, целенаправленный подход в области формирования и исправления речи детей, предполагает пролонгированный анализ и гибкую систему коррекции индивидуальной программы, с ведением ребенка на определенном этапе тем или иным специалистом.

Установление нарушения функций осуществляется совместно врачом и логопедом. Далее проводится работа на логопедических занятиях, занятиях в Монтессори классе, сенсорной комнате, которые являются особой, специально организованной средой, с подходящими средствами не только для раскрепощения, взаимодействия ощущений и эмоций, но и как один из методов коррекции снижения темпа речевого развития ребенка, обеспечивают широкий спектр сенсорных и моторных впечатлений, влияющих на интеллектуальное, эмоциональное и социальное развитие.

Логопедические занятия построены таким образом, что один вид деятельности сменяется другим. Это позволяет сделать работу детей динамичной, насыщенной и менее утомительной благодаря частым переключениям с одного вида деятельности на другой. Вариативность в предъявлении материала – обеспечивает педагогу возможности выбора.

Развитие артикуляционной моторики, игры со светом, звуком, выработка вербальных подкреплений чувственных различий, профилактика тактильных и кинестетических ощущений проводится учителем-дефектологом после аналогичной коррекционно-педагогической работы логопеда.

Закрепляются, многократно активизируются упражнения и полученные навыки в продолжение всего дня воспитателями, психологами, учителями, социальными педагогами и педагогами дополнительного образования.

Знание воспитателем закономерностей формирования речи детей – необходимая предпосылка изучения индивидуальных особенностей каждого ребенка своей группы. Работая с детьми в течение дня (в отличие от логопеда), воспитатель имеет возможность многократно активизировать, закреплять новые звуки и слова, без чего невозможно введение их в самостоятельную речь.

Воспитатель наблюдает за речью детей в играх и разговорах друг с другом обращает внимание на качество звуко- и слово- произношения, на грамматическую сторону речи: есть ли морфологические ошибки и какие, достаточный ли запас слов у ребенка или он с трудом подыскивает слова для выражения своей мысли, есть ли случаи неправильного (по смыслу) употребления слов, каково отношение ребенка к разговорам с воспитателем (охотно разговаривает, смущается или молчит).

Работа с психологом основана на активизации мозговой деятельности, вербального обогащения чувственных восприятий, закрепление эмоций и

ощущений, полученных детьми с умственной отсталостью на логопедических занятиях.

Учителя большое внимание уделяют закреплению знаний детей об окружающей действительности, о природе, труде взрослых, формированию навыков чтения и письма.

Во время просмотра телевизионных передач и фильмов педагоги объясняют все трудные для понимания детей эпизоды, а после просмотра проводят беседу с целью выяснить, как дети поняли сюжет.

Важно учитывать, что у «особенных» детей с системным недоразвитием речи не только резко ограничен словарный запас, но и значительно снижен познавательный интерес, поэтому простое, без подготовки название предметов или их признаков может оказаться напрасным трудом.

Особую ценность имеют кукольные театры (настольный, теневой, пальчиковый), театрализованные представления, участие в играх драматизациях. Дети имеют возможность вступать в речевой контакт, выполняя ту или иную роль.

Эффективный путь закрепления речевых умений – участие детей в утренниках, вечерах досуга, конкурсах и викторинах, на которых они поют русские песни, читают стихи, разыгрывают различные сценки.

Ребятам интересен предлагаемый материал, создается обстановка сотрудничества и успеха.

Полученные результаты междисциплинарного взаимодействия специалистов говорят о возможности детей с умственной отсталостью воспринимать и использовать в повседневной жизни знания, умения и навыки, привитые в процессе реабилитационных мероприятий.

Особый акцент в детском доме-интернате ставится на работу с семьей, имеющей ребенка-инвалида. Путём включения родителей в процессы реабилитации и социализации с помощью современных информационных технологий – реализуется электронная форма сотрудничества и взаимодействия специалистов с родителями. Для повышения социальной активности семьи в онлайн-режиме происходит системное информирование и просвещение родителей, передача им полезных знаний и умений, определённого опыта для успешного выполнения ими родительских функций.

Внедрение в реабилитационный процесс инновационных подходов и междисциплинарных технологий повышает эффективность и качество проводимых коррекционных мероприятий, усиливает ответственность специалистов за результаты своей профессиональной деятельности, гуманизирует систему отношений в коллективе.

**Реабилитация детей и молодёжи с ограниченными возможностями здоровья путём формирования социальных и коммуникативных навыков, организации досугового процесса в инклюзивной среде**

**Гафарова Н.У.**

*Республиканский общественный центр помощи детям и подросткам с параличами «УМР», Ташкент, РУз*

Приоритетным направлением деятельности Ташкентского городского общественного центра помощи детям и подросткам с параличами «Умр» является поиск путей эффективного включения их в общеобразовательный процесс, внедрение инклюзивного образования. В этой работе центр тесно сотрудничает со многими фондами, государственными и общественными организациями — Фондом Форум культуры и искусства Узбекистана, Фондом поддержки социальных инициатив, Общественным Фондом поддержки ННО и других институтов гражданского общества при Олий Мажлисе РУз, Форумом социально ответственных граждан Узбекистана, Национальной ассоциацией негосударственных некоммерческих организаций Узбекистана, «Соглом авлод учун», «Кафолат», «Махаля», министерствами народного образования, среднего специального и профессионального образования, здравоохранения, Советом Федерации профсоюзов Узбекистана.

Ташкентский городской центр помощи детям и подросткам с параличами «УМР» в 2012-2013 учебном году был исполнителем проекта «Технологическая модель подготовки родителей для повышения коррекционной и инклюзивной направленности воспитания в семье детей с ограниченными возможностями и пути ее реализации», ставшим победителем «Грантовой программы поддержки социально значимых проектов региональных ННО Узбекистана» Фонда Форума и ФОПСИ. Целью осуществляемого проекта являлась разработка и апробация технологической модели работы с родителями детей с ограниченными возможностями здоровья по повышению коррекционной, социальной, инклюзивной направленности воспитания в семье детей с нарушениями развития. Партнёры по проекту – местные органы власти, хокимият Ташкентской области, а также Министерство народного образования, члены Общественного совета Форума социально ответственных граждан Узбекистана оказали огромную помощь в проведении в районах Ташкентской области семинаров-практикумов по коррекционно-ориентированному воспитанию детей в семье.

Основным достижением проекта стало создание Школы родителей и детей «УМР», основные виды деятельности которой – организация индивидуальных практических занятий с родителями, воспитывающими детей с различными нарушениями в развитии; осуществление совместной деятельности родителей и детей в социально значимых мероприятиях;

участие детей в трудовой жизни взрослых как в самой семье, так и вне ее. По инициативе самих детей и их родителей на базе центра был организован детский творческий коллектив «УМР ЮЛДУЗЧАЛАРИ». Вместе с родителями и дети организовали подарки и подготовили концертные номера для благотворительного мероприятия в Доме «Саховат», Спортивном Празднике в детском образовательном учреждении для детей с ДЦП; участвовали в мастер-классах и шахматном турнире недели «INFOLIB» в Национальной библиотеке Узбекистана, в миниигре на футбольном поле стадиона «Бунёдкор» и др.

Логическим продолжением деятельности центра в настоящее время является выполнение задач проекта «Оздоровление детей с ограниченными возможностями и развитие коммуникативных навыков у детей и молодёжи в инклюзивной среде», ставшего победителем объявленной Общественным Фондом по поддержке ННО и других институтов гражданского общества при Олий Мажлисе Грантовой программы «Усиление социального партнёрства ННО с органами государственной власти и управления в реализации Государственной программы «Год благополучия и процветания» и других социально значимых программ, направленных на обеспечение занятости населения, дальнейшее развитие малого бизнеса и частного предпринимательства, оказание адресной социальной помощи различным слоям населения».

Основной целью и задумкой проекта является то, что для наших подопечных важным становится процесс приобретения социальных навыков, которыми человек пользуется в повседневной жизни. С точки зрения специалистов из формируемых у детей навыков социальной компетенции наиболее значимыми и основополагающими считаются: навыки продуктивного общения; самообслуживания; навыки ориентации в инфраструктурах; навыки психологической защиты, самоконтроля, рефлексии; навыки учебного труда, общая осведомленность; профессиональная ориентация, профессиональное самоопределение; осознание себя как будущего семьянина; правовое самосознание.

Осуществить эти задачи девяти подросткам — учащимся ташкентских специальных школ и школ-интернатов, помогли летние каникулы, которые они провели в детском оздоровительном лагере «Куёшли». Каждый день здесь специалистами проводились психологические практикумы, которые помогли ребятам очень быстро адаптироваться в новых условиях, когда каждый ребенок вовлечен в процесс творчества, познания нового. С первого дня пребывания дети стали активно участвовать в жизни лагеря, придумали название и девиз отряда, оформили уголок и стенгазету. Ребята очень быстро подружились со сверстниками, вместе участвовали в спортивных соревнованиях, конкурсах, фестивалях.

Участники музыкального ансамбля «Алладин» и детской футбольной команды «Бунёдкор», которые отдыхали в лагере, взяли шефство над

ребятами. Их советы и поддержка помогли им подготовить интересные номера к конкурсам, принять участие в дне памяти футбольной команды «Пахтакор», погибшей в авиакатастрофе в 1979 году. Выступление в театрализованном конкурсе «Сказка на новый лад» и конкурсе «Восточный караван» принесла ребятам главный приз – Кубок победителей. А участие в спортивной эстафете, футбольном и волейбольном матчах — призовые места. В подарок от руководства лагеря дети получили спортивные майки, от детской футбольной команды «Бунёдкор» – сладости, от женской волейбольной команды – вымпелы. Наши девочки научили вязать на спицах девочек из других отрядов. Сколько положительных эмоций, полезных навыков получили наши дети, активно участвуя в жизни лагеря. Вместе с воспоминаниями, они увезли с собой телефоны и адреса новых друзей, дружба с которыми продолжается и сейчас.

### **Реабилитационная направленность деятельности специалистов ПМСС-центра**

*Дремова Е.А.*

*МБОУ Центр психолого-медико-социального  
сопровождения, Орёл*

**Ключевые слова:** реабилитация, дети-инвалиды, ПМСС-центр.

Для большинства людей, не являющихся работниками системы специального образования, термин «реабилитация» ассоциируется преимущественно с практическим медицинским знанием: многие знают, что такое медицинская реабилитация после травмы или продолжительной болезни. Однако реабилитация (от лат. *rehabilitas* – восстановление пригодности, способности) включает в себя не только медицинские меры. Проблемы комплексной реабилитации стали активно привлекать к себе внимание отечественных специалистов во второй половине XX века.

В последние годы реабилитация определяется как «сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается положительное отношение к жизни, семье и обществу» (Кабанов М.М., 1985) и представляет собой систему государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий. Причем этот процесс направлен не на нарушение здоровья и жизнедеятельности, а на личность человека, на восстановление полноценного существования его в обществе, на преодоление социальных последствий заболевания или травмы.

Различные специальные виды реабилитации (социально-психологическая, педагогическая, профессиональная, семейная)

применяются в том случае, если в результате инвалидизации у человека и его семьи возникают проблемы в сфере взаимодействия с окружающими, внутри семьи и т.п. Именно эти реабилитационные направления используются специалистами городского центра психолого-медико-социального сопровождения в работе с ребенком-инвалидом и его семьей.

В центр обращаются родители детей-инвалидов в возрасте от 3 до 18 лет по собственной инициативе, направлению педиатрического бюро медико-социальной экспертизы (ПБ МСЭ), рекомендациям лечащего врача, педагогов и др. Знакомство с ребенком-инвалидом и его семьей начинается с первого посещения ими нашего центра и проведения первичного консультирования. В консультативный процесс, при необходимости, включаются разные специалисты (педагоги-психологи, социальные педагоги, учитель-дефектолог, учитель-логопед, врач) для определения направлений помощи, в которой нуждается ребенок и его родственники.

После определения необходимой помощи специалисты центра на заседании психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) определяют ведущего специалиста, который начинает работать с ребенком и его семьей, и координирует деятельность других специалистов, подключая их к работе с ребенком в тот момент, когда этого требует необходимость достижения оптимальных результатов реабилитационных мероприятий.

Так, при оказании комплексной помощи детям-инвалидам, направленным педиатрическим бюро медико-социальной экспертизы (ПБ МСЭ) для психологического и профориентационного обследования, вначале специалистами социально-коррекционного отдела и отдела профориентации проводится диагностика с целью выявления индивидуальных психофизиологических особенностей, социального самочувствия и определения профессиональных склонностей и интересов для определения возможного дальнейшего профессионального образовательного маршрута и наиболее оптимальной профессиональной адаптации в будущем. Затем профконсультантом и педагогом-психологом проводится консультация ребенка-инвалида и его родителей.

Если в процессе консультирования родители или сам ребенок осознают имеющиеся проблемы личностного плана, трудности взаимодействия с окружающими (сверстниками, взрослыми, родными), неопределенность профессионального выбора, то им предоставляется возможность продолжить сотрудничество со специалистами ПМСС-центра, получить необходимую помощь путем участия в определенных реабилитационных мероприятиях: индивидуальное консультирование, тренинговая работа, работа по программам профессионального самоопределения или развития жизненных целей. Такая комплексная реабилитационная помощь ребенку-инвалиду разными специалистами (профконсультант, педагог-психолог, социальный педагог) позволяет обеспечить оптимальный процесс социализации и включить его в реальные взаимоотношения.

Дети-инвалиды дошкольного и младшего школьного возраста, по мере своих индивидуальных психофизиологических и физических возможностей, включаются в реабилитационные мероприятия на социально-психологическом и психологическом уровне компенсаторных механизмов организма. В этом случае специалистами центра используются такие формы реабилитации, как семейная, педагогическая, психологическая, досуговая и социальная в широком смысле слова.

Ведущий специалист, определенный ПМПк, создает личностную индивидуально-ориентированную коррекционно-развивающую программу, планируя реабилитационные мероприятия с подключением к работе с ребенком и его семьей специалистов других направлений. Изменения в структуре и содержании реабилитационных мероприятий обсуждаются и принимаются на заседаниях ПМПк.

Большим и важным реабилитационным направлением в ПМСС-центре является социализация детей-инвалидов разного возраста, включение их в мероприятия, организуемые в центре. Ежегодно в центре специалистами социально-коррекционного и психологического отделами проводятся мероприятия, посвященные календарным и другим праздникам (Новый год, Восьмое марта, Масленица, Осенний праздник и др.), чаепития, посвященные Декаде инвалидов и пр. В подготовке и проведении самих мероприятий принимают активное участие родители детей-инвалидов. Поэтому реабилитационные мероприятия касаются не только самих детей-инвалидов разного возраста, но реабилитационную помощь обязательно получают и их родители. Работа с родителями строится в виде консультативного процесса (индивидуальные и групповые консультации), проведения занятий «Школы для родителей» (по запросам родителей или по мере возникновения определенных тем, требующих обсуждения).

Таким образом, комплекс реабилитационных мероприятий, реализуемых специалистами ПМСС-центра, позволяет оказать необходимую психологическую, педагогическую, социальную, профориентационную помощь детям-инвалидам и их семьям, создавая условия для формирования адекватной самооценки и позитивного самовосприятия, расширения представлений о жизненной перспективе и включения их в полноценные социальные отношения.

**Социально-педагогическая реабилитация и интеграция детей-инвалидов в социум в условиях центра психолого-медико-социального сопровождения**

*Кондракова Е.В.*  
*МБОУ ЦПМСС, Орёл*

**Ключевые слова:** интеграция в социум, социально-педагогическая реабилитация, дети-инвалиды.

В ситуации серьезных социально-экономических перемен, происходящих в российском обществе, проблема интеграции детей-инвалидов в социум становится особенно актуальной. Значительная часть детей с отклонением в развитии, несмотря на усилия, предпринимаемые обществом по их обучению и воспитанию, оказывается неподготовленной к интеграции в социально-экономическую жизнь.

В последние годы в нашей стране стало заметным стремление к изменению сложившейся ситуации в лучшую сторону. На государственном уровне приняты соответствующие законодательные акты, учебные заведения осуществляют подготовку специалистов, призванных обеспечивать социальную реабилитацию детей-инвалидов, складывается система реабилитационных центров, позволяющих комплексно решать многие проблемы указанной категории лиц. Так, для успешной реализации комплексного подхода в реабилитации детей-инвалидов, в рамках социально-педагогической работы создаются условия, которые способствуют интеграции детей-инвалидов в социум. Прежде всего, это изменение отношения близких людей к ребенку-инвалиду, принятие его как личности и предоставление равных возможностей развития, образования, реабилитации посредством социальных партнеров; включение их в многогранное взаимодействие с социумом, обучение их разным видам социальной деятельности; обеспечение развивающей среды для совместного пребывания детей-инвалидов со здоровыми сверстниками; восстановление социального статуса ребенка-инвалида и включение его в систему общественных отношений.

Немаловажную роль в процессе интеграции детей-инвалидов в социум играют Центры психолого-медико-социального сопровождения. Организуя работу по данному направлению, мы учитываем тот факт, что при интеграции детей-инвалидов в образовательную среду средством, компенсирующим отклонения в развитии личности, является социальная реабилитация. Как показывает наш многолетний опыт работы, процесс интеграции детей-инвалидов является для них сложным этапом социализации.

В своей работе мы ориентируемся на критерии, которые позволяют оценить уровень интеграции детей-инвалидов в социум, среди которых важными являются: способность ребенка к интерпретации наблюдаемых им социальных отношений, умение рефлексировать собственные действия и действия социального окружения, самоорганизация, проявляющаяся в волевых усилиях, стремлении добиться поставленной цели. В связи с этим, основной акцент в социально-педагогической деятельности специалистов ПМСС-Центра в работе с ребенком делается не на дефект как таковой, а на

выявление и развитие его личностных качеств и способностей, в ходе психолого-педагогического и медико-социального сопровождения.

Социально-педагогическая и реабилитационная деятельность специалистов ПМСС-Центра реализуется в следующих направлениях.

- Диагностическое – ориентировано на выявление исходного уровня сформированности навыков интеграции детей-инвалидов в социум. Это, во-первых, характеристики деятельности, то есть работоспособность и темп деятельности, их влияние на поведение ребенка в целом; общее моторное развитие, т.е. произвольная двигательная активность, ловкость, гармоничность движений, темповые характеристики, от которых во многом зависят операциональные компоненты деятельности. Во-вторых, развитие коммуникативных навыков, обуславливающих целенаправленность поведения (регуляторная зрелость), то есть произвольную регуляцию деятельности ребенка, которая во многом определяет коммуникативную активность и адекватность, сформированность коммуникативных навыков ребенка при взаимодействии со взрослыми и детьми (межличностное общение). В-третьих, сформированность эмоционально-волевой сферы, прежде всего аффективные и эмоциональные особенности ребенка (преобладающий эмоциональный фон, эмоциональная лабильность и т.д.), речевое развитие (речевая активность, объем словарного запаса, развернутость речевых высказываний, интонационные особенности);

- Коррекционно-развивающее направление сконцентрировано на развитии необходимых личностных качеств, повышении личностного статуса ребенка, формирования адекватной самооценки, адекватного отношения к своему дефекту, перцептивным и интеллектуальным возможностям.

В процессе социально-педагогической коррекции личностных качеств детей-инвалидов специалисты зачастую сталкиваются с такими сложностями, как неадекватность самооценки ребёнка, повышенная тревожность, сниженная стрессоустойчивость, неуверенность в своих силах, повышенная эмоциональная напряженность. Поэтому основой коррекции самооценки является формирование у ребенка адекватной ориентации на свои возможности. Важное место в этом процессе занимает развитие самоконтроля и умения владеть собой. Проблема самоконтроля, произвольности поведения у детей-инвалидов связана с недостаточностью волевого поведения, т.е. неумением преодолевать трудности и препятствия на пути достижения цели. В связи с этим очень важно научить детей в процессе реабилитации управлять своим поведением, поступками, речью. Использование разнообразных форм и методов, таких как занятие с элементами тренинга, где имеет место работа в малых группах совместно со взрослыми. Проводимые занятия усиливаются ролевыми играми и разминками. В отличие от других форм работы занятия с элементами тренинга рассчитано на максимальное проявление активности участников,

использование их знаний, опыта, выявление и изменение их жизненной позиции.

Психокоррекционный и реабилитационный эффект занятий у детей достигается благодаря установлению положительного эмоционального контакта между детьми и взрослыми. Снимается напряжённость, тревога, страх перед окружающими, повышается самооценка, расширяются способности детей к общению, позволяющие осознать свои социальные роли, обязанности и модели поведения, диктуемые ролью. Происходит понимание ценностей человеческого общения, восстановление приоритета духовных, нравственных ценностей в общении между людьми. Такой подход к занятиям позволяет создать совершенно особую среду, пространство для самовыражения, в котором ребенок может почувствовать себя успешным, способным достигать поставленных целей.

- Культурно-просветительское направление преследует цель создания условий для приобретения ребенком опыта общения, помощи в духовном развитии, воспитание детей в духе добра, порядочности, чести и достоинства. В рамках данного направления реализуется сопровождение детей средствами досуговой деятельности, через участие в праздничных утренниках, способствующее интеграции детей-инвалидов в социум, и обладающее уникальными возможностями в отношении не только детей, но и их родителей. Эти мероприятия стимулирует деятельность родителей по реабилитации своих детей, вселяет в них надежду на выздоровление, развитие, образование и на успешную интеграцию их в общество.

- Консультационное направление ориентировано на оказание социально-психологической, просветительской помощи родителям по вопросам обучения, воспитания и развития их детей. Следует поощрять родителей обмениваться знаниями, признавать успехи ребёнка, понимать важности тех или иных занятий, проявлять инициативу. Специалист должен в известной мере делиться своими чувствами, демонстрировать открытость, тогда и родители не будут испытывать стесненность в его присутствии. Родителям и специалистам следует совместно принимать решения.

- Информационно-методическое направление реализуется с целью создания благоприятной информационно-методической среды, обеспечения защиты и развития детей и их семей, а также разработки индивидуальной программы социально-педагогической реабилитации ребенка-инвалида. В индивидуальной программе комплексного сопровождения и реабилитации отмечаются особенности развития ребенка, делаются выводы и рекомендации. Реализация изложенных в программе методов комплексных воздействий на детей-инвалидов направлена на оптимизацию их личностного роста, способствует совершенствованию социально-психологической адаптации в социальной среде. В ходе выполнения программы осуществляется мониторинг – регулярное отслеживание событий в виде обмена информацией между специалистами и родителями ребенка. При

необходимости специалист содействует родителям, помогает преодолевать трудности.

Реализация предлагаемой системы работы в условиях ПМСС-Центра способствует повышению уровня успешной реабилитации и интеграции детей-инвалидов, способствует полноценному формированию личности, умеющей проявлять независимость от болезни и обстоятельств, сделать при необходимости свой жизненный выбор, вполне соотносимый с ее собственными, а не заданными и диктуемыми извне намерениями, мотивами, установками. В результате ребенок учится чувствовать себя равноправным членом общества и вырабатывает качества терпимости и толерантности.

### **Социально-психологические условия повышения личной эффективности людей с ограничениями в физическом здоровье**

*Силаева Т.Н.*

*НИУ-филиал РАНХиГС, г. Нижний Новгород,  
городская поликлиника №17 г. Набережные Челны*

**Ключевые слова:** личная эффективность, реабилитация, социально-психологические условия, психологическая коррекция, тревожность, смысло-жизненные ориентации, самосознание и саморегулирование.

Оказание действенной помощи и поддержки людям с ограниченными возможностями здоровья сегодня не только акт проявления государством гуманного отношения к своим гражданам, но и задача, имеющая под собой социально-экономическое значение. Эффективность решения этой задачи зависит не только от материально-технической базы реабилитационных центров и готовности специалистов оказывать качественную психотерапевтическую и психологическую помощь таким людям, но и от готовности самого человека к успешной социально-психологической адаптации и повышению своей личной эффективности.

Желание человека помочь самому себе и знание того, как это можно сделать – слагаемые, которые могут не совпадать. Как показывают многие исследования, в том числе и наши наблюдения, люди, отягощенные своими ограничениями в состоянии здоровья, проявляют повышенную тревожность, которая чаще всего усиливается отсутствием веры в свои силы, бессилием перед обстоятельствами жизни, неумением оказать помощь самому себе. Все эти внутренние рассогласования препятствуют как самому человеку в принятии им нового качества жизни и повышении своей личностной эффективности, так и целенаправленному процессу психологической реабилитации [1]. Личностная эффективность в психологической литературе рассматривается через личностные ресурсы, которые отражают меру

преодоления личностью заданных обстоятельств, по-другому, меру прилагаемых личностью усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни и, в конечном счете, преодоление ею самой себя. Помочь взрослому человеку найти себя в сложных жизненных обстоятельствах, а именно, временной или длительной потери полноценной трудоспособности – задача психологической поддержки, решение которой требует поиска эффективных методов работы со взрослыми людьми, и научного обоснования социально-психологических условий повышения эффективности деятельности реабилитационного психолога [2].

В задачи нашего исследования входила разработка психотехнологии и комплекса теоретико-практических групповых занятий, направленных: а) на формирование заинтересованности реабилитантов в повышении ими своей личностной эффективности; б) на повышение психологических знаний и умений в оказании помощи самому себе; в) на формирование способности личности становиться и быть субъектом самоизменения и саморазвития.

Мы предполагали, что создаваемые нами социально-психологические условия позволят оптимизировать у людей с ограниченными возможностями здоровья их состояние тревожности и смысложизненные ориентации. Мы рассчитывали, что это позволит изменить их отношение к самим себе в сторону самопринятия, создаст благоприятные внутренние условия для порождения побудительных мотивов самоизменения, что в свою очередь, актуализирует процесс поиска личностью психологического ресурса своей субъектной активности. Это и будет тем внутренним психологическим условием изменения личностью своих негативных установок и появления у нее стремления к повышению ею своей личностной эффективности.

Эффективность разработанной нами программы и психотехнологии изучалась с помощью методики Ч.Д. Спилбергера, «Шкала оценки уровня реактивной тревожности», методики смысложизненных ориентаций «СЖО» Д.А. Леонтьева и многофункционального критерия Фишера.

На основании первичной диагностики были проведены групповые занятия в Государственном бюджетном учреждении Центр реабилитации инвалидов регионального значения «Изгелек» (город Набережные Челны). Наше исследование длилось в течение 2-х лет.

Экспериментальная группа составила 30 человек в возрасте от 35 до 50 лет. Все они имеют приобретенную инвалидность, по причинам: черепно-мозговая травма, инсульт, органические нарушения головного мозга. Симптомами данных диагнозов являются незначительные когнитивные отклонения от нормы психических процессов и эмоционально-волевой сферы, зафиксированных по результатам диагностики при поступлении в центр, с опорой на сохранные когнитивные функции и компенсаторные возможности организма в целом. Социальные мероприятия (условия) формирования психологической субъективной эффективности людей с ограничениями в физическом здоровье начинаются с комплексной

реабилитации: массажа, лечебной физкультуры (ЛФК), трудотерапии, арттерапии, логопедии и т.д. В центре «Изгелек» реабилитацию можно пройти раз в год в течение месяца в очередной последовательности.

Наша психотехнология работы с людьми включала в себя метод групповой работы. Это та форма деятельности, которая принята в общем реабилитационном процессе. Опираясь на концепцию Г.П. Щедровицкого, который рассматривал групповое взаимодействие в схеме, где основными структурными единицами являются следующие составляющие: руководитель группы (кто воздействует), средства (чем воздействуют), исходный продукт (на кого воздействуют), продукт (преобразованный в результате воздействия), цель (конечный результат), нами была реализована программа в практической деятельности с реабилитантами [4]. Традиционно, психолог, работая с первичными запросами клиентов, которые могут быть неосознанно искажены, использует готовые средства (модель, методики, методы воздействия). В такой реабилитационной работе сам человек с ограничениями в физическом здоровье, подвергаясь воздействию со стороны психолога, как правило, не несет ответственности за конечный результат и остается более или менее пассивным членом группы. Иную картину представляет не воздействие психолога на члена группы, а их совместное взаимодействие по нахождению путей, методов и средств самореабилитации и создания собственной индивидуальной программы решения проблемы самоограничения. В этой схеме важным моментом на уровне функционирования в формировании личной эффективности, является личный опыт проживания в социуме людей с ограниченными возможностями: что его беспокоит, что нужно исправить, опора на положительные ресурсы. Это мотивирует их на активное участие в реализации «совместной программы». Эти две схемы принципиально разные в моменте центральной фигуры: в 1-м случае центральной фигурой является психолог, а во 2-м главной фигурой является сам реабилитант, который вносит свою собственную идею, учится управлять своим успехом «здесь и сейчас». Соответственно, в адаптационный период, он будет увереннее достигать своей цели. Другой особенностью нашей деятельности с людьми было внесение метода системных расстановок Берта Хеллингера [3]. Особо важным моментом и условием работы этого метода в процессе его применения, является условие молчаливого исполнения указаний психолога, при медленном, молчаливом и чувственном «передвижении». Это дает возможность научиться понимать себя, свое внутренне состояние, использовать свои чувства и ощущения, как бессознательные резервы организма. В итоге в стрессовой нестандартной ситуации, какую и являются ситуации взаимодействия в социуме, организм будет способен приходить на помощь своему хозяину. Опираясь на самосознание и саморегулирование, человек с ограничениями в физическом здоровье начинает понимать, что он растет и развивается, а значит, обладает

силой и выдержкой, чтобы перенести все неудачи, стрессы и травмы, встречающиеся в жизни всех и каждого. В итоге, происходит замена установки-убеждения на позитивное ожидание перемен. Это совпадает с соматической точкой зрения о том, что наши убеждения и представления о своем теле и здоровье могут существенно повлиять на состояние и тела и здоровья [5].

Многолетний опыт работы с людьми позволил скорректировать создаваемые нами условия психокоррекционной работы. Применяемая нами психотехнология работы с людьми включала: использование индивидуального опыта реабилитанта; работа с его семьей и близким окружением; использование ресурсов подсознательной сферы личности, применение метода системных расстановок Берта Хеллингера; соединение мыслей, чувств и телесных ощущений организма для умения ставить и достигать свои цели; обучение способам релаксации и медитации для оптимизации тревожности; переключение пессимистичных мыслеобразов на оптимистичные с помощью метода визуализации, ролевого проигрывания стрессовых ситуаций, позволяющих менять деструктивные установки на конструктивные, неэффективные способы действия на конструктивные.

В результате сравнительного анализа первичной и итоговой диагностик показателей тревожности и смысложизненных ориентаций, выявили положительную динамику. До проведения теоретико-практических занятий тревожность реабилитантов, отклоненная от нормального уровня, была представлена у 67% исследуемых. После проведения этих занятий, направленных на оптимизацию уровня тревожности, групповой показатель низкого и высокого уровня тревожности участников тренинговой программы значительно изменился и составил 37%. ( $P \leq 0,01$ ). При первичной диагностике отклонение смысложизненных ориентаций (СЖО) людей с ограниченными возможностями здоровья от нормы составило 53 %. Через месяц, в результате участия членов группы в разработке программы и практической деятельности групповых занятий, показатели низкого уровня смысложизненных ориентаций были представлены всего у 17 % испытуемых ( $P \leq 0,01$ ). Изучение устных и письменных отзывов участников тренинговой группы, позволяют сделать вывод об изменении их отношения к себе, своим ограничениям, появлению стремления к социальной активности и готовности к активной работе над самим собой, к повышению своей личной эффективности. Реципиенты, у которых смысложизненные ориентации значимо не улучшились, как правило, страдали затяжным характером болезни, находились в неблагоприятных социальных условиях дома, а также имели те психологические особенности, которые снижают их продуктивную деятельность по самоизменению. Изучение внутренних условий таких реципиентов требовало дальнейших диагностических исследований и разработке особых психологических мероприятий, включая индивидуальную работу, как с самими реципиентами, так и с их семьями.

Исходя из вышесказанного, рекомендации следующие: повышенную тревожность необходимо оптимизировать за счет снижения значимости ситуации и формирования уверенности в успехе; низкую тревожность оптимизировать через повышение чувства ответственности и формирования внимания к активным действиям. Соответственно, повышенный уровень смысловых ориентаций людей с ограниченными возможностями позволяет регулировать процесс интеграции личности к окружающей действительности. Несмотря на то, что наш научный поиск не является завершённым, мы уже можем сделать вывод, что предлагаемая нами программа и психотехнология ее внедрения в практику оказывает положительное влияние на процесс реабилитации людей с ограничениями в здоровье и возвращение их к полноценной социальной жизни. Это отразилось в акте внедрения руководством реабилитационного центра «Изгелек», в устных и письменных отзывах реабилитантов.

Благоприятным психологическим условиям для такой внутренней работы по восполнению психологических ресурсов является оптимизация состояния тревожности и смысловых ориентаций, повышение психологических знаний и умений в оказании помощи самому себе, формирование способности личности становиться и быть субъектом самоизменения и саморазвития. Все эти новообразования способствуют изменению мотивации к овладению активными действиями по самоизменению, повышению чувства ответственности за себя, свою жизнь, свое здоровье, повышению чувства уверенности в успехе и стремления к повышению ею своей личностной эффективности.

К благоприятным социальным условиям повышения личной эффективности людей с ограничениями в физическом здоровье можно отнести внешние социальные стимулы, а именно, комплексную реабилитацию по восстановлению физических функций организма, с помощью: занятий лечебной физкультуры, обучения навыкам самообслуживания, восстановления функций речи, арттерапии, а также трудотерапии, с ориентацией на профессионализацию, либо переподготовку по другой специальности в стенах реабилитационного центра. В процессе реабилитационной работы особое значение принимает психологическая деятельность с такими людьми, которая выстраивается как на индивидуальной, так и групповой формах совместной деятельности психолога и реабилитанта. Поэтому к внешним условиям мы относим готовность самого психолога к выполнению качественной психологической поддержки таких людей.

Дальнейшие перспективы нашего исследования потребуют решения не только практических, но и теоретико-методологических задач.

### *Список литературы*

1. Егорова Т.Е. Психологическая культура: теоретический анализ и практика становления: Монография. – Н.Новгород: Изд-во Волго-Вятской академии гос. службы, 2006. – 286 с.
2. Егорова Т.Е., Костина, О.А., Рындина, И.В. Некоторые вопросы развития психологической культуры будущих специалистов, работающих с лицами с ограниченными возможностями / Современные подходы к реабилитации, адаптивной физической культуры в работе с лицами, имеющими ограниченные возможности здоровья // IV Междун. научно-практ. конф (Н.Новгород, 12 февраля 2013г.) под общ.ред. Е.Н.Фомичевой, Ю.П. Зверева, В.А. Оринчука. – Н. Новгород: ООО «Цветной мир», 2013. – с.20-23
3. Вебер, Г. Кризисы любви: системная психотерапия Берта Хеллингера / Г. Вебер. – М. : ИП РАН, 2001. – 304 с.
4. Щедровицкий Г.П. Организация. Руководство. Управление. Оргуправленческое мышление: идеология, методология, технология. Курс лекций / из архива Г.П. Щедровицкого. Т.4. – М. : «Путь», 2000. – 384 с.
5. Evans F. Unravelling placebo effects // Expectations and the placebo response. Advances 1(3). – Summer, 1984. – P.16-35.

## Раздел 6. Способы создания реабилитационной среды

### Включение детей с ОВЗ в образовательное пространство учреждения дополнительного образования (УДО) при условии выбора ими видов творческой деятельности

*Загрядская В.Н.*

*Некоммерческое партнёрство Центр поддержки лечебной педагогики и социальной терапии «Рафаил», Москва*

В настоящее время социальная и творческая реабилитация детей, подростков и взрослых средствами декоративно-прикладного творчества и искусства получила широкое распространение в различных образовательных программах. Успех эффективности применения данного средства в развивающих программах в УДО зависит от нескольких факторов.

Известно, что одним из факторов развития детей с ОВЗ является наличие в образовательном пространстве языка коммуникации, необходимого для человеческого общения и взаимодействия воспитанников. Практика работы в УДО, где совместно обучаются дети с ОВЗ и дети, не имеющие таких ограничений, позволяет утверждать, что универсальным языком общения в интегрированной группе являются различные виды совместного художественного творчества как способа построения диалога между членами группы и как основы интеграции детей с ОВЗ в социум.

От художественного творчества всегда исходит что-то праздничное, так как оно приподнимает нас над обыденной жизнью. Недаром наши предки мудро старались придать художественный вид всем вещам, выполненных ими вручную. То, что сегодня называется народным творчеством, было обычным способом создавать вещи, которым владел весь народ. Сегодня многие люди ощущают, что художественное должно создаваться не только великими художниками. Художественное должно быть найдено в повседневной жизни, если мы хотим оставаться здоровыми, так как оно скрыто в природе каждого человека и принадлежит его жизни. Этот факт объясняет стремление здорового ребёнка в художественном творчестве проявить собственный потенциал развития. В творчестве здоровый ребёнок может усвоить не только эстетические закономерности, но этические нормы поведения с другими детьми, которые могут быть в чём-то непохожи на них. Ребёнок, увлечённый совместной творческой работой, способен к созданию нового языка коммуникации с ребёнком с ОВЗ посредством художественного творчества. Возможно, именно поэтому социальная реабилитация и интеграция детей с нарушениями развития наиболее эффективно достигается средствами художественной практики.

Рассмотрим пример совместного художественного творчества детей с ОВЗ и не имеющих ограничений в УДО. Работа проводилась в форме интегрированного курса, состоящего из предметных областей – «Макинтош» (компьютерный класс), «Мастера», «Художественное слово» (ручная и художественная деятельность). **Тема интегрированного курса: «Стилизованные изображения сказочных героев из валяной шерсти» (Кукольный спектакль-сказка «Волк и семеро козлят»).**

Занятия проводились в интегрированной группе постшкольного периода обучения. Возраст учащихся 15-18 лет.

Целью занятий является развитие у подростков и молодых людей с ОВЗ способности к творческой деятельности через овладение приёмами валяния из шерсти объёмных полых изделий, компьютерного моделирования и представления кукольного настольного театра.

Из-за проблем регуляции поведения и слабости контроля развитие творческой деятельности у детей с ОВЗ требует от педагога особой подготовки и особых усилий.

Для развития творческих способностей подростков и молодых людей с ОВЗ в совместной деятельности со здоровыми сверстниками требуется создание благоприятной педагогической среды, которая предполагает обязательный выбор детьми вида художественного творчества, наличие определённого содержания и структуры занятия.

Как создаются и используются отдельные компоненты педагогической среды на конкретном занятии развития творческих способностей у детей с ОВЗ?

**Тема (содержание) занятия** – «Создание героев сказки «Волк и семеро козлят» для настольного кукольного театра».

Данная тема выбрана потому, что эту сказку все дети помнят и любят с раннего детства.

Педагог определяет перед учащимися перспективу представления сказки перед младшей группой и родителями, что создаёт у подростков положительную мотивацию к данной работе и значительно повышает статус занятия как социального действия. Учащимся предстоит не только создать героев сказки, но и посильно участвовать в представлении, водить кукольных героев, озвучивать их голоса. Всем подросткам очень хочется попробовать себя в образе артиста кукольного театра. Именно за счёт этого поддерживается и усиливается интерес подростков к практической деятельности, стремление выполнить работу в заданный срок.

**Постановка задачи** реализуется через оригинальное приветствие. Сначала педагог приветствует всю группу, вместе с ним все читают стихотворение А. Н. Некрасова «Труд»:

«И если ты богат дарами, их выставлять не хлопочи,  
В твоём труде заблещут сами их животворные лучи!»

Затем педагог через индивидуальные стихотворения, в которых изложена перспектива участия отдельных учащихся в данной работе, обращается к каждому ученику. Практика показывает, что в случае личного обращения педагога к учащемуся создаются условия для дополнительной мотивации их к творческой деятельности и поддерживается личностное развитие каждого подростка. Каждый имеет возможность индивидуально пережить и понять свою собственную задачу, а также в рамках группы увидеть некий план развития, определённый для его товарища. Данный подход к постановке задачи занятия способствует корректировке поведенческих реакций подростков, помогает им достигать определённого уровня контроля собственных действий.

#### **Форма проведения занятия.**

Занятия проводятся в форме интегрированного курса, где в единую тему объединены три предметные области: компьютерный класс «Макинтош», «Мастера» (ручная деятельность, валяние из шерсти), «Художественное слово» (художественная деятельность).

Сначала дети на компьютере Macintosh в программе «ART-RAGE» моделируют предстоящую им работу на практическом занятии, создают технологическую схему изготовления изделия (фигуры козлёнка). В этой работе лидируют здоровые дети. После этого начинается практическая работа по технологической схеме – методом войлоковаления создаётся изделие (фигура козлёнка и др.), с которой отлично справляются дети с ОВЗ. В параллели, как и на отдельном занятии, дети могут выполнять различные речевые упражнения, читать сказку, заучивать и художественно отрабатывать отдельные сюжеты сказки, осваивать движения героев сказки на столе, чередуя практическую работу с чтением и работой с речью. В процессе работы дети выполняют «замкнутые повторяющиеся цепочки» поэтапных действий, где активно чередуются разные виды деятельности из всего интегрированного курса. Чередуя и объединяя в единую цепочку различные виды деятельности, педагог целенаправленно создаёт условия для активного глубокого погружения учащихся в тему и для объединения усилий всей группы. В процессе практической работы по созданию объёмной фигуры подростки сопоставляют свои действия с технологической схемой и образцом, и в это включены вся группа без исключения.

Учащимся, особенно в конце выполнения практического задания, хочется дополнить, украсить фигуру, выразить собственное отношение к ней. Некоторые подростки пытаются найти другие варианты выполнения фигуры. Таким образом, у них поддерживается стремление к целостному восприятию результатов всех видов работы и их творческому воплощению.

Достижением занятия является совершенствование навыков общения и взаимодействия между ребятами и взрослыми как в процессе компьютерного моделирования, так и в практической, художественной деятельности. Каждому из участников занятия хочется слушать и быть услышанным, действовать и принимать помощь, найти своё место в общем процессе. Таким образом, в процессе реализации интегрированного курса возможно создать развивающую педагогическую среду для оптимизации условий совместной работы и ведения диалога между участниками занятия. В этих условиях у всех подростков есть выбор вида практической работы, способа представления героев сказки. Практически каждый подросток, исходя из своих индивидуальных особенностей, совершает такой выбор.

### **Методы обучения.**

Кроме общеизвестных методов обучения (наглядно-действенный; объяснительный; иллюстративный; репродуктивный), для реализации поставленной цели важно использование частично-поискового метода обучения. Это непростая задача, но в данном случае проблема решается за счёт использования компьютерного моделирования. Сначала учащиеся решают задачу создания изделия средствами компьютерной деятельности. Каждый ребёнок пытается создать в программе ART-RAGE собственную технологическую схему.

Этим облегчается более осмысленный переход к последовательному выполнению практических операций с шерстью методом войлоковаления. Поддержка и сопровождение ребёнка в этом методе обучения очень важна. Сначала с заданием поиска решений по изготовлению фигуры справляются индивидуально только так называемые «сильные» дети. Но и другие дети, находясь в пространстве поиска решения задач, тоже участвуют в работе в форме своего отношения, поддержки этих ребят, коллектива.

В структуре занятий все этапы являются равнозначными, что является одним из необходимых условий для успешной работы.

Также важным составляющим элементом работы является Дневник наблюдений. В результате в конце каждого занятия учащийся должен интересные и важные части работы представить в доступной для него форме: рисунка, устного или письменного рассказа, в форме инсценировки, жеста. Работа выполняется в группе, но носит сугубо индивидуальный характер. На

первый взгляд эта работа кажется трудно выполнимой для ребят. Но при условии каждодневного повторяющегося действия, внимательного отношения педагога и интереса со стороны родителей к результатам работы подростков даже самые слабые из учащихся могут выполнять данное задание. Практика показывает, что этот вид деятельности формирует у ребят сознательное отношение к собственной работе и способствует переносу знаний детей, полученных в центре, в домашние условия.

Следует остановиться на заключительном этапе программы: **подготовке и представлении сказки «Волк и семеро козлят»** перед родителями и младшими друзьями на празднике.

В данной части занятия вновь объединены все виды творческой деятельности. Каждому подростку отводится своя роль в представлении спектакля - от кукловода и чтения сказки до опускания занавеса. Учащиеся, педагоги и родители (взрослые) на заключительном этапе окончательно становятся партнёрами, друзьями, соратниками. Интерес к творческому представлению сказки у подростков становится глубже и осознанней, каждый посильно участвует в представлении спектакля перед родителями и вносит свою лепту. Поэтапная работа в продолжение всего интегрированного курса с использованием метода социокультурной реабилитации постепенно создаёт обучающее пространство для детей с ОВЗ и открывает новые перспективы развития творческой деятельности каждого ребёнка независимо от вида и глубины ограничения (нарушения) здоровья.

Таким образом, для успешного включения детей с ОВЗ в образовательное пространство в УДО необходимы занятия творческими видами деятельности в специально созданной педагогической среде, многокомпонентной по своей структуре.

### **Психолого-педагогическая поддержка подростков с нарушениями статодинамической функции в условиях реабилитационного стационара**

*Кислица Г.К., Гудилина О.Н.  
МГППУ, Москва*

**Ключевые слова:** психолого-педагогическая поддержка, нарушение статодинамической функции, длительное лечение в стационаре.

1 июня 2012г был опубликован Указ Президента РФ №761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 - 2017 годы» . Среди его основных задач обозначены развитие медицины и клиник, дружественных к детям и молодёжи, стимулирование потребности в здоровом образе жизни. А также обеспечение надлежащих комплексных

услуг и стандартов в сфере здравоохранения для детей с особыми потребностями.

Сегодня от здравоохранения, в особенности детского, общество ожидает не только лечения как такового, но и сведения к минимуму тех стрессов, которые возникают в процессе тяжёлого и длительного лечения и госпитализации. Особое внимание привлекают те заболевания, которые требуют длительного пребывания ребёнка в стационаре. Это понятно, так как длительный отрыв от естественной для ребёнка семейной обстановки, компании сверстников, возможности посещать школу и развиваться в соответствии со своим возрастом вместе с другими детьми, ставит этих детей в положение психологической и социальной депривации.

В настоящее время перед отечественным здравоохранением стоит задача сокращения сроков пребывания детей в стационаре за счёт развития современных многопрофильных высокотехнологичных диагностических и лечебных комплексов. Однако существует ряд заболеваний, которые требуют длительного от 1 месяца до полугода пребывания в стационаре.

К нарушениям, которые требуют длительного и многократного пребывания в лечебном стационаре относится нарушение статодинамической функции. В рамках научно-исследовательской работы по теме «Психическое развитие и обучение детей в условиях лечебных учреждений» нами проводилось анкетирование педагогов и воспитателей школ, работающих при стационарных лечебных учреждениях, а так же детей, обучающихся в данных учебных заведениях.

В частности, проводилось анкетирование педагогов и учеников школы № 47 при Научно-практическом центре детской психоневрологии. В этом центре проходят лечение и реабилитацию дети с нарушением статодинамической функции (последствия травмы, ДЦП и ряда др. заболеваний). Мы обращались с анкетами не только к тем детям, которые проходят курс лечения и одновременного обучения в настоящее время, но и к выпускникам школы. В основном это молодые люди и девушки с последствиями ДЦП. Вопрос об актуальности организации обучения в лечебном стационаре и максимально грамотном психолого-педагогическом сопровождении сразу же снимается при получении ответов на вопрос: «сколько раз ты лежал в больнице?». Из 16 опрошенных выпускников 5 человек проходили лечение в больнице от 5 до 10 раз, а 9 человек – больше 20 раз! Учитывая, что срок пребывания в больнице у большинства опрошенных был 3-4 месяца, можно смело сказать, что здесь прошла половина их детства. Стандарт профилактического лечения для детей с ДЦП – 2 раза в год, помимо этого ряд детей нуждается в оперативном вмешательстве, которое требует последующей длительной реабилитации в стационаре. Конечно, не все дети и родители придерживаются этого стандарта. Многие подростки с нарушениями СДФ говорили о том, что старались ложиться в стационар во время каникул, чтобы не пропускать

школу, и поэтому у них нет опыта обучения в больнице. Тем не менее, большое число детей с нарушениями СДФ проходят через этот опыт. Судя по анкетам, они довольны этим - 84% из опрошенных отметили, что не хотели бы лишиться уроков в больнице.

Ведущееся в мире с 50-х годов XX века изучение последствий госпитализации для детей показывает, что она является стрессовым событием с потенциальными неблагоприятными последствиями. После длительной госпитализации ребёнку необходимо преодолеть ряд специфических трудностей, а именно: приспособиться к ограничениям, связанным со здоровьем; преодолеть страх возвращения в обычную социальную среду, с её заботами, интересами, требованиями; заново адаптироваться к ней.

Адаптироваться к обычной среде для школьника, значит

- преодолеть страх отставания от сверстников в программе обучения и переживание своей не успешности;
- восстановить дружеские контакты с одноклассниками, которые за время отсутствия ребёнка, пережили немалый опыт совместных событий, развития общих интересов;
- преодолеть тревожность из-за возможных физических изменений после лечения. Особенно повышение тревожности после выписки характерно для переживших травму;
- скорректировать побочные результаты болезни, например, быструю утомляемость, снижение концентрации внимания, памяти, частичную утрату учебных навыков;
- адекватно реагировать на возможные проявления тревоги родителей за ребёнка, обеспокоенность учителей.

Всё это говорит о необходимости всесторонней психолого-педагогической поддержки детей ещё на стадии прохождения лечения в стационаре. Под психолого-педагогической поддержкой мы понимаем систему психологических и педагогических реабилитационных воздействий, которые направлены на оптимизацию психологического состояния ребёнка и соответствуют его психическим и физическим возможностям. Оптимизация психологического состояния является следствием разрешения или снижения актуальности тех психологических проблем, которые препятствуют его личностной, профессиональной (учебной), социальной самореализации на данном жизненном этапе.

В период школьного детства образование является одним из основных смыслообразующих элементов жизни. По сути, именно оно выводит ребёнка, подростка за рамки семейного круга и закладывает ту мировоззренческую и социальную основу, на которой человек в дальнейшем начинает строить свою жизнь. Поэтому так важно, чтобы оно шло последовательно и непрерывно. В этом смысле организация школ при больницах, где дети в

силу специфики своих нарушений вынуждены пребывать долгое время - наиболее оптимальный способ решения этой задачи для них.

Полноценное развитие ученика на всех ступенях школьной жизни складывается из двух составляющих:

- реализация тех возможностей, которые ребенку открывает данный этап возрастного развития;
- реализация тех возможностей, которые предлагает ему данная социально-педагогическая среда.

Для детей и подростков, имеющих ОВЗ и находящихся на длительном лечении в стационаре, эти составляющие нуждаются в ряде существенных дополнений. В частности для детей с ДЦП необходимо учитывать, что в зависимости от степени проявленности и сложности дефекта привычные рамки возрастного развития смещаются в сторону их увеличения. Кроме того, все опрошенные учителя подчеркнули необходимость индивидуального подхода к ученикам, с учётом диагноза и текущего состояния их здоровья. Это неизбежно приводит к необходимости разработки специальных индивидуальных и групповых программ, дифференциальному подходу к ученикам на каждом уроке. На учителей ложится большая психологическая нагрузка и одной из задач психолога должна была бы стать профилактика профессионального выгорания. Ведь через состояние учителя создаётся та среда, которая может быть благоприятной или нет для развития и обучения ребёнка. Учитывая то, что дети, находящиеся вдали от дома никакой другой среды, кроме той, что создана в отделениях больницы и в школе не имеют, этот фактор становится особенно весомым.

Среди отмеченных педагогами трудностей, возникающих и у детей, и у педагогов треть опрошенных обозначили наличие разного опыта обучения вне стен стационара. Часть детей вне стационара посещают общеобразовательную школу по месту жительства, а часть находятся на домашнем обучении. Эти дети имеют опыт коллективного обучения и непосредственного общения со сверстниками только в стенах стационара. Возможность проходить обучение вместе с другими детьми очень обогащает тех детей, которые не могли этого раньше. И в своих анкетах сами дети отмечают это как положительный факт. Для них это время ассоциируется не столько с учебной деятельностью, сколько с возможностью пообщаться, поиграть с другими детьми, завязать дружеские контакты. Именно это выходит на первый план, а учёба как таковая воспринимается как фон, создающий такую приятную и нужную для развития возможность. В то же время, для педагогов это создаёт дополнительные трудности.

Как видно даже из этого краткого описания, время нахождения в больнице для детей и подростков с нарушением СДФ – весьма сложный и насыщенный самыми разнообразными и физическими, и ментальными и эмоциональными нагрузками и событиями период жизни. Следует помнить, что дети в этот период не только лечатся и учатся вместе, но и вместе живут,

строят свой досуг, общаются с большим числом взрослых, за рамками своего семейного круга. Становится ясно, насколько важна для них в это время внимательная, тактичная и грамотная психолого-педагогическая поддержка.

На сегодняшний день, несмотря на наличие психолога в каждом отделении больницы, единой психологической службы, объединяющей и больницу, и школу нет. А потому и координация действий между специалистами медиками и преподавателями, а также родителями не всегда удовлетворительная. Характерно, что большинство преподавателей (68% опрошенных) вообще не ответили на вопрос, какие функции, по их мнению, должен выполнять школьный психолог. Из ответивших педагогов 58% видят основную задачу психолога только в работе с детьми. Создаётся впечатление, что междисциплинарное взаимодействие, о важности которого так много говорится в последнее время, пока ещё нуждается в методологическом осмыслении и организационном оформлении. В настоящее время всё это осуществляется на уровне понимания и доброй воли отдельных людей. Вместе с тем, ряд организационных и режимных моментов, которые осложняют эмоционально и физически длительное проживание детей в условиях стационара, можно было бы скорректировать совместными усилиями разных специалистов и администрации лечебного и учебного учреждений.

Говоря о направлениях оказания психолого-педагогической поддержки детям в стационаре, важно упомянуть сферу организации бытия. Это те условия, которые желательны для проживания детей, возможности организации и самоорганизации их досуга. Это касается и организации личного пространства ребёнка, и общего пространства, в котором дети могли бы реализовывать свои потребности в игре, в общении большими и малыми группами. Кроме того, следует обратить внимание на то, что большинство детей указывает в своих анкетах желательность (на самом деле это естественная потребность каждого человека) получать более разнообразные и не связанные с больницей впечатления. Это можно было бы сделать, используя опыт реабилитационных центров для взрослых. И тут опять могла бы помочь служба, объединяющая специалистов больницы и школы.

В целом, проведённое нами исследование организации учёбы и быта для детей, длительно пребывающих на лечении в стационаре, показывает, что продуманное, сбалансированное, позитивно окрашенное эмоционально обучение детей в больнице, позволяет:

- получить полноценное общее образование детям, не имеющим возможности длительное время посещать школу из-за прохождения курса лечения и реабилитации в стационаре.
- осуществить профилактику развития возможных стрессовых ситуаций при переходе от режима длительного лечения к режиму обычной, здоровой социальной жизни.

- дать дополнительный положительный фактор в процессе самого лечения, который позволяет детям, находящимся в стационаре, быть «как все», иметь полезную нагрузку, позволяющую сосредоточить мысли на позитивной деятельности и отвлечь их от заикливания на ситуации болезни.

### **Технологии проектирования психологической безопасности инклюзивной образовательной среды**

*Г.Ю. Козловская*  
*СтГМА, Ставрополь*

Стратегическая цель государственной образовательной политики – повышение доступности качественного образования, соответствующего требованиям инновационного развития экономики, современным потребностям общества и каждого гражданина, – связана с созданием такой образовательной среды, которая обеспечивала бы успешную социализацию всех обучающихся вне зависимости от их психофизического состояния и развития.

С учетом успешной школьной практики развитых стран решающим направлением образования и воспитания детей с особыми образовательными потребностями (ООП) является создание психологически безопасной инклюзивной образовательной среды (ИОС), которая служит удовлетворению индивидуальных образовательных потребностей всех детей независимо от их материальных, интеллектуальных, социальных, эмоциональных или иных условий и должна создаваться как для детей-инвалидов, так и одаренных, беспризорных, детей из отдаленных районов, относящихся к языковым, этническим или культурным меньшинствам, а также для детей из других находящихся в неблагоприятном положении или маргинальных групп населения.

Согласно исследованиям Л.С. Алексеевой, Н.Н. Малофеева, В.И. Ширинского, успешному формированию ИОС в образовательном учреждении служит четко организованная и хорошо отлаженная инфраструктура специализированной психолого-педагогической помощи детям с ООП, участие в образовательном процессе специалистов в сфере общей и специальной педагогики, педагогов-психологов, учителей-логопедов, социальных педагогов, медицинских работников [1].

Соответственно, администрацией образовательного учреждения для детей с особыми образовательными потребностями должны быть созданы следующие основные условия:

- создание инклюзивной культуры в ОУ: принятие школьным сообществом ценностей инклюзии, понимание необходимости поддержки индивидуальности, реализация потребности в развитии каждого его участника независимо от «стартовых» возможностей

- «инклюзивная политика» и ее развитие: определенная стратегия развития образовательного учреждения, необходимые изменения в управлении и педагогической деятельности, создание условий для творческой продуктивной деятельности сотрудников ОУ и родителей;
- регламентированное нормативно-правовыми документами финансовое и юридическое обеспечение образовательного процесса;
- специально подготовленные для работы с «особыми» детьми педагоги и специалисты (кадровый ресурс ОУ). При этом равные возможности в получении медицинской, коррекционной и психологической поддержки в школе должны быть созданы для всех обучающихся без исключения, что обычно приветствуется как родителями «особых», так и обычных детей;
- внедрение системы мониторинга качества образовательной деятельности «особого» ребёнка и его сверстников;
- материально-техническое оснащение для создания безбарьерной среды;
- адаптированные образовательные программы[3;4].

В то же время современными исследованиями доказано, что в случае, когда ребенка с нарушениями развития помещают в общеобразовательное учреждение, в котором еще не сформирована необходимая образовательная среда, характеризующаяся отсутствием всех форм дискриминации по отношению к нему, у ребенка оказывается в психоэмоциональном и культурном вакууме. Следствием же этого психоэмоционального и культурного вакуума, как правило, выступают: снижение самооценки и способности к саморегуляции, возникновение тревожности, агрессивности, рост нервно-психологического напряжения и социогенных заболеваний [3].

Очевидно, что одной из главных задач инклюзивной образовательной среды выступает создание условий для позитивного развития личности, способной к саморазвитию. Под условиями в данном случае понимается взаимодействие школьника со сверстниками и педагогами в условиях психологической защищенности и поддержки. Именно создание условий взаимодействия участников образовательного процесса с позиций психологической безопасности и поддержки личности воспитанника и составляет психологический аспект образовательной среды. Характер отношений задает пространство развития личности, а само их построение выступает в качестве реального процесса ее развития. Таким образом, психологический компонент образовательной среды это, прежде всего, характер общения субъектов образовательного процесса, на фоне которого реализуются их потребности, возникают и разрешаются межличностные и групповые конфликты. Именно этот компонент несет на себе основную нагрузку по обеспечению возможностей удовлетворения и развития потребностей субъектов образовательного процесса, сохранению и

улучшению самооценки, признания со стороны общества, самоактуализации. В качестве же значимых психологических характеристик, позволяющих придать образовательной среде развивающий характер, И.Н.Никулина рассматривает:

- отношение к образовательной среде;
- удовлетворенность основными характеристиками взаимодействия;
- психологическую безопасность (защищенность от любого вида дискриминации). [2].

Рассматривая образовательную среду как психолого-педагогическую реальность, содержащую специальные организационные условия для формирования, а также возможности для развития личности, чрезвычайно важным является восприятие и оценка школьниками степени комфортности своего пребывания в ней. В качестве условий, обеспечивающих позитивное развитие личности в учебном процессе, по мнению Э.Э. Сыманюк, выступают:

- сохранение и укрепление психического здоровья личности;
- обеспечение востребованности личности и свободного ее функционирования;
- обеспечение защищенности личности и удовлетворение основных ее потребностей [3].

Для реализации указанных требований работа по формированию психологической составляющей образовательной среды должна основываться на гуманистически-ориентированных технологиях и нормах личностного развития. В основе таких технологий лежит качество процессов взаимодействия, которое способно благоприятно отразиться на психическом здоровье воспитанников: обеспечить снижение нервно-психического напряжения, повышение способности к саморегуляции. В свою очередь, качество взаимодействия обеспечивают следующие его особенности:

- диалогическое общение, в основе которого лежит диалог личностей, а в качестве главного атрибута выступает равноправие собеседников и взаимное личностное признание;
- сотрудничество как партнерское отношение двух равных субъектов, исключающее манипуляцию и авторитаризм, подразумевающее взаимное развитие субъектов взаимодействия;
- отказ любого вида дискриминации.

Очевидно, что обеспечение психологической безопасности инклюзивной образовательной среды учреждения требует реализации определенных методически-организационных мероприятий:

- проведение системы психологических занятий и тренингов со всеми субъектами образовательного процесса;

- создание и реализация программ, предназначенных как для педагогического коллектива, так и для воспитанников.

Содержание программы, предназначенной для педагогов общеобразовательных школ, обучающихся воспитанников с ОВЗ, должно учитывать уровень профессионального развития педагогического коллектива и быть направлено на перестройку педагогического мышления, что предполагает:

- расширение знаний об особенностях возрастного и психофизического развития учащихся с нормальным и нарушенным развитием;
- включение учащихся с нарушениями развития в различные виды совместной деятельности с обеспечением для них ситуации успеха;
- формирование навыков диалогического взаимодействия, конструктивного сотрудничества со школьниками с нормальным и нарушенным развитием;
- овладение умением понимать и решать психологические проблемы школьников с нормальным и нарушенным развитием.

Содержание программы, предназначенной для школьников с нормальным развитием и с ОВЗ, должно учитывать особенности возрастного и психофизического развития школьников и тех и других и быть направлено на перестройку взаимоотношений между ними, что предполагает опору на следующие принципы:

- защита личности каждого субъекта учебно-воспитательного процесса. Через развитие и реализацию его индивидуальных потенций, устранение психологического насилия между участниками. Незащищенный должен получить ресурс, психологическую возможность, чтобы быть равноправным.

- опора на развивающее образование, главная цель которого не обучение, а личностное развитие, развитие физической, эмоциональной, интеллектуальной, социальной и духовной сфер сознания. В основе такого образовательного процесса находится логика взаимодействия, а не воздействия.

- помощь в социально – психологической умелости. Отталкиваясь от идей А.Г. Асмолова о том, что образование в культуре достоинства «поддерживает вариативность личности, готовит ее к решению нестандартных жизненных, а не только типовых задач», под социально – психологической умелостью можно рассматривать набор умений, дающий возможность компетентного выбора личностью своего жизненного пути, умение анализировать ситуацию и выбирать соответствующее поведение, не ущемляющее свободы и достоинства другого и способствующее саморазвитию личности, исключая психологическое насилие.

По мнению И.А. Баевой, в систему психолого-педагогических действий, направленных на изменение характеристик школьной среды, должны входить следующие элементы:

- диагностика психоэмоциональной среды и мотивационно-образовательная работа с администрацией;
- консультативно-образовательная работа с педагогическими кадрами и родителями;
- консультативно-коррекционная работа с детьми, подвергшимися жестокому обращению;
- информационно-образовательная работа с детьми;
- формирование психоэмоциональной среды учебного заведения, которая включает систему взаимоотношений между всеми субъектами образовательного процесса.

В этом смысле особое значение имеют мероприятия, направленные на сплочение коллектива школы:

- улучшение психологического климата в школе;
- повышение психолого-педагогической компетентности взрослых (родителей, педагогов);
- повышение уровня коммуникативной культуры обучающихся [4].

Также важны действия, направленные на просвещение родителей, отношения с которыми, как показывает практика, в условиях современной школы являются самыми сложными. Они имеют огромное значение для создания безопасной инклюзивной среды в образовательном учреждении.

#### *Список литературы*

1. Зубарева Т.Г. Компетентностно-ориентированное повышение квалификации специалистов по созданию инклюзивной образовательной среды. Автореф. дис. ... канд. пед. наук. Курск, 2009 г.-24 с.
2. Никулина И.Н. Формирование образовательной среды в учреждениях интегрированного и инклюзивного образования: психологический аспект. //http://koleso.mostinfo.ru.
3. Сыманюк Э.Э. Психологическая безопасность образовательной среды. М., 2004
4. Баева И.А. Безопасность образовательной среды, психологическая культура и психическое здоровье школьников. СПб., 2002. 236 с.

#### **Тренинг как метод формирования реабилитационной среды для людей с ОВЗ**

*Терюшкова Ю.Ю.  
ПетрГУ, Петрозаводск*

**Ключевые слова:** Тренинг, условия успешной реабилитации, готовность общества к общению с людьми с ОВЗ, основные проблемы взаимодействия, люди с ограниченными возможностями.

Современность открывает большие возможности для детей и взрослых с проблемами в развитии. Изменение отношения к данной группе людей, принятие, расширение социального пространства является явным признаком развития идей толерантности и гуманизма. Изменения касаются медицинской, психолого-педагогической и социальной сфер. Появляются все новые совершенные методы лечения и реабилитации детей и взрослых с ОВЗ, активно развиваются центры сопровождения, открываются классы и группы в общеобразовательных учреждениях, сокращается количество учащихся в специализированных школах-интернатах, также растет количество рабочих мест для людей с ограниченными возможностями. Все это свидетельствует о высоком уровне интегративных процессов в нашем обществе. Занимаясь длительное время реабилитацией детей и взрослых с нарушениями опорно-двигательного аппарата, я исследовала факторы способствующие успешной интеграции, и факторы, которые являются препятствием для нее, а также в целом осложняющие жизнь людей с проблемами в развитии в нашем обществе. Проведение дискуссий, анкетирования, тестирования, бесед позволило выявить, что проблема готовности людей без выраженных проблем здоровья к общению и взаимодействию с людьми с ОВЗ остается достаточно актуальной. В основе данной проблемы лежит страх взаимодействия, страх общения, а также низкий уровень знаний о психологических особенностях людей с ОВЗ.

С целью преодоления данных страхов и повышения готовности к взаимодействию был разработан тренинг «Особенности общения с людьми с проблемами в развитии». Его апробация осуществлялась в течение года на разновозрастных группах (120 человек).

Тренинг состоял из трех этапов:

Первый этап: первичная диагностика, цель которой - определение уровня тревоги, выявление актуальных страхов взаимодействия, диагностика уровня потребности в познании друг друга, исследование готовности к общению, уровень знаний об особенностях людей с проблемами в развитии в группах людей без явных признаков ОВЗ.

Второй этап: участие в тренинге «Особенности общения с людьми с проблемами в развитии».

Третий этап: итоговая диагностика изучения изменений в системе отношений в группе людей без явных признаков ОВЗ.

Исследование показало, что в группах без ОВЗ преобладает высокий уровень тревоги в ситуации общения с людьми с ограниченными возможностями у 60% респондентов, средний уровень у 30%, низкий у 10%. Наиболее тревожные ситуации касаются вступления в контакт (50%);

просьбы о помощи (30%); участия в общественных мероприятиях (50%). В большинстве случаев высокий уровень тревоги перед процессом общения становится основным коммуникативным барьером. Подтверждением полученных данных является исследование актуальных страхов общения. В результате диагностической беседы все выявленные страхи разделились на две группы. К первой были отнесены социальные страхи, связанные с ограничениями социальной сферы процесса коммуникации – у 30% респондентов, а именно, отсутствие условий для общения и взаимодействия участников обеих групп. Люди без явных признаков ОВЗ боятся обидеть людей с ограниченными возможностями невниманием (50% респондентов), имеет место страх «сделать еще хуже» (30%); страх «быть навязчивым» (30%), также страх «сравнения с собой» (20%). Важным является то, что в данной группе не выявлено большого количества страхов прямого общения и взаимодействия, большинство страхов являются коммуникативными барьерами, проработка которых может повысить эффективность процесса коммуникации между участниками взаимодействия. При исследовании готовности к общению и потребности в познании друг друга получились следующие результаты: 70% респондентов тренинговых групп имеют выраженный интерес и готовность для коммуникативного взаимодействия, 30% не выявляют активного желания общаться и взаимодействовать с детьми и людьми с ограниченными возможностями. Анкетирование по изучению актуального уровня знаний об особенностях людей с ограниченными возможностями показало, что высокого уровня не показал никто из группы без явных признаков ОВЗ, средний уровень у 30% респондентов, 70% респондентов имеют низкие знания. Качественный анализ анкет выявил, что большую часть информации о людях с ограниченными возможностями респонденты получают из фильмов, реже – из публичных статей; личный контакт был только у 10% респондентов; образ человека с ОВЗ – это образ «сумасшедшего», с непредсказуемым поведением, недоступными для понимания высказываниями, реже – это образ инвалида, которому необходима постоянная помощь.

*Краткая программа тренинга «Особенности общения с людьми с проблемами в развитии».*

Цель: формирование готовности к процессу взаимодействия через снятие тревоги и расширение знаний у людей без проблем в развитии перед общением с детьми и взрослыми с ограниченными возможностями.

Основные виды деятельности: психотехнические упражнения, мини-лекция, дискуссия, ролевые игры, видео.

Рекомендуемое время: 16 часов.

Первый день:

Упражнение «Разные мы» (знакомство)

В начале работы каждый участник оформляет карточку-визитку, где указывает свое имя.

Участники группы располагаются по кругу. Начинает ведущий. Представляется, рассказывает о себе с акцентом на том, чем он может отличаться от окружающих (и внешне, и внутренне). Закончив, взглядом передает слово другому участнику. Цель упражнения – привести к мысли о том, что даже полноценные люди очень сильно друг от друга отличаются.

#### Установление правил группы

После знакомства ведущий объясняет, что каждая группа должна иметь правила для полноценной и результативной работы. Выносятся правила на обсуждение.

Принятые правила вывешиваются на доску, находятся в поле зрения членов группы, могут пополняться по ходу тренинга.

#### Упражнение «Проранжируйся по...»

Эта игра позволит подвигаться, поднять настроение, создать благоприятную атмосферу. Задача участников - найти собственное место в зависимости от задания. После упражнения можно спросить участников о том, что понравилось, что вызвало проблемы и как данное упражнение можно связать с темой тренинга.

#### Упражнение «Мой опыт общения с людьми с проблемами в развитии»

Каждому участнику предлагается рассказать о своем опыте общения с данными группами детей, открыть свои переживания и страхи, возможно, наоборот – удачи и достижения (из опыта ведения такого тренинга, чаще в группе делятся именно переживаниями и негативным опытом). Необходимо стимулировать участников говорить о своих эмоциях.

#### Упражнение «Список наших проблем в общении»

(проводится в малых группах по 4 человека)

Подгруппам необходимо из всего вышесказанного определить основные проблемы, которые могут возникать в процессе взаимодействия с детьми с ограниченными возможностями. Результатом обсуждения становится список из проблем. В ходе обсуждения необходимо уточнить, сделать акцент на том, что выделенные проблемы также касаются и обычных людей.

#### Упражнение – активатор «Арбузики».

Перекидывая друг другу мяч, давать любые возможные определения арбузу. Упражнение активизирует творческое мышление, внимание, хорошо поддерживает рабочую мотивацию.

#### Упражнение «Наше послание вам»

Знакомство группы с письмом от людей с ограниченными возможностями.

Текст письма:

*Друзья! Мы всегда рады общению, взаимодействию, дружбе! Не секрет, что это получается не всегда гладко и просто. Когда вы заблудитесь или захотите что-нибудь узнать, а вокруг никого нет, кроме инвалида - будет жаль, если вы испугаетесь, постесняетесь или просто не захотите подойти. А ведь мы поможем, ответим и будем рады вашему вниманию.*

*Мы обычные люди, немного обиженные природой–матушкой, но поверьте, мы к себе привыкли, стараемся адекватно себя оценивать, знаем свои способности и возможности. Поэтому, когда вы видите нас, не проявляйте излишнего внимания, сердобольности или навязчивого сочувствия, это снова напоминает о нашей болезни. Мы приняли свое заболевание, как бы это ни было трудно, примите и вы его. Давайте общаться на равных.*

*При разговоре, беседе и споре обращайтесь непосредственно к нам, не бойтесь смотреть прямо в глаза, пожать нам руку или еще несколько раз повторить вопрос. Не стесняйтесь предложить нам помощь и не расстраивайтесь, если мы отказались от нее.*

*Иногда нам трудно говорить, но мы очень хотим быть выслушанными и понятыми. Спорьте с нами, доказывайте свое мнение, задавайте любые вопросы. Мы тоже любим шутить и смеяться, имеем самокритичность. Не бойтесь показаться глупыми или слишком умными – будьте собой и нам будет легко и спокойно.*

*Если убрать все признаки нашего заболевания, вы увидите здоровых, интересных, общительных людей. Спасибо за участие!!!*

Обсуждение того, какие чувства и эмоции испытывает автор письма, какую полезную информацию мы получили. Какие эмоции испытывали при прослушивании.

Задание участникам тренинга: составить обратное письмо, в котором будут отражены мысли и чувства людей без ОВЗ.

Упражнение «Взаимодействие»

Упражнение направлено на закрепление полученной информации.

Ситуация 1.

Человек с трудностями при передвижении уронил костыли, не может дотянуться, но помощи не просит. Предложите помощь, чтобы он ее принял.

Ситуация 2.

Расставлены стулья по комнате. Одному участнику завязываются глаза. Ему необходимо взять книгу у одного из присутствующих. Только с помощью речи провожаем его к необходимому объекту.

Ситуация 3.

Развитие мимики, пантомимики, жестов. Все получают задания на карточках - небольшие фразы, которые необходимо передать по кругу без слов, используя только мимику, жесты.

Рефлексия.

#### Упражнение «Слепой, Глухой, Немой»

Для выполнения данного упражнения выбираются 3 человека, которым будет необходимо играть предложенные на карточках роли людей с проблемами в развитии.

1-й – не двигается, не слышит, но говорит и видит

2-й – не говорит, не слышит, но двигается и видит

3-й – не говорит, не видит, но слышит и двигается

Задания для коммуникации:

- Вы собрались на праздник, нужно договориться, в какие костюмы оденетесь и какой возьмете подарок.
- Составьте список любимых продуктов для дня рождения.
- Выбираете новую марку сотового телефона с разными функциями.

Главная цель упражнения: погрузить совершенно здоровых людей в мир человека с ограниченными возможностями, развитие эмпатии, сопереживания.

Рефлексия упражнения.

#### Упражнение «Инопланетянин»

Выбирается из группы один или более человек, которые представляют собой группу инопланетян, прибывших в город и не знающих языка. Необходимо задавать вопросы, и группа должна давать ответы.

Рефлексия первого дня.

#### Упражнение «Необычное прощание»

Все по очереди называют самый необычный способ прощания (как замерзшие пингвины, как подснежники и т.д.), вся группа прощается данным способом.

Второй день тренинга:

Упражнение: Вот какой я

Приветствие членов группы: называем свое имя и к нему определяем самую яркую черту своей личности.

#### Активизирующее упражнение «Трамвайчик»

Все участники тренинга сидят в кругу, один стул остается свободным. Первый пересаживается со словами «Я еду»; второй пересаживается: «Я тоже», третий – «А я зайцем», четвертый – «А я с...» – называет имя и характерную черту любого участника тренинга. Названный должен сесть рядом с четвертым. Продолжает тот, у кого освободился стул рядом.

#### Упражнение «Общие проблемы»

Работа в двух группах: обсуждение вопросов «Что помогает людям с проблемами в развитии общаться со здоровыми людьми» и «Что мешает людям с проблемами в развитии взаимодействовать с их здоровыми сверстниками». Групповое обсуждение.

Цель данного упражнения: выявления наиболее актуальных проблем в рамках толерантности и осознание собственных сил в работе над этой проблемой. Приведение всей группы к необходимости развития уверенности в себе, как основной составляющей толерантности.

#### Упражнение «Кто ведет».

Используется для снятия напряжения, переключения деятельности, настройки на дальнейшее взаимодействие.

#### Упражнение «Новые знания о людях с ОВЗ»

Просмотр фильма про людей с проблемами в развитии (фильмы фестиваля «Кино без барьеров»). Рефлексия каждого участника.

#### Упражнение «Три ДА»

Цель упражнения развитие взаимопонимания, умения уточнять информацию, задавать вопросы. Обсуждение результатов.

#### Упражнение «Ситуация просьбы и отказа».

Цель ролевой игры - развитие умения уверенно высказывать собственную просьбу и развитие умения адекватно давать отказ. По результатам упражнения рефлексия, с целью выявления основных проблем в применении данных умений.

Теоретическая часть «Как правильно просить и отказывать». Закрепляющее упражнение. Все члены группы по кругу высказывают самую нереалистичную просьбу, задача реципиента отказать.

#### Упражнение «Взаимная ответственность» – работа с пластилином.

Работа происходит в парах. Необходимо слепить заданную фигуру, не используя речь, только невербальные средства общения. Отдельные фигуры собираются в общую композицию. По результатам упражнения рефлексия всех участников тренинга.

Рефлексия занятия: что нового узнали, какие появились мысли, оцените по 10-ти балльной шкале уровень вашей готовности к общению с людьми с проблемами в развитии.

### Заключительное упражнение «Подарок по кругу без слов».

Третий этап: итоговая диагностика.

Основной целью было определение актуального эмоционального состояния, уровня изменения отношений к противоположной группе, выявление основных жизненных приоритетов участников тренинга.

Получились следующие результаты. Участники тренинга без явных ОВЗ определили свое эмоциональное состояние как положительное, радостное – более 60% респондентов, «надеждоопределяющим» – 20%; печальное из-за окончания встреч – 10%, 10% участников определили свое эмоциональное состояние как «еще не прочувствованное».

По итогам изучения изменения отношения участников тренинга к людям с проблемами в развитии получились значимые результаты. Низкий уровень тревоги от процесса коммуникации и взаимодействия показали 70% участников, всего у 10% выявлен средний уровень тревоги перед процессом общения. Интересно то, что данный уровень показали участники с преобладанием негативных эмоций от окончания организованного процесса взаимодействия.

При исследовании дальнейших планов 40% участников первой группы отметили, что готовы к увеличению контактов с людьми с проблемами в развитии, 30% – имеют высокий уровень готовности привлекать людей с проблемами в развитии к совместной деятельности; 20% – выразили желание продолжить участие в тренингах личностного роста и тренингах эффективного взаимодействия; 10% участников проявили пассивную позицию.

Таким образом, данный вид работы с людьми без ОВЗ повышает готовность к познанию, взаимодействию, общению с людьми с проблемами в развитии. Именно это, на наш взгляд, влияет на развитие благоприятной реабилитационной среды.

## **Раздел 7. Междисциплинарное взаимодействие в реабилитационном процессе**

### **Командная работа специалистов в процессе сопровождения детей-сирот с интеллектуальной недостаточностью, обучающихся в общеобразовательной школе**

*Захарова А. И., Шитягина Н.А.  
ГБУ ЦССВ «Наш дом» ДСЗН, Москва*

Важность взаимодействия педагога-психолога и учителя-логопеда в работе с детьми отмечалась многими авторами. Специалистами разных учреждений были разработаны программы помощи ребенку, совместные тематические занятия с детьми и др. Интерес специалистов к данной теме

позволяет выдвигать новые методы в практической деятельности работы учителя-логопеда и педагога-психолога.

Дети-сироты с интеллектуальной недостаточностью зачастую имеют речевые трудности: будь то нарушение звукопроизношения или недостатки чтения, письма. Для усвоения программы общеобразовательной школы им необходима помощь дополнительных специалистов. В современных образовательных учреждениях предусматривается работа школьного логопеда и психолога, но эти специалисты не всегда обладают ресурсами для осуществления необходимой помощи детям-сиротам в полном объеме.

В рассмотренной ранее программе по сопровождению детей-сирот с интеллектуальной недостаточностью в условиях их обучения и воспитания в общеобразовательных учреждениях (сост. А.И. Захарова) затронута тема взаимодействия специалистов. Основной идеей этой программы является выделение куратора, как человека организующего и координирующего процесс сопровождения ребенка-сироты в условиях образовательного учреждения. В деятельность куратора входят диагностическая, контрольная, организационная и организационно-методическая задачи. Последние, в свою очередь, регламентируют совместное со специалистами планирование хода сопровождения воспитанника, заполнение общей документации (психолого-педагогический паспорт воспитанника) и проведение необходимых мероприятий.

По запросу куратора в работу с детьми включаются педагог-психолог и учитель-логопед Центра. Их задачей является комплексная помощь воспитаннику в процессе усвоения школьных знаний. Для эффективного решения этой задачи логопедом и психологом используются следующие методы работы.

*Проведение совместной диагностики учащихся.* Такая форма диагностики позволяет значительно сократить время диагностических мероприятий, а также выявить более целостную картину психоречевых особенностей детей. Диагностика проводится два раза в год: в начале года (или при поступлении ребенка в Центр) и в конце года для отслеживания результативности работы.

*Проведение консилиумов специалистов,* на которых обсуждаются динамика речевой, учебной и психической деятельности ребенка, вырабатываются общие схемы работы специалистов. Периодичность таких встреч 2-3 раза в неделю, при необходимости их количество возрастает.

*Проведение совместных занятий* позволяет отслеживать динамику развития ребенка, а также подбирать более эффективные методики работы с воспитанником.

Также в работе логопеда и психолога является крайне важным *взаимодействие со специалистами образовательного учреждения.* Такое общение реализуется с помощью куратора. В ходе этого взаимодействия у

специалистов появляется возможность получить обратную связь о работе друг друга, а также получить более полную картину о состоянии ребенка.

*Выработка единого стиля работы с детьми.* У детей, в процессе работы такой модели взаимодействия уменьшается чувство тревоги, повышается работоспособность, проявляется динамика в речевом и личностном развитии.

Наблюдение за командной работой специалистов воспитывает в детях-сиротах важность взаимопомощи, взаимовыручки и чувства поддержки для получения результата работы.

Таким образом, совместная работа специалистов позволяет своевременно выявлять возникающие трудности в усвоении учебного материала воспитанниками и выстраивать работу по их преодолению.

### **Опыт взаимодействия учителя-дефектолога и педагога-психолога в работе с детьми с нарушениями в развитии и расстройствами аутистического спектра**

*Кулькова-Мифтахова Е.Ю., Благушина О.С.  
ГБОУ ЦППРиК «Солнечный луч», Москва*

Процесс реабилитации для ребенка с нарушениями в развитии будет наиболее успешным, если проводить его комплексно, группой специалистов: медиками, педагогами и родителями. Это особенно актуально для ребенка, имеющего расстройства аутистического спектра. Мы хотели бы представить вам опыт взаимодействия учителя-дефектолога и педагога-психолога с детьми дошкольного возраста в работе специалистов Центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции «Солнечный луч».

Работа в нашем центре проходит следующим образом. Ребенок посещает ПМПК, на котором проводится предварительная диагностика. Далее ребенок направляется на индивидуальные занятия к специалистам. При наличии расстройств аутистического спектра ребенок зачисляется к учителю-дефектологу и педагогу-психологу. Дефектолог занимается с ребенком индивидуально, что позволяет формировать контакт со взрослым, развивать и корригировать познавательную деятельность. Психолог - совместно с родителями, что дает возможность скорректировать детско-родительские отношения и обучать родителей взаимодействовать с ребенком продуктивно. Каждый из специалистов проводит диагностику, после чего специалисты составляют общую коррекционную программу, с учетом ведущего нарушения и основных интересов ребенка. Выделяются основные цели коррекции, и мини-задачи в работе с данным ребенком. При этом сложно ставить конкретные сроки коррекции, намечается лишь ориентировочный план.

Основной целью коррекции является адаптация и социализация ребенка в детском саду, и подготовка его к школе.

В качестве примера можно отметить следующие этапы комплексной психолого-педагогической коррекции:

1. Общие задачи (учителя-дефектолога и педагога-психолога):

а) установление контакта со взрослыми; формирование активного взаимодействия с педагогом;

б) смягчение общего фона сенсорного и эмоционального дискомфорта;

2. Психологическая коррекция:

а) работа с семьей (ознакомление родителей с рядом психических особенностей ребенка; обучение родителей методам воспитания ребенка с особенностями развития);

б) коррекция тревожности, отработка страхов;

в) преодоление отрицательных форм поведения: агрессии, негативизма, расторможенности влечений;

г) формирование целенаправленного поведения;

3. Педагогическая коррекция:

а) стимуляция психической активности, направленной на взаимодействие со взрослыми и сверстниками (развитие познавательного интереса);

б) коррекция восприятия, моторики, внимания, мышления, памяти, развитие речи, ознакомления с окружающим миром, формирование элементарных математических представлений, формирование продуктивных видов деятельности.

Вместе дефектолог и психолог разрабатывают индивидуальную программу развития ребенка. Все занятия проводятся в игровой форме.

Мы рассмотрим ребенка поступившего в центр в возрасте 3.5 лет с задержкой психоречевого развития и с расстройствами аутистического спектра.

На первичной диагностике, которая проводилась методом наблюдения, было выявлено, что ребенок не вступает в контакт, в речи лишь усеченные слова, в поведении наблюдались агрессивные проявления (кидался игрушками, кусался, бегал по кругу, были стереотипные движения). На повторном диагностическом занятии было замечено, что этот мальчик любит животных, в первую очередь динозавров. Также из разговора с мамой выяснилось, что семья любит смотреть фильмы о живой природе. Кроме того, ребенок был привязан к определенной одежде и отказывался одевать что-либо другое.

После диагностики была составлена индивидуальная коррекционная программа, в которую включены занятия с дефектологом, психологом и регулярные консультации с врачом-психиатром.

Первой нашей задачей было установление контакта, формирование взаимодействия со взрослыми.

Подбирая игры и задания для коррекционных занятий с особым ребенком, мы опираемся на интересы ребенка. Поэтому, идя на занятия, мы всегда готовы к гибким изменениям своих планов и имеем в запасе несколько игр, которые могут прийтись «по вкусу» малышу.

Мы начали работу с игры в динозавров, постепенно расширяя интересы ребенка и подключая других животных, а также кукол. Так же использовали различные предметы, такие как мыльные пузыри, картины, книги о животных, для формирования контакта со взрослым и развития социальных навыков (использования в речи слов «дай», «на», «помоги»; обмен игрушками и т.п.). Этот этап занял около 8 месяцев работы.

Раз в неделю мы (дефектолог и психолог) обсуждали динамику развития ребенка, изменения в его поведении, корректировали индивидуальный план развития и принимали решение о переходе на следующий этап.

После установления контакта ребенок стал участвовать в предложенных играх, использовать речь во взаимодействии с нами. В игровую деятельность ребенок стал включать все больше различных животных, а также взаимоотношения между ними, что дало нам возможность перехода на следующий этап программы.

Второй задачей было осознание своего тела, ориентация в пространстве и развитие сенсорной сферы. Для этого мы использовали все тех же динозавров, изучая части тела, с различными вариациями (покажи на динозавре, на животном и на себе). Кроме того, были использованы игры с различными материалами (песок, вода, стеклянные камушки, косточки от арбузов и вишни и т. п.), игры с прищепками, а также рисование на большом листе бумаги (обои), когда мама обводит контур ребенка, а затем с ребенком, называя части тела и предметы одежды, закрашивают этот контур.

Важно заметить, что ребенок с расстройствами аутистического спектра не проявляет большого интереса к словам. Однако многократное повторение одной и той же игры (задания), одних и тех же слов приносит свои плоды – ребёнок включается в совместную деятельность.

Также, отвлекая мальчика от стереотипных ритмов, мы использовали эмоционально насыщенные ритмические игры и танцевальные движения (физминутки).

Зачастую ребенку с особенностями развития необходима физическая помощь в организации действия: взрослый в буквальном смысле «работает» руками ребенка, пишет или рисует вместе с ним, держа один карандаш. Нельзя забывать, что телесный контакт, а также упражнения на расслабление будут способствовать снижению уровня тревожности ребенка.

На следующем этапе дефектолог более активно занимался развитием и коррекцией познавательной деятельности. Психолог уделил внимание отработке агрессивных проявлений. Отметим, что наше взаимодействие дает нам возможность создать для ребенка некое подобие «погружения» в

изучаемую тему. Например, при изучении цветов дефектолог дает обучающие понятия, а психолог включает эту тему в свою игру, называя цвета животных и игрушек, начиная с тех цветов, которые «учит» дефектолог. Пока дефектолог не занимается изучением цветов, психолог не использует названия цвета в игре. Важно, что в данном случае изучение цветов тоже началось с изучения цвета животных, в частности динозавров. То есть динозавры «помогли» развитию познавательной сферы. Точно так же с навыками первичного счета дефектолог, включает в занятия первые цифры, и только после этого психолог может начинать использовать эти понятия в игре. Например, «давай, построим забор из двух кубиков», «в гости пришли 3 кошки» и т.п.

Психолог, отрабатывая агрессивные реакции, использует также игровые методы, таким образом он обучает адекватным способам выражения агрессии. Например, в данном случае, мы переводили агрессивные игры на социальный уровень. Животные не просто дрались и кусались, а договаривались, что будут играть в игру «кусалки» (название придумал мальчик). При этом обязательным условием начала «кусалок» было согласие всех животных, которые вступали в эту игру. Дефектолог в игре также использовал этот метод, помогая тем самым ребенку понять, что данная игра и ее правила не ограничиваются рамками кабинета психолога, а используются в жизни. Родители, присутствуя на занятиях вместе с психологом, также учатся взаимодействию с ребенком, получают рекомендации о том, на что обращать внимание в данный момент развития. Лишенные профессиональных рекомендаций, родители зачастую либо хотят научить ребенка всему и сразу, и тогда ребенок перестает их слушать (для него это слишком большой объем информации), либо не учат ничему, будучи уверены в том, что он все равно ничего не запомнит.

Периодически проводятся совместные занятия (дефектолог+психолог+ребенок), для того, чтобы иметь возможность обсудить спорные моменты и узнать, что нового применяет каждый из специалистов, показать друг другу применяемые методы, обсудить правила взаимодействия с ребенком на каждом этапе развития. Важно отметить, что этот ребенок стал реагировать не на кабинет специалиста (стены, обстановка...), а на человека. Мальчик, уже привыкший к форме занятий у дефектолога, (работа за столом), в присутствии психолога начинал вести себя так, как в кабинете психолога (игровая терапия). И, наоборот, в кабинете психолога, в присутствии дефектолога, бросал игру и садился за стол, ожидая задания.

Параллельно шла работа с родителями и старшим братом ребенка, направленная на понимание особенностей его развития. В семье, где проживает ребенок с особенностями развития крайне важно определить уровень требований к ребенку, выбрать основные правила, которые должны соблюдаться. Кроме того, необходимо помочь родителям в отработке их

эмоционального состояния, так как жизнь с «особым» ребенком всегда вызывает у родителей «гамму» разнообразных чувств.

Работая с родителями этой категории детей, крайне важно знакомить их с особенностями развития. Родителям необходимо показать «сильные» стороны ребенка, те особенности, на которые можно опираться в общении с ним. Положительный результат работы зависит от того, насколько требования специалистов согласованы с требованиями родителей. В данном случае члены семьи активно использовали рекомендации, учились терпеливо наблюдать за ребенком, замечая и интерпретируя вслух каждое его слово и каждый жест.

На данный момент работа с данным ребенком продолжается. Ребенок активно общается и включается в подгрупповую работу.

Таким образом, наше взаимодействие оказалось достаточно эффективным и ребенка удалось вовлечь в индивидуальную и совместную деятельность. Мы применяли в работе с ним множество разнообразных форм, обогащая его эмоциональный и интеллектуальный опыт. Комплексный подход к процессу реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья дал возможность создать положительную эмоциональную и комфортную психологическую атмосферу для развития ребенка и адаптировать его к условиям окружающего мира.

#### **Интерактивные технологии, применяемые в деятельности педагогических объединений детского сада компенсирующего вида**

*\*Притыченко Л.В., \*Пегина Е.А., \*\*Самойлова В.М.*

*\* ГБОУ детский сад компенсирующего вида №763, Москва*

*\*\*РНИМУ им.Пирогова, Москва*

Эффективность компенсации проблем развития дошкольников с ОВЗ в значительной степени определяется согласованной работой всего педагогического коллектива, начиная от помощника воспитателя до заведующей образовательным учреждением. Казалось бы, что формы взаимодействия между сотрудниками ДОО уже хорошо отработаны и закреплены, однако нам представляется, что в настоящее время есть основания их дополнить, расширить, предложить новое наполнение уже известных форм. Эта предложение связано с тем, что в настоящее время все шире применяются т.н. интерактивные технологии в образовании. Они требуют активности как от учащихся, так и от учителей, более тесного взаимодействия всех участников образовательного процесса.

**Понятие об интерактивных технологиях.** В «Энциклопедии образовательных технологий» (Селевко Г. К., 2006) можно найти толкование термина интерактивные технологии (по В. В. Гузееву) – как вида информационного обмена учащихся с окружающей информационной средой, как одного из вариантов коммуникативных технологий. В случае их

применения реализуется интерактивное обучение – обучение с хорошо организованной обратной связью субъектов и объектов обучения, с двухсторонним обменом информацией между ними. Интерактивные технологии показали высокую эффективность в случае применения: предлагаемая для усвоения информация минимально искажается, закрепляются и теоретические и практические знания, отрабатываются не только алгоритмы рассуждений, но и, что очень важно для ДОУ компенсирующего типа, коммуникативные умения.

**Виды интерактивных технологий, применяемые при организации взаимодействия специалистов ДОУ компенсирующего вида.** Среди методов, используемых для реализации совместной деятельности участников педагогического коллектива, руководители ДОУ обычно выбирают педагогические советы, консультации, совещания. Данные формы взаимодействия себя хорошо зарекомендовали. Но они не всегда позволяют управленцам услышать предложения специалистов, а самим педагогам почувствовать достоинства и недостатки того или иного выбранного метода.

Наш опыт показывает, что использование интерактивных методов при организации взаимодействия педагогического коллектива позволяет не только улучшить собственно педагогический процесс, но и одновременно создать благоприятный социально-психологический климат, дать направление для саморазвития, закрепить значимые профессиональные навыки, наладить отношения с родителями и воспитанниками. Из обширного числа интерактивных методов в нашей деятельности нашли применение деловые игры, тренинги, дискуссии и дебаты, консультации, круглые столы, интерактивные лекции и беседы. Не остались без внимания и новые формы: из них можно назвать клубы, созданные на основе исполнения должностных обязанностей, творческие группы. При этом надо заметить, что с каждой категорией сотрудников применялись свои методы, формы и технологии.

**Интерактивные методы и технологии взаимодействия специалистов ДОУ.** Специалистами компенсирующего детского сада являются: дефектологи, логопеды, музыкальный работник, инструктор по физкультуре. Именно специалисты задают направление работы. От их организованности и квалифицированности зависит успех педагогического мероприятия. Современный специалист обязан быть не только компетентным в своей профессиональной сфере, но иметь хорошие коммуникативные навыки. С этой целью были создан клуб специалистов. Задача его – обмен опытом специалистов отдельного ДОУ, обсуждение важных для воспитания и образования дошкольников проблем, разработка/планирование проектов, будущих мероприятий. Собрание клуба специалистов проводится не реже 1 раза в 2 месяца. Тематика заседаний планируется на полгода, но допускает изменения в соответствии с актуальными потребностями жизни ДОУ. Можно охарактеризовать это сообщество как малый постоянно действующий педагогический совет. Каждое собрание клуба специалистов подготавливает

творческая группа из членов клуба. На заседании возможно проведение дебатов, дискуссий, круглых столов, интерактивных лекций. Нами выработана определенная последовательность использования интерактивных технологий. Так, разработка сложной темы начинается с интерактивной лекции (проблемной лекции, лекции-беседы, лекции пресс-конференции т.д.), затем организуется круглый стол по одной и подпроблем общей сложной темы. Только после этого возможен переход к технологиям с использованием импровизированных выступлений по теме.

Поскольку дискуссии не требуют столь значительной подготовки как дебаты, их тематика не отличается сложностью, например: «Внедрение системы мониторинга уровня развития ребенка на этапе завершения дошкольного образования на современном этапе: новые методы и формы», «Нужно ли дошкольников с ОВЗ обучать чтению?», «Пути организации творческой работы специалистов ДОО компенсирующего вида». В клубе специалистов нами чаще других используются такие виды дискуссий как прогрессивная дискуссия, дискуссия-диспут, дискуссии с применением методов «Лабиринт» или «Чистая страница».

Дебаты готовятся, как правило, длительно. Участники творческих подгрупп совместно со старшим воспитателем определяют тему и время проведения, уточняются роли участников, основную литературу. Далее идет консультативная работа по формированию кейсов каждой из будущих команд дебатующих. В роли председателя дебатов, как правило, выступает заведующая садом, а в роли секретаря старший воспитатель. Эксперты и зрители – педагоги сада. Отслеживание поведения сотрудников во время дебатов позволяет руководителям выявить степень владения проблемой каждым специалистом, заинтересованность всех участников коллектива в решении проблемы. Участие всего коллектива ДОО в дебатах или в качестве дебатующих, или в качестве зрителей позволяет ознакомиться всем сотрудникам с основными вопросами, над которыми работают специалисты, осознать собственное участие в решении проблемы, обучиться методам доказательства проблем.

#### **Интерактивные технологии взаимодействия с воспитателями.**

Воспитатели сада компенсирующего вида – специалисты, имеющие специальное педагогическое высшее или среднее образование. Они подготовлены к сложной работе с проблемными дошкольниками. Поэтому цель клуба воспитателей – расширить и обогатить имеющийся опыт, ознакомить с новыми явлениями в образовании, закрепить навыки профессионального взаимодействия. Клуб заседает не чаще 1 раза в 2 месяца.

Используемые в данном клубе методы деятельности воспитателей направлены не столько на создание новых продуктов обучающей деятельности, сколько на отработку и закрепление применения способов достижения намеченных целей. В работе данного клуба мы используем проблемные лекции, круглые столы, дискуссии, разыгрывания ролей,

деловые игры, игровые проектирования, тренинги. Так, лекция-беседа «Федеральные государственные требования к структуре основной общеобразовательной программы дошкольного образования», прочитанная старшим воспитателем, знакомит педагогов-воспитателей с требованиями к образовательной программе ДОО и спецификой применения этих требований к условиям детского сада компенсирующего вида. По ходу лекции-беседы уточняется содержание требований. Заседание Круглого стола «Проблемы переходного периода» позволяет воспитателям как ознакомиться с основными проблемами переходного периода на новые *государственные стандарты и программы*, так высказать собственное мнение относительно методов и возможностей внедрения гостребований в жизнь сада компенсирующего вида. Заседание клуба воспитателей может также проводиться с целью уточнения условий и технологий проведения какой-либо отдельного мероприятия. Например, одно из собраний клуба проводилось на тему «Использование проектного метода в воспитательно-образовательной работе дошкольного учреждения», где силами участников заседания, разбившихся на небольшие группы, было выполнено учебно-игровое планирование по реализации проекта «Волшебный мир театра». Во время игрового проектирования каждая из групп наметила последовательность основных мероприятий, входящих в проект. При последующей защите своего проекта группа доказывала правомерность и обоснованность собственного выбора, необходимость каждого из запланированных заданий. Итак, на проблемных лекциях и лекциях-беседах воспитатели знакомятся с новыми методами практической работы, уточняют возможности их внедрения в воспитательный процесс ДОО на круглых столах и во время дискуссий. Основное время участники клуба воспитателей затрачивают на игровое проектирование, дискуссии, тренинги.

**Интерактивные методы повышения профессионального уровня помощников воспитателей.** Помощник воспитателя – важный участник учебно-воспитательного процесса сада компенсирующего вида. Он непосредственно работает с детьми: раздает пищу, одевает и раздевает детей, отвечает за чистоту помещений. Обычно на должность помощника воспитателя принимаются люди без специального образования. Они, возможно как никто другой, нуждаются в знаниях о методах взаимодействия с дошкольниками, особенностях психофизического развития детей дошкольного возраста. Нами была вначале организована консультативная служба, которая переросла в клуб помощников воспитателя. Заседания этого клуба проводятся каждые два месяца. В начале деятельности данного клуба тематика занятий планировалась старшим воспитателем совместно с психологом и специалистами, но по мере укрепления деятельности клуба она стала определяться потребностями помощников воспитателя. Основная задача – сформировать практические умения помощников воспитателя, следовательно, методы, применяемые на заседаниях данного клуба,

преимущественно практические: беседы, консультации, разыгрывание ролей, тренинги. Каждое заседание тщательно планируется и содержит в себе несколько этапов. В начале заседания клуба его участникам сообщается тема, определяется её значимость для работы помощника воспитателя. Затем мы проводим или психогимнастику или мини этюды. Физические упражнения помогают помощникам воспитателя раскрепоститься и отработать важные в их деятельности поведенческие приемы. Далее идет или беседа или консультация по теме заседания. Теоретические знания обязательно практически закрепляются с использованием игровых тренингов, конкурсов. Например, можно предложить игры-упражнения на складывание детской одежды, расстановки столовых приборов на столе, быстрого выбора необходимых моющих средств из множества разнообразных предметов. Конкурсы направлены на решение ситуационных задач с обоснованием выбранного решения либо проходят в виде познавательных игр с целью закрепления полученных в ходе беседы сведений. Большой интерес вызвало заседание по теме «Имидж помощника младшего воспитателя». Игры-упражнения на создание верного и неверного образа помощника воспитателя с использованием макияжа и одежды очень понравились участникам.

**Интерактивные технологии работы со всем педагогическим коллективом.** Интеграция деятельности всех клубов находит выражение в общих для всего педагогического коллектива мероприятиях. К ним мы относим не только педагогические советы и собрания коллектива педагогов, но и участие в совместных для всех дискуссиях, дебатах, тренингах, круглых столах.

Интерес и множество положительных эмоций вызывают обучающие тренинги. Основными задачами каждого обучающего тренинга можно считать: освоение определенной области ЗУН с включением их в систему своего жизненного опыта; освоение методов управления собой и своей деятельностью; повышение социально-психологической компетентности участников и развитие их способности эффективно взаимодействовать с окружающим социумом; помощь личности в профессиональном самоопределении; формирование сплоченности коллектива, создание команды. Обучающие тренинги состоят из нескольких компонентов: 1) информационная часть; 2) обсуждение полученной информации (беседа или дискуссия); 3) практическая часть; 4) подведение итогов (рефлексия). Выбранная нами форма, тренинги, позволяют активировать всех членов педагогического коллектива, улучшить понимание друг друга не только между сотрудниками одной группы, но и между сотрудниками разных групп. Задания обучающего тренинга позволяют педагогами понять возможные сложности его выполнения детьми, что позволит им обратить внимание на значимые, трудные моменты в подаче задания, продумать возможную помощь.

Еще одна форма работы с педагогическим коллективом, которую мы

применяем очень осторожно, только в некоторых группах, включающих сотрудников с высокой квалификацией, где внутри самого коллектива установлено глубокое взаимопонимание – изменение ролей сотрудников в коллективе (вариант метода «Разыгрывание ролей»). Так, например, было предложено на одну рабочую смену поменяться ролями учителю-дефектологу и воспитателю. Воспитатель имел высшую квалификационную категорию, многолетний опыт работы в коррекционной группе. Педагогом-воспитателем совместно с логопедом было разработано фронтальное занятие, которое провела уже воспитатель, а учитель-дефектолог проводила прогулку, по плану, составленному совместно с воспитателем. Затем полученные переживания и размышления сообщаются на педагогическом совете, рассматриваются на совместном заседании творческой группы. Такое изменение функциональных обязанностей позволяет каждому участнику лучше осознать роль и место отдельного педагога в коррекционно-развивающем процессе, трудности каждой профессии, внести коррективы в свое взаимодействие с коллегой, уточнить личностные характеристики воспитанников, сформировать более адекватные ожидания в работе с детьми.

Опыт нашего использования интерактивных технологий в работе с педагогами детского сада компенсирующего вида позволяет сделать следующие выводы:

1. Применение интерактивных технологий, обучающих сотрудников детского сада, имеет высокий положительный эффект: закрепляются профессиональные умения, расширяются профессиональные знания, улучшается социально-психологический климат, сплачивается педагогический коллектив.

2. Для каждой категории сотрудников интерактивные обучающие методы различны.

3. Чем сложнее профессиональные обязанности, тем больше вербальных активных методов используется во взаимодействии между сотрудниками.

4. С учебно-вспомогательным персоналом следует широко применять практические методы работы.

**Взаимодействие специалистов в сопровождении детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях центра психолого-медико-социального сопровождения**

*Силинская Ю.П.*

*БОУ для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи Вологодской области «Областной ЦПМСС», Вологда*

**Ключевые слова:** дети с ограниченными возможностями здоровья, комплексное психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение.

Трудности психологической реабилитации и адаптации детей с нарушениями в психофизическом развитии в значительной степени обусловлены сложной структурой и степенью тяжести их дефекта, что проявляется в особенностях их интеллектуального и психологического развития. Эффективная помощь детям с ограниченными возможностями здоровья осуществляется при создании особых условий коррекционно-развивающей работы.

Л.С. Выготский писал: «Дефект какого-нибудь анализатора или интеллектуальный дефект не вызывает изолированного выпадения одной функции, а приводит к целому ряду отклонений» [1]. То есть, не существует расстройств, при которых вследствие межсистемных связей не отмечались бы другие психологические нарушения. Вместе они образуют сложный психологический профиль отклонений в психическом развитии детей. Именно поэтому процесс психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей-инвалидов обеспечивается путём тесного взаимодействия, сотрудничества, слаженной работы различных специалистов. Подобная организация сопровождения необходима для того, чтобы в едином ключе проанализировать как выявленные особенности развития ребёнка, так и возможность и необходимость оказания помощи, а также принять решение о стратегии и последовательности сопровождения ребёнка.

Любое образовательное учреждение призвано обеспечить максимальное развитие личности ребенка с учетом его индивидуальных психофизических особенностей, состояния здоровья, запросов и потребностей самого ребенка, семьи, общества, что особенно актуально для образовательных учреждений, занимающихся обучением детей с ограниченными возможностями здоровья [2].

В бюджетном образовательном учреждении для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, вологодской области «Областной центр психолого-медико-социального сопровождения» (далее - Центр) создана, апробирована и внедрена модель взаимодействия специалистов в процессе коррекционно-развивающей образовательной деятельности. Вокруг ребёнка с ограниченными возможностями здоровья совместными усилиями различных специалистов создаётся единое коррекционно-образовательное пространство. Тесная взаимосвязь учителя-дефектолога, педагога-психолога, учителя-логопеда, социального педагога возможна при условии совместного планирования работы, при правильном и

четком распределении задач и функционала каждого участника коррекционно-образовательного процесса.

Целью сотрудничества специалистов в рамках данной работы является создание, апробирование и реализация модели взаимодействия, стимулирующей познавательное, речевое и личностное развитие ребёнка.

В сопровождении детей-инвалидов обязательным для всех специалистов является соблюдение ряда принципов:

1. Раннее начало коррекционно-педагогической и коррекционно-развивающей работы с детьми, так как нарушения развития отдельных функций раннего возраста приводят к вторичной задержке развития других функций и педагогической запущенности.
2. Поэтапное развитие и коррекция нарушенных функций. При работе учитывается не столько возраст ребёнка, сколько тот уровень актуального развития, на котором он находится. При этом коррекционно-развивающая работа строится на основе тщательного изучения нарушенных и сохранённых функций. Дифференцированный подход во время занятий предусматривает учёт возможностей ребенка и построение системы упражнений в соответствии с зоной ближайшего развития.
3. Индивидуальный подход, систематичность и последовательность в преподнесении материала, активность, наглядность. Эти принципы связаны между собой и взаимообусловлены.
4. Организация занятий в рамках ведущей деятельности ребенка.
5. Комплексное психолого-медико-педагогическое воздействие, предусматривающее проведение как педагогических, так и медицинских мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций.
6. Интегративная направленность коррекционного процесса в сочетании со специализированным характером оказываемой помощи.
7. Наблюдение за ребенком в динамике развития и осуществление преемственности на всех возрастных этапах.
8. Тесное взаимодействие с родителями и близким окружением.

Основой преемственности специалистов в модели взаимодействия является активизация развития детей в различных сферах деятельности. Например, для учителя-дефектолога учреждения одним из ведущих видов деятельности является *коррекция* отставаний в развитии психических функций ребёнка, а для учителя-логопеда, педагога-психолога, социального педагога главным в этом плане становится *активизация* функционального потенциала ребенка. *Коррекция* нарушений в развитии речи – прерогатива логопеда, задача психолога, дефектолога, социального педагога – *активизация* речевой деятельности ребёнка.

Таким образом, выделяются такие формы работы, которые отображают взаимодействие специалистов в учреждении:

- проведение и обсуждение результатов диагностики (логопед обследует речь, в том числе и её эмоциональные стороны, психолог – эмоционально-волевою и личностную сферы, учитель-дефектолог – познавательные процессы и уровень развития познавательной сферы, социальный педагог – социальную ситуацию развития ребёнка),
- коррекционно-развивающие занятия (в логопедические занятия включаются приёмы по активизации психических процессов, изучению и уточнению эмоциональных состояний, на занятиях психолога активизируются познавательные процессы и речевая деятельность детей);
- интегрированные занятия с детьми;
- работа, проводимая с родителями (родительские собрания, тренинги для родителей, консультации, семейный клуб «Умка», стендовая информация, в которой освещаются актуальные вопросы воспитания и развития детей).

Работа с ребёнком, имеющим ограниченные возможности здоровья, строится поэтапно.

#### **1 этап.** Консультативно-диагностический приём.

Ребёнок направляется к социальному педагогу, который проводит первичную беседу с ребёнком и родителями и направляет на индивидуальное обследование к специалистам.

**2 этап.** Углубленное индивидуальное диагностическое обследование. Индивидуальную диагностику проводят учитель-дефектолог, педагог-психолог, учитель-логопед.

#### **3 этап.** Психолого-медико-педагогический консилиум (далее - ПМПк).

На данном этапе разрабатывается индивидуальный маршрут развития ребёнка, определяется, какие специалисты будут работать с ребёнком и в каком режиме.

#### **4 этап.** Реализация индивидуального маршрута развития ребёнка.

Индивидуальный маршрут развития ребёнка в ходе коррекционно-развивающей работы может корректироваться (изменяться или дополняться).

#### **5 этап.** Оценка эффективности.

На данном этапе проходит обследование ребёнка всеми специалистами, с целью отслеживания динамики проведённой коррекционно-развивающей работы.

## **6 этап.** Подведение итогов работы.

Собирается итоговый ПМПк, на котором оценивается эффективность коррекционно-развивающих мероприятий, а также осуществляется планирование работы на следующий год.

Подобная организация взаимодействия специалистов по сопровождению детей с ограниченными возможностями здоровья позволяет достичь следующих результатов:

- обеспечение целостности, единства коррекционно-развивающего пространства в организационном и содержательном планах;
- осуществление полноценного профессионального взаимодействия в педагогическом процессе;
- обновление форм и содержания коррекционно-развивающей работы с детьми;
- высокий профессиональный уровень и творческий характер деятельности специалистов.

Комплексный характер психолого-медико-педагогической помощи позволяет обеспечить системность и взаимодополняемость деятельности специалистов в процессе коррекции и развития психических функций у детей с ограниченными возможностями здоровья с учётом индивидуальных особенностей развития каждого ребёнка.

### *Список литературы*

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. – СПб : Лань, 2003.
2. Поваляева М.А. Коррекционная педагогика. Взаимодействие специалистов. Коллективная монография / Под ред. М.А.Поваляевой. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2002.

## **Психолого-педагогическое сопровождение детей с андрологической патологией на этапе лечения в стационаре**

***Спивак И.М., Свиридова Т.В., Мазурова Н.В.,  
Яцык С.П., Тимофеева А.М., Яковлева С.В.  
ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН, Москва***

Актуальность: Практика лечения детей с андрологической патологией показала необходимость включения психосоциальной помощи в процесс медицинской реабилитации [3, 5]. Доказано, что психолого-педагогическая

поддержка детей с нарушением формирования пола способствует нормализации их эмоционального состояния, повышению социальной компетентности и, как следствие, улучшает исход болезни [5]. Очевидно, что реабилитация детей с андрологической патологией должна осуществляться на основе мультидисциплинарного подхода, т.е. с участием специалистов различного профиля: детского хирурга, эндокринолога, детского уролога-андролога, сексопатолога, психолога и педагога, врача ЛФК, физиотерапевта и др. [3-5, 8].

Цель исследования – определить направления психолого-педагогического сопровождения детей с андрологической патологией на этапе лечения в стационаре.

На основе анализа литературных источников и практического опыта работы в отделении уроандрологии (зав. отделением – д.м.н., проф. Яцык С.П.) нами были выделены следующие направления работы специалистов психолого-педагогического профиля с семьей ребенка с андрологической патологией на этапе лечения в стационаре: превентивное, диагностическое и реабилитационное.

Превентивное направление представляло собой взаимосвязанную работу специалистов психолого-педагогического и медицинского профиля по адаптации ребенка и членов его семьи к условиям стационара с целью оптимизации их психологического состояния.

Диагностическое направление включало в себя изучение индивидуально-личностных свойств и поведения ребенка, социальной ситуации его развития, а также контроль эмоционального состояния и поведения детей во время их пребывания в стационаре. Психологический мониторинг осуществлялся с помощью наблюдения, анкетирования, бесед, индивидуальных психолого-педагогических обследований. Субъектами психологического исследования являлись ребенок и его близкие, что позволяло получить представления о социальных условиях жизни и развития детской личности [1, 2]. Одной из обязательных сфер психологической диагностики детей школьного и подросткового возрастов стало изучение психосексуального статуса для своевременного выявления отклонений, определения психолого-педагогических условий коррекции [6, 7].

Реабилитационное направление реализовывалось через комплекс психолого-педагогических мероприятий и оказание экстренной психологической помощи. Психолого-педагогическая реабилитация /абилитация предполагала разработку индивидуальной программы, содержание которой должно было оптимизировать социальную среду и обеспечить условия для удовлетворения психологических потребностей ребенка в период лечения, улучшить детско-родительские отношения, осуществить коррекцию детского поведения. Экстренная психологическая помощь оказывалась с целью снижения интенсивности эмоционального напряжения и его проявлений (работа с ситуативными страхами,

негативными эмоциями, коррекция восприятия боли и др.).

Психолого-педагогическая работа осуществлялась в следующих организационных формах: беседа с целью знакомства пациента (и членов семьи) с медицинским персоналом отделения, а также при проведении мониторинга психологического состояния ребенка; лекция для информирования пациента (и членов семьи) о структуре работы отделения и клиники, расположении диагностических лабораторий, правилах пребывания в стационаре и порядке взаимодействия с медицинским персоналом; индивидуальное/ семейное психологическое консультирование, развивающее обучение, адаптационный тренинг, игра.

Психолого-педагогическая помощь была оказана 116 детям в возрасте от 1 года до 17 лет с заболеваниями репродуктивной сферы различной этиологии и степени тяжести, находящихся на лечении в отделении уроандрологии ФГБУ «НЦЗД» РАМН. Из них 38 % – дети раннего возраста (от 0 до 3 лет), 31 % – дети дошкольного возраста (от 3 до 6 лет), 10 % – дети младшего школьного возраста (от 7 до 10 лет) и 21 % – дети подросткового возраста (от 11 до 17 лет).

Изучение клинических сведений о состоянии здоровья ребенка, включенное наблюдение, клиническая беседа, психолого-педагогическая диагностика, экспериментальное обучение позволили получить данные об индивидуально-личностных характеристиках, поведении и социальной ситуации развития детей, а в результате их сопоставления и анализа установить следующее.

Гармоничное развитие личности ребенка было выявлено в 6% случаев. Нарушение психосоциального статуса отмечалось у 23% пациентов школьного и подросткового возрастов. Небольшое число детей (3%) были эмоционально истощены и психологически не готовы к операции в связи с тяжестью состояния здоровья и длительностью течения дооперационного этапа. Взаимосвязь психологических, педагогических и социальных трудностей наблюдалась у 76,5% детей различных возрастных групп. При этом отмечались:

- Особенности развития личности и самосознания (включая нарушение «образа тела») – 37%;
- Особенности эмоционально-волевой сферы – 58%;
- Задержка темпа формирования психологических достижений возраста различной степени – 65%;
- Особенности психической и познавательной деятельности в силу физической ослабленности – 75%;
- Нарушение поведения – 23 %;
- Искажение социальной ситуации развития – 76%;
- Трудности социальной адаптации при поступлении в стационар – 58 %.

Полученные результаты подтвердили обоснованность организации психолого-педагогической помощи детям с андрологической патологией на этапе стационарного лечения в виде трех взаимосвязанных направлений. Работа по этим направлениям способствовала созданию специальных условий среды и реализации индивидуальной программы развития личности во время восстановления детского здоровья.

Данные исследования стали основанием для следующих **ВЫВОДОВ:**

1. Болезнь и специфическая социальная ситуация развития оказывают негативное влияние на процесс формирования детской личности и ее социальную адаптацию, а также существенно ухудшают качество жизни ребенка с андрологической патологией.

2. Для гармоничного развития детской личности и решения задач ее социализации, с момента выявления нарушений здоровья, необходимо включение психолого-педагогической помощи в процесс медицинской реабилитации.

3. Эмоциональное состояние родителей детей, находящихся на стационарном лечении, требует отдельного внимания психолога и целенаправленной работы по его нормализации.

4. Необходимо повышать психолого-педагогическую и коммуникативную компетентность медицинского персонала при общении с больным ребенком и его родителями.

5. Длительное пребывание ребенка в специфической социальной ситуации в период стационарного лечения требует создания условий для удовлетворения его базовых психологических потребностей и реализации в различных видах детской деятельности.

#### *Список литературы*

1. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. – СПб.: Питер, 2002. - 288 с.
2. Венгер А.Л. Психологическое консультирование и диагностика. Практическое руководство. Часть 1. – М.: Генезис, 2001. - 160 с.
3. Володько Е.А. Хирургическая тактика при гипоспадии у детей с нарушением формирования тела: Автореф. дисс. д.м.н. – М.: Рос. мед. акад. последиплом. образования Росздрава, 2006.
4. Володько Е.А., Бровин Д.Н., Галаова Л.М. и др. Отдалённые результаты лечения гипоспадии у детей с нарушением формирования пола // Андрология и генитальная хирургия. – 2011. – № 2. – С. 51–55.
5. Галаова Л.М. Результаты лечения гипоспадии у детей с нарушением формирования пола: Автореф. дисс. к.м.н. – М.: Рос. мед. акад. последиплом. образования МЗ РФ, 2012.
6. Зубкова Н.А., Лозовая Ю.В., Окулов А.Б. и др. Психосексуальная адаптация больных с врожденной дисфункцией коры надпочечников // Андрология и генитальная хирургия. – 2003. – № 2. – С. 37–40.

7. Кононова Я.В. Медико-социальная и психосексуальная адаптация больных ложным мужским гермафродитизмом: Автореф. дисс. к.м.н. – М.: Рос. мед. акад. последиплом. образования МЗ РФ, 2003.

8. Яцык С.П., Шарков С.М., Безлепкина О.Б. и др. Болезни органов репродуктивной сферы у мальчиков и юношей / С.П. Яцык и др.; под ред. А.А.Баранова; Союз педиатров России, ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН. – М.: ПедиатрЪ, 2013. - 100 с.

**Междисциплинарная рабочая группа на базе санатория «Русское поле» в программе реабилитации семей с детьми, перенесшими онкозаболевание**

*\*Фисун Е.В., \*Мирошкин Р.Б., \*\*Федорова В.В., \*\*Скрипкин А.В.  
\*Институт практической психологии и психоанализа, Москва;  
\*\*ФГБУ санаторий «Русское поле» МЗ РФ, Чехов.*

**Ключевые слова:** психологическая реабилитация, онкозаболевание, междисциплинарная рабочая группа, санаторий «Русское поле».

Санаторий «Русское поле» является единственным в России лечебно-профилактическим учреждением санаторного типа, принимающим на реабилитацию детей, перенесших онкозаболевание, и их родителей. Санаторий предлагает спектр лечебно-профилактических мероприятий, включающих климатотерапию, диетическое питание, лечение минеральной водой, занятия лечебной физкультурой, ароматерапию, гидротерапию (души, ванны, плавание в бассейне), массажи, физиотерапевтические процедуры, сеансы в сенсорной комнате и др. Особой популярностью пользуются занятия в бассейне. Получать необходимые процедуры и консультации специалистов могут не только дети, но и сопровождающие их взрослые, здоровье которых также подорвано в результате перенесенного стресса. Работают кружки и секции, направленные на общее оздоровление организма (как, например, секция скандинавской ходьбы) и развитие творческих способностей у детей. Гордостью санатория стал мульткружок, в котором дети сами делают мультфильмы: придумывают сюжет, рисуют, снимают, озвучивают. Здесь многие дети впервые после заболевания получают возможность так разнообразно и интересно проводить время.

В штате санатория работают два психолога, которые ведут индивидуальные приемы и групповые занятия в сенсорной комнате. Но потребность в психологической помощи превышает их возможности. Поэтому по запросу онкологов Федерального научного клинического центра гематологии, онкологии и иммунологии, курирующих санаторий, осенью 2009 года в «Русском поле» начали работать психологи Института практической психологии и психоанализа.

Онкозаболевание, являясь угрожающим для жизни и здоровья, тяжелым по симптоматике, требующим длительного, нередко калечащего лечения; представляя в силу этого источник психологической травмы для пациента и членов его семьи, требует комплексного подхода в лечении и реабилитации. Поэтому важно междисциплинарное сотрудничество специалистов: медиков, психологов, социальных работников. Особенно это актуально в ситуации болезни ребенка, когда заболевание подрывает базовые ценности семьи, нарушает нормальное развитие ребенка. Сотрудничество специалистов способствует не только более эффективному лечению, но и последующему физическому и психологическому восстановлению, социальной адаптации ребенка и членов его семьи. В связи с этим возникла идея создания междисциплинарной рабочей группы на базе санатория «Русское поле».

Целью рабочей группы стало проведение комплексных медицинских, психологических, социально-педагогических мероприятий по физической и психологической реабилитации детей, перенесших онкозаболевание, находящихся на восстановительном лечении в санатории «Русское поле».

Задачи рабочей группы:

- междисциплинарное взаимодействие участников группы для создания оптимальной программы реабилитации в условиях санатория для каждого ребенка, перенесшего онкозаболевание и находящегося на восстановительном лечении;
- разработка индивидуальных программ реабилитации в условиях санатория в соответствии с характером перенесенного заболевания; степенью физических, нейропсихологических и психологических нарушений у ребенка; уровнем социальной адаптированности ребенка и его семьи;
- включение в программу реабилитации родителей и родственников детей, находящихся с ними в санатории, с целью улучшения функциональности и адаптивности семьи, как ближайшей и важнейшей среды для нормального развития ребенка;
- выработка рекомендаций для продолжения реабилитационных мероприятий по месту жительства;
- разработка опросников, методик, практических рекомендаций для специалистов.

Состав рабочей группы:

В постоянный состав рабочей группы вошли: детский онколог, педиатр, врач (методист) ЛФК, терапевт, психолог, педагог-социальный

работник. Полезным представляется сделать группу открытой, т.е. с возможностью включения в ее состав при необходимости врачей-специалистов, нейропсихолога и т.д.

Порядок работы:

При поступлении в санаторий ребенок, перенесший онкозаболевание, встречается с врачом-онкологом для мониторинга текущего состояния. Это важно с точки зрения контроля за ходом ремиссии и своевременного отслеживания рецидива. Также онкологом даются рекомендации и ограничения по лечебным процедурам. Онколог сообщает психологам о детях, диагноз которых требует особого внимания не только с медицинской точки зрения. Это дети:

- с опухолями головного мозга;
- с рецидивами;
- после трансплантации костного мозга;
- с небольшим сроком ремиссии;
- перенесшие калечащие операции.

То есть, это те пациенты, которым потенциально больше, чем другим, может потребоваться психологическая помощь в силу причин, описанных выше.

Информация о пациентах также передается онкологами лечащим врачам-педиатрам, курирующим нахождение семьи в санатории. Центральным звеном в систематизации информации и последующей выработки программы реабилитации для каждой прибывшей в санаторий семьи является именно лечащий врач. На основании первичной беседы он знакомится с анамнезом, суммирует жалобы и пожелания, учитывает информацию, полученную от онкологов. Пациентам назначаются укрепляющие, лечебные процедуры в соответствии с их основным и сопутствующими диагнозами. Не секрет, что часто жалобы пациентов к врачам простираются за рамки врачебной компетенции и являются запросом на психологическую помощь. В таком случае врач предлагает пациентам обратиться к психологам, работающим в санатории. Врачом формируются списки желающих обратиться за психологической консультацией. Руководствуясь этими списками, сопровождаемыми комментариями врачей, психологи проводят первичные встречи с целью уточнения запроса и ориентации клиентов на определенный тип психологической работы. Так, дети и взрослые могут быть направлены:

- На индивидуальную консультацию для взрослого (как правило, родителя);
- На индивидуальную консультацию для подростка;

- На семейную консультацию;
- На нейропсихологическую консультацию;
- На песочную терапию (как правило, для маленьких детей);
- На группу взаимоподдержки для родителей;
- На нарративную психологическую группу для взрослых;
- На группу для подростков.

Также клиенты могут обращаться к психологам в порядке самозаписи.

В свою очередь, психологи, обнаруживая у ребенка проблемы, связанные с самооценкой, с низким уровнем социализации, с недостаточным репертуаром деятельности и т.п., могут рекомендовать ему посещение творческих кружков и секций санатория, учитывая при этом врачебные рекомендации и ограничения.

В процессе работы участники рабочей группы обмениваются друг с другом информацией о пациентах для оптимизации медико-, социально-психологического сопровождения и, при необходимости, коррекции индивидуальной программы реабилитации. При поступлении в санаторий родители детей дают информированное согласие на обмен полученной о пациентах информацией специалистами санатория. Исключение составляет информация личного характера, доверенная психологам в процессе консультирования, сохранение конфиденциальности которой не влияет на индивидуальную программу реабилитации семьи и не затрагивает вопросов безопасности клиента и других лиц. Преимуществами такого взаимодействия является обладание более полной информацией о пациентах всеми специалистами и, как следствие, более точное формирование реабилитационных мероприятий для каждой семьи. Кроме того, повышается возможность предложить психологическую помощь тем, кто в ней нуждается, но не решается записаться на психологическую консультацию без посредников. Доверие к врачам, которое сохраняется у многих еще с момента госпитализации, помогает прислушаться к их рекомендациям и обратиться к психологам.

В качестве перспективных направлений развития деятельности рабочей группы можно назвать составление опросников, заполняемых родителями в начале и в конце заезда для оценки эффективности проводимой программы по разным параметрам, а также для получения обратной связи с целью совершенствования работы санатория. Кроме того, требуется отладить алгоритм регулярного общения между специалистами без ущерба для деятельности, связанной с приемами детей и родителей.

## Раздел 8. Реабилитация средствами образования

### Организация волонтерского образовательного проекта для детей с ограниченными возможностями здоровья «Благотворительная школа»

*Голяновская Е.Ю.*

*Благотворительный фонд «Подари жизнь», Москва*

«Благотворительная школа» – проект, который возник и вырос исключительно из потребностей подопечных фонда «Подари жизнь». Долгое и тяжёлое лечение от онкологического заболевания не просто вырывает ребёнка из привычной среды, но и лишает его возможности постоянного и постепенного развития, которое происходит в школе. Стандартная практика решения этой проблемы – обучение ребёнка в больничной школе. Однако система обучения в больничной школе имеет ряд недостатков и проблем, которые, в конечном счёте, и решает успешно уже 5 лет волонтерский проект «Благотворительная школа».

Во-первых, ребёнок, находящийся на длительном лечении, в силу плохого самочувствия или тяжёлого этапа лечения не всегда может заниматься с учителем, что приводит к образованию пробелов в знаниях. Да и сами занятия обычно предполагаются в то время, когда ребёнок не может заниматься. Во-вторых, больничная школа никак не учитывает индивидуальные особенности ребёнка во время лечения, его физическое состояние и просто идёт в соответствии с рабочей программой, вне зависимости от уровня и фактических возможностей ребёнка. В-третьих, зачастую в Москву приезжают лечиться дети из разных регионов России, программы их образовательных учреждений могут отличаться от тех, по которым работает больничная школа. Однако и этот факт не учитывается, обучение в любом случае происходит по принятым в данной больничной школе программам. Все эти недостатки делают работу больничной школы малоэффективной или даже вовсе неэффективной.

Именно поэтому некоторые родители стали обращаться к волонтерам фонда «Подари жизнь» с просьбой помочь их детям. Постепенно из помощи волонтерами-учителями нескольким семьям вырос проект «Благотворительная школа». При этом главной целью нашей Школы всегда была помощь ребёнку не столько в освоении программы, сколько в сохранении учебных навыков, умении осваивать и усваивать новую информацию, возможности не выпасть из процесса обучения. В процессе своего становления Благотворительная школа учла все недостатки больничной. Поэтому основными принципами работы Благотворительной школы являются индивидуальность обучения ребёнка, выстраивание системы ежедневных занятий и следование программе школы ребёнка.

Индивидуальность обучения обеспечивается за счёт предоставления каждому ученику отдельного учителя по каждому предмету. Это в свою

очередь даёт возможность составлять на основе стандартного тематического планирования индивидуальный план работы с ребёнком, учитывающий уровень знаний, физические возможности и т.п. В таком индивидуальном плане есть как темы, которые проходятся, так и отметки об их усвоении, а также (при необходимости) темы для повторения, которые изучаются параллельно с основной программой.

Другой принцип, ежедневность занятий, во многом решает главную задачу Школы – помочь ребёнку не выпасть из процесса обучения, не растерять общеучебные навыки. Несмотря на то, что волонтеры-учителя обычно приходят к ребёнку 2 раза в неделю, обеспечить ежедневность занятий возможно. Этому способствует выполнение ребёнком домашних заданий не к следующему приходу учителя, а ежедневное – по заранее созданному расписанию. Такую ежедневность позволяет создать запись домашнего задания на каждый день.

Наконец, мы по умолчанию следуем той учебной программе, по которой ребёнок учился до болезни и в которую вернётся после. В отдельных случаях мы можем корректировать недостатки программы, но делаем это так, чтобы возврат к ней прошёл без ущерба для ученика и учебного процесса.

Кроме того, есть ещё несколько особенностей, обусловленных спецификой обучающихся. Прежде всего, это обязательная работа с тетрадями на печатной основе и методическая и психологическая поддержка волонтеров-учителей. Рабочие печатные тетради нужны по двум причинам: во-первых, они помогают ребёнку организовать своё учебное рабочее пространство, а помощь в этом необходима после долгого перерыва, во-вторых, они помогают отрабатывать нужные навыки и умения, экономя при этом силы в условиях их постоянного дефицита. Учитывая и специфику наших учеников, и уникальность самой Школы, поддержка учителей-волонтеров необходима как методическая, так и психологическая. Такую поддержку обеспечивают опытные учителя и координатор Благотворительной школы.

Помимо подопечных фонда «Подари жизнь» учениками нашей Школы могут стать любые дети, попавшие в трудную жизненную ситуацию. Среди наших учеников за 5 лет были дети с разными (не только онкологическими) диагнозами, слепые дети, дети, восстанавливающиеся после аварии, дети, находящиеся на паллиативной поддержке.

Учителями становятся и профессиональные школьные учителя, преподающие в данный момент, и те, кто преподавал раньше, и те, кто только получил педагогическое образование; преподаватели ВУЗов, частные репетиторы с образованием и без; люди, очень далёкие от педагогики и психологии, но владеющие, к примеру, иностранным языком; студенты физматов, студенты-медики и другие студенты, владеющие хорошо каким-нибудь предметом, а также профессиональные логопеды и дефектологи.

Для того, чтобы стать учителем в Благотворительной школе, необходимо пройти несколько встреч: ознакомительную встречу для новых волонтеров фонда, групповое собеседование для участников проекта, профильную встречу, на которой новички знакомятся с системой проекта и показывают фрагмент урока. После 2-3 месяцев волонтерства следует обязательная встреча с психологами фонда. Кроме этого, волонтерам-учителям необходимо пройти медобследование для работы в больнице.

Ежегодно Благотворительная школа помогает примерно 70 детям не только не выпасть из учебного процесса, но и подготовиться к сдаче выпускных экзаменов, а иногда и освоить новые предметы. И конечно, вместе с ребёнком учителя-волонтеры Благотворительной школы не просто верят в возвращение ребёнка к полноценной учебной жизни, но делают для этого всё возможное.

### **Социально-правовые аспекты доступности высшего профессионального образования для студентов с ограниченными возможностями здоровья в современной России**

*Коновалова М.Д.*

*СГУ имени Н.Г. Чернышевского, Саратов*

Анализ современной ситуации с обучением студентов с ограниченными возможностями здоровья в вузах России показывает значительный рост их численности. Если в 2001 году в вузах России обучалось около 7 000 студентов-инвалидов, то к 2012 году их число возросло до 20 000. Как отмечает А.Г. Станевский, в настоящее время университетское сообщество не только принимает в свои ряды на обучение студентов с инвалидностью, но и является активным участником формирования общественного мнения в вопросах социальной и образовательной политики государства в отношении указанной группы лиц [6]. Закономерные изменения, происходящие в сфере высшего профессионального образования студентов с ограниченными возможностями здоровья, приводят на определенном этапе к созданию системы сопровождения, которая является необходимым инструментом реализации реабилитационного потенциала профессионального образования. В данной статье рассмотрение проблемы доступности высшего профессионального образования для студентов с ограниченными возможностями здоровья ведется с точки зрения обеспечения их прав на образование и социальную адаптацию.

В решении вопросов доступности высшего профессионального образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья в России XXI века можно условно выделить два периода: период с 2000 по 2008 годы и период с 2008 года по настоящее время. Избрание 2008 года в качестве

переломного момента связано с вступлением в силу Конвенции ООН «О правах инвалидов».

В первом из рассматриваемых периодов образовательная политика в сфере профессионального образования инвалидов базировалась на создании головных центров по обучению студентов-инвалидов, имеющих нарушения зрения, слуха и опорно-двигательного аппарата, а также экспериментальных площадок в каждом федеральном округе Российской Федерации с целью создания окружных учебно-методических центров по обучению инвалидов. Разрабатывались программы развития непрерывного многоуровневого профессионального образования инвалидов [4]. Предусматривалось техническое обустройство безбарьерной среды в проектно-сметной документации на строительство новых объектов учебных заведений. Следует отметить, что уже в этот период многие вузы в инициативном порядке проводили работу по повышению доступности образования для инвалидов. Вместе с тем, как отмечалось в решении коллегии Министерства образования, деятельность вузов в рамках предоставления специальных образовательно-реабилитационных услуг не была институционализирована, отсутствовали нормативы организации учебного и реабилитационного процессов, материально-технического, психолого-педагогического, кадрового, специального методического и реабилитационного сопровождения. Не были разработаны механизмы лицензирования и сертификации образовательно-реабилитационной деятельности вузов при интегрированном обучении инвалидов, не был утвержден государственный стандарт профессиональной реабилитации инвалидов. В тот период еще не была организована система подготовки, переподготовки специалистов (профессорско-преподавательского состава, учебно-вспомогательного персонала и др.) для работы со студентами-инвалидами в условиях интегрированного обучения. Отсутствовал единый подход к реализации модели непрерывного многоуровневого интегрированного высшего профессионального образования инвалидов [5].

Таким образом, особенностью рассматриваемого периода в реализации доступности высшего профессионального образования является развитие системы профессионального обучения инвалидов в специально создаваемых центрах в форме государственного заказа, а также инициативная деятельность значительного количества вузов по обучению студентов с инвалидностью. Характерной чертой данного периода также явилось проведение научно-исследовательской и учебно-методической работы по развитию профессионального обучения инвалидов и распространению соответствующего опыта. В этих работах описывались отдельные элементы системы сопровождения: материально-техническое, психолого-педагогическое, кадровое, специальное методическое и реабилитационное.

Изменения российской государственной политики в области образования лиц с ограниченными возможностями здоровья ознаменовались

собственно появлением самого понятия «лицо с ограниченными возможностями здоровья» в Российском законодательстве в 2007 году [7]. Вопросы доступности образования для лиц с инвалидностью все чаще стали рассматриваться в контексте реализации инклюзивных подходов к обучению.

В принятой Генеральной Ассамблеей ООН «Конвенции о правах инвалидов» гарантии права инвалидов на инклюзивное образование и принципы его обеспечения содержатся в Статье 24. В документе подчеркивается исключение дискриминации и равенство возможностей для получения образования на всех уровнях и обучение в течение всей жизни с целью полноценного участия в жизни общества. Для реализации данного права предусматривается обеспечение государством надлежащих возможностей и соответствующей поддержки, предоставляемых инвалидам для практической реализации права на образование, включая профессиональное [1].

Повышению доступности высшего профессионального образования для инвалидов способствовало изменение порядка приема граждан в учреждения высшего профессионального образования, предоставляющего возможность выбора формы государственной итоговой аттестации выпускниками школ с ограниченными возможностями здоровья, специальные условия и порядок сдачи ими выпускных и вступительных экзаменов; зачисление в образовательное учреждение профессионального образования вне конкурса при условии успешной сдачи вступительных экзаменов.

В нормативно-правовых документах этого периода содержится указание на необходимость принимать меры по внесению изменений и дополнений в нормативную базу федеральных государственных образовательных учреждений в части социальной поддержки инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в этих учреждениях, особое внимание уделяется созданию условий для приспособления объектов социальной инфраструктуры образовательных учреждений к нуждам инвалидов, а также обеспечению образовательных учреждений, в которых обучаются лица с нарушениями сенсорного и физического развития, реабилитационным оборудованием и специальной мебелью [2].

Практическая реализация вышеперечисленных мероприятий стала возможна при выполнении мероприятий по государственной программе «Доступная среда» на 2011 – 2015 годы. Важно отметить, что предусмотренные в этой программе меры направлены на создание универсальной безбарьерной среды в учреждениях профессионального образования, позволяющей обеспечить совместное обучение инвалидов и лиц, не имеющих нарушений в развитии [3].

Весомый вклад в закрепление достигнутого в общественном сознании понимания необходимости создания специальных условий для получения

профессионального образования лицами с ограниченными возможностями здоровья внес Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» [8]. Закон гарантирует создание необходимых условий для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения и условия, в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования (Статья 5).

В законе вводятся новые понятия – обучающийся с ограниченными возможностями здоровья, инклюзивное образование, адаптированная образовательная программа, индивидуальный образовательный план (Статья 2), определяется организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья (Статья 79). Закон обязывает педагогических работников учитывать особенности психофизического развития обучающихся и состояние их здоровья (Статья 48). С введением в действие этого закона существенно меняется ситуация с организацией сопровождения студентов с ограниченными возможностями здоровья. Теперь любое образовательное учреждение, в котором обучается студент с ограниченными возможностями здоровья, обязано создавать для него специальные условия обучения, обеспечивать в случае необходимости его сопровождение.

Актуальные тенденции изменений в Российском законодательстве отражаются в проекте Федерального закона «О внесении изменений и дополнений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов». Значительные изменения внесены в Федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования именно в разделы о необходимости создания специальных условий при обучении студентов с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, характерной тенденцией рассматриваемого периода является реализация преимущественно инклюзивных подходов в высшем профессиональном образовании. И соответственно, оптимальной может считаться организационная модель сопровождения, при которой помощь студентам с ограниченными возможностями здоровья является органичной частью общей социально-психологической и педагогической поддержки всех студентов. Тем не менее, задачи создания специальных служб сопровождения (поддержки и реабилитации) образования студентов с ограниченными возможностями здоровья в вузах являются до сих пор актуальными, так большинство российских вузов подобных структур до не имеют.

Подводя итоги рассмотрения социально-правовых аспектов доступности образования для студентов с ограниченными возможностями здоровья, необходимо отметить, что реабилитационный потенциал высшего профессионального образования для студентов с ограниченными возможностями здоровья в настоящее время значительно повысился за счет закрепленной законодательством обязанности вузов создавать специальные условия при приеме и обучении таких студентов. Однако вместе с этой позитивной тенденцией более очевидной стала проблема овладения студентом с ограниченными возможностями здоровья всем набором профессиональных и социальных компетенций в процессе вузовского обучения, трудоустройства и профессиональной деятельности в соответствии с полученным образованием.

#### *Список литературы*

1. Конвенция о правах инвалидов: Резолюция 61/106 (принята в г. Нью-Йорке на 76 Пленарном заседании 61-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 13.12.2006)
2. Письмо Федерального агентства по образованию от 23 марта 2009 г. N 491/12-16 «О формировании качественной государственной политики в отношении инвалидов и решении проблем их интеграции в общество»
3. Постановление Правительства Российской Федерации от 17 марта 2011 года № 175 «О государственной программе Российской Федерации «Доступная среда» на 2011 – 2015 годы»
4. Приказ Министерства образования РФ от 12 ноября 2003 г. № 4206 «О совершенствовании профессионального образования инвалидов»
5. Решение коллегии Министерства образования от 15 мая 2001 г. № 10 «Об опыте работы вузов России по обеспечению доступности высшего профессионального образования для инвалидов»
6. Станевский А.Г. Выступление Руководителя межвузовской экспертной группы РСР по инклюзивному высшему образованию на заседании 11 сентября 2013 года. URL: <http://rsr-online.ru/doc/!2013/09/11/2.pdf>
7. Федеральный закон от 30 июня 2007 г. № 120-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросу о гражданах с ограниченными возможностями здоровья»
8. Федеральный закон № 273-ФЗ от 29 декабря 2012 г. «Об образовании в Российской Федерации»

**Об индивидуальном подходе к обеспечению эффективной адаптации младших школьников с ОВЗ к образовательному пространству**

*Куприянова В.Н.  
ГБОУ СОШ № 393, Москва*

Школа, наряду с государством и семьей, выполняет функцию воспроизводства системы социальных детерминаций, создает необходимые и достаточные условия для развития личности ученика: обеспечивает систематическое образование, подготавливает человека к продуктивной жизни в обществе, способствует его вхождению в гражданскую жизнь, расширяет возможности ребенка для налаживания межличностного взаимодействия со сверстниками и взрослыми.

Образовательные учреждения в системе социальных детерминаций, с одной стороны, постоянно приобретают новые черты и меняют свое содержание на каждом этапе социально-культурного развития современного общества, поскольку формируются новые ценностные ориентиры, утверждаются новые принципы их организации, а с другой стороны, корректируют складывающиеся образовательные отношения в соответствии с требованиями государственных образовательных стандартов. Поэтому исследование процессов социализации обучающихся является актуальным.

Для анализа социализации исследователями выделяются такие составляющие как инкультурация, интернализация, адаптация, конструирование [1]. Для нас представляет интерес изучение адаптационного потенциала и его возможностей в процессе социализации учащихся общеобразовательной школы младших классов с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся по индивидуальным программам.

Переход к систематическому обучению требует от участника образовательного процесса высокой умственной работоспособности, умений общаться, сопровождается высокими психофизиологическими затратами. Поэтому начало учебной деятельности младших школьников сопряжено с процессами адаптации личности к новой системе обучения и к новой системе социальных отношений. Современные психолого-педагогические исследования, а также педагогическая практика автора показывают, что успешная адаптация к обучению является важным фактором, влияющим на формирование образовательного опыта в виде знаний, умений, навыков, а также на развитие личностных компетенций обучающегося как субъекта образовательной деятельности.

Адаптация является непрерывным и динамическим процессом, который характеризуется постоянным переключением активности человека в самые разные сферы – деятельность, общение, рефлексия. Понятие «адаптация школьника» означает приспособление учащегося как индивида, личности, субъекта деятельности и индивидуальности к школьному образовательному пространству [3].

Причины больших различий между учащимися по различным динамическим и содержательным характеристикам адаптации заключаются в неравномерности и гетерохронности развития социально-психологических и психофизиологических характеристик личности младших школьников. Поэтому у учащихся происходит неравномерная (как во временном, так и

содержательном отношении) перестройка всех уровней личностной структуры – на психофизиологическом уровне, в когнитивной сфере, в системе ценностно-познавательных ориентаций личности [2]. Кроме того, в начальной школе учащимися осваиваются новые способы познавательной деятельности, активно формируются определенные типы межличностных связей и отношений.

Из сказанного следует, что чем эффективнее проходит адаптация первоклассников к обучению в школе, тем выше учебная мотивация, направленность и характер учебной деятельности в старших классах, а также более выраженным будет чувство психологического комфорта в процессе социализации в образовательном пространстве. Особенно важным это является для учащихся с ограниченными возможностями здоровья. Поэтому очень важной задачей образовательного учреждения в такой сложный период – помочь учащимся с ОВЗ как можно быстрее и успешнее адаптироваться к школьной жизни.

Одним из эффективных подходов в решении проблемы эффективной социализации учащихся начальной школы к образовательному пространству является разработка и применение технологий, включающих в себя своевременную диагностику адаптационных возможностей первоклассников, выделение групп риска, разработку индивидуальных программ адаптации и личностного роста для учащихся с низким социально-психологическим адаптационным потенциалом.

Технология комплексной диагностики личностного потенциала и программа развития адаптационных возможностей учащихся была описана в ранее опубликованной работе [4].

Технология включает в себя: психодиагностику, составление карт адаптационных возможностей учащихся (в личностной, коммуникативной, когнитивной, психофизиологической сферах), разработку общих и индивидуальных программ социализации учащихся, проведение мониторинга за формированием социального опыта и развитием социально-личностного потенциала учащихся.

Особое внимание направляется на развитие и укрепление социально-личностного ресурса учащихся с ограниченными возможностями здоровья, поскольку адаптационный потенциал у них имеет более низкие показатели по сравнению с другими группами. В программу развития адаптационного потенциала учащихся с ОВЗ были включены мероприятия, предусматривающие активное участие их родителей. Применение таких подходов позволило ученикам с ОВЗ более активно участвовать в различных окружных и городских социальных мероприятиях – конкурсах и выставках детского изобразительного творчества.

Обобщая полученные результаты можно сделать вывод о том, что применение психотехнологий социализации позволяет младшим школьникам с ОВЗ значительно повысить темпы адаптации к образовательному

пространству, более активно развивать личностный потенциал, значительно быстрее накапливать социальный опыт.

#### *Список литературы*

1. Почебут Л.Г., Мейжис И.А. Социальная психология. - СПб.: Питер, 2010.
2. Реан А.А., Коломинский Я.Л. Социальная педагогическая психология.- СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008.
3. Ростовский В.П., Котлярова Л.Н. Педагогика и психология. Уфа, 2010.
4. Куприянова В.Н. Развитие личностного адаптационного потенциала младших школьников на уроках труда и изобразительного искусства и на занятиях в кружке по декоративно-прикладному творчеству // Личность в изменяющихся социальных условиях: сборник материалов Международной научно-практической конференции. Красноярск, 2012. - С. 148-151.

#### **Сопровождение инклюзивного образования в условиях центра психолого-медико-социального сопровождения**

*Павлова Н.А.*

*БОУ для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи Вологодской области «Областной центр психолого-медико-социального сопровождения», Вологда*

**Ключевые слова:** инклюзивное образование, дети с ограниченными возможностями здоровья, центр психолого-медико-социального сопровождения.

В последнее время предлагается всё больше инновационных подходов к обучению и воспитанию детей с особыми образовательными потребностями. В Национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы, утверждённой Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 года № 761, отмечена необходимость полноценной реализации прав детей на получение доступного образования. Независимо от социального положения, физических и умственных способностей инклюзивное образование предоставляет возможность каждому ребёнку

удовлетворить свою потребность в развитии и равные права в получении адекватного уровню его развития образования.

На сегодняшний день проблема развития инклюзивного образования в России находится под пристальным вниманием не только родителей и педагогических сообществ, но и всей общественности.

Процесс распространения инклюзии на детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) в образовательных учреждениях имеет ряд психолого-педагогических трудностей и проблем, среди которых необходимо отметить следующие:

- неприятие идеологии инклюзивного образования;
- неприятие детей с ОВЗ;
- возникновение трудностей в понимании и реализации подходов к обучению детей с ОВЗ;
- нежелание многих родителей обучать своих нормально развивающихся детей вместе с детьми с ограниченными возможностями здоровья;
- неадекватное восприятие нормально развивающимися детьми сверстников с ОВЗ;
- наличие проблем социально-психологической адаптации детей с ОВЗ.

Эффективная реализация включения особого ребёнка в среду образовательного учреждения представляется практически невозможной без специального психолого-педагогического сопровождения как инклюзивного процесса в целом, так и его отдельных структурных компонентов.

В полном объеме эту деятельность способны выполнить центры психолого-медико-социального сопровождения, специализирующиеся по профилям нарушений. Именно этим учреждениям отводится роль ресурсного звена психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования.

Бюджетное образовательное учреждение для детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, Вологодской области «Областной центр психолого-медико-социального сопровождения» (далее - Центр) в соответствии с планом работы Департамента образования Вологодской области на учебный год, в рамках уставной деятельности осуществляет деятельность по сопровождению инклюзивного обучения в образовательных учреждениях курируемых муниципальных образований с целью оказания комплексной психолого-педагогической и медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья.

Целью сопровождения является обеспечение оптимального развития ребёнка с ограниченными возможностями здоровья, получения качественного образования детьми в условиях общеобразовательного учреждения.

Реализация цели включает в себя выполнение следующих задач:

- координация деятельности педагогов и специалистов образовательных учреждений и Центра при организации образовательного процесса детей с ОВЗ;
- психолого-педагогическая поддержка всех участников инклюзивного обучения (детей с ОВЗ и их сверстников, родителей и педагогов);
- создание оптимального уровня психологического комфорта в образовательных учреждениях через развитие толерантности детей, педагогов, родителей.

Для организации работы по сопровождению инклюзивного обучения в образовательных учреждениях составляется и утверждается план мероприятий на учебный год, план взаимодействия с образовательными учреждениями курируемых муниципальных образований по совместному сопровождению инклюзивного обучения детей с ОВЗ в образовательных учреждениях.

На первом этапе сопровождения инклюзивного образования была изучена нормативно-правовая база по данному направлению, разработана модель сопровождения инклюзивного обучения.

Одним из главных принципов психолого-педагогического сопровождения инклюзивного образования является междисциплинарность – комплексный подход к сопровождению. Инклюзивная образовательная среда формируется целой командой педагогов и специалистов – коллективом, работающим в междисциплинарном сотрудничестве, пропагандирующим единые ценности, включённым в единую организационную модель и владеющим единой системой методов.

Категориями участников инклюзивного обучения выступают: дети с ОВЗ; нормативно развивающиеся сверстники; педагоги, администрация школы; родители детей с ОВЗ; родители нормативно развивающихся сверстников.

Для эффективности деятельности специалистов Центра проведён педагогический совет «Психолого-педагогическое сопровождение инклюзивного образования». Скорректированы рабочие программы специалистов по дополнительной образовательной программе дополнительного образования детей социально-педагогической направленности «Адаптация в жизни и обществе детей с ОВЗ». Разработаны рабочие программы занятий по формированию толерантного отношения к лицам с ОВЗ у педагогов образовательных учреждений, родителей и детей с нормативным развитием: «Рабочая программа по формированию толерантного отношения у обучающихся к детям с ОВЗ», «Программа адаптации детей с ОВЗ к обучению в общеобразовательной школе»; методические рекомендации для педагогов: «Выстраивание эффективных взаимоотношений между детьми в классе с инклюзивным обучением»,

«Формирование толерантного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья у родителей нормативно развивающихся сверстников»; разработаны памятки для младших школьников по формированию толерантного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Кроме того, в рамках инновационной деятельности в Центре в течение года ведут работу творческие группы. В 2012-2013 учебном году по результатам работы творческой группы «Инклюзивное образование – современная модель образования детей с ограниченными возможностями» проведен обучающий семинар для педагогов курируемых муниципальных образований «Организация и содержание деятельности педагогов образовательных учреждений по сопровождению процесса инклюзивного обучения». В 2013-2014 учебном году данная работа продолжена рядом творческих групп: «Сопровождение детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи, через дополнительное образование», «Выявление отклонений в физическом и/или психическом развитии и оказание психолого-медико-социальной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в условиях образовательного учреждения», «Сопровождение детей с задержкой психического развития и тяжёлыми нарушениями речи в общеобразовательном классе», «Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях центра психолого-медико-социального сопровождения», «Профессиональная подготовка детей с ограниченными возможностями здоровья по востребованным на рынке труда профессиям».

На сайте Центра в разделе «Инклюзия» выкладываются информационные материалы и статьи по данной теме для педагогов, специалистов и родителей.

Осенью 2013 года проведён Марафон «Все равные, все вместе!» для учащихся образовательных учреждений, осуществляющих инклюзивное обучение, с целью формирования толерантного отношения у участников образовательного процесса к детям с ограниченными возможностями здоровья, а так же профилактики школьной дезадаптации и тревожности у детей с ОВЗ.

С целью изучения мнения учащихся по поводу обучения детей с ОВЗ в массовой школе в курируемых образовательных учреждениях было проведено анонимное анкетирование учащихся 2-11 классов. В анкетировании принимали участие 1235 учащихся. Анализ анкет показал, что дети готовы к принятию детей с ОВЗ в массовой школе, готовы помогать и поддерживать их, но большое количество детей считает, что при появлении в классе ребёнка с ОВЗ возникнут проблемы как у самого ребёнка, так и у классного коллектива в целом. Отсюда следует, что необходимо формировать толерантное отношение к таким детям у учащихся.

В настоящее время проводится анкетирование педагогов дошкольных образовательных учреждений, целью которого является изучение отношения педагогических работников к совместному воспитанию нормативно развивающихся детей и детей с ОВЗ (нарушением зрения, слуха, интеллекта, опорно-двигательного аппарата) и в дальнейшем оказания методической поддержки по организации инклюзивного обучения и воспитания в условиях дошкольного образовательного учреждения.

Важная роль в данном контексте отводится педагогическим работникам, которые непосредственно взаимодействуют с детьми в процессе учебной и воспитательной деятельности, а также родителям (законным представителям).

В модели сопровождении инклюзивного образования, разработанной администрацией и специалистами Центра, школы выполняют следующие условия:

- обучение по программам, соответствующим возможностям ребёнка;
- обеспечение материально-технических условий;
- повышение квалификации педагогов, наличие тьютеров и специалистов (дефектолог, психолог, социальный педагог);
- создание организационно-педагогических условий.
- создание психолого-педагогических условий (психологический комфорт в школе и классе, толерантное отношение к детям с ОВЗ, разработка и реализация индивидуального маршрута развития ребёнка с ОВЗ, проведение коррекционно-развивающих занятий школьными специалистами).

Центр оказывает помощь участникам инклюзивного обучения по психолого-педагогическому и медико-социальному сопровождению. Сопровождение детей с ОВЗ специалистами центра включает в себя:

- психолого-педагогическую и медико-социальную диагностику;
- определение индивидуального образовательного маршрута на психолого-медико-педагогической комиссии (определение программы обучения);
- оставление индивидуального маршрута развития ребёнка;
- организацию коррекционно-развивающих занятий по дополнительной образовательной программе дополнительного образования детей социально-педагогической направленности «Адаптация в жизни и обществе детей с ОВЗ»;
- проведение комплекса реабилитационных и лечебно-оздоровительных мероприятий в соответствии с индивидуальной программой развития;
- психолого-педагогическое консультирование и просвещение обучающихся;

- оказание помощи обучающимся в профориентации, получении профессии, социальной адаптации и др.

Для нормативно развивающихся детей проводятся групповые и индивидуальные занятия с целью формирования толерантного отношения к детям с ОВЗ, оказывается социально-психологическая помощь.

Для педагогов специалисты Центра проводят информационно-просветительскую и профилактическую работу (региональные и муниципальные круглые столы, семинары, совещания по созданию организационных и психолого-педагогических условий инклюзивного обучения, способам организации учебной деятельности учащихся с ОВЗ в рамках общеобразовательного класса, групповые занятия в активных формах с педагогическими коллективами школ с целью привития толерантного отношения к детям с ОВЗ), индивидуальное и групповое консультирование педагогов по вопросам обучения, воспитания и развития детей с ОВЗ, по формированию комфортной и безопасной среды в классах инклюзивного обучения.

Вся работа с родителями, воспитывающими детей с ОВЗ, направлена на преодоление их социальной беспомощности за счёт повышения психолого-педагогической компетентности, обучения навыкам взаимодействия и общения со своим ребёнком, совместно выполняемых домашних заданий и рекомендаций специалистов, а также за счёт общения с другими родителями в рамках групповой работы.

Работа специалистов Центра также включает групповое и индивидуальное консультирование родителей здоровых детей с целью привития толерантного отношения к детям с ОВЗ, групповое и индивидуальное консультирование родителей детей с ОВЗ с целью корректного включения их детей в систему общего образования, информационно-просветительскую и профилактическую работу.

Таким образом, говоря об инклюзивном образовании, следует отметить, что это не только создание технических условий для беспрепятственного доступа детей с ОВЗ в общеобразовательные учреждения, но и специфика учебно-воспитательного процесса, который должен строиться с учётом психофизических возможностей ребёнка с ОВЗ. В образовательном учреждении должно быть организовано качественное психолого-педагогическое сопровождение, а так же создан особый морально-психологический климат в педагогическом и ученическом коллективах. Психолого-педагогическое сопровождение инклюзивного образования – это важная составляющая модели инклюзивного образования.

### **Охрана здоровья школьников в условиях инклюзивного образования: механизм формирования самосохранительной установки**

*Симаева И.Н.*

*Балтийский федеральный университет им. И. Канта,*

**Ключевые слова:** охрана здоровья обучающихся с особыми потребностями, социальная установка на педагогическую деятельность, инклюзивное образование, самосохранительная установка.

Анализ концептуально-методологических основ моделей, программ и методов психологической реабилитации школьников с ограниченными возможностями здоровья не может обойти стороной проблему охраны здоровья таких детей и подростков в условиях инклюзивного образования. Особенно важной представляется готовность к его реализации педагогов, учеников, родителей, общественности — всех субъектов образовательного процесса. Подобная готовность включает в себя в первую очередь социальную установку на педагогическую деятельность в столь разнообразной учебной аудитории:

- четкие представления о том, что можно ожидать от детей с особыми потребностями, какие технологии, методы и методики в каких ситуациях применимы и допустимы, каким образом создать благоприятную атмосферу в классе, предотвратить конфликты между учениками с отклонениями в развитии, владение этими методами и методиками;
- представления о том, какая учебная нагрузка возможна и допустима для школьника с особыми потребностями с учетом ресурса его здоровья;
- желание (отсутствие сопротивления) быть включенным в инклюзивную учебную и воспитательную среду;
- положительный эмоциональный настрой к включению детей с особыми потребностями в учебный класс, несмотря на то, что им необходимо уделять больше времени и внимания педагогов, их поведение может тормозить учебную деятельность и вызывать негативное отношение учащихся и учеников.

Введение инклюзивного образования предполагает наличие подобной социальной установки не только у педагогов, но и у учеников, родителей детей-инвалидов и обычных учеников, однако на сегодняшний день такой установки не наблюдается как со стороны учеников и их родителей, так и со стороны педагогов. Достаточно вспомнить дебаты в профессиональной среде, обществе и СМИ по поводу специальных школ и интернатов для детей с особыми потребностями в СМИ.

Во-вторых, готовность к работе в условиях инклюзивного образования требует пересмотра функций института образования в контексте совместного обучения здоровых и больных детей и специфики охраны здоровья обучающихся.

В охране здоровья как широко трактуемом явлении играют (или способны играть) роль различные социальные институты и организации общества. Приоритеты традиционно имеет институт здравоохранения, существенное влияние оказывают социальные институты права, политики, семьи. К сожалению, в настоящее время большинство из них затрагивают в своей деятельности лишь отдельные аспекты этой проблемы, либо не справляются с задачами сохранения здоровья людей, а в других речь идет о дисфункциональном влиянии (к примеру, экономика и СМИ становятся факторами неблагополучия в сфере здоровья и чаще противодействуют, чем способствуют его охране, институт семьи переживает глубокий кризис). [1]

В условиях инклюзивной образовательной ситуации следует пересмотреть приоритеты и функционал системы образования. Дело в том, что образование сегодня — главный социальный институт, обеспечивающий целенаправленное, систематизированное и организованное обучение и воспитание членов общества. Это специально сформированная многоуровневая система, создающая внешние и внутренние условия для развития индивида в процессе освоения культуры и включающая организации и учреждения, осуществляющие процесс обучения (школа, вуз и т. д.).

Ребенок активно включен в образование на протяжении длительного и критичного с точки зрения социализации периода своей жизни. Для детей и подростков учебная деятельность является естественной, поэтому вопросы формирования здорового образа жизни, навыков самосохранительного поведения могут быть органично включены в учебно-воспитательный процесс. При этом благодаря многоступенчатой структуре системы образования существует возможность обеспечить преемственность на всех этапах формирования здорового образа жизни детей и подростков. Совершенно очевидно, что институт образования способен задействовать практически все первичные, вторичные и третичные факторы и артефакты социализации для последовательного и целенаправленного формирования у школьников с особыми потребностями когнитивного, эмоционального и конативного компонентов самосохранительной установки, которая направляет самосохранительное поведение и делает его избирательным, а также создать условия для ее устойчивой интериоризации [1].

Под формированием, развитием и укреплением основ самосохранительного поведения данной группы детей в процессе инклюзивного образования и воспитания понимается процесс педагогического взаимодействия, направленный на организацию и стимулирование активных действий дошкольника или школьника по овладению им системными диспозициями, стратегиями и навыками поведения, способствующими сохранению здоровья. Отдельные виды педагогической деятельности направлены на развитие навыков

самоорганизации поведения для предупреждения риска некоторых заболеваний.

По нашему мнению, дети с особыми потребностями часто легче других школьников поддаются негативному влиянию и саморазрушительному поведению. Кроме того, в условиях борьбы за качество обучения в современной школе, конкуренции за успехи в учебной деятельности со здоровыми детьми они и их родители способны тратить дополнительное время и усилия ради достижений, ухудшая тем самым здоровье ребенка [2,3].

Процесс формирования, развития и укрепления самосохранительных установок и личностных качеств заключается в последовательном решении ряда педагогических ситуаций, среди которых: ситуации стимулирования самосохранительного поведения, выбора его формы, успеха в достижении результатов в сохранении здоровья, риска для здоровья в повседневной жизнедеятельности или исключительных обстоятельствах, решения проблемных задач при здоровом образе жизни, самооценки и самокритики самосохранительного или саморазрушительного поведения, подчинения и убеждения в процессе изменения самосохранительных установок, ограничения в жизнедеятельности (режима, питания, привычек и т. д.), освоения новых способов деятельности, игровые ситуации (для анализа самосохранительных компетенций, стереотипов, установок), тренинговые ситуации, ситуации ответственных решений, угрозы наказания, конфликтные ситуации и т. д.

Необходима разработка концепции и стратегии охраны здоровья детей с особыми потребностями как функции инклюзивного образования. Предметом концепции должна стать система научно обоснованных взглядов на роль института образования в процессе охраны здоровья, теоретико-методологических представлений об основных предпосылках, возможностях, принципах, целях и механизмах реализации системой образования функции охраны здоровья через формирование и развитие у обучающихся с особыми потребностями основ самосохранительного поведения.

Сегодня в программных документах образовательных учреждений (миссии, стратегии или программе развития) нередко можно обнаружить идеи охраны здоровья и формирования здорового образа жизни в качестве одной из задач или критериев деятельности. При всем том, как правило, заявленные цели (критерии) охраны здоровья обучающихся вступают в противоречие с характером и методами организации учебного процесса, внеучебной работы и всей организации жизни учебного заведения.

Планирование и организация учебно-воспитательного процесса, а также разработка программ всех учебных дисциплин с учетом нового критерия — формирования готовности к самосохранительному поведению — не имеют систематического характера. Вопросы здоровья и здорового образа жизни, как правило, рассматриваются (достаточно односторонне) в рамках изучения отдельных учебных дисциплин и не интегрированы в содержание

остальных предметов, тогда как необходимо постоянно завуалированно и в доступной возрасту форме транслировать эталоны самосохранительного поведения в процессе обучения. В отсутствие такого «непрерывного обучения здоровью» нарушается один из важных принципов эффективного обучения — многократности повторения информации.

В планировании воспитательной деятельности образовательного учреждения компоненту, связанному с охраной здоровья и формированием самосохранительного поведения, принадлежит очень скромное место. Можно говорить лишь об отдельных мероприятиях, так или иначе соотносящихся с проблемой охраны здоровья. Не будучи встроенными в общую систему работы по охране здоровья и нередко имея формальный характер, они не только не дают желаемого результата [1]

Анализ воспитательной практики образовательных учреждений также показал, что по мере повышения ступени образования активность и значимость такой работы в жизнедеятельности учебных заведений снижается. Соответственно все меньше внимания уделяется и вопросам охраны здоровья и формирования самосохранительного поведения, что не позволяет реализовать принцип своевременности при обучении детей и подростков нормам и навыкам здорового образа жизни.[ 1]

Введение инклюзивного образования требует повышенного внимания к охране здоровья детей с особыми потребностями в условиях школы, дошкольных учреждений. Однако одни школы и детские сады не справятся со столь сложной задачей. Образовательные учреждения нуждаются в поддержке других социальных институтов и организаций (СМИ, государственных и общественных структур, учреждений здравоохранения), партнерстве с другими образовательными заведениями, родителями, лидерами мнений и пр. Именно во взаимодействии всех заинтересованных и компетентных сторон должны разрабатываться, приниматься и продвигаться культурные сценарии, образцы и модели здорового образа жизни, выбираться методы формирования самосохранительного поведения у детей с особыми потребностями.

### *Список литературы*

1. Симаева И.Н., Алимпиева А.В. Охрана здоровья и образование: институциональный подход: монография. – Ч.1; Калининград, 2010. Ч.2-Калининград, 2011.
2. Совещание по вопросам детского здравоохранения: 16 мая 2011 г. Моск. Обл. Горки. <http://www.kremlin.ru/ntws/11246>.
3. Тарасевич Г. Образование, несовместимое с жизнью // Эксперт. [Электронный ресурс] // URL: [http://www.expert.ru/printissues/russian\\_reporter/2008/05/pisa/](http://www.expert.ru/printissues/russian_reporter/2008/05/pisa/).

## **Возможности дополнительного образования в социокультурной реабилитации детей и подростков с ОВЗ (из опыта работы)**

*Смирнова С.А., Трушталевская Л.Е.  
ГБОУ ДОД ДДТ Калининского района,  
Санкт – Петербург*

**Ключевые слова:** доступность дополнительного образования, реабилитационная образовательная среда, социокультурная реабилитация, инклюзивное образование.

В последние годы в нашей стране, к счастью, все большее внимание уделяется образованию детей с особыми возможностями здоровья (ОВЗ). В Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» понятие «инклюзивное образование» трактуется как обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей» (7, ст. 2., п. 27) [1, с.463].

В широком смысле слова, инклюзивное обучение - это не только обучение детей инвалидов, но и всех детей, имеющих определенные особенности личности – это и дети с временной задержкой психического развития, и дети с элементами аутизма, и, в том числе, одаренные дети, имеющие тонкую психическую организацию.

Для обеспечения «равного доступа к образованию» в образовательных учреждениях создаются специальные условия. В перечне этих условий специальная приспособленность помещения стоит на последнем месте. Приоритетами являются использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных пособий и дидактических материалов, технических средств обучения, проведения групповых и индивидуальных коррекционных занятий.

Доступность понимается не только как доступность среды, но и как возможности, которые предоставлены каждому ребенку в реализации своих потребностей.

Система дополнительного образования включает в себя все разнообразие творческих направлений, удовлетворяющих разные интересы детей всех возрастных групп. Дополнительное образование, в отличие от основного, наиболее приспособлено для создания доступной образовательной среды. В системе дополнительного образования много легче педагогу работать в рамках индивидуального подхода к ребенку, в том числе и к ребенку с ограниченными возможностями здоровья. Сама специфика дополнительного образования говорит об этом:

- меньшая наполняемость группы, чем в школе,

- практико-ориентированное обучение,
- ориентация обучения на личные запросы каждого ученика индивидуально, а не на «среднего» ученика, как, зачастую, в основном образовании,
- возможность концентрации внимания ребенка на любимом деле,
- отсутствие жесткой регламентации образовательного процесса, связанной с необходимостью выполнения государственных образовательных стандартов.

Таким образом, среду дополнительного образования можно рассматривать как реабилитационную для детей с ОВЗ. Генеральная ассамблея ООН провозгласила следующие критерии доступности образования:

- «ориентация» - имеете ли вы необходимую информацию?
- «независимость» - выбираете ли вы то, что хотите делать?
- «мобильность» - можете ли вы идти туда, куда хотите?
- «времяпровождение» - можете ли вы заниматься тем, чем хотите?
- «социальная интеграция» - принимают ли вас другие?
- «финансовая самообеспеченность» - есть ли у вас необходимые для образования средства?
- «переход (изменение)» - готовы ли вы к переменам?[1, с.467]

Исходя из этих критериев, возможно определить доступность дополнительного образования в ДДТ «особых детей» как максимальную – ребенку предоставляется право выбора образовательного направления, на занятиях он занят любимым делом, в малой группе создается непосредственная и доброжелательная обстановка, нет конкурентных отношений между учащимися по критерию «оценка», что также создает доброжелательную атмосферу сотрудничества в группе. Эти психологические аспекты реабилитационной среды делают ее еще и безопасной для детей с ОВЗ.

Хочется представить опыт работы педагогов дополнительного образования Дома детского творчества Калининского района Санкт-Петербурга, которые уже более 7 лет работают с «особыми» ребятами и создают реабилитационную среду для детей с ОВЗ. Спокойно, вдумчиво, профессионально осуществляется образовательная деятельность средствами дополнительного образования в трех коррекционных учреждениях нашего района это: школа-интернат №28 (ГОУ №28 школа-интернат), №9 (ГСОУ школа-интернат №9 для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат (VI вида) Калининского района СПб), №10 (ГОУ открытая (сменная) школа Калининского района СПб).

Основная цель нашей работы с такими детьми – это развитие познавательной и личностной активности ребенка, преодоление социальной изоляции детей, коррекция психоэмоциональных состояний.

ОУ №9 – это коррекционная школа-интернат для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в которой в течение 7 лет педагоги ДДТ работают по эколого-биологическим, социально – психологическим и музееведческим программам.

Музейное обучение начинается с образовательных программ «Жили-были», «Мы живем рядом с железной дорогой», «Калининский район – моя малая Родина» и в старших (7-9) классах – это уже образовательная программа «Журналистика». Все программы адаптированы для детей с ОВЗ, педагоги применяют такие приемы как повторение, увеличение зрительных образов (одна из педагогических «находок» – это рука: ассоциации по количеству пальцев: изба 5-ти стенок, 4 угла дома, 3 уровня жизни, 2 пальцам – две жилые зоны, 1 палец – центр дома – печка; применяется много видов практических работ из готовых заготовок, аппликаций, простых форм (квадратиков, треугольников и т.д.)

В старших классах ребята под руководством педагогов ДДТ осуществляют проектную деятельность: создают на компьютерах виртуальные выставки (в 2012 году: «Великие полководцы», «Бородинская битва», «Смутное время» и др.), создают макет газеты, один лист вывешивается в школьной библиотеке, также печатается в газете ДДТ «Музейный перекресток» – страничка 9-го интерната.

В коррекционной школе-интернате №10 проходит обучение по программе «Дорожная азбука». Знать правила дорожного движения, чтобы не пострадать в ДТП для этих детей – это жизненная необходимость. При обучении педагог увеличивает количество рисунков, слайдов, игровых методик, так как дети легко утомляемы, неусидчивы, с плохой дикцией.

Одним из партнеров ДДТ является интернат №28, с которым в течение 8 лет сложилась определенная система работы: это реализация эколого-биологических, краеведческих, компьютерных образовательных программ на базе ДДТ, а также участие воспитанников интерната в мероприятиях ДДТ.

В частности, занятия с учащимися по эколого – биологическому направлению с учащимися школы - интерната №28 начинались просто с психологических игр «Похвали себя», «Говорим только хорошее», «Найди себе животное, поговори с ним» и др., устраивались чайные «посиделки» с рассказами, придумыванием сказок, фантазиями. Очень трудно и осторожно проходили темы о семье, родителях, родственниках, практически невозможно было давать какие-либо самостоятельные задания для выполнения дома. Даже изготовление поделок в основном было коллективное, т.к. очень часто дети говорили, что их некому подарить. Происходила постоянная коррекция психологического состояния детей, приходящих на занятия. В конечном итоге, программу пришлось полностью

перерабатывать: применять психологические игры, на занятиях много двигаться, применять индивидуальную работу, применять различные формы тестирования. Хочется отметить, что главное при работе с особыми детьми - это профессионализм и доброта.

Дети и подростки, обучающиеся в школе-интернате – это дети, имеющие психологические проблемы и педагогическую запущенность. Многие из них находились или находятся в «трудной жизненной ситуации». Поэтому важнейшими задачами по реализации программы социально – психологической направленности «Я – творец» с учащимися интерната становятся социальная реабилитация и адаптация подростков – подросток должен почувствовать себя полноценным членом коллектива и общества, иметь адекватную самооценку. Программа направлена на включение обучающихся, имеющих серьезные психологические проблемы, в нормальную жизнь [2, с.610].

В программе используются методы арт-терапии, которые способствуют развитию навыков самовыражения, креативности, творческих способностей и коммуникативных навыков, формированию индивидуального стиля деятельности. Эти навыки передают подростку уверенность в себе, формируют адекватную самооценку, способствуют их психологической реабилитации и социализации. Переживание момента совместного творчества, создания чего-либо (художественного произведения, поведенческого образа) дает силы для преодоления препятствий и решения внутренних и внешних конфликтов.

В ДДТ Калининского района уже более 10 лет проводится Региональная конференция старшеклассников «Юное поколение XXI века», в работе которой участвуют старшеклассники, в том числе и с ОВЗ.

Таким образом, работа педагогов ДДТ с учащимися с ОВЗ полностью способствует социокультурной реабилитации и адаптации детей и подростков.

Инклюзия – это «включение», а включение невозможно, как указывает С.В. Алехина, если личность не прикладывает к этому собственных усилий. Чтобы мир стал доступным для «особого» ребенка, ребенок должен сам раскрыться для окружающего мира, вступить с ним во взаимодействие [1, с.469]. Это и есть готовность ребенка к взаимодействию, изменениям и переменам. Эта готовность, как нельзя лучше, и формируется в рамках дополнительного образования.

Также образовательная среда дополнительного образования формируют готовность принятия другими детьми детей «особых». На занятиях любой направленности в дополнительном образовании дети учатся взаимодействовать, помогать друг другу, совместное творчество, сотворчество способствует принятию другого человека, его индивидуальности. Общение со сверстниками, обретение новых друзей,

приобретение нового социального опыта – вот основные образовательные эффекты, которые не менее важны, чем образовательные результаты.

### *Список литературы*

1.Алехина С.В., Ананьев И.В. Доступность образовательной среды в сфере дополнительного образования. // Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: Сборник материалов II Международной научно-практической конференции / Отв. ред. Алехина С.В. М. : ООО «Буки Веди» , 2013. С. 463 – 470.

2. Трушталева Л.Е. Проблемы инклюзии в школах интегрированного обучения. // Инклюзивное образование: практика, исследования, методология: Сборник материалов II Международной научно – практической конференции / Отв. Ред. Алехина С.В. М.: ООО «Буки Веди», 2013. С. 608-613.

### **Реабилитация детей с осложнениями в развитии с позиций культурно-исторической теории Л.С. Выготского**

*Л.А. Ясюкова*

*ФГОУ ВПО «Санкт-Петербургский госуниверситет»,  
Санкт-Петербург*

Гуманистическая идеология предполагает, что каждый ребенок, вне зависимости от особенностей его развития, имеет право на достойную жизнь, которую общество должно ему обеспечить. Согласно этому в настоящее время значительное внимание уделяется социализации детей, имеющих различные осложнения и отклонения в развитии. Особая роль в оказании помощи отводится психологии и педагогике. Доминирующее направление психолого-педагогической помощи проблемным детям складывается на базе традиционного дефектологического подхода, который активно дополняется нейропсихологическими и кинезиологическими методами работы, а также коммуникативными и психотерапевтическими тренингами. Основные усилия направляются на социализацию детей, которая заключается в их эмоциональной стабилизации и формировании навыков общения, на обучение самообслуживанию, а также предпринимаются усилия по минимизации, коррекции дефектов (с помощью фармакологической терапии и сенсомоторной тренировки). Ставится задача обучения детей начальной грамоте (чтению, письму, счету), формирования представлений об окружающем мире, освоения какого-либо ремесла, но полноценное школьное образование, изучение наук обычно не планируется.

Можно сказать, что за прошедшие 100 лет, с того времени, когда Л.С. Выготский раскритиковал дефектологический лечебно-коррекционный

подход, ничего принципиально не изменилось в системе оказания помощи детям с осложнениями в развитии (кроме того, что их теперь называют не дефективными, а детьми с ограниченными возможностями). Новый подход, который разработал и предложил Л.С. Выготский, до сих пор не воспринят психологией и педагогикой, т.к. он противоречит представлениям о развитии психики, основанным на здравом смысле. С позиции здравого смысла вполне логично представить, что развитие психики ребенка осуществляется как последовательное созревание и усложнение ее функционирования: от более простых, примитивных уровней (психофизиологии, сенсомоторики) к более сложным образованиям, высшим психическим функциям (речь, мышление). Теоретические представления о законах развития психики, которые абсолютно упрочились в науке и вполне понятны с позиции здравого смысла, можно определить как линейную модель развития, в рамках которой онтогенез представляется как континуум последовательно развертывающихся психических функций, где возможность формирования более сложных высших образований зависит от полноценности, зрелости базовых структур. Разрабатываемые сегодня разнообразные технологии коррекционной помощи все строятся исходя именно из этой линейной модели развития. Именно поэтому восстановительные мероприятия в первую очередь направляются на дефектные психомоторные и сенсорно-перцептивные процессы, так как считается, что они абсолютно необходимы для последующего развития высших психических функций (ВПФ). Восстановление базовых функций представляет собой трудоемкий, длительный процесс с невысокой вероятностью достижения положительного результата. Из приводимых различными авторами данных следует, что в 45%-75% случаях выправить первичный дефект не удастся, несмотря на проводящуюся в течение 3-5 лет лечебно-развивающую работу. Если органические и функциональные нарушения не поддаются исправлению, то полноценное формирование высших психических функций считается невозможным, а интеллектуальная дефективность детей – неизбежной, поэтому их обучение проводится в школах 7-8 вида по скорректированным, упрощенным программам.

Альтернативный подход психологической помощи детям, имеющим анатомо-физиологические дефекты, в том числе и в созревании мозга, разработан Л.С. Выготским. С позиций культурно-исторической теории формирование ВПФ определяется социальными влияниями, т.е. обучением и воспитанием, а не естественными законами созревания и саморазвития. Развитие ВПФ детерминировано не «снизу», нейрофизиологически, а «сверху», т.е. зависит от методов обучения и воспитания, которые общество выработало и использует в целях социализации. Л.С. Выготский резко критиковал лечебно-коррекционный подход с программами воспитания двигательной и сенсорной культуры. Он подчеркивал, что результаты сенсомоторной тренировки бедны, и такая педагогика искусственно

ограничивает отсталого ребенка в развитии. Напротив, когда затруднено или невозможно дальнейшее органическое развитие, безгранично открыт путь культурному развитию. Компенсация психофизиологических дефектов оказывается возможной в процессе освоения научных знаний и развития понятийного мышления. Л.С. Выготский приводит известные примеры, что слепой от рождения Соундерсон составил известный учебник геометрии, слепой Щербина объяснял оптику своим зрячим товарищам, когда они ее изучали в гимназии. Если бы путь образования понятий лежал через сенсорику, зависел бы от развития базовых психических функций, то слепой в области зрительных представлений не мог бы образовать понятие, адекватное тому, каким пользуется зрячий. Примеры обучения чтению и письму слепых, глухонемых, а также слепоглухонемых детей и их дальнейшей социализации показывают относительную независимость высших форм психики от конкретных мозговых структур.

Впечатляющих практических результатов в работе с детьми, имеющими от рождения значительные травмы головного мозга, добивается американский врач-нейрофизиолог Г. Доман. Им разработаны программы обучения чтению, математике, основам наук для развития интеллекта и компенсаторного повышения активности сохранных структур мозга детей, которые до 3-5 лет не говорят и не двигаются. Г. Доман в работе с больными детьми основные усилия направляет на развитие ВПФ, учитывая отсутствие их привязанности к определенному физиологическому субстрату и особую важность для успешной социализации.

В основу нашего подхода к реабилитации детей с дефектами развития положен принцип воспитания, разработанный Л.С. Выготским и еще недостаточно освоенный мировым научным сообществом. Л.С. Выготский рекомендовал отбирать такие методы обучения и воспитания, которые не затрагивают или снижают нагрузку на травмированные функции, тем самым минимизируются отрицательные влияния заболевания и связанные с ним осложнения в обучении. Если учитывать и обходить в процессе обучения, как рекомендовал Л.С. Выготский, первичный дефект (например, связанные с незрелостью или дефектностью мозговых структур возбудимость, невнимательность, отвлекаемость, утомляемость, или детей с ОНР учить читать зрительным методом), то достигается полноценное обучение, а также интеллектуальное и дальнейшее личностное развитие ребенка. Если же заниматься тренировкой внимания, развитием мелкой моторики, координации движений, звукопроизношением, где нагружаются именно дефицитарные функции, то положительных результатов можно и не дожидаться.

Медицинская часть реабилитационной программы выстраивается индивидуально, в зависимости от особенностей анатомо-физиологических дефектов развития ребенка. Параллельно с медицинской помощью, начинаются развивающие психологические занятия. Они проходят только

индивидуально. Психологическая часть реабилитационной программы заключается в занятиях, направленных на развитие речевого понятийного, зрительно-графического и абстрактного мышления, формирование и укрепление навыка чтения и произвольной функции речи, становление грамотного письма и счетных навыков, образование естественнонаучных представлений об окружающем мире. Занятия проводятся 1 раз в 2 недели, при этом ребенку выдается набор заданий для ежедневной домашней работы. Ребенок работает в рамках программы до нормализации поведения и достижения учебной успешности («твердые четверки» по основным предметам). Реабилитационный психологический курс длится от 3-4 месяцев до 2-х лет (восстановление здоровья зависит от тяжести заболевания, может занимать больше времени). Эффективность реабилитационной технологии доказана 10-летним применением.

За эти годы около 50 детей (треть из них имела инвалидность по неврологическим и психиатрическим показаниям, остальные – просто ЗПР и ОНР) благодаря нашим реабилитационным занятиям не попали в школы 7 и 8 вида, а успешно обучаются в общеобразовательных школах и гимназиях. Одни из первых, благодаря которым создавалась программа: Саша К. учится в 10 классе, а Дима Р. – в 9 классе гимназии. Родители не захотели отдавать своих детей в коррекционные школы, как им было рекомендовано по результатам обследования ПМПК. Через 6 месяцев занятий к Саше не осталось претензий в общеобразовательной школе, а Дима сдал вступительное тестирование и поступил в гимназию.

Более близкий случай: Даня И. по результатам обследования городской ПМПК, с учетом значительных осложнений здоровья и отклонений в развитии, получил направление в интернат 8 вида. Родители не отдали ребенка во вспомогательный интернат, а работали по нашей реабилитационной программе в течение 1 года с последующими консультациями еще в течение 1 года. В настоящее время Даня успешно учится в 4-ом классе гимназии. Наша практика также показывает, что ребенка, который до 6-7 лет не умеет говорить, произносит только отдельные звуки, можно в течение 3-5 месяцев научить читать, т.е. понимать тексты. Далее через чтение мы его учим произношению. Например, Владик Х. поступил к нам в 7 лет с полным отсутствием речи, с инвалидностью по психиатрическим показаниям. В 8 лет он поступил в школу, уже умея хорошо читать, писать под диктовку, но произвольная, спонтанная речь, позволяющая вести диалог, полноценно общаться, появилась у него только во 2-ом классе. Сейчас он обучается в 4-ом общеобразовательном классе.

Из нашей практики следует, что для оптимизации обучения детей с множественными осложнениями в развитии необходимо учитывать следующие их особенности. Такие дети обычно характеризуются повышенной умственной утомляемостью, следовательно, время непрерывной работы не должно превышать 5-7 минут и должно чередоваться 5-

минутными перерывами для восстановления работоспособности. Через 1-1,5 часа им необходим перерыв с прогулкой. Необходима именно спокойная прогулка, а не шумные игры на воздухе. Социальная и эмоциональная активация, веселые шумные игры также приводят к максимальному умственному утомлению и дезорганизации их деятельности. Такие дети могут продуктивно работать только в спокойной обстановке. Игровые, групповые занятия им противопоказаны. Неустойчивость, слабые концентрация и распределение внимания, невозможность планирования и самоконтроля следует компенсировать за счет внешнего контроля и организации деятельности, которые осуществляются педагогами и родителями. Обучение чтению осуществляется только зрительным методом (высоко эффективны кубики Зайцева). Использование программ, применяемых в современной начальной школе (основанных на фонематическом методе), затрудняет формирование навыка чтения и приводит к стойкой дислексии и дисграфией. Дефекты зрительно-моторной координации и неизбежные ошибки при списывании минимизируются ограничением поля внимания и предварительной аналитической работой с материалом. Малые объемные возможности оперативной памяти, внимания, мышления компенсируются посредством использования визуального кодирования и внешних форм фиксации информации. Трудности закрепления информации, т.е. перевода ее из кратковременной памяти в долговременную память, преодолеваются системой пассивного повторения. (Использование традиционных способов заучивания может приводить к умственному утомлению и разрушению даже уже частично выученной информации.) Необходимо также обеспечить ребенку здоровый образ жизни, дополнительные развивающие занятия не рекомендуются, т.к. по мере утомления дети могут впасть в ступор, либо у них нарастает двигательная расторможенность, при этом обучение становится невозможным, а усвоенная ранее информация «стирается». В абсолютном большинстве случаев не рекомендуются занятия спортом, т.к. они приводят к значительным энергозатратам и утомлению, а также увеличивается вероятность травмирования. Восстановление здоровья и нормализация деятельности мозга происходит более успешно в том случае, если начальное обучение осуществляется на дому или в малых учебных группах (5-7 человек).

## **Раздел 9. Профессионально-трудовая ориентация и самореализация лиц с ограниченными возможностями здоровья**

### **Содержание профессионально-трудовой социализации у лиц с ограниченными возможностями здоровья**

*Коваль А.С.  
МГППУ, Москва*

**Ключевые слова:** профессионально–трудовая социализация, лица с ограниченными возможностями, профессиональная ориентация лиц с ограниченными возможностями здоровья

В связи с происходящими в стране радикальными социально-экономическими преобразованиями стали предъявляться повышенные требования к профессиональной готовности работников производственной и обслуживающей сферы. Для того чтобы успешно трудоустроиться, надо выработать у себя такие качества, которые необходимы для реализации своих профессионально-трудовых возможностей.

Это профессиональная мобильность, самостоятельность, социальная активность, коллективизм, способность к реалистическому анализу жизненных событий и явлений, к принятию ответственных решений и их реализации, к выбору сферы деятельности и саморегуляции поведения на рабочем месте. Все эти требования в совокупности составляют основу профессионально-трудовой социализации, но для выпускников специальных (коррекционных) школ с ограниченными возможностями они трудны для выполнения.

А.В. Мудрик, автор известных работ по социализации личности, отмечает, что социализация есть развитие и самореализация человека на протяжении жизни в процессе усвоения и воспроизводства культуры общества. В другом толковании, данном этим же автором, социализация рассматривается как процесс и результат усвоения и активного воспроизводства индивидом социального опыта, осуществляемый в общении и деятельности. Исследователь В.П. Зинченко добавляет к этому, что в процессе социализации человек приобретает убеждения, общественно одобряемые нормы поведения, необходимые ему для нормальной жизни в обществе.[1]

В изданиях последних лет даются комплексные определения понятию «социализация», что вызвано, прежде всего, усложнением самого процесса построения отношений в системе «человек – общество». Мы рассматриваем социализацию как интегрированное единство различных научных трактовок

процесса и результата многосторонних связей человека с миром. В связи с этим дополненное и принятое ими в предлагаемой работе понятие носит развернутый характер и синтезирует в себе различные трактовки явления.

Так, объединение и иерархизация в одном общем понятии различного видения сущности процесса социализации позволяют рассматривать его направленность на формирование базовой установки человека по отношению к современному ему обществу. Социализация – это многогранный процесс установления связей человека с миром (обусловленный как биологическими предпосылками, так и условиями вхождения в социальную среду), который предполагает:

- социальное познание, овладение практическими навыками;
- усвоение социальных ролей, норм, прав и обязанностей;
- активное переустройство окружающего и социального мира;
- изменение и качественное преобразование самого человека.

Придание процессу социализации в реабилитационном центре профессионально-трудовой направленности дает возможность рассматривать его не только как процесс, посредством которого воспитанник приобретает знания, ценности, социальные навыки и вырабатывает социальную чувствительность, которые позволяют ему интегрироваться в общество и вести себя там адаптивно. Социализация как содержание деятельности государственных институтов предполагает взятие государством под свой контроль, ради пользы всех членов общества, деятельности ответственных лиц, осуществляющих процесс приобщения нового поколения к нормам и социальным ролям.

Соответствующие результаты любого из вышеупомянутых процессов также могут называться социализацией.

Перед тем, как затронуть термин профессионально-трудовая социализация, нужно раскрыть проблему профессиональной ориентации лиц с ОВЗ.

В Положении о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации, утвержденном постановлением Министерства труда и социального развития Российской Федерации 27.09.96 № 1, дается определение профессиональной ориентации как обобщенного понятия «одного из компонентов общечеловеческой культуры, проявляющегося в форме заботы общества о профессиональном становлении подрастающего поколения, поддержки и развития природных дарований, а также проведения комплекса специальных мер содействия человеку в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости с учетом его потребностей и возможностей, социально-экономической ситуации на рынке труда».

Профессиональная ориентация играет существенную роль в повышении качества трудового потенциала страны, а уровень ее развития,

как отмечает Н.С. Пряжников, является одним из показателей реальной свободы профессионального выбора.

Ведущие отечественные специалисты в области профессиональной ориентации подчеркивают объемность, системность данного понятия, указывая на «профориентационность» современного западного общества, ориентирующего ребенка с самого рождения на жизненный успех, на успешную карьеру, рассматривая ее как широкий, выходящий за рамки только педагогики и психологии, комплекс мер по оказанию помощи в выборе профессии, адекватной возможностям индивида и соответствующей потребностям общества.

Особое значение профессиональный труд, отвечающий возможностям и запросам личности и государства, имеет для лиц с ограниченными возможностями здоровья. Для данной категории граждан трудовая деятельность служит одним из средств реабилитации, способствует накоплению социального опыта. Как показывает российский и зарубежный опыт, трудоустройство является основным фактором успешной интеграции инвалидов в общество. Соответственно, для данной категории граждан профессиональная ориентация, призванная максимально содействовать адекватному профессиональному выбору, эффективному трудоустройству и самореализации в жизни, играет чрезвычайно важную роль.[2]

Роль и значение профессиональной ориентации в современном обществе, в том числе и для такой категории граждан, как лица с ограниченными возможностями здоровья, подчеркиваются рядом международных нормативных документов, принятыми в разное время Организацией Объединенных Наций (ООН), Международной организацией труда (МОТ), Европейским Советом:

- Конвенция о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов. Конвенция 159. Введена с 20 июня 1985 г.;
- Европейская социальная хартия. Принята Советом Европы 18 октября 1961 г.;
- Конвенция о правах инвалидов. Принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 г.;
- Последовательная политика реабилитации инвалидов. Рекомендация № R (92) 6, принятая Комитетом Министров Совета Европы 9 апреля 1992 г.;
- О профессиональной реабилитации и занятости инвалидов. Рекомендация МОТ № 168 от 20 июня 1983 г. [2]

Профессионально-трудовая социализация, в нашей трактовке представляет собой совокупность педагогических средств, направленных на формирование:

- качества получаемой общеобразовательной подготовки, которое исследуется в ходе системного образовательного мониторинга,

позволяющего оперативно получать данные и осуществлять корректировку способов обретения учебных, социальных, правовых, профессиональных и здоровьесберегающих знаний, умений, навыков;

- готовности к осознанному профессиональному выбору с учетом своих способностей и возможностей (что достигается благодаря системной профориентационной работе), а также возможностей местно производственной сферы, определяющей запросы на рынке труда;
- широкого поля занятий в сфере будущей профессиональной деятельности благодаря привлечению возможностей дополнительного образования трудовой и эстетико-художественной направленности;
- целостного представления о профессиональном труде, успешность которого зависит от степени интеграции знаний производства и деловой коммуникации, содержания профессии и опыта социального взаимодействия в трудовом коллективе.

Профессионально-трудовая социализация выражается в определенном уровне овладения профессиональными навыками и умениями, в формировании необходимых качеств личности, в развитии положительного отношения работника к своей будущей профессии, в приобретении навыков профессионального мастерства, необходимых для выполнения трудовых обязанностей. [3]

Сложность осуществления процесса социализации для граждан с ограниченными возможностями состоит в том, что, достигнув возрастного этапа взрослости и не реализовав к этому времени в полной мере задач адаптации и индивидуализации, они вынуждены решать их как сложный комплекс проблем, отягощенный как нарушениями собственного здоровья, так и требованиями со стороны работодателей.

В тех случаях, когда особенности конкретной личности не находят признания и применения, как это бывает с соискателями на рабочие места, имеющими ограниченные возможности для трудоустройства, возможны три вида последствий. Первый связан с фиксацией на своей непохожести, со строгим требованием к окружающим считаться с ней как с неизменной данностью. В итоге такая позиция личности приводит ее к отчуждению от других людей, противопоставлению себя им через доминирование и вербальную агрессию. Второй вид последствий менее неблагоприятен. Понимая, что требование особого внимания к себе не является правомерным, человек демонстрирует конформное поведение: внешне соглашается с обстоятельствами (например, снижает уровень своих профессиональных притязаний) при внутренней оппозиции (обиде, переживании социальной несправедливости). Третий вид последствий – тот, на который должна быть направлена деятельность специалистов реабилитационных центров по повышению профессионального уровня претендентов на рабочие места

Процесс профессионально-трудовой социализации воспитанников с ограниченными возможностями имеет свои неоспоримые преимущества.

Прежде всего, в процессе специального обучения совершенствуется познавательная деятельность. Молодые люди выполняют простейшие трудовые действия; общаясь в коллективе, кооперируются для их качественного выполнения; сотрудничая со сверстниками и воспитателями, они развивают свои профессиональные умения. В процессе занятий в реабилитационном центре дифференцируется восприятие социальных проблем и явлений действительности, развиваются наблюдательность и произвольное внимание, появляется интерес к познанию окружающего мира. В ходе учебно-профессиональной работы центра обогащается словарь воспитанников, развивается связная речь и мыслительные операции, корректируется поведение, проявляются намерения к осуществлению взрослой трудовой жизни. Серьезность работы обеспечивается в том числе тем, что молодые люди с ограниченными возможностями стоят перед необходимостью решать задачи на профессиональное и жизненное самоопределение наравне со здоровыми сверстниками, и от этой ситуации никуда не деться.

**Основные педагогические задачи** работников реабилитационного центра по реализации приоритетов профессионально-трудовой социализации воспитанников с ограниченными возможностями здоровья состоят в:

- **системной диагностике** профессионально-трудовых возможностей воспитанников с целью выявления типичных и индивидуальных особенностей и разработки программ сопровождения процесса получения трудовых умений и опыта;

- **учете психофизиологических особенностей** воспитанников при планировании учебно-воспитательного процесса и профессионально-трудовой нагрузки;

- **корректировке учебных программ для микрогрупп** воспитанников с однородными особенностями и поддержании ситуации положительной мотивации учебно-профессиональной активности;

- **предупреждении сложностей трудоустройства** путем организованной работы с социальным окружением по привлечению внимания к нуждам людей с ограниченными возможностями и соблюдению трудового и других законодательств в отношении них.[3]

Комплексное решение практических задач профессионально-трудовой социализации становится возможным, если их выполнение происходит в рамках теоретически обоснованной модели социализации.

#### *Список литературы*

1. Дубровская Т.А., Воронцова М.В., Кукушин В.С. Адаптация и реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: учеб. пособие. – М.: Изд-во РГСУ, 2012. – 364 с.

2. Профессиональная ориентация, профессиональная подготовка и трудоустройство при умственной отсталости: метод. пособие / под. ред. Е.М. Старобиной. – М.: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2013. – 304 с.

3. Профессионально – трудовая социализация молодёжи (с ограниченными возможностями здоровья): учебно – методическое пособие / О.А. Алёнкина, Т.В. Черникова; под. ред. Т.В. Черниковой. – М.: Издательство «Глобус», 2009. – 153 с. – (Воспитательная работа).

### **Разработка диагностической системы в профориентации как условие развития карьеры лиц, имеющих ограниченные возможности здоровья**

*Нестерова А.А.  
РГСУ, Москва*

**Ключевые слова:** профдиагностика, профориентационная работа, профконсультирование, развитие карьеры, лица с ограниченными возможностями здоровья, диагностическая система.

Задачи интеграции в общество людей с ограниченными возможностями актуализируют проблему их полноценной социализации, в том числе и на рынке труда. На современном рынке труда конкурентоспособными являются только достаточно мобильные, адаптивные, профессионально ориентированные кадры. В связи с этим возрастает роль профессиональной ориентации и психологической поддержки всех категорий населения, как основных форм социального регулирования, способствующих адаптации человека к перспективе профессионального самоопределения и выбора профессии. В этой связи возрастает внимание к проблеме профконсультирования лиц, имеющих ограничения в показателях здоровья.

Вместе с тем, на сегодняшний день практически полностью отсутствуют научно обоснованные и апробированные методы профориентации людей, прежде всего молодежи, с ограниченными возможностями здоровья. Необходимо разработать диагностическую систему профориентации, уникальность которой заключалась бы в том, чтобы она осуществляла дифференцированный подход к профдиагностике людей с различными видами ограничений здоровья, реализовывала принцип инклюзивной культуры в процессе профконсультирования, обеспечивала бы свободный доступ к самостоятельной диагностике лицами с ОВЗ своих профессиональных ориентаций посредством современных информационных технологий. Такой подход до сих пор не был реализован в Российской Федерации.

К сожалению, стоит отметить, что на сегодняшний день любая диагностическая методика является уникальной, если она адаптирована к

людям с ограниченными возможностями. Практически нет психологических методик, тестов, диагностических систем, которые бы были применимы к людям с ограниченными возможностями, модифицированы под их потребности и особенности.

В процессе решения проблемы сознательного выбора профессии лицами с ОВЗ, необходимо иметь в виду необходимость разработки инновационного комплексного подхода к профориентационной работе, одним из важнейших аспектов которого является подбор и модификация диагностического инструментария с учетом индивидуальных особенностей здоровья.

Уникальность диагностической системы должна заключаться в том, что она могла бы служить реальным эффективным механизмом координации процессов профессиональной подготовки и профессионального самоопределения, например, учащихся с ограниченными возможностями здоровья.

Работа – неотъемлемая часть нашей жизни. Стоит отметить, что рабочее время занимает как минимум половину общего времени бодрствования взрослого человека в течение суток. Взрослые люди часто идентифицируют себя с работой, которую выполняют, отождествляют себя со своей профессией. Также многие исследования показывают, что работа дает людям ощущение благополучия, осмысленности жизни, повышает самоуважение и, в целом, улучшает качество жизни. Отсутствие же работы, наоборот, может повергнуть человека в глубокую депрессию, понизить самооценку и даже оказать пагубное влияние на показатели психического и физического здоровья [1].

Но при этом обдуманно выбирать рабочее место, планировать свою карьеру, определять свой профессиональный путь – дело очень сложное, требующее учета множества внешних и внутренних факторов. Практика показывает, что даже люди, обладающие высокой квалификацией, не всегда способны грамотно и четко спланировать свою карьеру. Особенно это касается молодых специалистов. По результатам мониторингов, проведенных во многих странах, можно сделать вывод, что, как правило, более 60% людей никогда не задумывались в юношеские годы о своем профессиональном пути, не планировали свою карьеру и не имели опыта профориентационного консультирования. Исследования, проведенные в России, также выявляют, что большинство людей нашли работу «по знакомству», в результате «случайного стечения обстоятельств» или по принципу «доступности» (территориальной, социальной и пр.) [1; 2]. И та же статистика неумолимо утверждает, что, к сожалению, всего половина из числа опрошенных респондентов удовлетворена выбранной работой.

Действительно, в 16 лет очень трудно самостоятельно, полагаясь только на собственный опыт и интуицию, спланировать свою профессиональную судьбу, и здесь хочется отметить огромную роль

профориентационных служб, которые должны оказывать помощь молодым людям в построении карьеры еще на этапе их взросления. В связи с этим хочется отметить огромную значимость профессиональной ориентации молодежи, студентов и школьников, которая должна осуществляться еще в момент обучения ребенка в школах, средне-специальных и высших учебных заведениях. Наибольшую актуальность профориентационное консультирование приобретает при подготовке к взрослой жизни учащихся с особыми нуждами.

По сравнению со своими здоровыми сверстниками, учащиеся с ограниченными возможностями здоровья, с еще большей вероятностью могут оказаться в числе безработных, в числе работников с низкой оплатой труда, и в числе тех, кто не удовлетворен своей работой. Учебные заведения способны оказать квалифицированную помощь ребенку в процессе профессионального самоопределения, выявить их ресурсы и умения, поддержать в активном планировании собственной карьеры еще задолго до этапа выхода на трудовой рынок [2].

Немаловажным фактором в доминирующей в обществе теории профориентации и развития карьеры является соотношение интересов этого самого общества и интересов человека, который стоит перед дилеммой самоопределения. Многие страны по этому вопросу расходятся во мнениях. Одни страны, такие, как Голландия, Франция первостепенными в процессе карьерного развития и самоопределения считают интересы и потребности отдельной личности, а другие страны, например, Германия, Япония, во главу угла ставят интересы государства и в большей мере концентрируются на результате профориентации, оценивая степень его полезности для общества.

Буквально последние десять лет среди западных специалистов актуализировалась задача сделать консультирование по проблемам карьеры более чувствительным к запросам каждого отдельного человека, в зависимости от его культурных особенностей и опыта. Сейчас специалисты по профконсультированию в большей мере обращены к проблемам каждого конкретного клиента, его нуждам, особенностям, потребностям. И уже именно в каждом конкретном случае подстраивают и соотносят эти индивидуальные интересы с интересами общества.

Вопрос о том, нужна ли специальная программа профориентационной диагностики для людей с особыми нуждами, весьма рискован: ведь уточнение специфики может стать источником дискриминации, выработки технологии, основанной на стигматизации людей с инвалидностью. Как выстроить программу диагностики так, чтобы она учитывала особенности, но не принижала и не ставила профориентируемого с самого начала в позицию «иног» клиента?

Современная профориентация располагает достаточными ресурсами для того, чтобы решить эту проблему: разнообразием подходов, которые отошли от первичного жесткого увязывания требований профессии и

способностей; преобразованием значения понятия «карьера» и введением нового концепта «безбарьерная карьера»; применением подходов, которые составляют основу инклюзивного образования, к развитию профессиональной подготовки [3].

Можно говорить о двусторонней связи между расширением методологических и теоретических основ профориентации и интенсификацией проблемы трудоустройства людей с особыми нуждами. Это не только люди с ограниченными возможностями здоровья, но и мигранты, длительно не работавшие женщины, люди, уволенные в результате реорганизации учреждений и другие категории, которые оказались на сегодняшний день более уязвимыми на рынке труда. С одной стороны, именно проблемы этих категорий обусловили развитие новых подходов, но и новые подходы активизировали новую волну разработок в профориентации в целом. Возможность разработки эффективной системы профориентации для людей с ограниченными возможностями здоровья зависит от модернизации системы профориентации в целом.

#### *Список литературы*

1. Нестерова А.А. Мотивация к работе в структуре жизнеспособности личности безработной молодежи // Вестник Тверского государственного университета. Серия «Педагогика и психология» . – 2011. –Выпуск 3 (№16). – С.64-75.
2. Психосоциальные проблемы трудоустройства молодежи в России: особенности и пути решения: коллективная монография / Под редакцией Г.И. Ефремовой, М.А. Ковалевой. – М.: Изд-во РГСУ, 2009.
3. Шмидт В.Р. Карьера: от простого к сложному // Вестник психологии образования. – 2008. – 3(16). – С.57-62.

### **Психолого-педагогическое сопровождение профессионального самоопределения детей с ограниченными возможностями здоровья**

***Фролова С.В.***

*РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва*

**Ключевые слова:** психолого-педагогическое сопровождение, профессиональное самоопределение, дети с ограниченными возможностями здоровья.

В научной литературе под психолого-педагогическим сопровождением понимается деятельность по оказанию помощи ребенку в личностном самоопределении, самодвижении и саморазвитии и предоставление ему возможности для реализации и творчества (М.Р. Битянова) [1]. Научная

проблема психолого-педагогического сопровождения интегрированного обучения детей с ограниченными возможностями состоит в снятии противоречия взаимодействия процессов социализации и индивидуализации личности в образовании. Психолого-педагогическое сопровождение рассматривается как оказание помощи ребенку с ограниченными возможностями в личном и профессиональном самоопределении и самодвижении в процесс школьного образования, фасилитации процессов саморазвития каждого ребенка и предоставления возможности для реализации его активности и творчества.

Современная система образования в последнее время подвергается острой критике со стороны психиатров, психотерапевтов, дефектологов, психологов за отсутствие в учебных планах образовательных учреждений такого учебного предмета, который готовил бы молодого человека к жизни самым непосредственным образом, давая знания, которые помогали бы ему ориентироваться в своей собственной судьбе, не оставаться беспомощным в планировании и осуществлении деловой карьеры и личной жизни, научили разбираться в себе и окружающем, беречь и сохранять свое физическое и психологическое здоровье. Особенно это касается детей с ограниченными возможностями.

В настоящее время, выбор будущей профессии, профессиональное самоопределение учащихся происходит в условиях нестабильной ситуации в российской и мировой экономике. Нестабильность и неопределенность жизни, неясность перспектив социального развития общества, материальные трудности ведут к тому, что многие молодые люди с тревогой и опасением смотрят в завтрашний день, не могут самостоятельно принять решение по поводу своего будущего, сделать самостоятельный профессиональный выбор. В связи с этим, проблема профессионального самоопределения обычных школьников, психолого-педагогического сопровождения в процессе формирования адекватного выбора профессионального пути с учетом их способностей и интересов, а также потребностей общества становится в настоящее время особо актуальной. Но особенно актуальной она является для детей с ограниченными возможностями здоровья.

В образовательных организациях Российской Федерации все большее распространение получает инклюзивное обучение и воспитание детей с различными образовательными возможностями как современная альтернатива традиционному разделению массовой и специальной педагогических систем. Сам инклюзивный подход призван не только дать образовательные результаты, но и способствовать социализации, т.е. нормализовать отношения в детском коллективе посредством обогащения социального опыта, как здоровых детей, так и детей с ограниченными возможностями и принести тем самым преимущества социальному, нравственному и когнитивному развитию каждого ребенка, формируя такие нравственные качества как терпимость, отзывчивость, толерантность [4].

В связи с этим, у педагогов и психологов появилась необходимость формирования новых представлений и профессиональных компетенций, позволяющих строить отношения в учебном процессе с детьми таким образом, что бы каждый ребенок имел возможности самореализации.

Психолого-педагогическое сопровождение формирования профессионального самоопределения детей с ОВЗ должно включать в себя организацию всестороннего изучения индивидуальных, личностных и профессиональных особенностей учащихся, их интересов и склонностей (М.Р. Гинзбург, И.В. Дубровина, Т.В. Черникова) [1; 2].

В современных социально-экономических и культурно-исторических условиях требуется разработка комплексной модели (программы) психолого-педагогического сопровождения, которая, с одной стороны, должна интегрировать различные направления работы, а с другой стороны, – включить в модель сопровождения учащихся с ОВЗ, их родителей и педагогов. Данная программа должна обеспечить формирование способности к сознательному, самостоятельному и ответственному выбору профессии. Предметом внимания при этом должна стать способность к проектированию собственного жизненного пути. Данным критериям отвечает разработанная нами программа психолого-педагогического сопровождения формирования оптимального профессионального самоопределения «Моё будущее – мой выбор» для учащихся 9-10 классов инклюзивной школы.

Анализ результатов, полученных при исследовании особенностей протекания процесса профессионального самоопределения, показал, что на момент окончания общеобразовательного учреждения большинство старшеклассников с ОВЗ считает, зачастую предвосхищая события и недооценивая свои возможности, что желаемый профессиональный выбор уже совершился. При этом лишь треть из них продемонстрировала осознанное представление о возможных предстоящих трудностях, «внешних» и «внутренних» препятствиях на пути реализации профессиональных планов (29,9 %) и только 24,6 % – готовность к поиску способов их преодоления. У четверти таких выпускников самостоятельный выбор профессии на момент окончания школы не состоялся, у них наблюдались диффузные представления о выборе профессионального пути, что проявилось как у учащихся 9 класса (23 %), так и 11 класса (27 %). Полученные результаты показали необходимость психолого-педагогической помощи учащимся 9-11 классов с ОВЗ в процессе осуществления выбора профессии как со стороны окружающих их значимых людей, так и школьной психологической службы.

Осознанный профессиональный выбор, осуществляемый учащимися старших классов с ограниченными возможностями здоровья, характеризуется неоднозначностью и зависит от «внешних», по отношению к содержанию избираемой профессии, условий и возможности реализации в ней собственных склонностей и способностей. Так, результаты анкетирования

показали, что основное влияние на профессиональный выбор таких старшеклассников оказывают родители (34,3 %), средства массовой информации (29,8 %), в меньшей степени друзья 19,5 % - 15,4 % (9-11 классы). Условия труда в данной сфере значимы для 49,7 %, а территориальная близость выбираемого учебного заведения, удобное его расположение для 39,1 %, 27,4 % и 17,3 % (в 9-10-11 классе соответственно).

Целью экспериментальной работы явилось формирование умения проектировать образ профессионального будущего, осознавать свои профессиональные, учебные и личностные возможности, необходимые для практической реализации выбора, и определять пути профессионального роста с помощью развития рефлексии учащихся 9-10 классов инклюзивной школы.

В результате проведения программы психолого-педагогического сопровождения старшеклассники с ОВЗ стали лучше разбираться в выбранной профессии и специализациях в границах выбранной профессии, считая себя более подготовленными к ней, «внешним» и «внутренним» препятствиям, которые могут возникнуть на их профессиональном пути. Были сформированы умения и навыки преодоления дополнительных трудностей в профессиональном и личностном развитии, а также предложены и осознаны возможные варианты профессий, которые молодые люди могли бы освоить в случае каких-то серьезных затруднений в освоении первоначально выбранной профессии. Старшеклассники научились проектировать образ своего профессионального будущего и осознавать свои профессиональные возможности, получили знания о своих способностях и возможностях в профессиях разных типов, а также предъявляемых требованиях к специалисту на рынке труда. Это позволило им сделать выбор профессии, что отразилось на повышении степени уверенности в правильности сделанного выбора.

Введение инклюзивного образования требует пересмотра принципов психологической работы и поддержки в сторону увеличения субъектности этого процесса. Поэтому, кроме прямого воздействия на учащихся, актуальным является косвенное воздействие за счет организации среды, соответствующей развитию у них личностной, коммуникативной, интеллектуальной и профессиональной компетентности. Следовательно, одной из основных в деятельности школьной психологической службы в этот период становится работа с родителями и педагогами.

Для знакомства с семейными ожиданиями и установками проводится анкетирование родителей, посредством которого происходит актуализация темы профориентации в семье учащегося и формирование общего информационного поля, определение системы ценностей, которыми руководствуются родители при выборе профессии и места работы и определение включенности родителей в процесс профессионального выбора своего ребенка.

При анализе результатов было выяснено, что тема профессионального выбора обсуждалась в 72,3 % семей, участвовавших в программе. Выбирая оптимальное место дальнейшей работы для своих детей, родителей больше всего привлекает: материальная обеспеченность (72,3 %), работа в дружном коллективе (68,4 %), стабильность и планомерность работы (65,3 %), близость к месту жительства (58,8 %).

Одним из основных видов работы с педагогами в системе инклюзивного образования является целевое обучение. На специальном семинаре с учителями обсуждались психологические особенности каждого ребенка с проблемами, специфика их проявления в учебной деятельности и взаимодействии. Для этого в начале учебного года учителя знакомились с психологической картой-профилем класса, составленной к началу обучения в старшей школе. В ней на основе диагностики отражены особенности личностного и познавательного развития учащихся, позволяющие сформулировать основные задачи на период обучения в старшей школе.

Конечным результатом проведения программы психолого-педагогического сопровождения формирования оптимального профессионального самоопределения стало осознание детьми с ОВЗ, что решение принято ими самостоятельно с учетом различных факторов, что является необходимым итогом деятельности профессионального самоопределения субъекта.

#### *Список литературы*

1. Битянова, М.Р. Организация психологической работы в школе [Текст]. – М.: Совершенство, 1998. – 298 с.
2. Гинзбург, М.Р. Психологическое содержание личностного самоопределения [Текст] / М.Р. Гинзбург // Вопросы психологии. – 1994. – №3. – С. 43-52.
3. Дубровина, И.В. Школьная психологическая служба: вопросы теории и практики [Текст]. – М.: Педагогика, 1991. – 232 с.
4. Жаворонков, Р.Н. Реализация права детей-инвалидов на образование (европейская практика и российский опыт) [Текст] / Р.Н. Жаворонков // Человек и труд. – 2005. – №9. – С. 22-28.

ББК 88.48

А 43

А 43 Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Материалы II международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» 12-13 декабря 2013 года / под. ред. А.М.Щербаковой. – Москва, 2013. – Электронное издание.

ISBN: 978-5-94051-152-0

Редакторы-составители: А.М.Щербакова, А.В.Шехорина, А.И.Федорова

Подготовка к печати: А.В.Шехорина

Дизайн обложки: О.Н.Гудилина, А.И.Колесников

Верстка: А.В.Шехорина

Научно-практический центр «Ресурсный центр психологической реабилитации» оказывает информационную, методическую и консультативную помощь людям с ограниченными возможностями здоровья и специалистам, работающим в сфере психологической реабилитации

### Контактная информация

Сайт: [www.psy-rehab.ru](http://www.psy-rehab.ru)

E-mail: [psy-rehab@yandex.ru](mailto:psy-rehab@yandex.ru)

Телефон: 8(499)244-07-04

Адрес:

Москва, Шелепихинская наб., д. 2а, корп.3,  
комн. 406,406а