

**Министерство образования Республики Коми
ГОУДПО «Коми республиканский институт развития образования»
«Коми республиканский институт развития образования»
Центр развития профессионального образования**

**Комплексная реабилитация обучающихся с инвалидностью в
образовательных организациях профессионального и высшего
образования**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**для общеобразовательных и
профессиональных образовательных организаций**

**Серия «Педагогическое сопровождение детей с инвалидностью и
ограниченными возможностями здоровья»**

Сыктывкар, 2014

Составитель: *Дубленикова И.В., методист* Центра развития профессионального образования ГОУДПО «Коми республиканский институт развития образования»

Рецензент: *Уланова С.А., директор* ГУ РК «Республиканский центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи»

Мжаванадзе Н.Ш., заведующий центром развития профессионального образования ГОУ ДПО «Коми республиканский институт развития образования»

Методические рекомендации для педагогов общеобразовательных и профессиональных образовательных организаций. Серия «Педагогическое сопровождение детей с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья». Адресуются специалистам, занимающимся профессиональной ориентацией обучающихся и абитуриентов, имеющих инвалидность и ОВЗ, профессиональной подготовкой молодых людей с особыми потребностями, направлены на оказание помощи в целенаправленной и планомерной организации профессиональной подготовки, трудоустройства, профессиональной адаптации

Содержание

Введение.....	4
Глава 1. Основные направления концепции развития образования.....	5
1.1. Исключительные дети	12
1.2. Реабилитационный потенциал и медицинская реабилитация.....	18
1.3. Особенности реабилитации детей с ограниченными возможностями.....	22
1.4. Критерии качественного уровня профессиональной реабилитации.....	28
Глава 2. Организация процесса профессиональной подготовки при осуществлении комплексной реабилитации в образовательных организациях профессионального высшего образования.....	31
2.1. Психолого-педагогическое сопровождение.....	36
2.2. Социально-педагогическая реабилитация.....	61
Глава 3. Рациональное трудоустройство и профессиональная производственная адаптация.....	84
3.1. Оценка эффективности комплексной реабилитации.....	88
Основные выводы.....	94
Приложение 1.....	100
Приложение 2.....	103
Приложение 3.....	104
Приложение 4.....	108
Приложение 5.....	110
Приложение 6.....	111
Приложение 7.....	115
Приложение 8.....	117
Приложение 9.....	120
Приложение 10.....	123
Понятийный аппарат.....	138
Список литературы.....	141

Введение

Данные методические рекомендации созданы с целью оказания методической поддержки при проведении мероприятий по организации комплексной реабилитации лиц с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ), их профессиональной ориентации и профессиональной подготовке в образовательных организациях профессионального и высшего образования.

Адресуются специалистам, занимающимся профессиональной ориентацией обучающихся и абитуриентов, имеющих инвалидность и ОВЗ, профессиональной подготовкой молодых людей с особыми потребностями. Руководителям, планирующим создание для лиц данной категории доступной инфраструктуры, комфортного пространства, Педагогам, стремящимся обеспечить содействие в получении обучающимися с инвалидностью и ОВЗ качественного образования. Специалистам, организующим сопровождение профессиональной реабилитации и подготовку данных лиц к профессиональной деятельности, с возможностями последующего трудоустройства и необходимым социальным сопровождением с учетом их личных склонностей и пожеланий.

Методические рекомендации включают вопросы традиционных и современных технологий медицинского, психологического и социального сопровождения профессиональной реабилитации.

Методические рекомендации раскрывают такие понятия как:

- 1) анализ диагностической информации о ребенке и оценке его реабилитационного потенциала;
- 2) прогнозирование и разработка индивидуальных программ реабилитации;
- 4) выбор методик и поиск наиболее эффективной социально-педагогической, психолого-педагогической реабилитации и профессиональной подготовки, трудоустройства и сопровождения карьеры молодых людей с ОВЗ;
- 5) проведение мероприятий по совершенствованию межличностного взаимодействия при обучении студентов с ОВЗ;
- 6) оказание помощи в определении образовательного маршрута;
- 7) качественный характер реализации коррекционно-развивающих и восстановительно-реабилитационных программ;
- 8) проведение мониторинга качества проведенных мероприятий;
- 9) оценка эффективности реабилитационных мероприятий.

Глава 1. Основные направления концепции развития образования

Еще в 1995 г. в Федеральном законе «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» целью государственной политики в отношении инвалидов впервые определено понятие по обеспечению инвалидам равных с другими гражданами возможностей в реализации гражданских, экономических, политических и других прав и свобод, предусмотренных Конституцией РФ. Также данное понятие принято в соответствии с общепризнанными принципами и нормами международного права и международными договорами Российской Федерации. Присоединение России к Конвенции о правах инвалидов, принятой на 61-ой сессии Генеральной Ассамблеи ООН и вступившей в силу на международном уровне в 2008 г., требует особого внимания к вопросам обеспечения для лиц инвалидностью и ОВЗ права на получение качественного общего и профессионального образования как условия их социальной интеграции.

Стратегической задачей Государственной программы является создание в системе образования условий для сохранения и укрепления здоровья, формирование здорового образа жизни обучающихся, оказание необходимой психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Особого внимания требует решение проблем, связанных с достижением лицами с ограниченными возможностями здоровья (далее с ОВЗ) образовательных результатов, необходимых для успешной социализации и профессиональной деятельности.

Как показывает практика, особые образовательные потребности лиц с ОВЗ продолжают сохраняться и на этапе освоения ими профессии или специальности. Поэтому необходимо в образовательных учреждениях профессионального и высшего образования создать специальные образовательные условия, включающие специальные программы и методы обучения, индивидуальные технические средства обучения, среду жизнедеятельности, оказать педагогические, медицинские, социальные и иные услуги, без которых освоение общеобразовательных и профессиональных образовательных программ будет затруднено. Создание средствами образования условий для формирования личной успешности в обществе требует в первую очередь решения вопросов по обеспечению доступности качественного общего и профессионального образования этой социальной группы, которая крайне неоднородна по своему составу, и, как следствие, нуждается в максимальной индивидуализации как форм, методов, средств, а также и содержания обучения и воспитания.

Современные концепции развития образования, признание уникальности и ценности человеческой индивидуальности привели к поиску путей социализации

личности с ОВЗ. Разрабатываются новые педагогические стратегии, направленные на развитие идей гуманизма. Тенденциями последних лет являются совершенствование процессов реабилитации детей, имеющих инвалидность и ОВЗ. Ведущим направлением модернизации системы образования для лиц с инвалидностью и ОВЗ в РФ становится ее сближение с системой реабилитации инвалидов. Именно с ними связана появившаяся в науке потребность в разработке теоретических моделей, отражающих содержание и комплекс мер по действенной помощи детям с инвалидностью и ОВЗ в условиях конкретного регионального межведомственного комплекса.

Термин «реабилитация» происходит от позднелатинского *rehabilitatio* (*re* - вновь, снова, *habilitas* - удобный, приспособленный) и обозначает восстановление способности, годности. В медицине - комплекс медицинских, психологических, педагогических, профессиональных и юридических мер по восстановлению автономности, трудоспособности и здоровья лиц с ограниченными физическими и психическими возможностями в результате перенесённых (реабилитация) или врожденных (абилитация) заболеваний, а также в результате травм. По заключению Комитета экспертов ВОЗ по медицинской реабилитации (1970), это понятие определяется как «комбинированное и координированное использование медицинских и социальных мер, обучения и профессиональной подготовки или переподготовки, имеющее целью обеспечить больному наиболее высокий возможный для него уровень функциональной активности» (10).

Сегодня создаются условия для получения лицами с ОВЗ профессионального образования любого уровня в государственных образовательных учреждениях в соответствии с федеральным законодательством, законами и иными нормативными правовыми актами, которые выражены:

- 1) в бесплатном обследовании психолого - медико - педагогической комиссией;
- 2) в бесплатной медико - психолого - педагогической коррекции физического и (или) психического недостатков с момента их обнаружения, независимо от степени их выраженности в соответствии с заключением психолого - медико - педагогической комиссии;
- 3) в бесплатном обучении по образовательным программам среднего профессионального образования обучающихся с инвалидностью и ОВЗ;
- 4) в осуществлении образовательной организацией обучения по образовательным программам среднего профессионального с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся;

- 5) в создании специальных условий в образовательных организациях для обучающихся с инвалидностью и ОВЗ при получении среднего профессионального образования;
- 6) профессиональное образование обучающихся с инвалидностью и ОВЗ, может быть организовано совместно с другими обучающимися;
- 7) профессиональное образование обучающихся с инвалидностью и ОВЗ может быть организовано в отдельных классах, группах;
- 8) профессиональное образование обучающихся с инвалидностью и ОВЗ, может быть организовано в отдельных образовательных организациях;
- 9) численность обучающихся с ОВЗ в учебной группе устанавливается до 15 человек.

Оценить реальную потребность молодых людей с инвалидностью и ОВЗ в профессиональном образовании достаточно трудно. Мы можем назвать несколько причин, но сначала выделим основную из них – здоровье:

- так, например, часть молодежи с инвалидностью в силу тяжести недуга не смогут быть профессионально заняты, их потребность в профессиональном образовании, в таком случае, трансформирована в потребность овладения трудовыми навыками и навыками самообслуживания;
- для другой части - состояние здоровья накладывает существенные ограничения на выбор сферы трудовой деятельности и, следовательно, профессии, а также и уровня их профессионального образования;
- меньшая часть молодежи, имеющей инвалидность, при создании необходимых и достаточных условий, может и должна получить любое не противопоказанное для их здоровья профессиональное или высшее образование в соответствии со своими способностями.

Но в некоторых случаях возникает проблема, состоящая в том, что четких границ между этими группами нет. И случаи преодоления ограничительных решений, поставленных в БМСЭ исходя из субъективных оценок экспертов, не являются единичными. Проблема обучения детей с ОВЗ становится актуальной в связи со значительным увеличением численности данной группы в обществе с одной стороны, а с другой, появляющимися новыми возможностями для их адаптации в обществе. Как считает профессор И.В. Соколова, к лицам с ОВЗ в социальном смысле следует относить не только инвалидов, но и лиц с физическими недостатками, не являющихся инвалидами, испытывающих различного рода физические ограничения (25).

Органами государственной власти регионального уровня предпринимаются шаги для внедрения успешных практик образования лиц с ОВЗ.

Существующие достижения и результаты по пониманию и выстраиванию модели профессионального и высшего образования для лиц с ОВЗ, из-за многообразия форм ограничения здоровья приводит к тому, что каждый раз, создав конкретную эффективную и работающую структурную модель для студентов с ОВЗ, приходится выстраивать все заново.

Процесс создания необходимых условий для успешной интеграции молодёжи с ОВЗ в образовательную систему профессионального и высшего образования требует и научной обоснованности, и учёта характера различных нозологий, и иерархичности, а также координированности организационной деятельности субъектов, системности подхода при выявлении и постановке проблем и ряда других факторов (20).

При организациях профессионального образования (ОПО) и высшего образования (ОВО) успешно создаются Центры реабилитации лиц с инвалидностью. Они включают в себя не только собственно реабилитационные подструктуры — отделение медицинской диагностики и коррекции и отделение профессиональной реабилитации, адаптации и рационального трудоустройства, но вовлекают в орбиту своей деятельности другие учреждения образования: дошкольного и общего образования.

В связи свыше сказанным, серьезно возрастает нагрузка на ОПО, которым предстоит обеспечить реализацию права на качественное профессиональное образование для большого количества лиц с инвалидностью и ОВЗ, чтобы обеспечить допрофессиональную подготовку и профориентацию. А в учреждениях, ведущих обучение лиц с ОВЗ, в том числе и инвалидов в условиях образовательной интеграции, организовать функционирующие отделения профессиональной реабилитации, а также социальной и медицинской реабилитации – комплексной реабилитации лиц данной категории.

Существует практика по созданию социально-реабилитационной инфраструктуры для инвалидов в ОВО, например, в Московском государственном техническом университете им. Н.Э.Баумана, заложившем в России в 1934 г. традиции интегрированного инженерного образования инвалидов по слуху, с 1997 г. функционирует Головной учебно-исследовательский центр профессиональной реабилитации. Центром осуществляется реабилитационное сопровождение профессионально-образовательной деятельности глухих и слабослышащих студентов и его научно-методическое, кадровое и организационно-нормативное обеспечение. Интегрированное образование занимает лидирующие позиции в стране (18).

В Российском государственном педагогическом университете им. А.И.Герцена реабилитационная поддержка профессионального образования студентов из числа лиц с

ОВЗ опирается — в институциональном, кадровом и технологическом отношении — прежде всего на ресурсы факультета коррекционной педагогики, являющегося в России одним из крупнейших и старейших учебно-научных центров в области образования лиц с ограниченными возможностями и имеющего в своем составе единственную в стране кафедру тифлопедагогики.

На базе факультета создан функционирующий в масштабах всего университета Ресурсный центр для инвалидов, включающий в себя специализированный учебный модуль и комплекс для обеспечения дистанционного образования студентов с ОВЗ. Это оборудование включает в себя специализированный радио-класс для инвалидов по слуху, программно-методический комплекс для многофункциональной лекционной аудитории, мультимедийные компьютеры специальной конфигурации для мониторинга, коррекции и реабилитации студентов-инвалидов по слуху. Наряду с этим ряд учебных аудиторий оборудован компьютерной техникой, оснащенной программами синтеза речи, брайлевскими дисплеями, причем эти компьютеры объединены в локальную сеть и имеют скоростной выход в Интернет, что, в частности, позволяет незрячим студентам пользоваться электронным фондом и электронным каталогом Фундаментальной библиотеки университета. При этом если, например, Московский государственный технический университет им. Н. Э. Баумана и Московский педагогический государственный университет специализируются преимущественно на обучении инвалидов по слуху, то, в частности, Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена широко реализует интегрированное профессиональное образование инвалидов разных категорий. Опыт обучения инвалидов по зрению и инвалидов по слуху насчитывает уже несколько десятилетий, и 90-е гг. XX в. ознаменовались для Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена как становление практики обучения инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата (19).

Развитую реабилитационно-образовательную инфраструктуру для инвалидов имеют также Челябинский государственный университет, Томский политехнический институт, Владимирский государственный технический университет, Московский государственный медико-стоматологический университет, где создана кафедра ЮНЕСКО, на базе которой инвалиды имеют возможность получить соответствующую их потребностям специальность, и др. (22).

В Ухтинский государственный технический университет ежегодно поступают на учебу студенты с инвалидностью. В университете работают и сотрудники, имеющие инвалидность. С 2011 года в сфере деятельности университета появилось направление:

«Развитие доступной среды». С этого момента создаются условия для лиц, с ограниченными возможностями. Один из учебных корпусов полностью оборудован для лиц с нарушением опорно-двигательного аппарата: построены пандусы, территория оборудована специальной парковкой, запущен грузовой лифт.

С целью создания доступной среды для студентов с ОВЗ в университете появилось и волонтерское движение «Богатырь». При необходимости волонтеры помогают преодолевать барьеры студентам, оказывают курьерские, тьюторские услуги. В УГТУ проводятся различные мероприятия, направленные на привлечение внимания общественности к проблемам людей с инвалидностью: круглые столы, презентации, лекции по пониманию инвалидности среди студентов и учащихся образовательных школ, акции, направленные на защиту прав инвалидов. Отдел социальной защиты студентов (ОСЗС) занимается сопровождением студентов с инвалидностью на протяжении всего учебного процесса: с момента поступления и до конца обучения.

Сопровождение студентов, имеющих инвалидность, заключается в следующем:

- защита прав студентов с инвалидностью в получении образования;
- выявление образовательных потребностей студентов с ОВЗ (ограниченными возможностями здоровья);
- оказание социальной (материальной) поддержки;
- содействие в создании безбарьерной среды в университетском комплексе для людей с ОВЗ;
- психологическое сопровождение студентов с ОВЗ;
- первоочередное выделение путевок в профилакторий «Планета-университет»;
- индивидуальная работа с каждым студентом: помощь в трудной жизненной ситуации, консультирование по решению проблем, оказание помощи в обучении, устройство в общежитии, содействие в устройстве на производственную и преддипломную практику, содействие в трудоустройстве и др.

УГТУ награжден дипломом первой степени за победу в конкурсе социальных проектов ПОО (профессиональных образовательных организаций) и ООВО (образовательных организаций высшего образования), проведенным Министерством образования Республики Коми и ГОУ ДПО «Коми республиканский институт развития образования». Проект направлен на создание условий получения лицами с ОВЗ профессионального образования, включая реализацию программ реабилитации в период обучения.

Университет представил проект «Комплексное сопровождение и реабилитация студентов с инвалидностью в системе университетского комплекса УГТУ». Основные

задачи проекта — оснащение строящегося спортивно-оздоровительного комплекса УГТУ специальным оборудованием, обеспечивающим безбарьерную среду лицам с ОВЗ, а также создание условий психолого-педагогической поддержки для социально-культурной и социально-психологической реабилитации данных лиц. Решаемые задачи способствуют развитию инклюзивного высшего образования, организации индивидуально ориентированного процесса обучения, организации многоступенчатой и непрерывной системы профессиональной ориентации, образования и подготовки к профессиональной деятельности, содействуют трудоустройству студентов с ОВЗ.

К настоящему времени сформирована система высшего и профессионального образования лиц с ОВЗ, обеспечивающая реализацию разных по уровню образовательной интеграции моделей организации образовательного процесса, опирающаяся на инфраструктуру реабилитационного сопровождения профессионально-образовательной деятельности инвалидов.

1.1. Исключительные дети

В начале 20 века В.П.Кашенко предложил термин «исключительные дети», подчеркивая их психологическое своеобразие и значительный психологический потенциал, который может реализоваться при правильной коррекционной работе. С 1980-х гг. стали отдавать предпочтение понятию «дети с отклонением развития» так как специальное обучение распространилось и на умеренные нарушения в развитии, хорошо поддающиеся коррекции. Сегодня широко используется понятие «дети с ограниченными возможностями», «дети с особыми нуждами». Различные отклонения в развитии отражаются на особенностях формирования социальных связей детей, их познавательных особенностях и ограничениях в трудовой деятельности.

Детей с отклонением в развитии можно объединить:

- по степени восстановления;
- образовательному уровню;
- профессиональной пригодности.

По степени восстановления. В зависимости от характера нарушения одни нарушения в развитии могут полностью преодолеваются в процессе развития ребенка, другие лишь частично корректироваться, а некоторые только временно компенсироваться.

По образовательному уровню. Одни дети могут овладеть только навыками самообслуживания, другие – элементарными образовательными знаниями, третьи – полным курсом общеобразовательной школы. Одни могут получить профессиональное образование, другие высшее.

По профессиональной пригодности. Одни дети компенсируются в пределах социально-бытовой ориентации, другие – в условиях малоквалифицированной работы, третьи, могут получить профессию квалифицированного рабочего или служащего, другие специалистом с высшим образованием (2).

Инвалидность детей значительно ограничивает их жизнедеятельность, приводит к социальной *депривации* вследствие нарушения их развития и роста, потери контроля над своим поведением, а также способностью к самообслуживанию, передвижению, ориентации, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем.

Отклонения в развитии ребенка характеризуется не только отрицательными признаками, но и своеобразным развитием. Поэтому очень справедливо понятие В.П. Кашенко – «исключительные дети». Часто коррекционный процесс направлен на

вторичные нарушения, а первичные реабилитируются преимущественно медицинскими средствами (2). Поэтому специалисты, занимающиеся реабилитацией с подростками, имеющими ОВЗ, имеют дело с вторичными нарушениями. Представление о «вторичных дефектах» было введено в психологическую практику Л.С.Выготским, отметившим, что специфика развития ребенка может повлиять на его социальную адаптацию, поскольку такой ребенок приобретает особый социальный статус, как в своей семье, так и в отношениях с окружающими его людьми, так как процесс взаимодействия его с социумом может отличаться от процесса взаимодействия детей, не имеющих ограничения здоровья.

Процесс возникновения вторичных нарушений сложный, поскольку на него оказывают влияние качество и степень первичного дефекта, к тому же на своеобразие вторичного дефекта влияет фактор времени возникновения первичного дефекта. Социально-реабилитационная деятельность, условия окружающей среды, специально организованное обучение и воспитание среды также влияют на своеобразие вторичных нарушений. Качественные и количественные характеристики вторичных нарушений во многом определяются спецификой психологических особенностей (3).

Проблемы восстановления потенциальных возможностей детей с ОВЗ, приспособления их к жизни имеют огромную социальную значимость.

В Федеральном законе от 22 августа 2004 г. N 122-ФЗ (ст. 9) и приказе Минздрава РФ от 25 ноября 2003 г. N 567 «О совершенствовании медико-социальной и психологической реабилитации детей-инвалидов и инвалидов с детства» понятие реабилитации инвалидов - система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности (24).

Решением данных проблем ребенка-инвалида является комплекс мер, направленный на восстановление человека в правах, социальном статусе, здоровье, дееспособности, нацеленный на восстановление самой социальной среды, условий жизнедеятельности, нарушенных или ограниченных по каким-либо причинам. Такой подход носит название *комплексной реабилитации*. Его результатом должно стать не только восстановление здоровья, трудоспособности, но и социального статуса личности, ее правового положения, морально-психологического равновесия, уверенности в себе, способности к интеграции в общество.

Основным направлением концепции развития образования в отношении инвалидов является их комплексная реабилитация.

Комплексная реабилитация включает в себя:

1. медицинскую реабилитацию, состоящую из компенсационных мероприятий по восстановлению нарушенных функциональных способностей человека;
2. психологическую реабилитацию, включающую психологические, психолого-педагогические, социальные мероприятия, направленные на восстановление, коррекцию или компенсацию нарушенных психических функций, состояний, личностного и социального статуса, получивших психическую травму;
3. профессиональную реабилитацию состоящую из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессионально - производственной адаптации и трудоустройства;
4. социальную реабилитацию, включающую социально - средовую ориентацию, социокультурную реабилитацию и социально - бытовую адаптацию;
5. физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Ограничение жизнедеятельности.

Определение понятия, классификация

Под ограничением жизнедеятельности понимается полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать свое поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

Таким образом, к основным категориям жизнедеятельности человека относятся:

- способность к самообслуживанию;
- способность к самостоятельному передвижению;
- способность к ориентации;
- способность к общению;
- способность контролировать свое поведение;
- способность к обучению;
- способность к трудовой деятельности.

Выделяются 3 степени выраженности, характеризующие ограничения основных категорий жизнедеятельности человека:

а) *способность к самообслуживанию* - способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены:

1 степень — способность к самообслуживанию при более длительной затрате времени, дробности его выполнения, сокращении объема, с использованием при необходимости

вспомогательных технических средств;

2 степень — способность к самообслуживанию с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень — неспособность к самообслуживанию, нуждаемость в постоянной посторонней помощи и полная зависимость от других лиц;

б) *способность к самостоятельному передвижению* - способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое и перемене положения тела, пользоваться общественным транспортом:

1 степень – способность к самостоятельному передвижению при более длительной затрате времени, дробности выполнения и сокращении расстояния с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

2 степень – способность к самостоятельному передвижению с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень – неспособность к самостоятельному передвижению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

в) *способность к ориентации* - способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, способность к определению времени и места нахождения:

1 степень - способность к ориентации только в привычной ситуации самостоятельно и (или) с помощью вспомогательных технических средств;

2 степень - способность к ориентации с регулярной частичной помощью других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к ориентации (dezориентация) и нуждаемость в постоянной помощи и (или) надзоре других лиц;

г) *способность к общению* - способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации:

1 степень - способность к общению со снижением темпа и объема получения и передачи информации; использование при необходимости вспомогательных технических средств помощи;

2 степень - способность к общению при регулярной частичной помощи других лиц с использованием при необходимости вспомогательных технических средств;

3 степень - неспособность к общению и нуждаемость в постоянной помощи других лиц;

д) *способность контролировать свое поведение* - способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально - этических норм:

1 степень - периодически возникающее ограничение способности контролировать свое поведение в сложных жизненных ситуациях и (или) постоянное затруднение выполнения ролевых функций, затрагивающих отдельные сферы жизни, с возможностью частичной самокоррекции;

2 степень - постоянное снижение критики к своему поведению и окружающей обстановке с возможностью частичной коррекции только при регулярной помощи других лиц;

3 степень - неспособность контролировать свое поведение, невозможность его коррекции, нуждаемость в постоянной помощи (надзоре) других лиц;

е) *способность к обучению* - способность к восприятию, запоминанию, усвоению и воспроизведению знаний (общеобразовательных, профессиональных и др.), овладению навыками и умениями (профессиональными, социальными, культурными, бытовыми):

1 степень - способность к обучению, а также к получению образования определенного уровня в рамках государственных образовательных стандартов в образовательных учреждениях общего назначения с использованием специальных методов обучения, специального режима обучения, с применением при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

2 степень – способность к обучению только в специальных (коррекционных) образовательных учреждениях для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии или на дому по специальным программам с использованием при необходимости вспомогательных технических средств и технологий;

3 степень - неспособность к обучению;

ж) *способность к трудовой деятельности* - способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы:

1 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в обычных условиях труда при снижении квалификации, тяжести, напряженности и (или) уменьшении объема работы, неспособность продолжать работу по основной профессии при сохранении возможности в обычных условиях труда выполнять трудовую деятельность более низкой квалификации;

2 степень - способность к выполнению трудовой деятельности в специально созданных условиях труда с использованием вспомогательных технических средств и (или) с помощью других лиц;

3 степень - неспособность к трудовой деятельности или невозможность (противопоказанность) трудовой деятельности.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяется исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту) биологического развития человека.

Перечисленные ОЖД как социальные последствия нарушения здоровья приводят к необходимости социальной помощи и защиты вследствие социальной недостаточности из-за ограничения физической независимости, ограничения мобильности, ограничения способности заниматься обычной деятельностью, ограничения способности к получению образования, ограничения способности к профессиональной деятельности, ограничения экономической самостоятельности, ограничения способности к интеграции в общество.

Социальная недостаточность.

Определение понятия, виды социальной недостаточности

Ограничения жизнедеятельности как социальные последствия нарушения здоровья приводят к необходимости социальной помощи и защиты вследствие социальной недостаточности. Под социальной недостаточностью в характеристиках здоровья понимается такой недостаток инвалида, вытекающий из нарушения или снижения трудоспособности, при котором человек может лишь ограниченно или не может выполнять обычную для его положения роль в жизни общества (в зависимости от возраста, пола, социального и культурного положения). Социальная недостаточность - это социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи.

Выделяют следующие виды социальной недостаточности:

- социальная недостаточность из-за ограничения физической независимости;
- социальная недостаточность из-за ограничения мобильности;
- социальная недостаточность из-за ограничения способности заниматься обычной деятельностью;
- социальная недостаточность из-за ограничения способности к получению образования;
- социальная недостаточность из-за ограничения способности к профессиональной деятельности;
- социальная недостаточность из-за ограничения к экономической самостоятельности;
- социальная недостаточность из-за ограничения способности к интеграции в общество.

1.2. Реабилитационный потенциал и медицинская реабилитация

Реабилитационный потенциал

Изучение клинико-функциональных данных, социально-бытовых, социально-экономических, профессиональных и эндогенных факторов, а также особенностей оказания медико-социальной помощи является предпосылкой для оценки реабилитационного потенциала и реабилитационного прогноза, поскольку именно эти критерии служат основой при вынесении реабилитационно-экспертного заключения, которое необходимо для разработки индивидуальной программы реабилитации инвалида. Кроме того, реабилитационный потенциал и реабилитационный прогноз, наряду с ограничениями жизнедеятельности и социальной недостаточностью должны применяться при оценке эффективности реабилитационных мероприятий.

Реабилитационный потенциал - это комплекс биологических и психофизиологических характеристик человека, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные возможности. Другими словами, это возможность больного человека при определенных условиях и содействии реабилитационных служб и общества в целом приводить в действие (активизировать) свои биологические и социально-психологические механизмы восстановления нарушенного здоровья, ограничений жизнедеятельности, личностного статуса и положения в обществе.

Реабилитационный потенциал имеет 4 уровня оценки: высокий, удовлетворительный, низкий, отсутствует.

Высокий реабилитационный потенциал предполагает возможность достижения полного восстановления здоровья, всех обычных для инвалида видов деятельности, в том числе способности к трудовой деятельности, и социального положения (полная реабилитация). При данном уровне оценки РП можно ожидать возвращения инвалида к работе в прежней профессии в полном объеме или с ограничениями по заключению клинико-экспертной комиссии лечебно - профилактического учреждения, либо выполнения работы в полном объеме в другой профессии, равноценной ей по квалификации.

Удовлетворительный реабилитационный потенциал отмечается при неполном выздоровлении с остаточными проявлениями в виде выраженного нарушения функций. Выполнение основных видов деятельности возможно в ограниченном объеме или с помощью технических (ТСР) либо иных средств реабилитации, отмечается

частичное восстановление трудоспособности, при сохранении частичного снижения уровня и качества жизни, потребности в социальной помощи и защите (частичная реабилитация – переход из I и II группы инвалидности в III группу инвалидности). При данном уровне РП сохраняется возможность продолжения работы в своей профессии с уменьшением объема работы или снижением классификации, либо выполнения работы в полном объеме в другой профессии, более низкой по квалификации по сравнению с прежней, либо работы в других профессиях с уменьшением объема работы независимо от квалификации.

Низкий реабилитационный потенциал отмечается при медленно прогрессирующем течении заболевания, выраженном нарушении функций, значительных ограничениях жизнедеятельности, включая способность к трудовой деятельности, потребности в постоянной социальной помощи и защите (переход из I группы инвалидности во II). При реализации данного уровня РП возможно возвращение или приспособление инвалида к работе в рамках своей профессии или выполнение другой профессиональной деятельности в специально созданных производственных условиях, на дому.

Отсутствие реабилитационного потенциала наблюдается при прогрессирующем течении заболевания, резко выраженном нарушении функций органов и систем, невозможности компенсации ограничений жизнедеятельности, наличии стойкой частичной или полной утраты трудоспособности, необходимости в постоянном постороннем уходе или надзоре, потребности в постоянной социальной помощи и защите (реабилитация невозможна – стабильная инвалидность или ее утяжеление).

При общей оценке реабилитационного потенциала решающее значение имеет прогностическая оценка возможного исхода реабилитации на уровне социума. Так, восстановление или компенсация нарушенных функций не могут быть достигнуты в полном объеме, но благодаря техническим средствам реабилитации и адаптации к имеющимся ограничениям жизнедеятельности, высокому уровню притязаний, соответствующему психологическому настрою и другим факторам, возможно восстановление или компенсация основных видов жизнедеятельности, прежнего социального положения инвалида или его полноценная интеграция сообществ.

Таким образом, более высокие показатели реабилитации при недостаточном уровне реабилитационного потенциала могут достигаться за счет комплекса факторов: социальных, профессиональных, психологических, технических.

Уточнение реабилитационного потенциала на основе комплексной оценки клинико-функциональных, личностно-психологических, социально-трудовых и бытовых

факторов является необходимой предпосылкой для установления прогноза и правильного построения реабилитационной программы в каждом конкретном случае, а также для адекватной организации реабилитационного процесса.

Практика показывает, что у больных даже с неблагоприятным течением заболевания и выраженными анатомическими и функциональными дефектами имеется определенный потенциал для компенсации последствий болезни, как на биологическом, так и социальном уровнях.

Прогностическая сущность предлагаемого подхода интерпретации инвалидности заключается в необходимости определения потенциала не только инвалида, но и взаимодействующего с ним социума, что может быть представлено в реабилитационном потенциале. Реабилитационно-экспертный диагноз, являющийся наряду с социально-средовым диагнозом составной частью реабилитационного потенциала, позволяет оценить потенциальные возможности индивидуума. Реабилитационный потенциал является моментом для развертывания процесса реабилитации.

Реабилитационный прогноз

Реабилитационный прогноз - предполагаемая вероятность реализации реабилитационного потенциала и предполагаемый уровень интеграции инвалида в общество, т.е. возможный результат реабилитации. Реабилитационный прогноз определяется на основе комплексной оценки внутренних и внешних факторов, которые могут в той или иной степени положительно или отрицательно повлиять на процессы восстановления здоровья (клинический прогноз), трудоспособности (трудовой прогноз), личностного и социального статуса больного или инвалида (социальный прогноз).

Реабилитационный прогноз определяется не только уровнем и содержанием реабилитационного потенциала, но и реальными возможностями применения для его реализации современных реабилитационных технологий, средств и методов.

Предлагаются следующие градации реабилитационного прогноза: благоприятный, относительно благоприятный, сомнительный, неблагоприятный.

Благоприятный реабилитационный прогноз наблюдается при возможности полного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности и полной социальной, в том числе трудовой интеграции инвалида.

Относительно благоприятный реабилитационный прогноз наблюдается при возможности частичного восстановления нарушенных категорий жизнедеятельности, уменьшении степени их ограничения или стабилизации,

расширении способности к социальной интеграции и переходу от полной к частичной социальной поддержки и материальной помощи.

Сомнительный (неопределенный) реабилитационный прогноз - неясный прогноз.

Неблагоприятный реабилитационный прогноз отмечается при невозможности восстановления или компенсации ограничений жизнедеятельности, каких - либо существенных положительных изменений в личном, социальном и социально - средовом статусе инвалида.

Медицинская реабилитация

Реабилитация медицинская направлена на полное или частичное восстановление либо компенсацию утраченных функций. В процессе медицинской реабилитации используют:

- медикаментозное лечение;
- физиотерапию;
- лечебную физкультуру;
- механотерапию;
- трудотерапию;
- санаторно-курортное лечение и т.д.

Основной принцип медицинской реабилитации - возможно раннее включение в комплекс лечебных мероприятий методов восстановительного лечения. Реабилитационные мероприятия начинают проводить по окончании острого периода заболевания, у детей - в возможно раннем возрасте.

Многообразные санаторно-курортные факторы способствуют совершенствованию и закреплению результатов реабилитации. Большую роль в медицинской реабилитации играет соответствующая подготовка и правильное использование среднего медперсонала, работающего в кабинетах и отделениях ЛФК, трудо-, механо-физиотерапии.

Реабилитация медицинская включает следующие мероприятия:

- восстановительная терапия – запись о конкретных видах восстановительной терапии, в которых нуждается инвалид, с указанием формы их проведения (амбулаторно-поликлиническая, стационарная, на дому) делается на основании заключения учреждения МСЭ с учетом рекомендаций лечебно-профилактического учреждения, направившего больного на медико-социальную экспертизу;

- реконструктивная хирургия - запись о конкретных видах реконструктивной хирургии, в которых нуждается инвалид, делается на основании заключения учреждения МСЭ с учетом рекомендаций лечебно - профилактического учреждения, направившего больного на медико - социальную экспертизу;
- протезно - ортопедическая помощь – запись о конкретных видах протезирования и ортезирования, в которых нуждается инвалид, делается на основании заключения учреждения МСЭ с учетом рекомендаций лечебно-профилактического учреждения, направившего больного на медико - социальную экспертизу;
- санаторно - курортное лечение – вносится запись о санаторно - курортном лечении с предписанием профиля, кратности, сезона рекомендованного лечения, срока санаторного лечения, которых нуждается инвалид, согласно заключению учреждения МСЭ с учетом рекомендаций лечебно - профилактического учреждения, направившего больного на медико-социальную экспертизу;

Рекомендации об обеспечении инвалида необходимыми техническими средствами реабилитации вынесены в отдельный раздел ИПР. Запись о перечне технических средств медицинской реабилитации, в которых нуждается инвалид, вносится согласно заключению учреждения МСЭ.

1.3. Особенности реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

Определение понятия «ребенок – инвалид» исходит из рекомендаций ВОЗ, полагающей, что поводом для установления инвалидности является не сама болезнь или травма, а последствия, проявляющиеся в виде нарушений той или психологической, физиологической или анатомической структуры или функций, приводящей к ограничению жизнедеятельности и социальной недостаточности.

Ограничения физических возможностей ребенка предполагают невозможность выполнения каких-либо физических функций или отсутствие органа, отвечающего за их выполнение. Ограничения умственных возможностей (необучаемость) - это задержка или незаконченное развитие головного мозга или умственных способностей, что мешает ребенку в обучении и развитии обычным способом или обычными темпами.

Расширение сфер жизнедеятельности реализуется через ИПР. Наиболее важна реабилитационная работа в раннем и дошкольном возрастах - периодах интенсивного развития ребенка, в которых формируются многие виды психической деятельности,

закладываются основы для последующего обучения.

Основным видом медико-социальной помощи детей-инвалидов является медицинская реабилитация, в которой нуждаются практически все дети-инвалиды. Виды и методы медицинской реабилитации изложены выше. Кроме того, к медицинской реабилитации относится также медико-социальный патронаж семьи, воспитывающей ребенка-инвалида. Эффективностью выполнения программы медицинской реабилитации является приобретение ребенком возможности самообслуживания и профессионального обучения.

В программу психолого-педагогической реабилитации могут быть включены следующие мероприятия:

1. получение дошкольного образования с указанием типа образовательного учреждения;
2. получение общего образования с указанием типа образовательного учреждения и условий получения образования;
3. получение профессионального образования с указанием типа образовательного учреждения, формы получения образования и режима занятий;
4. психолого-педагогическая коррекционная работа.

Результатом выполнения программы психолого-педагогической реабилитации являются:

1. восстановление (компенсация) мотивации к обучению;
2. восстановление (компенсация) функций общения и контроля за своим поведением;
3. восстановление (компенсация) мотивации к трудовой деятельности;
4. реализация возможности получения профессионального образования.

При проведении психологической реабилитации огромная роль принадлежит психологам, педагогам и воспитателям. Их задача - на основе известных принципов лечебной педагогики, широко используя методы игровой, эстетической, музыкально-художественной психотерапии, лечебной хореографии, организовать лечебно-педагогический процесс так, чтобы он способствовал наиболее полному восстановлению здоровья реабилитанта.

Результатом выполнения программы профессиональной реабилитации является обеспечение условий для эффективной реализации профессиональных способностей инвалида, восстановление конкурентоспособности на рынке труда.

Все дети с ограниченными возможностями нуждаются в проведении мероприятий социальной реабилитации. Программы социальной реабилитации лица с инвалидностью включает следующие мероприятия:

1. социально-средовая реабилитация;

2. социально-педагогическая реабилитация;
3. социально-психологическая реабилитация;
4. социокультурная реабилитация;
5. социально-бытовая адаптация;
6. физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт.

Результат выполнения программы социальной реабилитации - восстановление способности лица, имеющего инвалидность к самостоятельной общественной и семейно - бытовой деятельности, достижение социальной интеграции.

Индивидуальная программа реабилитации

В реабилитационный центр принимаются лица с ограниченными возможностями, имеющие индивидуальные программы реабилитации.

Основным двигателем реабилитационных мероприятий инвалидов является индивидуальная программа реабилитации (ИПР) инвалида, которая включает в себя следующие аспекты:

- медицинский;
- профессиональный;
- социальный.

Цель данной программы - восстановление статуса инвалида, возможность достижения им материальной независимости и социальной адаптации.

Необходимость и целесообразность проведения реабилитационных мероприятий и разработки ИПР устанавливают бюро МСЭ при первичном или повторном освидетельствовании на основе определения:

- 1) реабилитационного потенциала;
- 2) реабилитационно-экспертного заключения.

ИПР инвалида - разработанный на основе решения учреждения службы медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя: отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей лица с инвалидностью к выполнению определенных видов деятельности.

При формировании ИПР детям с инвалидностью, учитывается:

- возраст ребенка;

- показатели здоровья;
- особенности отклонений развития ребенка;
- клиническая форма заболеваний;
- выраженность нарушений функций организма;
- мотивация семьи для участия в реабилитационном процессе;
- личностные особенности.

ИПР реализуется в форме последовательной цепи реабилитационных циклов, каждый из которых включает в себя этап комплексной медико-социальной экспертизы и этап собственно реабилитации, т.е. набора мероприятий по поддерживающей медицинской, психологической, педагогической и социальной реабилитации, определенного возрастными и личностными особенностями ребенка и текущим уровнем тяжести ограничений его жизнедеятельности.

В последние годы в нашей стране совершенствуется законодательная и нормативно-правовая база по вопросам реабилитации, увеличивается число разрабатываемых в учреждениях медико-социальной экспертизы индивидуальных программ реабилитации, повышается их качество. Конкретные реабилитационные задачи определяются особенностями заболевания, характером и степенью нарушенных функций, ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности инвалида. В одних случаях они могут быть относительно простыми (обеспечение слуховым аппаратом слабослышащего и обучение пользованию им), в других – более сложными и включать комплекс различных по характеру и направленности реабилитационных мероприятий (трудотерапию, психотерапию, протезирование, переобучение, помощь в трудоустройстве и т.д.).

Индивидуальная программа реабилитации инвалида содержит несколько разделов:

- паспортную часть;
- результаты освидетельствования в учреждении медико-социальной экспертизы;
- программу медицинской реабилитации;
- программу профессиональной реабилитации;
- программу социальной реабилитации;
- заключение о выполнении индивидуальной программы реабилитации.

Целевые группы и основные этапы и направления работы

Целевыми группами профессиональной работы для УПО и ООВО являются:

- учащиеся с ОВЗ школ общего типа и коррекционных школ;

- абитуриенты из числа лиц с ОВЗ;
- обучающиеся с ОВЗ учреждений профессионального и высшего образования;
- выпускники ОО ПиВО с ограниченными возможностями;
- родители и представители семьи учащегося, абитуриента, студента с ОВЗ;

Работа с семьей и учет интересов и потребностей родителей, при необходимости их коррекция – важное направление в реабилитационной работе с детьми с ОВЗ.

Направление этой деятельности состоит из нескольких этапов:

1. Диагностический этап. Включает в себя предварительную встречи и беседы с родителями (или другими, замещающими их лицами). Беседы с родителями перед началом работы с ребенком является важным и необходимым этапом, который позволяет решить сразу несколько задач:

1) сбор всей необходимой информации о развитии, социальном статусе, особенностях здоровья ребенка, выяснения особенностей перинатального и раннего развития, эмоционального развития, сферы общения со взрослыми и сверстниками, основных проблем в воспитании, обучении, а также интересы и увлечения ребенка;

2) выявление основных жалоб со стороны родителей через беседы, для учета их пожеланий при формулировании цели реабилитационных программ. Постановка задач диагностического и коррекционного этапов происходит на основе запроса родителей;

3) выявление родительской позиции по профориентации инвалидов молодого возраста. В (Приложении1) предлагается карта-анкета (21).

2. Коррекционный этап. При разработке коррекционной или развивающей программы идет опора на запрос со стороны родителей и/или ребенка, а также на данные, полученные в ходе диагностического этапа.

В реабилитации происходит коррекция не одной изолированной функции, а комплексная работа с ребенком как с целостной личностью.

По итогам проведенных мероприятий с каждым ребенком, родителям, в процессе консультирования, предоставляется обширная обратная связь и рекомендации по дальнейшей работе.

Работа с родителями и семьей обучающегося, имеющего инвалидность состоит в:

- организации просветительской деятельности, направленной на повышение психолого-педагогической культуры, родительской компетентности;
- проведении мероприятий, направленных на принятие решения по выбору образовательного маршрута и условий обучения;
- ориентация на успех в достижении целей по профессиональному самоопределению и трудоустройству;

- проведение методик (тренингов, семинаров, индивидуальных занятий, консультаций), способствующих созданию условий для эмоционального комфорта в семье.

Важной цепочкой в этой связи являются и такие целевые группы как:

- педагогический коллектив и специалисты, участвующие в профориентационных мероприятиях и профессиональной реабилитации;
- представители организаций, предприятий, общественных организаций и структур города и республики.

Рассмотрим комплекс реабилитационных мероприятий. О.А. Степанова в пособии «Комплексная реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья в учреждениях среднего профессионального образования» предлагает общую логику реабилитационного процесса, которая не зависит от биологических (вид, степень тяжести ограничений в здоровье) и социальных факторов, состоящую из следующих этапов:

1. выявление и квалификация (диагностика) затруднений, барьеров жизнедеятельности;
2. проектирование индивидуального жизненного (в том числе образовательного) маршрута;

Кроме мероприятий в медицинской, психологической, социальной реабилитации она предлагает:

3. оказание необходимой реабилитационной помощи/поддержки педагогической, правовой и др.;
4. анализ результативности реабилитационных мероприятий, а при необходимости – их усиление, корректировка направленности и др.

О.А. Степанова особенно выделяет третий этап – этап оказания разных видов помощи (реабилитационных мероприятий) (14). Социально-педагогическая защита прав ребенка - выявление и поддержка обучающихся, нуждающихся в социально-педагогической поддержке.

Также она акцентировала значение и продолжительность этапа реабилитационных мероприятий. По мнению О.В. Степановой, в их основе должен лежать междисциплинарный подход, позволяющий интегрировать знания и многочисленные практики в области реабилитации лиц с ОВЗ, накопленные в разных областях наук о человеке (медицина, психология, педагогика, право, социология и др.) и одновременно помогающий выделить специфику каждого из направлений реабилитации (14).

1.4. Критерии качественного уровня профессиональной реабилитации

В профессиональной реабилитации одним из ключевых моментов является экспертиза потенциальных профессиональных способностей. Экспертиза потенциальных способностей людей с ОВЗ - это комплексная оценка ограничений трудоспособности людей с ограничениями возможностей, а также выявление медико-социальных факторов вызывающих эти ограничения, и определение мер, которые способствовали бы замещению или их компенсации.

В зависимости от степени ограничения трудоспособности инвалидов можно выделить следующие ее категории:

- неспособность выполнять какие-либо виды трудовой деятельности;
- остаточная трудоспособность, которая не обеспечивает им экономической самостоятельности;
- трудовая деятельность, которая обеспечивает им экономическую самостоятельность, но ограничена определенным кругом профессий и условий труда, за пределами которых возникает повышенный риск неблагоприятного исхода нарушений здоровья.

Потенциальные профессиональные способности лица, имеющего инвалидность - это такие способности к выполнению профессиональной деятельности, которые могут быть реализованы в конкретных условиях. Потенциальные профессиональные способности инвалида обусловлены, с одной стороны, его психофизиологическим и социально-экономическим статусом, с другой - возможностью общества предоставить инвалиду условия для получения общего и профессионального образования и рабочие места. В оптимальном варианте рабочее место должно соответствовать желанию человека, его профессиональной подготовке, состоянию здоровья и социальным установкам, что реально при определенных социально-экономических и нравственных основах общества и государства. В действительности имеет место противоречие мотиваций на трудовую деятельность и общество.

Такая экспертиза подразумевает под собой целый комплекс мероприятий и включает в себя различные компоненты, такие как психологическая оценка личности, профессиональная ориентация, медико-социальная экспертная профдиагностика, экспертная оценка специальных условий труда, оценка рациональности трудоустройства инвалида.

Профессиональной реабилитацией в соответствии со своей компетенцией могут заниматься:

- учреждения системы образования;
- различные организации и предприятия;
- органы социальной защиты, труда и здравоохранения.

Если профориентация для лиц, не имеющих ограничения возможностей здоровья, заключается в максимальном достижении эффективности труда и успешности профессиональной деятельности, то в отношении лиц с ОВЗ профориентация должна включать также и адаптацию к трудовой деятельности с учетом психофизиологических особенностей. В связи с этим к профориентации для инвалидов должен быть применен психофизиологический подход, и в организацию комплекса мероприятий по профессиональному ориентированию необходимо подключать специалистов разного профиля.

Одним из компонентов профессиональной реабилитации является социальная поддержка людей, имеющих ОВЗ, в сфере их профессионального образования, занятости и трудоустройства. Она должна отвечать интересам инвалида и общества, иметь четко поставленные цели, финансовое обеспечение, поддерживаться различными социальными институтами.

Профессиональная реабилитация должна в итоге способствовать:

- 1) эффективной занятости инвалидов;
- 2) подбору профессиональной деятельности, соответствующей индивидуальным и физиологическим возможностям инвалида.

При адекватном состоянии здоровья и соответствующей адаптации, и при создании условий труда лицо с инвалидностью способно длительное время сохранять трудоспособность и выполнять достаточно большой объем работы. Если неправильное решение по трудоустройству может привести к ухудшению его состояния здоровья и формированию стойкого негативного отношения к труду, то длительный период бездеятельности также может привести к снижению профессиональных навыков, к негативному эмоциональному состоянию, что отрицательно скажется на состоянии здоровья инвалида.

В процессе профессиональной ориентации инвалидов необходимо вырабатывать навыки профессиональной компетенции, умение работать самостоятельно и в коллективе, ориентированность на профессиональную специализацию, стремление к творчеству, способность действовать по ситуации, а не по шаблону.

Также инвалидам необходимо приобрести навыки и умения находить и использовать резервы в работе, ориентироваться в рыночных отношениях и формах собственности, стремление к самостоятельной деятельности, пониманию особенностей

рынка труда, не менее важным является стремление к повышению социального статуса, повышению образовательного уровня.

О.А.Соловьева выделяет три критерия качественного уровня профессиональной реабилитации инвалидов:

- **экономическая компетентность** - опыт и информированность критериями качественного уровня профессиональной реабилитации инвалидов;
- **социальная компетентность**, уровень овладения знаниями, позволяющими активно адаптироваться в обществе;
- **профессиональная компетентность**, уровень квалификации, владения смежными и дополнительными знаниями, профессиональная мобильность, востребованность на рынке труда (12).

В свете вышеизложенных представлений о необходимости обеспечения реабилитационно-образовательной функциональной направленности педагогического процесса в учреждениях профессионального образования лиц с ОВЗ, фундаментальное значение приобретает оценка состояния системы профессионального образования инвалидов в России в аспекте - инфраструктурного обеспечения реабилитационного сопровождения и поддержки инвалидов как субъектов профессионально-образовательной деятельности.

Важным в данном контексте то, что опыт формирования соответствующей инфраструктуры к настоящему времени сложился практически на всех уровнях системы профессионального образования лиц с ОВЗ - в учреждениях профессионального или высшего образования, причем касается это не только специализированных учебных заведений, но и образовательных учреждений общего типа, где реализуется образовательная интеграция лиц с ОВЗ.

Создание реабилитационной инфраструктуры в учреждениях образования, осуществляющих профессиональное образование лиц с ОВЗ, в ряде случаев становится фактором становления своего рода профессионально-образовательных комплексов, в рамках которых отрабатывается модель непрерывного профессионального образования инвалидов (13).

Глава 2. Организация процесса профессиональной подготовки при осуществлении комплексной реабилитации в образовательных организациях профессионального высшего образования

Реабилитационное сопровождение лиц с ОВЗ в сфере профессионального образования начинается *с этапа допрофессиональной и довузовской подготовки*, в рамках договоров о сотрудничестве с коррекционными школами, другими образовательными организациями и продолжается на стадии подачи заявлений о приеме в учебное заведение и вступительных испытаний в ООВО. Например, неслышащие абитуриенты сдают вступительные испытания, используя помощь сурдопереводчика, слепым абитуриентам разрешено пользоваться рельефно-точечным шрифтом Брайля при выполнении письменных экзаменационных работ, которые впоследствии проверяются специалистом-брайлистом.

Г.Г.Иванов в статье «Современные концепции профессиональной реабилитации инвалидов в Санкт-Петербурге» делится опытом работы профессионально-реабилитационного Центра. Организация процесса профессиональной реабилитации в Центре, отмечает Г.Г. Иванов, состоит из трех этапов:

- подготовительного;
- основного;
- заключительного.

На подготовительном этапе социально-психологическое и медицинское сопровождение начинается с первого визита человека с инвалидностью в профессионально-реабилитационный центр, с первой беседы с социальным педагогом, психологом, врачом. Успех профессиональной реабилитации зависит от правильного решения при выборе профессии (6).

Под профессиональной реабилитацией понимается помощь инвалиду приспособиться к профессиональной жизни общества, возможность трудоустроиться с учетом ограничений возможностей здоровья.

Основная цель профессиональной реабилитации лиц, имеющих ОВЗ, достижение инвалидом материальной независимости.

О.А. Степановой предложена модель комплексной реабилитации лиц с ОВЗ в профессиональных образовательных организациях. Включение профессиональной реабилитации для детей с инвалидностью или ОВЗ предлагается в качестве одной из основных задач деятельности организаций СПО, что позволит создание в них

специальных образовательных условий, интегрирующих процессы профессиональной подготовки и коррекционной работы.

Профессиональную подготовку О.А. Степанова рассматривает как общий термин, обозначающий «...различные виды обучения, сориентированного на формирование и обогащение установок, знаний, умений и навыков, необходимых для успешного выполнения технологических задач в сфере оплачиваемой трудовой деятельности, а система коррекционной работы призвана реабилитировать и социально адаптировать... обучающегося ...к реалиям окружающего мира» (14).

Исследователи рассматривают профессиональную реабилитацию лиц с ОВЗ как один из видов социальных практик (В.Д. Зайцев, Е.Р. Ярская-Смирнова, А.Е. Лысенко и др.) и выделяют четыре этапа профессиональной реабилитации (профессиональная ориентация - профессиональная подготовка (профессиональное обучение или переобучение - рациональное трудоустройство - профессионально-производственная адаптация) (14). Дополним этот перечень психологической поддержкой профессионального самоопределения и квотированием и созданием специальных рабочих мест.

Каждому из перечисленных этапов свойственны типичное содержание деятельности педагогических работников организаций СПО *независимо от того, с лицами какой категории* они работают, а основное внимание в их работе сосредоточено на *центральной* этапе – профессиональной подготовке.

На таблице 1 представлены два начальных этапа профессиональной реабилитации.

Таблица 1

Два этапа профессиональной реабилитации - профессиональная подготовка (по Степановой)

№ п/п	Название	Содержание
1.	профессиональная ориентация	профинформирование
		профессиональное консультирование
		профессиональный подбор
		профессиональный отбор

2.	профессиональное обучение или переобучение	По программам профессионального и высшего образования			По программам дополнительного профессионального образования	
		профессиональная подготовка	профессиональное образование	высшее образование	повышение квалификации	переподготовка

1 этап - профессиональная ориентация - предполагает развитие профессиональных потребностей, способствующих осознанию профессионального выбора, ценностей предпочитаемой профессиональной деятельности, профессионального самоопределения. Он является пусковым в процессе профессионального самоопределения лиц с инвалидностью ОВЗ. Индивидуальные особенности развития, состояние физического и психического здоровья являются тем фоном, который во многом определяет возможности получения ими профессии/специальности. Отсюда следует необходимость *ранней профориентационной работы* и подготовки лиц с ОВЗ к осознанному и оптимальному выбору формы и места получения профессионального образования.

При профконсультировании должны широко использоваться психодиагностические методики, с помощью которых выявляются:

- профессиональные склонности и интересы лиц с ОВЗ;
- характер их общей и трудовой мотивации;
- особенности обучаемости;
- общие и специальные способности;
- личностные характеристики.

Первичная социально-психологическая диагностика предполагает:

1. составление социально-психологического портрета реабилитанта;
2. составление маршрута реабилитации;
3. составление паспорта группы;
4. открывается дело реабилитанта;
5. осуществляется социально-психологическое и медицинское сопровождение.

Последовательность включения молодого человека с ОВЗ в образовательную среду учреждения профессионального или высшего образования, может осуществляться с помощью нескольких этапов:

- выявление студентов-инвалидов;
- проведение социальной диагностики;
- включение молодого человека в студенческую группу с помощью наставника (студента-волонтера);
- обучение решению проблемных ситуаций с помощью методов социокультурной реабилитации;
- включение старшекурсника с ОВЗ в работу со студентами первого и второго курса, имеющими инвалидность.

В профориентационную работу с абитуриентами имеющими инвалидность входит:

- диагностика профессиональных намерений и предпочтений абитуриентов;
- выявление наклонностей, способностей и возможностей абитуриентов с ОВЗ для выбора специальности и соответствующих методов обучения в ПОО.

Предпрофессиональная социально-психологическая адаптация:

- психологическая поддержка и помощь;
- развитие социально-коммуникативных навыков;
- вовлечение абитуриентов в групповые мероприятия с целью создания коммуникативных связей и развития готовности к активному обучению.

Профподбор заключается в предоставлении рекомендаций о возможных направлениях деятельности, наиболее соответствующей психологическим и физиологическим особенностям конкретного человека. Далее - при поступлении в учебное заведение и в период обучения происходит профессиональный отбор.

На этом этапе начинается процесс обучения.

2 этап - профессиональное обучение - т.е. вооружение знаниями и умениями, способствующими пониманию значимости и смысла профессиональной деятельности, овладение конкретной профессией/специальностью.

На этом этапе требуется разработка некоторых стандартизованных подходов-рекомендаций по профессиональному обучению лиц с тем или иным ограничением в здоровье, которые могут стать основой работы с ними педагогов организаций СПО. Важно формировать у преподавателей и мастеров производственного обучения готовность с помощью специалистов службы комплексного сопровождения

модифицировать разработанные типологические подходы к обучению лиц с сенсорными, двигательными, интеллектуальными нарушениями, общими заболеваниями применительно к конкретной ситуации обучения и индивидуальным особенностям каждого обучающегося.

В опыте работы профессионально-реабилитационного Центра (Санкт-Петербург) Г.Г. Иванов особенно выделяет основной этап.

Основной этап - это этап получения *профессионального образования с обязательным социально-психолого-педагогическим и медицинским сопровождением* лиц с ОВЗ (27). Так автор отмечает, что сопровождение учебного процесса психологами и социальными педагогами предусматривает:

- содействие профессиональной, личностной и социальной реабилитации обучающихся,
- развитию их способностей к самостоятельной профессиональной деятельности,
- формированию устойчивой мотивации к этой деятельности.

Отметим, что оказание помощи студентам, имеющим инвалидность и ОВЗ, может осуществляться по таким разработанным моделям, как «Сопровождение процесса освоения обучающимися, имеющими ОВЗ и инвалидность профессионально-образовательной программы в условиях вузовского образования», «Образовательный маршрут для обучающихся с ОВЗ, в том числе и с инвалидностью в условиях профессионального обучения» или по другим. При этом основными содержательными направлениями сопровождения студентов с ОВЗ и инвалидностью в процессе обучения и реабилитации будут являться следующие:

- психолого-педагогическое;
- организационно-педагогическое;
- просветительское.

Психологическое сопровождение обучающихся с ОВЗ:

- адаптация к условиям образования в ПОО, ООВО;
- коррекция отношения к своей инвалидности и формирование адекватной самооценки; развитие и коррекция коммуникативных свойств и качеств;
- создание равного доступа студентов-инвалидов к полноценному и качественному получению психологической помощи и поддержки;
- выявление потенциала студентов с ОВЗ (оценка уровня творческой активности, мотивации, психического состояния, личностных особенностей);

- составление рекомендаций по результатам диагностики вносятся в индивидуальный план обучения для совмещения интересов, способностей, профессиональных склонностей и физических возможностей;
- упражнения и тренинги по формированию адекватного отношения к себе, развитию способности к решению собственных проблем, выработке установки на независимый образ жизни, развитию эмоциональной устойчивости помогают в формировании и развитии профессионально-важных качеств.

Организационно-педагогическое сопровождение обучающихся с ОВЗ:

- оптимизация средовых условий учебно-образовательной деятельности студентов-инвалидов;
- разработка и внедрение специальных наглядных средств;
- подбор специальных дидактических материалов для организации и проведения коррекционной работы;
- повышение мобильности;
- создание безбарьерной информационно-образовательной среды с использованием современных технологий;

Просветительское направление:

- повышение коммуникативной культуры студентов-инвалидов;
- повышение педагогической культуры родителей студентов-инвалидов;
- информирование общественности о специфических образовательных потребностях этой категории студентов и путях их удовлетворения.

2.1. Психолого-педагогическое сопровождение

Если считать, что период профессиональной подготовки является основным, то важно остановиться более подробно на особенностях работы психолога с обучающимися, имеющими инвалидность по подготовке к трудовой жизни и по планированию карьеры в процессе профессионального обучения.

Как отмечалось выше, целью профессионального образования лиц с инвалидностью и ОВЗ является интеграция в общество, получение достойной работы, соответствующей способностям и наклонностям индивида и как результат - построение успешной профессиональной и жизненной карьеры, самоактуализация, самореализация.

При проведении профориентационных мероприятий молодежи с ОВЗ необходимо учитывать, что:

- многие профессионально важные качества находятся в скрытом состоянии;
- недостаточно развито самосознание;
- недостаток жизненного опыта порождает ошибки в выборе профессии.

Профессиональная реабилитация молодежи с инвалидностью и ОВЗ предполагает ориентацию на получение востребованных на современном рынке труда профессий. В глазах работодателя лицо с инвалидностью обладает весьма существенным недостатком - ограниченной трудоспособностью, с чем работодатель вынужден будет считаться. Поэтому недостаток должен быть компенсирован такими достоинствами работника, которые смогли бы заставить работодателя пренебречь неудобствами, связанными с предоставлением работы данному человеку.

В результате целенаправленного социально-психологического сопровождения обучающихся с момента поступления до выпускных экзаменов определяются:

- пути и методы их поддержки и развития,
- создаются условия социальной значимости для молодежи с ОВЗ,
- приобретаются дополнительные навыки социальной жизни,
- удовлетворяется личная образовательная потребность, что будет способствовать продвижению личности на новый уровень, научит быть самостоятельным, самому заботиться о себе.

Целью психологического сопровождения являются психологическая помощь, поддержка и сопровождение в профессиональной подготовке и самоопределении обучающихся с ОВЗ. Предоставление инвалидам психологической поддержки в соответствии с возможностями их здоровья на непростом пути развития и роста.

Для достижения целей решаются следующие *задачи*:

1. содействие профессиональному самоопределению и сознательному выбору профессии, рациональному поиску информации и грамотному трудоустройству с учётом состояния здоровья и особенностей региона;
2. обеспечение психологической поддержки и развитие психолого-педагогической компетентности всех участников образовательного процесса в реализации профессионального обучения обучающихся с ОВЗ;
3. обеспечение психологической помощи и содействие развитию активной жизненной позиции молодежи с инвалидностью в соответствии со структурой дефекта и возможностями здоровья;

4. развитие системы информирования, системы сотрудничества между различными структурами республики в сфере психологической адаптации инвалидов, их профессиональной подготовки и трудоустройства.

Промежуточная психолого-педагогическая диагностика

Промежуточная психолого-педагогическая диагностика является подведением итогов профессиональной реабилитации за семестр. Итоги актуального психического состояния и потенциальных особенностей, психического развития, промежуточной аттестации, динамика поведения и здоровья обучающихся рассматриваются реабилитационными командами и вносятся в их реабилитационные дела.

Психодиагностические методы и методики

Психодиагностические методы и методики имеют разное практическое применение.

Одно из основных - *сфера образования и воспитания*. Психологическая диагностика выступает как обязательный этап и средство решения многих практических задач, возникающих в воспитательно-образовательных учреждениях. Среди них следует указать:

- контроль за интеллектуальным и личностным развитием обучающихся;
- оценка зрелости обучающегося;
- выявление причин неуспеваемости;
- отбор в группы с углубленным изучением определенных предметов;
- коррекция детей (поведение, конфликты, агрессия и пр.);
- профессиональная ориентация и др.

2. *Психодиагностика активно используется в области медицины*. Диагностические методы исследования психологических особенностей пациентов рассматриваются как вспомогательные, подчиненные задачам и интересам учреждения. Значительную роль в клиническом диагностическом обследовании играют методы наблюдения и беседы, позволяющие выявлять оттенки психического и физического состояний больного, некоторые особенности его личности, факты симуляции и диссимуляции и пр. Наряду с ними применяются и экспериментальные методики, направленные на выявление нарушений познавательной деятельности (восприятия, памяти, мышления), эмоционально-волевой сферы и некоторых других особенностей.

Психодиагностическое обследование пациентов клиник проводится,

- во-первых, для уточнения или постановки диагноза заболевания;
- во-вторых, для оценки эффективности терапии;
- в-третьих, для целей трудовой экспертизы.

3. Еще одна область практического применения психодиагностики — *психологическое консультирование*, целью которого является оказание помощи в решении тех или иных психологических проблем. Подчеркнем, что речь идет о помощи индивидам, не имеющим патологических нарушений, т. е. находящимся в рамках медико-биологической нормы, но встретившимся с какими-либо трудностями психологического характера. Это могут быть проблемы детей (неуверенность в своих силах, негативизм, страхи и пр.), обучающихся (дезадаптация, неуспеваемость, отклоняющееся поведение), взрослых (утрата смысла жизни, низкая самооценка, конфликтные отношения с окружающими, нарушение детско-родительских отношений).

Психологический диагноз в консультативной практике ставится на основе как данных наблюдения и беседы, так и показателей специальных методик; его правильность зависит от того, насколько успешным было взаимодействие психолога с клиентом/заказчиком, и обеспечивается рассмотрением диагностических результатов в контексте целостного процесса развития индивида.

Особое содержание имеет диагностика в психологическом консультировании применительно к нормальному детству. Как полагал Л. С. Выготский еще в начале 30-х гг. XX в., это должна быть диагностика развития, основной задачей которой является контроль за ходом психического развития ребенка. Для осуществления контроля требуется дать общую оценку психического развития ребенка на основе соответствия нормативным возрастным показателям, а также выявить причины психологических проблем ребенка. Последнее предполагает анализ целостной картины его развития, включающей исследование социальной ситуации развития, уровня развития ведущей для данного возраста деятельности (игры, учения, рисования, конструирования и др.). Совершенно очевидно, что такая диагностика невозможна без опоры на возрастную психологию развития. Кроме того, практика возрастно-психологического консультирования требует совершенствования уже существующего и поиска нового методического арсенала.

4. Психодиагностика широко используется *для решения проблем, относящихся к сфере трудовой деятельности*. Это проблемы профессионального отбора, профессионального консультирования, организации профессионального обучения, оптимизации профессиональной деятельности за счет рационального распределения кадров. Роль психодиагностики в работе психолога, связанного с какой-либо профессиональной

сферой, меняется в зависимости от типа профессии, но она должна являться обязательным этапом, выполняющим важнейшую функцию - помочь каждому найти свое место в сфере труда и стать в выбранной работе профессионалом высокого уровня.

В последние десятилетия наблюдается усиление интереса к психодиагностике в нашей стране, что в немалой степени связано с развитием разных областей практики. Вместе с тем потребность в психодиагностических методиках велика и в психологических исследованиях, так как их отличает наибольшая точность и объективность по сравнению с другими психологическими инструментами.

Задачи психодиагностики

В практике современного образования перед психологической службой возникает множество практических задач. Это задачи выяснения уровня готовности выпускника, абитуриента к получению профессионального образования, выявления особо одаренных или отстающих в развитии, выяснения причин дезадаптации, задачи раннего предупреждения противоправных тенденций в развитии личности, задачи управления коллективом обучающихся с учетом индивидуальных особенностей студентов и межличностных отношений между ними, задачи углубленной профориентации.

Условно все задачи, возникающие во взаимодействии педагога и психолога в образовательной организации, можно разделить на психолого-педагогические и психологические. В первом случае цели и методы решения задачи определяет педагог, а психолог-диагност выполняет вспомогательную функцию, а именно: проводит психодиагностику обучающегося, дает его психологический портрет и прогнозирует результат педагогического воздействия, а при необходимости проводит и вторичную психологическую диагностику после воздействия. Этот тип задач в большинстве случаев связан с обслуживанием образовательной функции ОО.

Задачи второго типа - собственно психологические, которые преимущественно и приходится решать психологу ОО. Они в большей степени связаны с реализацией воспитательной функции. В этом случае психологическая диагностика выступает как этап решения проблемы, где средства решения - чисто психологические (консультативная помощь, коррекция личности, психологический тренинг, индивидуальная и семейная психотерапия, психологические рекомендации и др.). Как правило, психолог сам выступает в роли психодиагноста и в роли субъекта, осуществляющего психологическое воздействие. Не меньшее значение имеет фактор

«заказчика». Запрос психологу может поступать от педагога, от родителей, от самого обучающегося. Кроме того, сам психолог может поставить перед собой эту задачу.

Хотя содержание психодиагностической деятельности (на этапе тестирования) практически не зависит от того, кто сформировал запрос, но на этапе интерпретации результатов возникает проблема перевода психодиагностической информации и психологических рекомендаций на язык её пользователя. Кроме того, перед психологом встают этические проблемы, поскольку он должен исходить из гуманистического принципа защиты личности обучающегося.

Условно все типовые задачи можно отнести к двум классам, исходя из главных функций ОО - функции образования и функции воспитания. В реальной практике эти две функции тесно переплетены между собой.

К предмету образовательной деятельности ОО можно отнести формирование следующих психических свойств и функций:

- познавательные способности;
- знания, умения и навыки по конкретным предметным дисциплинам;
- систему представлений и понятий, образующих общую научную картину природного и социального мира.

К предмету воспитательной деятельности можно отнести формирование следующих психических свойств:

- характера, воли и целеустремленности;
- социально-созидательной структуры мотивации и ценностной ориентации личности;
- подготовку юношей и девушек к осознанному выбору сферы профессиональной деятельности на основе гармоничного сочетания интересов и способностей.

И в ходе образования, и в ходе воспитания учреждение образования явно или неявно выполняет третью функцию - социально-профессионального отбора. При этом обучающиеся тем или иным образом группируются как по уровню развития у них определенных способностей и склонностей, так и по уровню их личностно-социальной зрелости.

Виды анкеты. Этапы в разработке анкеты.

Конструирование анкеты для обучающихся с ОВЗ

Анкета - это методическое средство для получения первичной социологической и социально-психологической информации на основе вербальной коммуникации, специально оформленный список вопросов, обращенных к определенной категории

респондентов. Анкета - это средство опроса. Она состоит из вопросов, каждый из которых логически связан с центральной задачей исследования, и возможных вариантов ответов, из которых респондент должен выбрать самые подходящие, или же по их образцу предложить собственные - методика «Тест-самооценка» (Приложение 3).

Анкета, или опросный лист, представляет собой нечто большее, чем просто сумму отдельных вопросов. Не вызывает сомнений у исследователей и то, что компоновать его необходимо, руководствуясь психологическими, а не предметно-логическими соображениями.

Обычно анкета состоит из трех разделов. Первый, вводный, включает данные об организаторе опроса (учреждение, общественная организация, группа лиц), обращение к опрашиваемому, описание целей опроса, пояснения по заполнению анкеты. Здесь же следует заверить испытуемого об анонимности опроса. Вступление должно быть лаконичным и вежливым. Основная часть состоит из вопросов и места для ответов. При закрытых вопросах здесь же приводятся предлагаемые варианты ответов. Заключительная часть анкеты содержит выражение благодарности опрашиваемому, а иногда и приглашение к дальнейшему сотрудничеству.

Анкетные опросы классифицируются, прежде всего, по содержанию и конструкции задаваемых вопросов. Различают следующие виды анкет:

- 1) с открытыми вопросами (отвечающий дает свой собственный ответ);
- 2) с закрытыми вопросами (отвечающий может выбрать ответ из числа приведенных);
- 3) с полужакрытыми вопросами (отвечающий может выбрать ответ из числа приведенных или дать свой собственный).

В анкетных опросах часто комбинируют все варианты: открытые, закрытые, полужакрытые. Это повышает обоснованность и полноту информации.

Составление анкет - процесс перевода основных гипотез исследования на язык вопросов - сложная и трудоемкая процедура, должна обеспечить получение содержания, правдивого по отношению к опрашиваемому и значимого по отношению к проблеме. Составление научно ценной анкеты - как правило, коллективная работа.

Первый этап в разработке - определение содержания анкеты. Это может быть набор вопросов о фактах жизнедеятельности опрашиваемого (его знаниях, гражданском состоянии, его действиях в прошлом и настоящем и пр.) или же о его мотивах, оценках, отношениях. Если нужно знать интенсивность мнения, то в формулировку вопроса включается соответственная шкала оценок.

Второй этап в разработке анкеты - выбор нужного типа вопросов. Вопросы могут быть открытыми, позволяющими строить ответ согласно желаниям опрашиваемого как

по содержанию, так и по форме, и закрытыми, допускающими обычно лишь ответы «да» или «нет». По функции вопросы могут быть основными или наводящими, контрольными или уточняющими. Тип вопроса может влиять на полноту и правдивость ответа. Что касается формулировки вопросов, то фразы должны быть возможно короткими, ясными по смыслу, простыми, точными и однозначными - Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина (Приложение 3.2) Методика «Тест самооценки».

Самые типичные ошибки при составлении анкет:

- 1) скрытая заданность ответа;
- 2) сверх детализированность;
- 3) двусмысленность вопросов;
- 4) недостаточная различительная сила вопросов.

Хорошие вопросы должны удовлетворять обычным критериям надежности и валидности. Последний этап в составлении анкеты связан с определением количества и порядка задаваемых вопросов. Последовательность вопросов может быть различной для разных типов анкетного опроса.

При разработке анкеты предельно тщательно учитываются требования к вопроснику, поскольку в процессе анкетирования уже нет возможности внести какие-либо коррективы. Некоторые из этих требований применительно к анкетированию даже возводятся в ранг принципов построения анкеты.

Выделим наиболее важные - это логика и надежность. Логика подразумевает адекватность программных вопросов задаче исследования и их грамотный «перевод» в анкетные вопросы, которые формулируются таким образом, чтобы получить адекватные ответы. Надежность обеспечивается понятностью вопросов респондентам и использованием в оптимальной комбинации разных типов вопросов.

Другое важное требование к вопроснику, приобретающее для анкеты опросов статус принципа, - это учет специфики культуры, опыта, образовательного уровня опрашиваемого контингента. Стилистика вопросов и общая структура анкеты должны соответствовать потенциальной аудитории. Поскольку психологические анкеты базируются на самонаблюдении и самоотчете, то анкетный метод не применим к обследуемым с низким культурным уровнем. Частным проявлением этого принципа выступает требование: учет «стиля респондента». Под стилем респондента подразумеваются «индивидуально-психологические особенности человека, проявляющиеся в его ответах на анкетные вопросы и не имеющие непосредственного отношения к их содержанию».

Таким образом, анкета - это средство, с помощью которого можно собрать первичную информацию на основе вербальной коммуникации. Составление анкеты - трудоемкий процесс, состоящий из определенных этапов и правил, которые нужно соблюдать при составлении вопросов анкеты. Вопросы в свою очередь должны удовлетворять критериям надежности и валидности.

Конструирование анкеты для учеников с ОВЗ, обучающихся при помощи дистанционных технологий, является также необходимой частью исследования (см. приложение 3.3), так как важно знать, как сами дети с ОВЗ относятся к дистанционному обучению, хотят ли они продолжать такое обучение и так далее. Учет мнений учащихся позволит отследить насколько важно для них дистанционное обучение, нужно ли предпринимать какие-либо меры для его дальнейшего развития, совершенствовать ли методы обучения дистанционных технологий.

Целью анкеты является выявление субъективной оценки обучающихся в эффективности дистанционного обучения.

Задача - выявить субъективную оценку обучающихся в эффективности дистанционного обучения.

В анкете были составлены открытые, закрытые и полужакрытые вопросы. Это позволит ученикам более полно и обоснованно ответить на них (1).

Типы данных, используемых в психолого-педагогической диагностике

В психолого-педагогической диагностике используются следующие типы данных:

1) L-данные (Liferecorddata), полученные путём регистрации жизни человека в основном в результате наблюдения, сюда же включаются экспертные оценки.

Основные требования:

- оцениваемые черты должны определяться в терминах наблюдаемого поведения;
- эксперт должен иметь возможность наблюдать за поведением оцениваемого лица в течение достаточно длительного промежутка времени;
- необходимо не менее 10 экспертов на одного оцениваемого;
- ранжирование испытуемых должно производиться экспертами только по одной черте (характеристике) каждый раз, а не по всем сразу.

2) Q-данные (Questionnairdata), полученные на основании опросников и других методов самооценок. К этому источнику относятся ММРІ (Миннесотский многопрофильный

личностный перечень), 16-факторный личностный опросник Кэттела и др. Возможны следующие искажения результатов исследования:

- познавательные (вызванные низким интеллектуальным и культурным уровнем испытуемых, отсутствием навыков интроспекции и использованием неверных эталонов);
- мотивационные (вызванные нежеланием отвечать и уклонением ответов в сторону «социальной желательности»).

3) Т-данные (Objectivetestdata) - данные объективных тестов.

По Р.Б. Кэттелу и В.Ф. Варбуртону, различают 12 групп тестов:

- тесты способностей (интеллектуальная функция, знания, способности и т.д.);
- тесты умений и навыков (зрительно-моторная координация, прохождение лабиринта и т.п.);
- тесты на восприятие;
- опросники (анкетный опрос о поведении, состоянии здоровья и т.д.);
- мнения (выявление отношения к другим людям, нормам и т.д.);
- эстетические тесты (выявление предпочтения картин, рисунков и т.п.);
- проективные тесты (формализованные личностные тесты). Тесты ТАТ, Роршаха, не удовлетворяющие требованию формализации, не являясь объективными, сюда не входят;
- ситуационные тесты (изучение выполнения заданий в разных ситуациях - индивидуально, в группе, в соревновании и т.д.);
- игры, в которых наиболее полно проявляются люди;
- физиологические тесты (ЭКГ, КГР и др.);
- физические тесты (антропометрические);
- случайные наблюдения, т.е. изучение того, как проводится тест (запись поведения, выводы и т.д.).

Стандартизированные количественные тесты эффективнее в тех случаях, когда нужно получить хотя бы приближенные данные о целой группе людей в кратчайшие сроки и при этом принять строго альтернативное решение, требующее количественного обоснования своей надежности (принять или не принять на работу или учебу, дать отдых или поставить на дежурство, считать или не считать человека обладающим интеллектуальной и личностной зрелостью полноправного гражданина и т.п.). Кроме того, стандартизированные методы лучше защищены от возможных методических ошибок, возникающих вследствие низкой психодиагностической квалификации исполнителя, проводящего тест.

Экспертные методы более эффективны в руках опытных, профессионально подготовленных психодиагностов. Они позволяют глубже и точнее проникнуть в уникальную жизненную ситуацию отдельного конкретного человека, но требуют гораздо больше времени на индивидуальную работу с ним. Особенно эффективны экспертные методы тогда, когда по их результатам сам психолог-психодиагност оказывает помощь, проводит психокоррекцию, тренинг или другие виды психологического вмешательства.

Особая популярность качественного, экспертного подхода в детской и педагогической психологии в большой мере определяется следующим обстоятельством. В отличие от взрослого человека психика ребенка отличается повышенной изменчивостью, так как он постоянно интенсивно развивается, овладевает на каждом этапе новыми психическими функциями, приобретает новые психические свойства (новообразования). Это приводит к тому, что фиксированный набор диагностических свойств, достаточный для предшествующего этапа развития, оказывается совершенно недостаточным для следующего этапа. И даже если кто-то разрабатывает строгую периодизацию развития и для каждого этапа фиксирует заданный набор свойств, то в случае конкретного ребенка оказывается не известным, на каком этапе он находится, какой набор свойств ожидать в данном конкретном случае. Поэтому прогностичность диагностики в детской психологии тесно связана с возможностью дополнять количественные стандартизированные описания качественными данными.

Методы психолого-педагогического исследования.

Психолого-педагогический эксперимент

Наблюдение - целенаправленное восприятие фактов, процессов или явлений, которое может быть непосредственным, осуществляемым с помощью органов чувств, или косвенным, основанным на информации, получаемой от различных приборов и средств наблюдения, а также других лиц, проводивших непосредственное наблюдение.

Классификация видов наблюдения:

- по времени проведения: непрерывные и дискретные;
- по объему: широкие и узкоспециальные;
- по типу связи наблюдателя и наблюдаемых: невключенные (открытые) и включенные (скрытые).

Опрос может проводиться в устной форме (беседа, интервью) и в виде письменного или анкетного опроса.

Применение бесед и интервью требует от исследователя чётко поставленных целей, основных и вспомогательных вопросов, создания благоприятного морально-психологического климата и доверия, умения наблюдать за ходом беседы или интервью и направлять их в нужное русло, вести записи получаемой информации.

Эксперимент - научно поставленный опыт, связанный с наблюдением исследуемых явлений в создаваемых и контролируемых исследователем условиях.

Лабораторный эксперимент характеризуется тем, что исследователь сам вызывает изучаемое явление, повторяя его столько раз, сколько это необходимо, произвольно создает и меняет условия, при которых это явление протекает. Меняя отдельные условия, исследователь имеет возможность выявить каждое из них.

Естественный эксперимент (разработан русским психологом А.Ф. Лазурским) проводится в обычных, привычных для испытуемых условиях, без специальной аппаратуры.

Психолого-педагогический эксперимент (ППЭ) создан на основе естественного эксперимента. В ходе ППЭ исследователь активно воздействует на протекание изучаемых явлений, изменяет обычные условия, целенаправленно вводит новые, выявляет определенные тенденции, оценивает качественные и количественные результаты, устанавливает и подтверждает достоверность выявленных закономерностей.

Виды ППЭ:

- констатирующий;
- проверочный;
- созидательно-преобразующий (формирующий);
- контрольный.

Как правило, все эти виды используются в одном исследовании в качестве отдельных этапов.

Констатирующий эксперимент проводят в начале исследования. Он ставит своей задачей выяснение состояния на практике изучаемого явления, построение его схематической модели.

Формирующий эксперимент организуется на основе предварительного изучения состояния проблемы и анализа результатов констатирующего эксперимента. В процессе формирующего эксперимента исследователь производит корректировку выдвинутой гипотезы и организует её проверку. Для повышения объективности анализа полученных данных вводятся контрольная и экспериментальная группы.

Профессиональное самоопределение: построение личного профессионального плана

Потребность в самоактуализации, стремление человека совершенствоваться, выражать и проявлять себя в значимом для себя деле, рассматривается в современном гуманистическом подходе как высшая потребность человека. Человек чувствует себя счастливым, когда ему удастся реализовать свой потенциал, достичь жизненного успеха. Профессиональное развитие является одной из важнейших составляющих самоактуализации.

Инвалид - это человек с ограниченными возможностями, но не с ограниченными потребностями. Поэтому профессиональную карьеру инвалида нельзя рассматривать только как возможность обеспечения его «хлебом» и даже «чувством уверенности в завтрашнем дне» - ощущением безопасности. Для лица с инвалидностью, неизбежно испытывающего депривацию многих своих потребностей, особенно важна возможность компенсировать это успехом в какой-то сфере. Поэтому задача профессиональной реабилитации - помочь молодым людям получить такую работу, которая будет им интересна, в которой они смогут добиться успеха, достичь уважения и признания окружающих, самоуважения и самореализации.

Для достижения успеха в своем профессиональном развитии, человек должен:

- ясно осознавать свои цели;
- четко представлять, какие ресурсы необходимы для их достижения;
- иметь правильное представление о собственных возможностях, т.е. адекватную самооценку.

Как уже отмечалось, молодые люди с инвалидностью чаще всего имеют нарушения в сфере целеполагания и мотивации: они инфантильны, пассивны, ригидны, имеют неустойчивую и не всегда адекватную самооценку и т.о. процесс профессионального самоопределения, представляющий собой череду осознанных выборов, составляет для них значительную трудность. Для молодежи с инвалидностью, начинающих трудовую карьеру, чрезвычайно важны осознание и тщательная проработка профессиональных целей еще и потому, что чем выше значимость цели для человека, тем больше препятствий на пути к ней он способен преодолеть. Наличие осознанной и обдуманной цели позволяет человеку мобилизовать и использовать максимальное количество ресурсов.

Профессиональная реабилитация молодежи с инвалидностью, как процесс осознанного и целенаправленного продвижения к самореализации через

профессиональную деятельность начинается с **построения индивидуального профессионального плана**. С этой целью на первых же шагах обучения профессии в образовательной организации, на этапе профотбора, целесообразно проведение структурированного мотивационного интервью, актуализирующего проблемы самоопределения и самореализации оптанта.

В Главе II были рассмотрены понятия определение, виды анкет, основные этапы в разработке анкеты и примерная схема конструирования анкеты для обучающихся с ОВЗ, методы психолого-педагогического исследования и психолого-педагогический эксперимент. Рассмотрим как это можно применить на практике.

1) Интервью «Индивидуальный план пути профессионального развития»

представлен рядом открытых вопросов. Данное интервью создано профессором, к.п.н. Н.С. Пряжниковым на основе предложенной схемы построения личного профессионального плана, которая предполагает:

- изучение требований рынка труда и собственных способностей и возможностей;
- выделение дальней профессиональной цели и ее согласование с другими важными жизненными целями;
- выделение ближайших профессиональных целей как этапов и путей к дальней цели;
- представление об основных внешних препятствиях на пути к выделенной цели и знание путей и способов их преодоления;
- представление о внутренних препятствиях (недостатках), осложняющих достижение профессиональных целей, а также знание своих достоинств (ресурсов), способствующих реализации намеченных планов;
- знание путей и способов преодоления внутренних недостатков и оптимального использования достоинств;
- наличие системы резервных вариантов выбора на случай неудачи по основному варианту самоопределения;
- начало практической реализации личной профессиональной перспективы и постоянное совершенствование (корректировка) намеченных планов по принципу «обратной связи».

Структурированное мотивационное интервью представляет собой собеседование, направленное на раскрытие представлений абитуриента о выбранной им специальности, его ожиданий и планов на будущее.

При проведении собеседования, психолог поощряет абитуриента давать развернутые, обдуманые ответы, основное содержание которых записываются на

бланке, по возможности точно фиксируя выражения и формулировки, использованные интервьюируемым. Заполненный таким образом бланк интервью дает психологу материал для анализа особенностей мотивационной сферы поступающего и служит «мостиком» к дальнейшим беседам на темы профессионального развития на протяжении всего периода реабилитации. Интервью завершается вопросом, была ли эта беседа интересна или полезна поступающему. Как правило, реабилитанты высоко оценивают результаты, достигнутые в беседе, они отмечают прояснение для себя своих целей, движущих мотивов, возможностей и ограничений, установление связей между профессиональными и жизненными целями и планами (Приложение 2) (21).

2) Работа над личными профессиональными планами реабилитантов должна продолжаться *в течение всего периода обучения.*

Психологами и социальными педагогами проводятся индивидуальные беседы на тему профессионального самоопределения, групповые профориентационные занятия во время учебной практики и перед производственной практикой, групповые дискуссии на классных часах и тренингах. Таким образом, удается реализовать два последних пункта схемы построения профессионального плана по Н.С. Пряжникову:

1. обучающиеся еще в период обучения в учебном заведении имеют возможность по результатам практической деятельности скорректировать свои планы;
2. использовать при необходимости резервные варианты.

На завершающем этапе обучения активная работа с профессиональными планами продолжается на «Тренинге самопрезентации и активных методов поиска работы» (21).

Промежуточные мероприятия психолого-педагогического сопровождения. Промежуточная аттестация

Научные, психологические методы тестирования поднимают на новый, более высокий и технологичный уровень не только учет особенностей характера студентов, но и контроль знаний - как оперативный, так и аттестационный. На сегодня все преподаватели-предметники и специалисты должны уметь самостоятельно использовать методы тестирования, в частности, для объективного контроля знаний и умений обучающихся. Поэтому значительное внимание должно уделяться общей культуре составления и проведения тестов. В своей собственной предметной области все преподаватели должны уметь самостоятельно составить и провести предметный тест.

Особенно облегчает задачу контроля за уровнем достижений и динамикой обучения внедрение современных компьютерных методов. Понимание основ

измерительно-статистической логики построения современных тестов поможет преподавателю понять глубину и специфику научных методов психодиагностики, источники и научные основы ее объективности.

Промежуточная аттестация - основная форма контроля учебной работы обучающихся, она оценивает результаты учебной деятельности обучающегося за семестр. Для лиц, имеющих инвалидность, зачет или экзамен является стрессом и поэтому большое значение имеет психолого-педагогическое сопровождение при подготовке и проведении зачетов и экзаменов.

Группа личностного роста как одна из форм психологической реабилитации

Современный гуманистический подход в психологии (К.Роджерс, А.Маслоу, Р.Мэй, Дж.Бьюдженталь, И Ялом и др.) рассматривает тенденцию к саморазвитию и личностному росту как изначальную потребность личности. По мнению К. Роджерс, существует фундаментальный аспект человеческой природы, который побуждает человека двигаться к расширению собственного опыта и более реалистичному функционированию, сравнивая это побуждение со стремлением маленького зернышка быть здоровым и полноценным растением. Стремление к самоактуализации и более высоким целям свойственно любому психологически здоровому человеку. Развитие и становление личности - это творческий поиск человеком своего предназначения, согласия с самим собой, реализации своих возможностей. Растущая личность - это изменяющаяся личность, способная осознавать собственный новый опыт и находить решение жизненных проблем. В процессе роста личности расширяются ее возможности, углубляются понимание жизни, духовность и открываются новые перспективы. Развитие в первую очередь зависит от постоянных и активных усилий самого человека. Это кропотливая работа над собой, требующая большой энергии и огромного желания. В процессе такой работы человеку необходимо:

- научиться понимать и принимать себя, свою индивидуальность познавая себя, приобрести подлинную внутреннюю свободу и независимость от внешних обстоятельств;
- определить свое место в окружающем мире людей, так как именно общение и взаимодействие с другими людьми дает человеку их любовь и поддержку, без него невозможно полноценное существование;
- найти ценность и смысл своей жизни, свое уникальное предназначение, взять на себя за это ответственность, ибо в этом заключается основная цель роста личности и ее развития. Однако личностный рост является сложным и противоречивым процессом. На

этом пути человек сталкивается с серьезными трудностями: потребность в активности и самореализации вступает в противоречие со стремлением к любви и признанию со стороны окружающих, ибо ожидания других людей не всегда совпадают с нашими целями и желаниями. Сложность заключается еще и в том, что личностный рост связан с внутренними изменениями, переоценкой предыдущего опыта на каждом новом этапе жизни. Выработанные ранее стереотипы поведения оказываются непригодными, старые схемы перестают работать, в результате человек может намеренно избегать нового опыта, как бы закрывая глаза на себя и сложившиеся обстоятельства. Лица с инвалидностью наряду с этим сталкиваются и с постоянным противодействием своего недуга: с недостатком сил, быстрой утомляемостью, стрессом и т.д., он теряет веру в свои силы и в себя, иногда впадает в депрессию. У него возникает желание остановиться, бросить все, «вернуться в болезнь» и оставить честолюбивые планы. Человеку трудно одному справиться со всеми возникающими проблемами ему необходима психологическая помощь. Поэтому наряду с индивидуальным консультированием и психотерапией, очень эффективной может быть групповая психологическая работа. Эффективно работающая группа помогает социализации и преодолению социальной дезадаптации, способствует самопониманию и решению личных проблем. Участники группы получают возможность не только успешно взаимодействовать с другими, но и достигать внутреннего комфорта и в полной мере использовать свой потенциал. Групповая работа может осуществляться как в виде социально-психологических тренингов коммуникативной компетентности, включенных в учебные программы, или проводимых дополнительно в соответствии с потребностями реабилитантов, так и в виде «группы личностного роста». Участие в работе «группы личностного роста» могут принять учащиеся, изъявившие такое желание и прошедшие предварительное собеседование с психологом.

Целью группы личностного роста является возможность самореализации участников. И. Ялом выделяет 11 психотерапевтических факторов, составляющих основу терапевтического воздействия группы, приводящего к личностному росту:

1. *Вселение надежды*: группа оказывает поддержку участникам, увеличивая позитивные ожидания и веру в успех и в самого себя.
2. *Универсальность переживаний*: многие люди испытывающие тревогу, полагают, что в своем несчастье они единственные в своем роде, что только у них одних бывают пугающие или неприемлемые мысли, проблемы, импульсы и т.д. Таким людям в связи с их относительной социальной изолированностью присуще обостренное чувство собственной уникальности. Свойственные им затруднения в межличностном общении

могут препятствовать возникновению глубоких близких отношений. Выслушивая других членов группы, делящихся своими тревогами и переживаниями, сходными с их собственными, участники ощущают зарождение большего контакта с миром, освобождение от изолированности и сосредоточенности на собственных проблемах.

3. *Снабжение информацией:* в процессе работы группы ведущий предлагает информацию об особенностях психического функционирования людей, душевном здоровье и душевных болезнях, взаимосвязи между соматическим и психическим здоровьем, психологических проблемах и возможных способах их разрешения. Ведущий и другие участники делятся предложениями и советами, расширяя тем самым диапазон когнитивных, эмоциональных и поведенческих реакций члена группы.

4. *Альтруизм:* участники оказывают друг другу помощь в ходе групповой работы. Они становятся друг для друга источником поддержки и утешения, дают советы, разделяют друг с другом похожие проблемы, получая удовлетворение от того, что могут быть полезны другим.

5. *Возможность коррекции образа первичной (семейной) группы.* Очень большое количество людей, становящихся участниками групп, имеют в прошлом неудовлетворительный опыт, полученный в родительской семье. Это особенно характерно для детей-инвалидов, выросших в атмосфере изолированности, гиперопеки или, наоборот, запущенности и отверженности. Терапевтическая группа во многих аспектах напоминает семью: в ней присутствуют авторитетные родительские фигуры, равные друг другу братья и сестры, глубокие личностные отношения, сильные эмоции, близость наравне с соперничеством и враждебностью. Участники часто выбирают для себя в группе способы поведения, которые использовались в их семье: беспомощную зависимость или бунтарство и вызов, настороженность и подозрительность, соперничество или желание угодить другим вопреки собственным интересам и т.д. Эти способы тормозят рост и развитие человека. С помощью ведущего и других участников неконструктивные способы поведения могут быть осознаны и изменены на более адекватные.

6. *Развитие навыков социализации:* в группах происходит социальное научение - развитие базовых социальных умений за счет предоставления участниками друг другу адекватной межличностной обратной связи. Для людей, испытывающих недостаток близких отношений, группа зачастую становится первым источником такой связи.

7. *Имитационное поведение:* участники моделируют свое поведение, ориентируясь на какие-то аспекты поведения других членов группы или ведущего. Даже если само по себе подражательное поведение непродолжительно, оно помогает участникам рас-

крепоститься и получить тем самым возможность для экспериментирования с новыми моделями поведения. Ведущий обычно оказывает влияние на формирование коммуникативных паттернов в своих группах путем моделирования такого типа поведения, как самораскрытие, принятие себя и других, оказание поддержки и др.

8. *Межличностное научение*: участники группы, благодаря обратной связи от других и самонаблюдению, приходят к осознанию существенных аспектов своего межличностного поведения, вызывающих нежелательную реакцию со стороны окружающих их людей. Обнаружив эти аспекты, участники приходят к осознанию своей личной ответственности за свои межличностные отношения. В результате этого человек постепенно меняется - он испытывает в группе новые способы быть с другими людьми. Поведение, усвоенное в группе, в конечном счете, переносится человеком на его социальное окружение - изменения происходят и в межличностном поведении вне группы. Постепенно запускается «спираль адаптации»: по мере уменьшения межличностных искажений, укрепляется способность формировать удовлетворяющие межличностные отношения; снижается социальная тревога, повышается самооценка. Окружающие положительно откликаются на такое поведение и выражают признаки большего одобрения и принятия участника группы, что повышает его самооценку и способствует дальнейшим изменениям и росту.

9. *Сплоченность группы*: принятие и поддержка, оказываемая группой, повышает чувство собственной ценности (самооценку) участников. Именно сплоченность и возникающее за счет нее доверие и чувство безопасности позволяют человеку открыто выражать в группе свои чувства, в том числе и враждебные, быть самим собой, осознавать и принимать свои импульсы и чувства, учиться их социально приемлемому выражению.

10. *Катарсис*: группа дает возможность «выплеснуть» сдерживаемые эмоции, освободиться от подавленных переживаний, зажимов, тормозящих рост и развитие.

Экзистенциальные факторы. Согласно экзистенциальному подходу, самая грандиозная борьба человеческого существа - это борьба с данностями, конечными проблемами бытия: смертью, изолированностью, свободой и бессмысленностью. Тревога порождается базовыми конфликтами в каждой из этих сфер: человек желает продолжать быть и, тем не менее, осознает неминуемую смерть; жаждет твердой почвы и структуры, а должен всю жизнь противостоять их отсутствию; желает контакта, защиты, хочет быть частью большого целого, а в жизни имеет дело с непреодолимой пропастью между собой и другими; люди - ищущие смысла существа, брошенные в бессмысленный мир. Существует два способа отношения к этим проблемам: можно

подавлять и игнорировать свою ситуацию в этой жизни, пребывать в «забвении бытия»; жить аутентично, осознавая бытие, принимая свои возможности и ограничения, осознавая ответственность, которую человек несет за собственную жизнь.

Молодой человек, имеющий инвалидность, просто в силу своей болезни должен затрачивать очень много усилий и энергии на подавление и игнорирование экзистенциальных проблем, они тревожат его значительно больше, чем относительно здорового человека. Обращение к этим проблемам в группе способствует осознанию и принятию себя и своих тревог и ограничений, принятию ответственности за свою жизнь. Работа «группы личностного роста» организуется психологом, имеющим необходимые знания и навыки, владеющим техникой ведения психокоррекционных групп. Функции руководителя группы сводятся к исполнению четырех ролей:

- эксперта;
- катализатора;
- дирижера;
- образца участника.

Комментарии ведущего помогают участникам объективно оценивать свое поведение, видеть, как оно действует на других. В роли эксперта он помогает участникам прояснить смысл отношений и взаимодействий. В качестве катализатора ведущий способствует развитию событий, демонстрации характерных поведенческих стереотипов, он побуждает группу к действию и привлекает внимание группы к актуализирующимся проблемам и чувствам участников. В роли дирижера ведущий «наводит мостики» между участниками, создает условия для эффективного взаимодействия в группе, поддерживает попытки участников исследовать проблемы и обсуждать возникающие у них мысли и чувства, регулирует и направляет групповой процесс. В этой роли ведущий, обеспечивает психологическую безопасность в группе, отслеживая уровень тревожности и эмоциональное напряжение, с тем, чтобы они соответствовали задачам группы, но в то же время никто из участников не получил психологической травмы. В качестве образцового участника ведущий реализует открытость и аутентичность при самораскрытии, понимание и принятие участников с их особенностями и проблемами, демонстрирует эффективные способы межличностного взаимодействия. Активное участие и содействие ведущего позволяет участникам почувствовать уважение и заботу.

Работа в группе личностного роста позволяет участникам перейти на другой уровень осознанности и принятия себя, развить свои коммуникативные и социальные

навыки, высвободить энергию для движения вперед, профессионального и личностного самоопределения и самоактуализации (21).

Проведение мониторингов

В процессе учебной деятельности немаловажную роль играет проведение педагогического и психологического мониторинга.

Слово «мониторинг» произошло от латинского слова «monitor» - в переводе означает напоминающий или предупреждающий. Понятие «мониторинг» может рассматриваться и как способ исследования реальности, используемый в различных науках, и как способ обеспечения управляющего звена своевременной и качественной информацией о состоянии системы и происходящих в ней процессах. В научной литературе конца XX века, понятие мониторинга наиболее общим образом обозначает:

«деятельность по наблюдению»;

«систему повторных, целенаправленных наблюдений»;

«методику и систему наблюдений».

Ключевое слово всех определений является слово «наблюдение». Позже, в более поздний период наблюдение меняется на «контроль с периодическим слежением» или «процесс отслеживания информации по изучаемой системе». Сегодня представляется наиболее точным и универсальным следующее определение: мониторинг - это многоуровневая, иерархическая система организации, сбора, хранения, обработки и распространения информации об обследуемой системе или отдельных её элементах, ориентированная на информационное обеспечение управления, которая позволяет судить о состоянии объекта мониторинга в любой момент и может обеспечить прогноз его развития. Мониторинг может быть рассмотрен как информационная, диагностическая, научная, прогностическая система, реализация которой осуществляется в рамках управленческой деятельности. Информация, собираемая в процессе мониторинга, служит целям управления и повышению эффективности управленческих решений. При всем разнообразии можно выделить единый компонент мониторинга - это его нацеленность на управленческие решения. Анализ теоретико-методологических основ модернизации образования, в особенности такой его важнейшей характеристики, как управление, в значительной степени базируется на современном понимании мониторинга образования, его сущности и содержания. С научно-педагогической точки зрения одной из сторон деятельности является гностическая деятельность, то есть проверка и оценка результатов педагогического процесса, анализ его хода и

эффективности, в связи с которой в последнее время стали использовать понятие «педагогический мониторинг».

Педагогический мониторинг - это диагностика, оценка и прогнозирование педагогического процесса; отслеживание его хода, результатов, перспектив развития. Педагогический мониторинг имеет специфический объект изучения и обеспечивает педагогов, руководителей образовательного учреждения и органы управления качественной и своевременной информацией, необходимой для принятия управленческих решений. Частью педагогического мониторинга развития и обучения в образовательном учреждении является психологический мониторинг.

Психологический мониторинг представляет собой систему постоянного отслеживания посредством психологической диагностики процесса личностного развития обучающегося, создания банка психологических данных на каждого обучающегося, проектирование индивидуальной психологической и педагогической траектории обучающегося.

Использование мониторинга в психологии началось сравнительно недавно. По определению А.А. Орлова, психологический мониторинг выявляет тенденции и закономерности психологического развития определенных групп людей (16). Предметом психологического мониторинга, например, могут быть психологическая готовность детей к обучению, динамика профессионального и личностного самоопределения, динамика изменений определенной возрастной или профессиональной группы, функционирование и развитие психических процессов и др. Психологический мониторинг позволяет отслеживать качественные характеристики восприятия и усвоения знаний, умений и навыков детьми. С помощью мониторинга оценивается:

- познавательная;
- мотивационная;
- эмоционально-волевая и личностная сферы;
- динамика их развития.

Психологический мониторинг - особый вид мониторинга. Важно рассматривать предметом мониторинга не само психологическое развитие ребёнка, а образовательные условия, которые определяют развивающий характер образования, или социально-психологические риски, существующие в образовательной среде. Представляется маловероятной ситуация, когда управленческое решение может оказывать целенаправленное воздействие на психику человека. Психологический мониторинг развития представляет собой комплексную программу, позволяющую оперативно предоставлять информацию о психологическом состоянии детей, актуальных и

потенциальных проблемах их развития в целях прогноза, коррекции и управления в рамках определенной образовательной системы (например, школы или учреждения профессионального образования).

С помощью мониторинга делаются попытки ответить на вопросы об эффективности той или иной технологии обучения, выделение факторов, влияющих на обучение, доказательство зависимости квалификации педагога и результатов обучения обучающихся и другие. Вместе с тем, необходимо отметить ряд существенных недостатков в подготовке и проведении мониторинговых исследований, в частности, некорректное использование психологического инструментария, преувеличение значения компьютерного варианта тестирования, недостаточная оценка социальных факторов, отсутствие стандартов и нормативно-правовой базы.

Психологический мониторинг реализует следующие задачи:

- получение максимально полной психологической информации, характеризующей образовательный процесс;
- предоставление этой информации в наиболее удобном виде пользователям разного уровня;
- структурирование системы психолого-педагогических коррекционных мероприятий.

Работа психологической службы образовательного учреждения в режиме психологического мониторинга осуществляется по следующим направлениям: психологическая диагностика, анализ результатов, рекомендации, консультация, коррекционные мероприятия, психологическая диагностика, анализ результатов, рекомендации, консультация, коррекционные мероприятия и т.д. Психологический мониторинг - комплексная технология, объединяющая диагностику, консультацию, коррекцию в единую эффективную систему психологических средств, реализуемых в определенной последовательности, наполняемых строго отобранным содержанием и позволяющих гибко и действенно осуществлять психологическое сопровождение образовательного процесса, достигать желаемую цель.

При помощи психологического мониторинга оценивается процессуальная сторона обучения и прежде всего качественные характеристики восприятия и усвоения знаний обучающимися. Следовательно, в качестве показателя результативности следует рассматривать динамику психологического развития ребенка (то есть возникновение и развитие психических новообразований - познавательной мотивации, расширения зоны ближайшего развития, субъективной позиции в деятельности, произвольности и др.).

Педагогическая и психологическая трактовки образовательного процесса и результатов обучения при существенных различиях тесно взаимосвязаны. Нельзя

изменить уровень развития ребенка, не расширяя при этом его осведомленность и круг практических умений. Невозможно формировать полноценные знания и умения, не изменяя при этом уровень психического развития. Поэтому показатели результативности образовательного процесса являются психолого-педагогическими.

При помощи психологического мониторинга отслеживаются следующие психологические критерии, показатели результативности образовательного процесса:

- познавательная сфера ребенка (восприятие, память, внимание, мышление) и динамика ее развития, сформированность учебной деятельности;
- мотивационная сфера и динамика ее развития;
- эмоционально-волевая сфера (уровень тревожности, активности) и динамика ее развития, влияние эмоционального состояния на процесс обучения, удовлетворенность различными сторонами образовательного процесса;
- личностная сфера (самооценка, потребность в достижении, уровень коммуникации, ценностные ориентации) и динамика ее развития.

При проведении психологического мониторинга необходимо четко представлять порядок разработки и проведения такого сложного исследования. Планирование и проведение мониторинга предполагает несколько этапов, каждый из которых отвечает конкретной задаче.

1 этап - подготовительный. Уточнение потребностей органов управления образованием в информации, формулирование проблемы, определение объекта и предмета исследования, постановка целей и задач мониторингового исследования, обоснование выборки и деление её на определенные группы, выделение и научное обоснование показателей мониторинга, подбор и научное обоснование применяемых методов и методик, уточнение процедуры проведения и разработка инструкции проведения мониторинга, создание компьютерной методики для обработки результатов, согласование сроков и графиков работ.

2 этап - пилотное проведение мониторинга. Проведение пилотного исследования на небольшой выборке, обработка и анализ данных, корректировка содержания анкет, методик и инструкций.

3 этап - полевая стадия исследования. Проведение масштабного мониторинга, сбор первичной эмпирической информации по всей выборке.

4 этап - обработка и анализ информации. Обработка информационного материала, обсуждение полученных результатов, создание аналитической справки для органов управления по результатам мониторинга.

5 этап - составление рекомендаций.

Таким образом, мониторинг является неотъемлемой частью в образовании и других сферах деятельности. Мониторинг предполагает систему организации, сбора, хранения, обработки и распространения информации об обследуемой системе или отдельных её элементах. Психологический мониторинг позволяет отследить результативность учебной деятельности, ее динамику, личностные особенности обучающихся. Это позволяет наметить пути образовательного процесса, индивидуальную работу с обучающимися, позволяет выявлять трудности при внедрении личностно-ориентированного обучения.

Современные технологии мониторинга

Мониторинговое изучение и учет мнений непосредственных участников образовательного процесса - важная составляющая процесса управления системой образования в целом и образовательными учреждениями в отдельности, объективной качественной и количественной оценки их деятельности. Развитие всемирной паутины Интернет и снижение цен на информационные услуги создают условия, когда мониторинг становится возможным в удобное время, в удобном месте, не отрывая его от других видов деятельности, особенно когда это касается лиц с инвалидностью. Совершенствование и распространение сетевых технологий, в первую очередь Интернета, внедрение их в культуру и систему социальных взаимодействий оказывает влияние на практику психологических исследований. Применение интернета можно рассматривать как этап в развитии методов психологических исследований. Психологические исследования, опосредствованные Интернетом, включают такие разнообразные традиционные методы, как опросы и интервью, мониторинг и включенные наблюдения, корреляционные исследования и эксперименты, обозначаемые с помощью прилагательного «сетевой»: сетевые опросы, сетевые интервью и так далее.

Основной методической проблемой, интересующей психологов при проведении интернет-исследований, являются вопросы их внешней и внутренней валидности. Для оценки внешней валидности исследования, применяют сравнение результатов исследования, проведенного посредством интернета, с результатами предыдущих исследований, которые проводились традиционным способом. Недостаточная внутренняя валидность интернет исследований может быть обусловлена: ненадежной работой сети; недостаточным контролем ситуации исследования; недостаточным контролем состава участников. Основные меры, предпринимаемые исследователями для повышения внутренней валидности исследований, связаны с контролем выборки испытуемых и ситуации эксперимента.

Формирование репрезентативной выборки - сложная, но решаемая задача. Для этого предлагается различными способами привлечь как можно большее число испытуемых и регистрировать их данные, контролируя и пресекая при этом многократное заполнение теста одним испытуемым. Из общей выборки стандартными методами исследователь отбирает для дальнейшего анализа репрезентативную группу испытуемых.

Таким образом, проведение интернет-исследований является линией развития методов психологического исследования. По сравнению с традиционными видами психологических экспериментальных исследований, интернет исследования обладают рядом недостатков (проблемы внутренней валидности), и достоинствами (повышение внешней валидности) (4).

2.2. Социально-педагогическая реабилитация

Важнейшей составной частью ИПР является раздел социальной реабилитации. Именно этот вид реабилитации дает основу для социализации ребенка с инвалидностью.

Под *социальной реабилитацией* понимаются меры, которые направлены на обеспечение социальной адаптации личности. Ее основная задача — восстановление социального статуса ребенка и включение его в систему общественных отношений в ходе специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого соответствующих условий. В процессе взаимодействия с ребенком, имеющим отклонения в развитии, возникает немало проблем, связанных с влиянием на развивающуюся личность огромного количества внешних и внутренних факторов. Для эффективного управления этим процессом надо знать их специфику, положительные и негативные стороны, предвидеть результаты воздействия и своевременно вносить коррективы.

Применительно к детям с инвалидностью социализация рассматривается в аспекте возможности самообслуживания ребенка-инвалида, его интеграция в игровую и познавательную деятельность здоровых сверстников, а также в аспекте его будущей интеграции в общество во всех областях жизни последнего.

Комплекс реабилитационных мероприятий, правильная подготовка к труду и профессиональная ориентация, проводимая с учетом интеллектуальных, сенсорных, речевых и личностных возможностей детей и подростков с отклонениями в развитии, создают предпосылки для их адаптации в обычных жизненных условиях — социальной реабилитации.

Возможности социальной реабилитации детей и подростков с отклонениями в развитии находятся в прямой зависимости от характера и тяжести первичных нарушений, наличия дополнительных отклонений, их индивидуальных особенностей, организации процесса обучения и воспитания детей, воздействия ближайшего социального окружения.

Интегративная роль социальной реабилитации детей и подростков с отклонениями в развитии, усилия специалистов разного профиля на основе достижения основной цели — включения ребенка с отклонениями в развитии в социальную среду, приобщения к общественной жизни и труду на уровне его психофизических возможностей.

Программа социальной реабилитации состоит из нескольких видов:

1. социально-педагогической;
2. социально-психологической;
3. социокультурной;
4. социально-бытовой.

Кроме этого, особо определяются возможности формирования или привития навыков ориентации и передвижения ребенка, проведение ему лечебно-физкультурного комплекса.

Цель социально-педагогической реабилитации в процессе общего образования детей включает решение, как общеобразовательных задач, так и задач коррекционных, лечебно-педагогических, направленных на максимальное приспособление детей к самостоятельной жизни и труду. Особое внимание должно уделяться профориентационной работе, трудовой подготовке по различным видам труда. Т.е. основная задача социально-педагогической реабилитации научить ребенка такому образу жизни, при котором он максимально может быть интегрирован в общество.

Одним из видов социально-педагогической реабилитации является социально-педагогическая работа с семьей, для поддержки семей с детьми-инвалидами и при необходимости коррекции внутрисемейных отношений.

Социально-психологическая реабилитация - развитие, формирование навыков общения, снижения напряженности эмоциональных отношений в группе, семье, т.е. обеспечение применения таких технологий, которые обеспечивают социальную интеграцию.

Цель социально-психологической реабилитации заключается в формировании психических особенностей, свойств воспитанника, которые обеспечивали бы его «включенность» в актуальные для него и соответствующие

социокультурные сферы социальных отношений. Работа специалистов заключается в поддержке ребенка и его семьи и должна включать организацию помощи по коррекции отношений внутри группы и семьи, организацию обучения родителей методам психологического воздействия на ребенка, организацию психологической помощи семье в целом.

Конечной целью социально-психологической реабилитации является социальная интеграция и социальная адаптация ребенка.

Важное значение в реабилитации обучающихся с инвалидностью имеет **социокультурная реабилитация**. Социокультурная реабилитация — один из способов приобщения молодых людей с ОВЗ к активной жизни общества. Главная задача — приобщение детей и подростков к культурным, духовно-нравственным ценностям, к здоровому образу жизни. Возможность реализовать запросы инвалидов, организовать их культурный досуг, общение со здоровыми — такова главная задача социокультурной реабилитации инвалидов.

Социокультурная реабилитация как технологический процесс, позволяет включить молодого человека с ограниченными возможностями в студенческую группу, помочь ему усвоить сложившиеся нормы, отношения, образцы поведения, развить умения и навыки общения, включиться более успешно в социально-профессиональную сферу. Данная социальная технология может внедряться в систему высшего профессионального образования с помощью сотрудников социально-педагогических служб и различных творческих студенческих объединений.

Развитие социальных и профессиональных умений и навыков студентов с ОВЗ в творческой, интересной для них деятельности реализуется через социальные институты: государство, семью, традиции, духовные ценности, выполняющие функцию социальной ориентации молодого человека в обществе, и сформированы путём суммирования социального опыта многих поколений.

Согласно приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации «Об утверждении форм индивидуальной программы реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации» от 2008 г. N 379 н перечень мероприятий по социальной реабилитации включает социокультурную реабилитацию, как комплекс методов и приемов организации досуга инвалидов через работу: студенческих клубов, кружков, секций, проведение праздников, конкурсов, юбилеев и других форм, направленных на восстановление социального статуса гражданина с

ограниченными возможностями. Социокультурная реабилитация студента может осуществляться с помощью духовных ценностей передаваемых ему в творческой форме.

Формы и методы социокультурной реабилитации многообразны. Наибольшее распространение получили следующие: занятия в музыкально-театральном коллективе, вокальной студии, театре-студии, школе искусств, театре мод арт-костюм, мастерской этно-дизайна (вышивания, вязания, шитья), хореографической студии, участие в концертах художественной самодеятельности, вернисажах и выставках изобразительного искусства, конкурсах прикладного искусства и художественного творчества инвалидов. В рамках социокультурной реабилитации широко используется проведение экскурсий, посещение музеев, театров, концертов. Особое место занимает проведение фестивалей. Вовлечение специализированных культурных и досуговых учреждений необходимое условие социокультурной реабилитации детей-инвалидов.

В региональной общественной организации социально-творческой реабилитации детей и молодежи с отклонениями в развитии и их семей «Круг» г. Москва разработана авторская модель введения ребенка с инвалидностью в театральную деятельность.

Сопровождение воспитанника театральной студии осуществляет коллектив педагогов и специалистов в области театра: режиссера, музыканта, художника и др. Молодой человек с ОВЗ принимает активное участие в выборе пьесы и ее анализе, работает с художником, участвует в распределении ролей, обсуждает индивидуально с режиссером и в группе свою роль, вместе с остальными актерами показывает спектакль.

В приложении 4 приводится пример другой модели приобщения молодых людей к театральному искусству, при использовании Системы Станиславского.

Социально-бытовая реабилитация показана всем воспитанникам с нарушениями и задержкой в развитии. Этот вид реабилитации относится к числу специальных коррекционных видов реабилитации, которые проводятся с учетом возрастных и специфических особенностей и возможностей обучающихся с психо-неврологическими заболеваниями.

Сущность социально-педагогической реабилитации

Социальная реабилитация - выполнение системы действий по восстановлению или обретению человеком определенных прав, привилегий и обязанностей, систему действий по научению исполнению различных социальных ролей в соответствии с его рангом или позициями в группе. При социальной реабилитации инвалидов, необходимо

внести и систему действий по средовой ориентации и бытовой адаптации, что также связано с выполнением социальных ролей.

Педагогическая реабилитация представляет собою меры воспитательного характера, направленные на коррекцию поведения, интеллектуальной деятельности, эмоционального состояния, получение образования, ликвидацию педагогической запущенности, выработку у ребенка психологической уверенности в собственной полноценности и формирование социально значимой личностно-профессиональной ориентации. Понятие «педагогическая реабилитация» тесно связано с понятиями **ресоциализации** и перевоспитания.

Трактовки понятий ресоциализации и перевоспитания во многом соотносятся друг с другом: оба понятия предусматривают систему действий, направленных на замену предшествующих качеств и ценностных установок личности на новые. Но данные понятия можно развести: перевоспитание предусматривает изменение качеств личности, а ресоциализация – повторное накопление социального опыта или освоение нового социального опыта. Между тем и ресоциализация, и перевоспитание являются составными частями процесса педагогической реабилитации.

Таким образом, педагогическая реабилитация предусматривает систему мер воспитательного характера, направленных на изменение поведения, интеллектуальной деятельности, получение образования, формирование социально значимой личностно-профессиональной ориентации на основе ресоциализации и перевоспитания.

Социально-педагогическая реабилитация – это процесс, объединяющий действия по социальной и педагогической реабилитации. Возможность такого объединения объясняется наличием общих составляющих: ресоциализации в педагогической реабилитации, научение действиям социальных ролей в социальной реабилитации.

Социально-педагогическая реабилитация - система мер, направленных на устранение или ослабление влияния неблагоприятных факторов, восстановление статуса личности, оказание помощи в освоении социальных ролей в соответствии со статусом личности, изменение поведения, интеллектуальной деятельности, получении образования на основе переобучения, перевоспитания, ресоциализации.

При проведении социально-педагогической реабилитации необходимо учитывать два обстоятельства:

- во-первых, необходимо учитывать процессы, которые протекают в жизни человека параллельно в конкретный промежуток времени: социализация, воспитание, обучение, самовоспитание. Они, с одной стороны, не должны противоречить направленности реабилитационного процесса, а должны закреплять результаты, полученные в процессе

реабилитации, расширять зону реабилитационных мероприятий, делать процесс реабилитации непрерывным. С другой стороны, сами реабилитационные мероприятия не должны нарушать устоявшиеся положительные процессы жизнедеятельности;

- во-вторых, перечисленная система действий в рамках социально-педагогической реабилитации не включает действия по восстановлению биологических функций организма, по восстановлению психологических процессов, действия по профессиональному обучению, действия по оказанию экономической и правовой помощи и др. Эти действия относятся к другим видам реабилитации: медицинской, психологической, профессиональной, экономической и др. Если рассматривать комплексно процесс реабилитации, то необходимо согласовывать действия между разными видами реабилитации с целью оптимизации проводимых мероприятий.

Поэтому в социально-педагогической реабилитации можно выделить четыре основных компонента действий:

- действия по устранению влияния неблагоприятных факторов;
- действия по восстановлению социального статуса и роли;
- действия перевоспитания, переобучения, ресоциализации;
- действия согласования мероприятий социально-педагогической реабилитации с процессами жизнедеятельности человека и с мероприятиями, осуществляемыми в рамках других видов реабилитации.

Педагогические условия и технологии социально-педагогического сопровождения комплексной реабилитации с детей с ОВЗ

Педагогические условия - это целенаправленно созданная обстановка (среда), в которой в тесном взаимодействии представлены совокупность психологических и педагогических факторов (отношений, средств и т.д.), позволяющих педагогу эффективно осуществлять воспитательную, учебную деятельность, реабилитационную работу.

Педагогические условия:

- создание естественной, доброжелательной обстановки, в которой будет развиваться личность ребенка - важное условие в реабилитации, так как формирование личности ребенка должно проходить при благоприятных условиях воспитания на развитии идей гуманизма;
- учет возрастных особенностей, опора на интересы ребенка (это условие значительно повышает эффективность реабилитационного процесса);

- учет положения о ведущей деятельности детей соответственно данному возрастному периоду;
- использование воспитательных воздействий при формировании нравственных ценностей воспитанников.

Применительно к педагогической деятельности традиционно отмечают такой существенный недостаток, как низкая результативность. При соблюдении всех возможных рекомендаций получаемый результат далеко не всегда соотносим с той целью, которая определяла деятельность. Закономерным в связи с этим стало применение технологических подходов. Их ведущее преимущество как раз и заключается в научном подборе таких методов, средств, и способов деятельности, с помощью которых можно обеспечить максимальную результативность.

Промежуточная социально-психологическая диагностика

Промежуточная социально-психологическая диагностика является подведением итогов профессиональной реабилитации за семестр. Итоги промежуточной аттестации, динамика социального поведения, психологического состояния и здоровья обучающихся рассматриваются реабилитационными командами и вносятся в их реабилитационные дела.

Программное обеспечение социально-психологической диагностики

При разговоре о социально-психологической диагностике следует рассмотреть взаимосвязь понятий, которые в социально-психологической литературе часто употребляются как синонимы. Речь идет о терминах «психодиагностика», «исследование», «обследование», «установление диагноза».

Термин «исследование» целесообразней употреблять, когда речь идет о фундаментальном изучении научных проблем, когда осуществляется приращение знания для науки. Когда же речь идет о прикладных исследованиях, призванных решать практические задачи (распознавание явлений, описание его характеристик, выяснение причин и построение диагноза), то целесообразней пользоваться термином «социально-психологическая диагностика». «Установление диагноза» в этом случае является конечным, заключительным этапом диагностики как процесса, включающего в качестве предыдущих этапов сбор данных в соответствии с задачами, которые ставит заказчик, решение многих организационных вопросов, когда диагностируются малые и большие социальные группы, обработка и анализ информации.

1) Обучение психологии общения

Необходимым условием успешной профессиональной деятельности является умение строить деловые отношения, прогнозировать их развитие и разрешать сложные

ситуации во взаимодействии с людьми. Знание основ функционирования психики, представление о различных типах темперамента и характера, умение осознавать мотивы собственных поступков, улучшение понимания причин поведения других людей, навыки саморегуляции и другие психологические знания и умения способствующие повышению успешности жизни человека. В зависимости от того, как человек понимает моральные нормы, какое содержание в них вкладывает, он может, как облегчить себе деловое общение, так и затруднить это общение или даже сделать его невозможным. Теоретические психологические знания должны дополняться практическими коммуникативными, рефлексивными, аналитическими и регулятивными навыками и умениями.

Поэтому в учебные программы по различным специальностям и направлениям подготовки в учебных заведениях профессионального и высшего образования для лиц с инвалидностью целесообразно включить **изучение курса:**

2) «Психология и этика деловых отношений»;

«Психология общения». Могут быть разного объема и несколько различающихся по содержанию в зависимости от специфики требований, предъявляемых к коммуникативной компетентности специалистов конкретной профессии. Основная цель: раскрыть конкретный механизм «вплетения» индивидуального в ткань социальной реальности. В качестве примера организации курсов «Психология и этика деловых отношений» в учреждениях профобразования приводится пояснительная записка к данному курсу (приложение №5).

Наряду с изучением курса, рекомендуемой для получения профессионального образования целесообразно включение тренингов:

а. Тренинг социальных навыков – групповая работа, направленная на повышение социальной компетентности больных в повседневной жизни, конкретизируется в тех или иных сферах (домашнее хозяйство, работа, свободное время и т. д.); к основным видам жизненных умений, которым обучаются в группе, относятся управление эмоциями, планирование ближайшего и отдаленного будущего, принятие решений, родительские функции, коммуникативные способности, уверенное поведение. В реабилитации строится с учетом сниженной способности пациентов к социальному научению вследствие ограничений жизнедеятельности, поэтому особое требование предъявляется к структурированности программ и ступенчатости в усложнении материала.

б. Тренинг социально-психологический - область практической психологии, ориентированная на использование активных методов групповой психологической

работы с целью развития компетентности в общении; базовые методы – групповая дискуссия и ролевая игра в различных сочетаниях и модификациях. Общая цель тренинга конкретизируется в следующих задачах:

- овладение психологическими знаниями;
- формирование умений и навыков в сфере общения;
- коррекция, формирование и развитие установок, необходимых для успешного общения;
- развитие способностей адекватного и полного познания себя и других людей;
- развитие и коррекция системы отношений личности.

3) «Социально-психологический тренинг коммуникативных умений».

Включение тренингов обусловлено тем, что молодые люди с инвалидностью имеют более или менее выраженные нарушения социальной адаптации, связанные как с нарушениями здоровья и инвалидностью, так и с целым рядом психологических и социальных причин. Такие нарушения препятствуют раскрытию возможностей человека, успешному формированию межличностных отношений, как в личной сфере, так и в трудовой деятельности. В процессе обучения могут создаваться трудности при становлении коллектива учебной группы, что в свою очередь снижает эффективность усвоения профессиональных знаний.

В ходе **социально - психологического тренинга (СПТ)** решаются следующие задачи:

- формирование коллектива учебной группы, принятие групповых норм и правил, прояснение групповых ценностей, определение лидеров коллектива, развитие групповой сплоченности, привитие учащимся умений работать в команде для повышения эффективности взаимодействия в учебном процессе;

- приобретение и развитие у обучающихся коммуникативных знаний и умений, овладение эффективными способами социального поведения, необходимыми для успешной учебной и профессиональной деятельности и социального функционирования.

На последних этапах обучающимся предлагается специальный блок, включающий **тренинг самопрезентации (21)**.

4) Тренинг самопрезентации и методов активного поиска работы

Состояние инвалидности неизбежно снижает качество жизни человека - качество удовлетворения как материальных и бытовых, так и духовных потребностей. Важнейшим условием, способствующим удовлетворению основных потребностей человека, начиная с витальных и заканчивая высшей человеческой потребностью в самоактуализации личности, является наличие интересной и достойно оплачиваемой

работы. Однако чтобы работодатель сумел по достоинству оценить профессиональные качества и принял решение о приеме на работу лица с инвалидностью, несмотря на связанные с этим неудобства, выпускникам необходимо еще и умение презентовать - «подать» себя (21).

Проводимый на завершающем этапе обучения *«Тренинг самопрезентации и методов активного поиска работы»*, призван помочь реабилитантам:

- окончательно определиться со своими профессиональными планами;
- наметить конкретный план поиска работы;
- освоить необходимые коммуникативные навыки для получения работы (см. приложение б).

Педагогические технологии

Технология - система знаний о способах и средствах обработки и качественного преобразования объекта.

В педагогической и психологической литературе часто встречается понятие «технология», пришедшее к нам вместе с развитием компьютерной техники и внедрением новых компьютерных технологий. В педагогической науке появилось специальное направление - педагогическая технология. Это направление зародилось в 60-е годы в США, Англии и в настоящее время распространилось практически во всех странах мира. Появление этого термина и направления исследований в педагогике не являются случайностью.

Понятие «педагогическая технология» может рассматриваться в трех аспектах:

- научном - как часть педагогической науки, изучающая и разрабатывающая цели, содержание и методы обучения и проектирующая педагогические процессы;
- процессуальном - как описание (алгоритм) процесса, совокупность целей, содержания, методов и средств достижения планируемых результатов обучения;
- деятельностном - осуществление технологического (педагогического) процесса, функционирование всех личностных, инструментальных и методологических педагогических средств.

Критерии технологичности педагогической технологии

Любая педагогическая технология должна удовлетворять основным методологическим требованиям - критериям технологичности, которыми являются:

- концептуальность;
- системность;

- управляемость;
- эффективность;
- воспроизводимость.

Концептуальность педагогической технологии предполагает, что каждой педагогической технологии должна быть присуща опора на определенную научную концепцию, включающую философское, психологическое, дидактическое и социально-педагогическое обоснование достижения образовательных целей.

Системность значит, что педагогическая технология должна обладать всеми признаками системы:

- логикой процесса,
- взаимосвязью его частей, целостностью.

Управляемость предполагает возможность диагностического целеполагания, планирования, проектирования процесса обучения, поэтапной диагностики, варьирования средств и методов с целью коррекции результатов.

Эффективность, указывает на то, что современные педагогические технологии существуют в конкурентных условиях и должны быть эффективными по результатам и оптимальными по затратам, гарантировать достижение определенного стандарта обучения.

Воспроизводимость - подразумевает возможность применения (повторения, воспроизведения) педагогической технологии в других однотипных образовательных учреждениях, другими субъектами.

Структура педагогической технологии

Перечисленные критерии технологичности определяют структуру педагогической технологии, которая включает в себя три части:

- концептуальная основа;
- содержательный компонент обучения;
- процессуальная часть - технологический процесс.

Концептуальная часть педагогической технологии - это научная база технологии, те психолого-педагогические идеи, которые заложены в ее фундамент.

Содержательную часть технологии составляют цели - общие и конкретные, а также содержание учебного материала.

Процессуальная часть представлена системной совокупностью следующих элементов:

- организация учебного процесса;
- методы и формы учебной деятельности учащихся;

- методы и формы работы преподавателя;
- деятельность педагога по управлению процессом усвоения материала;
- диагностика учебного процесса.
- сущность педагогической технологии и требования, предъявляемые к ней.

Как и любая технология, педагогическая технология представляет собой процесс, при котором происходит качественное изменение воздействия на обучаемого. Педагогическую технологию можно представить следующей формулой:

ПТ = цели + задачи + содержание + методы (приемы, средства) + формы обучения.

Организация и реализация этого процесса (педагогической технологии) зависит от требований ведущих дидактических принципов. Дидактические принципы, или принципы обучения - это руководящие положения, принципиальные закономерности, которые направляют деятельность преподавателя, помогают определить содержание обучения, методы и формы обучения. К основным дидактическим принципам относятся:

- принцип научности и доступности обучения;
- принцип системности обучения и связи теории с практикой;
- принцип сознательности и активности учащихся в обучении при руководящей роли педагога;
- принцип наглядности;
- принцип прочности усвоения знаний и связи обучения со всесторонним развитием личности обучающихся.

Наряду с обучением важная роль в коррекции, компенсации и минимизации имеющихся дефектов должна принадлежать воспитанию, а точнее практико-ориентированным воспитательным технологиям, позволяющим достигать определенного положительного результата.

Изначально технологический процесс в образовании имел место применительно к обучению, позже в середине 1980-х годов этот термин распространился и на технологии воспитания.

Реабилитационная (т.е. восстанавливающая) функция нетрадиционной воспитательной деятельности известна давно, последняя, как считают, обеспечивает системность и комплексность различных реабилитационных мероприятий.

Реабилитация средствами воспитания способствует расширению круга общения, завязыванию социальных связей, обогащению жизненного опыта, развитию эмоционально-волевой сферы человека с ограниченными возможностями здоровья. Участие в театральнo-концертной деятельности в процессе социальной реабилитации развивает коммуникабельность, позволяет определить модель поведения и апробировать

её на практике, найти свою «нишу» в социуме. Творческая деятельность позволяет избежать монотонности, однообразия в осуществлении соответствующих реабилитационных упражнений.

С отдельными воспитательными технологиями, используемыми в реабилитации детей, подростков и молодых людей с ОВЗ подробно можно будет познакомиться далее и в Приложении 10.

Лечебная педагогика

Лечебная педагогика - отдельная самостоятельная отрасль социальной педагогики на стыке медицины, психологии и общей педагогики, которая рассматривает вопросы воспитания детей с отклонениями в состоянии здоровья. Проблемами лечебной педагогики занимались видные отечественные и зарубежные ученые: В.П. Кашенко, Д.С. Выготский, Я. Корчак, А.Г. Коган, А.А. Дубровский (17).

В России с двадцатых годов двадцатого столетия введен термин дефектология и в девяностых годах параллельно используется термин коррекционная педагогика, связанные с непосредственным использованием на занятиях специальных методик: сурдопедагогика для глухих и слабослышащих, тифлопедагогика для слепых и слабовидящих, логопедия для лиц с нарушением речи, олигофренопедагогика для олигофренов. К лицам с нарушениями опорно-двигательного аппарата, относятся лица с врожденной инвалидностью (с церебральным параличом) и приобретенной инвалидностью (с заболеваниями костной и мышечной систем). Система специализированного очного дошкольного и школьного образования в России ориентировалась на детей с легкой формой церебрального паралича. Проблемы обучения и воспитания этой категории детей изучались Институтом коррекционной педагогики (ранее дефектологии) Российской академии образования. Проблемы, связанные с очным образованием студентов с нарушениями опорно-двигательной системы в образовательных организациях высшего образования, как с врожденной, так и приобретенной инвалидностью, не изучались в научных институтах Российской академии образования (11).

Вопросами и проблемами «Лечебной педагогики» изучал и занимался доктор ф.-м.н. Л. А. Саркисян (1988 г.), являясь научным руководителем, в связи с созданием МИИ (Московского Института-Интерната). Физическое состояние маломобильных студентов с нарушениями опорно-двигательной системы с психосоматическими заболеваниями предопределило создание и функционирование в МИИ специальных

подразделений, деятельность которых была направлена на рекреационную, восстановительную деятельность и получила название «Лечебная педагогика».

Развитое в МИИ направление отличалось от лечебной педагогики Рудольфа Штайнера в отношении патологии физического состояния, возраста, интеллекта и уровня подготовки обучаемых лиц.

Обучение в институте всех студентов основывалось:

1. на индивидуальном подходе;
2. поддержании психосоматического состояния здоровья лечебной педагогикой:
 - медицинской;
 - оздоровительной;
 - психологической;
 - логопедической помощи.
3. позволяло сохранять работоспособность студентов без адаптации учебных программ.

Результат «Лечебной педагогики» отмечен положительной динамикой здоровья студентов, которые находились в институте в течении пяти лет в созданных условиях:

- разработаны подходы к структуре и методам обучения;
- использованы достижения педагогической, психологической, медицинской и оздоровительной наук;
- благоприятные территория и местоположение на северо-востоке Москвы в южной части национального природного парка «Лосиный остров»;
- круглогодичное проведение спортивных мероприятий;
- отдых в лесной оздоровительной зоне.

Таким образом, здоровье выступает как решающий фактор организации образования лиц с инвалидностью. Хочется отметить, что концепция «Лечебной педагогики» универсальна и применима в случае обучения любых категорий инвалидов и лиц, подверженных психосоматическим заболеваниям.

Суть авторской педагогической модели образования «Лечебная педагогика» в том, что учебный блок студентов с нарушениями опорно-двигательной системы, многие из которых, наряду с основной патологией, страдают психосоматическими заболеваниями, поддерживается дополнительным автономным лечебным блоком, составные части которого - медицинская, оздоровительная, психологическая и логопедическая реабилитация.

В расписании занятий лечебному блоку выделяются дополнительные академические часы. При переходе к обучению других категорий инвалидов, например,

глухих или слепых, в лечебном блоке логопедия заменяется соответственно на сурдопедагогику или тифлопедагогику.

В случае обучения обычных здоровых детей или студентов с психосоматическими заболеваниями в лечебном блоке остается медицинская, оздоровительная и психологическая помощь.

В теории воспитания детей с ОВЗ важное место занимает личность педагога, поскольку роль педагога является традиционно признанным, обязательным фоновым условием обеспечения успеха всей деятельности по развитию подрастающего поколения.

В лаборатории лечебной педагогики членами коллектива приняты правила лечебной педагогики для взрослых - вариант своеобразного профессионального кодекса:

- не навредить здоровью обучающегося;
- уважение человеческого достоинства личности обучающегося;
- умение видеть и ценить положительное в каждом ребенке;
- умение сохранять позитивный настрой и не раздражаться;
- умение быть терпеливым, умеренно требовательным, предельно вежливым и снисходительным к слабостям обучающихся;
- умение обеспечивать комфортную атмосферу в коллективе;
- ценить доверие обучающихся;
- умение бережного отношения к своему здоровью, отличное здоровье педагога – хороший пример для учащихся;
- не жаловаться на обучающихся;
- уметь повышать самооценку обучающихся;
- поощрение успехов каждого обучающегося, и исключение наказаний;
- хорошая успеваемость и сознательная дисциплина учащихся – дело профессиональной чести педагога.

Приведенные выше правила не являются исчерпывающими всего многообразия деятельности педагогов.

Осуществляя укрепление здоровья ребенка, лечебная педагогика привлекает средства психотерапии, искусства, природы и опирается на права ребенка на здоровье, закрепленные Конвенцией ООН о правах ребенка.

Следует выделить следующие принципы лечебной педагогики:

- ответственность педагога за здоровье ребенка;
- сочувствие и бережное отношение к больному ребенку;

- профилактика психического, физического и социального кризиса в состоянии ребенка: легче предупредить недуг, чем потом его лечить;
- индивидуальный подход в работе с ребенком;
- объединение усилий врача, родителей и ребенка в процессе реабилитации;
- поощрение ребенка в его деятельности;
- использование в работе факторов окружающей среды, природы, общения ребенка со взрослыми и сверстниками;
- осуществление главных заповедей: «Не навредить здоровью ребенка», «Помочь и научить ребенка заботиться о себе», «Уважать личность ребенка».

Исходя из основной цели лечебной педагогики - оздоровление ребенка, - выделены ее основные средства:

- общетерапевтические, направленные на укрепление здоровья ребенка, на его положительное общение как основу психического здоровья;
- лечебные - организация консультаций специалистов для диагностики состояния здоровья и определения лечения;
- профилактические - вовлечение детей в разнообразную творческую деятельность с целью предупреждения отклонений в физическом, психическом состоянии здоровья, обучения культуре проведения своего свободного времени, организации режима в школе, дома, обучение наблюдению за своим здоровьем, создание в центре или школе своеобразных ниш, где бы ребенок мог освободиться от своих переживаний, страхов, отрицательных эмоций и напряжений.

В статье «Актуальные проблемы лечебной педагогики» к.м.н. А.А. Дубовский, и к.м.н. Л.П. Лаптева сформулировали *принципы гуманистического характера образования и правила*, принятые коллективом сотрудников на основе обобщения позитивных результатов одновременного оздоровления, обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями:

1. обнадеживающий ребенка совместный с ним анализ путей помощи, а главное – самопомощи в выздоровлении и разностороннем развитии его личности;
2. построение отношений с обучающимся, переживающим свое болезненное состояние, исключаящее концентрацию внимания на его нездоровье, особенно в присутствии других;
3. предупреждение воспитателями такой внутренней опасности у больного ребенка, как потеря душевного равновесия под влиянием трудностей жизни, возникновения чувства малоценности и отчаяния (по Л.С. Выготскому).

Принцип оптимизма, реализующийся через создание природосообразных, социально-бытовых, психолого-педагогических условий всего уклада жизни учебно-воспитательного учреждения оздоровительного типа.

Авторами предложены для обучающихся правила лечебной педагогики:

- береги свое здоровье, оно не только твое богатство, а и достояние семьи, общества;
- развивай умение слушать, видеть, запоминать доброе, прекрасное, что дают тебе учителя, родители, ровесники;
- учись самостоятельно мыслить. Ты способный и сильный!
- учась, проникай умом в суть явлений, осмысливай их. Постоянно ищи способы практического применения своих знаний;
- соедини работу головы с работой рук: твой ум должен быть и на кончиках пальцев;
- учись на лучших образцах работы и поведения. Сам знаешь – научи друга;
- умей дружить, дорожи дружбой. Жизнь без друзей невысказана.

Принцип индивидуально-личностного подхода предполагает, во-первых, разностороннее изучение больного ребенка для обеспечения достижения определенного уровня выздоровления ребенка и его развития. По утверждению Л.С. Выготского, лечебно-педагогические назначения, приемы и средства педагогического воздействия могут строиться только на основе научного понимания ребенка. Именно культивирование педагогических назначений, вытекающее из содержательного научного изучения ребенка «приведет к небывалому расцвету всей лечебной педагогики, всей системы индивидуально-педагогических мероприятий».

Принцип преемственности в организации жизнедеятельности детей обеспечивает органическую последовательность учебно-воспитательных и оздоровительных мероприятий, единоподнаправленность медико-психолого-педагогических воздействий, взаимное их дополнение с целью создания психологической уравновешенности и уверенности в жизненной необходимости как лечебных мероприятий, так и школьных занятий.

Принцип обязательного успеха в учении определяет профессиональную компетентность учителя. Реализация этого принципа начинается с принятия мер по снижению у обучающихся тревожности. Этому способствует открытая демонстрация необходимого каждому человеку признания его ценности, уникальности и необходимости окружающим людям; особенно такое признание нужно детям с низкой самооценкой.

Принцип формирования социальной активности личности осуществляется посредством включения каждого учащегося в течение всего периода пребывания в учебно-воспитательном учреждении оздоровительного типа в посильную для него активную деятельность в сообществе сверстников (17).

Лабораторией лечебной педагогики и институтом физической культуры разработаны методы одновременного лечения, обучения и воспитания детей. Сотрудники лаборатории руководствуются выводом Л.С. Выготского о том, что в условиях благоприятного развития ребенок оздоравливается. Новые условия для воспитанников оздоровительных учреждений основываются на максимальном внимании педагогов к особенностям их здоровья и общего развития. Соответственно объективным потребностям обучающихся используется система методов и наиболее продуктивное их сочетание:

- *методы разъяснения, убеждения* (индивидуальные и групповые); размышление вместе с воспитанником о его жизни, обществе, которое его окружает, о его месте в нем, важности жить и победить болезнь.
- *методы внушения* (суггестии): в состоянии бодрствования (наяву); в состоянии релаксации (расслабления); в состоянии 1-й стадии гипноза; подготовив ребенка, педагог внушает ему мысль о необходимости лечения (суггестивное внушение).
- *методы психической саморегуляции* аутотренинг, выработка эмоционально-волевых навыков: самообладания и выдержки, самодисциплины;
- *методы артотерапии* - воспитание на положительном, оберегающем ребенка от отрицательных эмоций;
- *методы игровой деятельности*: подвижные игры на свежем воздухе; интеллектуальные игры для тех, кто временно освобождается от подвижных игр и игр, развивающих мышление, воображение, умения принимать решения;
- *методы воздействия средствами искусства*: театра, кино, хореографии, хорового и вокального пения (музыкотерапия);
- *многоплановое изобразительное творчество*.

Нетрадиционные воспитательные технологии в социокультурной реабилитации

Казакова Л.А. в методических рекомендациях «Нетрадиционные воспитательные технологии для детей и подростков с ОВЗ». В работе она отмечает, что реабилитационная или восстанавливающая функция нетрадиционной воспитательной деятельности известна давно. Специалисты считают, что такая воспитательная работа обеспечивает

системность и комплексность различных реабилитационных мероприятий. Методические рекомендации подробно раскрывают и рассматривают отдельные воспитательные технологии, используемые в реабилитации детей и подростков с ОВЗ (см. приложения 7; 10) посредством искусства, природа, физических нагрузок (7).

Причем, помощь в организации различных методов социокультурной реабилитации студентам-инвалидам, обучающимся учебном заведении могут оказать волонтеры, подготовленные и умеющие организовать работу в «Лаборатории творчества», как это происходит в Костромском государственном университете им. Н. А. Некрасова. Волонтеры способны к разработке и внедрению различных технологий фандрайзинга: составление электронных писем, листовок, организация и проведение благотворительных концертов и др.

Методики, используемые в социокультурной реабилитации для студентов-инвалидов:

Игротерапия (включая компьютерные игры). Игровая терапия - лечение игрой, рассматривается как средство для раскрепощения патологических, психических состояний ребенка, являясь уникальным средством комплексной реабилитации, эта технология может выполнять функции социализации, развития, воспитания, адаптации, релаксации.

Игры несут в себе элементы физического и социально-психологического тренинга, активизируют мыслительную деятельность, воображения, творческие способности детей, игра развивает ориентацию, учит поиску нужного решения.

Музыкотерапия. В ней используются разнообразные музыкальные средства для психолого-педагогической и лечебно-оздоровительной коррекции детей с ограниченными возможностями, развитие их творческих способностей, расширению кругозора, активации социально адаптивных способностей.

Арттерапия – лечение искусством, под средством художественного творчества. Ценность данного метода состоит в том, что с его помощью можно на символическом уровне изучать и анализировать разные чувства клиента.

Существует несколько вариантов использования этого метода:

- использование уже существующих произведений искусства через их анализ.
- побуждение клиентов к самостоятельному творчеству.
- использование произведений искусств и самостоятельное творчество клиента.
- творчество самого специалиста – лепка, рисование, направленное на взаимодействие с клиентами. Более подробно см. приложение 7.

Глинотерапия - это работа с пластическими материалами (глина, пластилин, тесто). Изготовление различных поделок способствуют развитию интеллекта, мотивации для активного участия в социокультурном пространстве, повышению самооценки, овладению навыками профессионального мастерства.

Глинотерапия, изотерапия и арттерапия - цикл занятий, направленных на качественное овладение детьми конкретными правилами и приёмами изобразительной деятельности, создающих условия для возможности постигать и моделировать действительность, усваивать сенсорные эталоны в процессе деятельности, легче воспринимать болезненные для него образы и события;

Библиотерапия предусматривает специальное коррекционное воздействие на лицо с ограниченными возможностями с помощью чтения специально подобранной литературы, которая способствует нормализации и оптимизации психического состояния ребенка. Реабилитационное воздействие чтения проявляется в том, что художественные образы и связанные с ними чувства направляют их по новому руслу.

Аретопсихотерапия - воспитание и оздоровление на положительных, героических примерах поведения людей, на высоких идеалах.

Имаготерапия - вхождение в желаемый положительный образ, определенную форму поведения, желаемую для воспитанника; имаготерапия - коррекция вербальных и невербальных средств общения в театральной студии.

Методы лечебно-воспитательного воздействия природы: **ландшафтотерапия, сільвотерапия, паркотерапия, агротерапия** – коррекция психоэмоционального состояния детей с ОВЗ в экологической комнате, парке.

Трудотерапия – это метод восстановления нарушенных функций и трудоспособности при помощи трудовых операций. Трудотерапия - работа в огороде, ухаживание за территорией, за растениями и животными в саду, огороде.

Кинезитерапия — (kinezio – «движение» + терапия — «лечение», или лечение через движение). Кинезитерапия, являясь активным методом лечения, при котором лицо с ОВЗ полноценно участвует в оздоровительном процессе и таким образом, возрастает мотивация, у пациента появляется вера в собственные силы и в то, что установлен контроль над болезнью, — что ускоряет восстановление. Кинезитерапия является одной из форм лечебной физической культуры человека, когда, выполняя активные и пассивные движения, определённые упражнения лечебной гимнастики, достигается конкретный терапевтический результат. Кинезитерапия являет собой научно-прикладную деятельность, в которой сочетаются знания медицины, педагогики, анатомии, физиологии, биохимии и т. д., с целью излечения, улучшения и поддержания

в здоровом состоянии, профилактики от рецидивов и способствует психо-физическому комфорту личности.

Активная кинезитерапия, при которой пациент двигается сам:

- лечебная физкультура;
- подвижные игры;
- фитбол-аэробика - лечебно-оздоровительные упражнения на мячах;

Пассивные методы:

- массаж;
- механотерапия применяется при лечении физическими упражнениями с помощью специальных аппаратов;
- «плавание» в сухом бассейне;
- метод вытягивания;
- данс аэробика (ритмика) - цикл занятий сочетающих в себе средства музыкального, пластического, физкультурного, эстетического и художественного развития;
- акватерапия – релаксация детей-инвалидов в процессе занятий плаванием.

Иппотерапия -лечебная верховая езда. Иппотерапия стала полноправной составляющей в реабилитации инвалидов с диагнозом церебральный паралич.

Иппотерапия – лечение без боли, без страха и насилия, без труднопереносимых процедур и препаратов. При ходьбе лошади ее мышцы массируют тело, сидящего на спине человека. Такой массаж и тепло лошади и ритм ее шагов способствуют появлению новых реакций у инвалида. Эмоциональная связь с животным, требующая активной мобилизации физических и психологических ресурсов и условий езды на лошади поднимают активность, настроение больных способствуют достижению самостоятельности. При проведении занятий ритм обучения навыкам верховой езды соотносится со способностями и возможностями лица с ОВЗ.

При этом обязательными принципами иппотерапии являются:

- безопасность;
- умеренность;
- доступность обучаемого к усвояемости упражнений;
- исключение насилия над животными.

Главным итогом занятий верховой езды - повышение качества жизни. Нормализуется поведение, развиваются психомоторные навыки, и в целом улучшается социальная адаптация.

В личном плане – занятия позволяют повысить самооценку, улучшить самоконтроль, способствуют повышению общительности, дисциплинированности, уверенности в себе, концентрации внимания. В психомоторном плане - занятия нормализуют тонус мышц, улучшают ориентировку во времени и пространстве.

Психогимнастика - включает в себя ритмику, пантомиму, упражнения на снятие напряжения, развитие эмоционально-личностной сферы, игры «Мое настроение», «Веселый – грустный» и др.

Хореотерапия - использование танца, пластики и ритмики в лечебных и профилактических целях.

Эстетотерапия. Основной методологической позицией в системе образовательного развития Нижегородского государственного педагогического университета (НГПУ) и Нижегородского филиала Сочинского государственного университета туризма и курортного дела (СГУТ и КД) является гармония физического (телесно-двигательного) и социокультурного аспектов в реализации артпластических технологий студентов кафедр гимнастики, реабилитологии и адаптивной физической культуры. Результаты исследований и их обсуждение представлены в виде кратких тезисов и приводятся в контексте эстетотерапевтического и образовательного развития детей-инвалидов (приложение 8). Авторами привнесены в спортивно-педагогическую биомеханику такие понятия, как социокультурное окружение («значимые Другие», референтные группы), персонализация среды, экстралингвистические аспекты информации, телесно-двигательные компетенции, психосоматический модус, вербально-моторные коннотации, креативно-двигательная аутентичность, телесно ориентированные виды рефлексии и т.д., трансформируют традиционную аналитическую теорию двигательных действий в своего рода антропно-ориентированную психокинезиологию «живых движений» человека. Авторами отмечается, что артпластическая подготовка студентов в университетах является весьма важной для процесса становления телесной пластичности в спортивной и адаптивной педагогике, художественно-двигательной аэробике и деятельности в образовательных учреждениях. Телесная пластичность является таким биомеханическим свойством «живых движений», через которое оно от «механического движения во времени и пространстве» (традиционный предмет биомеханики) «прорастает» во внутренний предметный мир человека, и через него - в мир спорта, культуры и искусства. Осуществляется переход от «физического пространства» к построению собственного «межличностного и аутоличностного пространства». Предметный мир представляет собой когнитивно репрезентированный и психически переработанный внутренний мир

человека и его ментально-телесного сознания. Он включает опыт социокультурного взаимопознания, коммуникации (взаимопонимания), взаимодействия, духовного взаимообогащения - «экология души» (29).

Физическая культура и спорт являются уникальным средством *адаптивной реабилитации*.

Система физкультурно-спортивных мероприятий среди детей с инвалидностью предусматривает проведение лечебной физкультуры, проведение спортивных соревнований на всех уровнях среди лиц с ОВЗ. Лечебная физическая культура — метод лечения, состоящий в применении физических упражнений и естественных факторов природы к больному человеку с лечебно-профилактическими целями. В основе этого метода лежит использование основной биологической функции организма — движения.

Инклюзивное образование - основывается на идеях единого образовательного пространства для гетерогенной группы, в котором имеются разные образовательные маршруты для тех или иных участников. В связи с этим кафедра физического воспитания и ОБЖ МГПУ начала разработку новой программы, идеология которой основывается на предоставлении индивидуальных программ занятий. Занятия спортом и физическое воспитание проводятся в целях оздоровительной, соревновательной деятельности, в виде практических занятий, лекционных курсов.

Адаптивная физическая культура - это комплекс мер спортивно-оздоровительного характера, направленных на реабилитацию и адаптацию к нормальной социальной среде людей с ограниченными возможностями, преодоление психологических барьеров, препятствующих ощущению полноценной жизни, а также сознанию необходимости своего личного вклада в социальное развитие общества.

Для студентов, с ОВЗ можно организовать соревнования и спартакиады учрежденческого, муниципального, республиканского уровней.

Глава 3. Рациональное трудоустройство и профессиональная производственная адаптация

В таблице 2 представлены два следующих этапа профессиональной реабилитации.

Таблица 2

Третий и четвертый этапы профессиональной реабилитации

№ п/п	Название	Содержание
3.	рациональное трудоустройство	поиск и подбор на предприятии (организации) общего или специализированного типа рабочего места, обеспечивающего рациональность трудового устройства
		создание специального рабочего места
		организация трудоустройства по специальным программам
		содействие в организации предпринимательской деятельности
4.	профессионально-производственная адаптация	определение оптимального уровня производственных нагрузок, связанных с исполнением требований профессиональной деятельности в условиях конкретного производства и приспособлением к ним

3 этап - рациональное трудоустройство - предполагает поиск и подбор для выпускников с ОВЗ подходящей работы как на обычном предприятии, имеющем в том числе специальные рабочие места, так и на специализированном предприятии с учетом медицинских показаний и противопоказаний к выбору условий труда.

Для примера можно привести новации, используемые коллективом МГППУ в работе со студентами:

- информационно-просветительская работа со студентами включающая:
- обучающие семинары;
- экскурсии на предприятия;
- встречи с потенциальными работодателями;

- участие в конкурсах шефствующих организаций;
- посещение «Клуба ищущих работу»;
- обучение составлению резюме;
- обучение умению разговаривать с работодателями.
- работа с конкретным учреждением по закреплению вакантного места за конкретным выпускником МГППУ:
- обязателен первичный выезд на рабочее место (без выпускника);
- анализ всех нюансов, касающихся диагноза и группы заболевания.
- подготовка выпускника к разговору с работодателем;
- трудоустройство выпускника и оказание помощи в профессиональной адаптации и социализации после трудоустройства.

Помимо стандартных задач, обучения студентов с ОВЗ, Университет уделяет большое внимание исследованию в этой развивающейся сфере образования, для этого создан «Институт интегративного (инклюзивного) образования». Лаборатории ИПИО ведут исследования, как в области собственно методологии образовательного процесса, так и в области подготовки кадров.

Университетом ведется большая работа по взаимодействию с различными организациями, развивающими инклюзивное образование. Это сотрудничество и с образовательными учреждениями, и с общественными объединениями, опыт которых аккумулируется, анализируется, позволяет, переработав наиболее успешные достижения, применять в собственной практике и тиражировать в различные регионы России.

Система содействия трудоустройству предполагает ее построение таким образом, что с момента поступления инвалида в ОО ПиВО молодые люди попадают в целую систему трудоустройства и получают услуги по профессиональной реабилитации, вследствие чего уже в процессе обучения и во время прохождения производственной практики обучающиеся имеют возможность получить приглашения на работу.

Трудоустройство для некоторых выпускников проходит в процессе обучения, в этом случае обучающиеся самостоятельно находят себе рабочее место для трудоустройства, часто это происходит в процессе прохождения производственной практики или организованной работе **Службой содействия трудоустройству** по созданию и обучению команды из молодых волонтеров, которые будут предоставлять информацию, помощь в поиске работы и поддержке студентов, имеющих инвалидность и ОВЗ, обучающимся на старших курсах.

Остальным выпускникам можно обратиться за помощью к специалистам Центра сопровождения карьеры и трудоустройства выпускников ОО ПиВО

- способствует рациональному трудоустройству выпускников профессионально-реабилитационного Центра в соответствии с приобретенной специальностью;
- осуществляет сотрудничество с работодателями;
- проводит мониторинг состояния трудоустройства выпускников после выпуска.

В условиях *отделения правовой поддержки* возможно проведение семинаров по защите прав инвалидов, обмену опытом по защите прав и интересов граждан с ОВЗ.

Психологическое сопровождение выпускников с ОВЗ:

- поддержка и помощь в преодолении барьеров, возникающих в процессе поиска работы и трудоустройстве;
- обучение технологиям поиска работы и основным навыкам самопрезентации.

Заключительный этап реабилитационных мероприятий Центра (Санкт-Петербург) - это этап подведения итогов профессионального обучения, проведения итоговой аттестации и выпуска обучающихся.

Итоговая государственная аттестация. Цель итоговой государственной аттестации - установление соответствия уровня и качества подготовки выпускника государственному образовательному стандарту.

Итоговая социально-психологическая диагностика является подведением итогов за весь срок профессиональной реабилитации.

Итоговыми мероприятиями профессиональной реабилитации могут быть рекомендации по построению поведения инвалидов во время поиска работы. Одним из реальных приемов, содействующих трудоустройству инвалидов, является построение активного поведения на рынке труда. При этом молодые люди с инвалидностью должны знать о многообразных источниках информации, позволяющих трудоустроиться

Приложение 9.

Результаты итоговой аттестации, динамика социального поведения, психологического состояния и здоровья рассматриваются реабилитационными командами и вносятся в реабилитационное дело выпускника, окончательно формируется паспорт группы. Проводится анализ всех реабилитационных мероприятий, выявляются успехи и недоработки в процессе профессиональной реабилитации для учета их в дальнейшей работе.

Выпуск специалистов - торжественное мероприятие образовательной организации и Центра (7).

4 этап - профессионально-производственная адаптация, т.е. развитие адаптационных механизмов, позволяющих человеку закрепиться на конкретном рабочем месте после

овладения определенной специальностью. Профессионально-производственная адаптация лиц с ОВЗ предполагает:

- определение оптимального уровня производственных нагрузок, связанных с исполнением требований профессиональной деятельности в условиях конкретного производства;
- приспособлением к ним.

Этот этап играет важную роль в их закреплении на определенном производстве и рабочем месте. Чем быстрее выпускник адаптируется к своей профессии/специальности и производству в целом, тем комфортнее и уверенней он будет чувствовать себя в конкретных производственных условиях и тем вероятнее, что такое рабочее место станет для него постоянным.

Таким образом, модель реабилитационной команды участников комплексной реабилитации обучающихся, абитуриентов, студентов, выпускников, молодых специалистов с ОВЗ и инвалидностью будет выглядеть следующим образом: на рисунке 1 представлена часть вертикальной цепочки - команда образовательной организации профессионального или высшего образования. Полная модель представлена вертикалью, включающую все учреждения образования и представляет собой неразрывную цепочку: «детский сад - школа – учреждение профессионального образования – вуз». Горизонталь представляют: «семья - социум - государственные структуры».

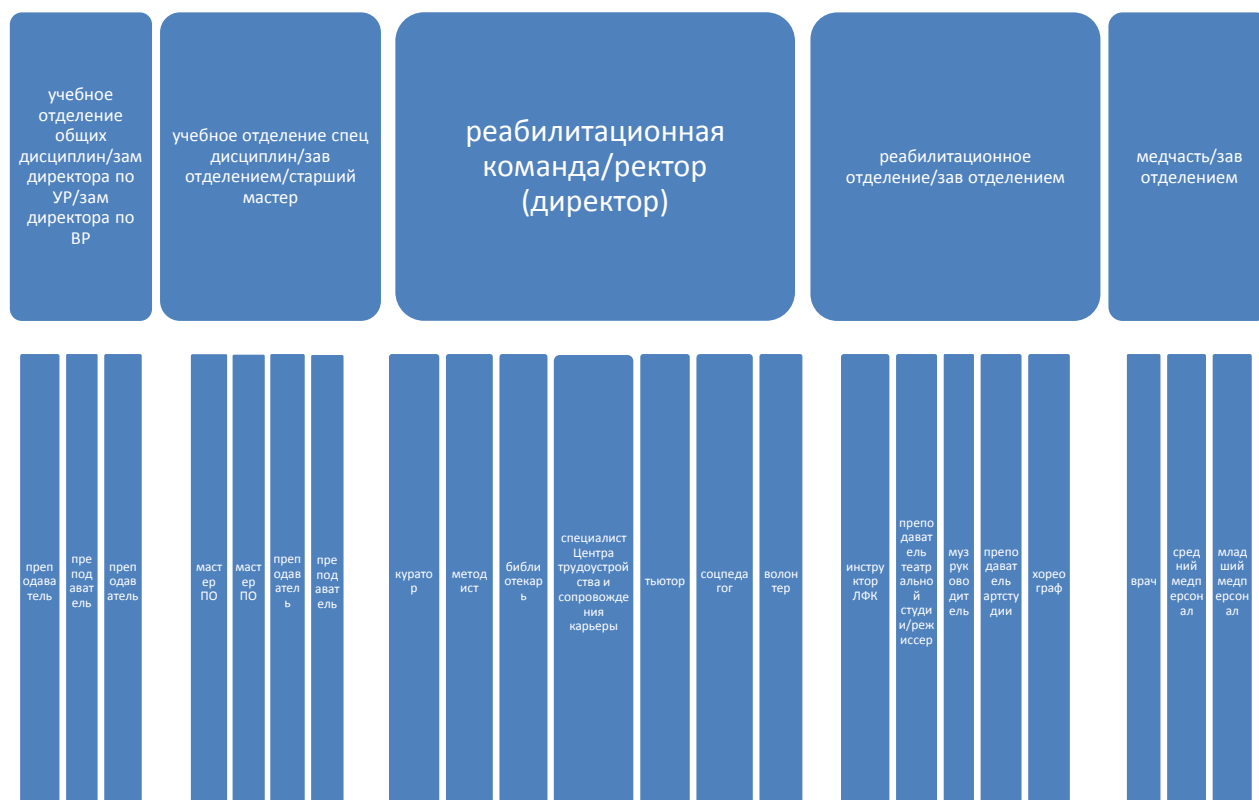


рис. 1 Схема реабилитационной команды образовательной организации профессионального или высшего образования.

3.1. Оценка эффективности комплексной реабилитации

Оценка эффективности реабилитации – определение уровня, клиничко-функционального состояния и социального статуса лица с ОВЗ, достигнутого в результате реабилитационных мероприятий по отношению к исходному. Включает в себя субъективную оценку, полученную от подопечного, и объективную, которую дают специалисты, участвующие в реабилитационном процессе.

Эффективность реабилитации изучается в каждом индивидуальном случае для анализа деятельности учреждения (медицинского, социального, реабилитационного) в целом. Поскольку социальное обслуживание должно соответствовать государственным стандартам, то требования, установленные для них, обязательны для исполнения на всей территории России, для этого необходимо уметь отслеживать, оценивать и представлять результаты своей деятельности. Чтобы получить необходимую информацию о ходе реализации реабилитационной программы, применяют механизмы оценки и мониторинга:

мониторинг – текущий контроль деятельности, непрерывное отслеживание фактически проведенных и запланированных мероприятий, соблюдения временных рамок, соответствия расходов утвержденному бюджету, охвата участников мероприятий и т. д.;
оценка – проводится на ключевых этапах реализации программы.

В основу оценки реабилитационной деятельности могут быть положены различные критерии: клинические, социальные, психологические, экономические.

Выделяют качественные и количественные показатели эффективности реабилитации. К первой категории показателей относятся: активизация деятельности, восстановление (приобретение) коммуникативных способностей, восстановление (приобретение) трудовых и профессиональных навыков, интеграция в общество и пр.

К категории количественных показателей относятся: длительность ремиссии при хроническом заболевании, частота повторных госпитализаций, достижение запланированного результата реабилитационного воздействия, степень улучшения жизнедеятельности и повышения социальной активности, нормы выработки лиц, работающих на предприятиях, и др. С этой целью используются оценочные шкалы.

Индикаторы и показатели эффективности проведенных мероприятий

Важнейшими индикаторами и показателями эффективности проведенных мероприятий являются:

- успешное профессиональное самоопределение, психолого-педагогическая адаптация обучающихся с ОВЗ и их включение в образовательную среду;
- повышение социальной активности и психологической защищенности обучающихся с ОВЗ, всесторонняя поддержка в формировании активной жизненной позиции и трудоустройстве;
- создание интерактивного сообщества обучающихся и выпускников с ОВЗ, их родителей и педагогов, способствующее их социальной коммуникации и вовлечению в жизнь общества;
- получение обучающимися с ОВЗ профессионального образования и квалификации, в соответствии с их возможностями, и успешная реализация в значимых для них сферах жизнедеятельности.

Успехами на трудовом пути для выпускника с ОВЗ и инвалидностью являются:

- профессиональные знания и умения, полученные в процессе обучения: социальная и коммуникативная компетентность работника;
- умение выстраивать деловые отношения;
- эффективно взаимодействовать с людьми;
- ответственность и целеустремленность.

Однако, заболевания являются мощным фактором, трансформирующим различные аспекты социального функционирования людей по разным причинам:

1. дети с инвалидностью и ОВЗ часто воспитываются в условиях домашнего обучения;
2. гиперопека со стороны близких, в результате чего они инфантильны и у них оказываются несформированными важнейшие социальные навыки;
3. в некоторых случаях условия неблагополучной семьи, интерната приводят к педагогической запущенности и формированию «дефектных» социальных навыков.

Для таких людей могут быть характерными:

- неадекватная самооценка, чаще заниженная, а иногда и непомерно завышенная;
- ярко выраженный внешний локус контроля, ригидность, пассивность, конфликтность;
- высокая тревожность и зависимость от оценки окружающих, несформированная мотивация к обучению и труду.

Таким образом, для лица с инвалидностью путь к профессиональному успеху может быть затруднен:

- за счет недостаточной суммы очков в статье «здоровье» по медико-биологическому аспекту;
- за счет почти неизбежных нарушений в коммуникативной и социальной сфере;
- затруднений в сферах целеполагания и мотивации.

В связи с этим среди важнейших задач социально-психологической реабилитации в процессе профессионального образования можно выделить:

- повышение социальной и коммуникативной компетентности обучающихся;
- помощь в осознании ими своих желаний и возможностей, формирование адекватной самооценки;
- содействие принятию реабилитантом на себя ответственности за свою жизнь и усиление мотивации достижения успеха вместо мотивации избегания неудач;
- психологическую помощь и поддержку в стрессовых и кризисных ситуациях, укрепление веры в себя, помощь в выявлении и в задействовании внутренних ресурсов;
- повышение мотивации к трудоустройству и построению успешной профессиональной и жизненной карьеры;
- помощь в построении реабилитантом индивидуального профессионального плана, согласующегося с его важнейшими жизненными целями;
- приобретение конкретных навыков эффективного поиска работы.

Мероприятия психологической реабилитации включают:

- 1) индивидуальную психокоррекцию и консультирование;
- 2) так и различные формы групповой работы: социально-психологические тренинги, проводимые как в рамках учебного курса «Психология общения» или «Психология и этика деловых отношений», так и дополнительно психокоррекционные группы, мероприятия психологической разгрузки, просветительные беседы, консультации по вопросам взаимодействия в учебных группах и др.

Оценить эффективность реабилитационных мероприятий позволит определенный алгоритм.

Алгоритм оценки эффективности реабилитационных мероприятий

Эффективность - сложный феномен, он определяется, прежде всего, целью и результатом, т.е. эффективность можно рассматривать как степень реализации цели или степень достижения ожидаемых результатов. Своеобразие такого явления как медико-социальная реабилитация инвалидов предполагает два аспекта эффективности: экономический и социальный. При этом экономическая эффективность не является определяющей, хотя она весьма показательна и имеет конкретное количественное

выражение. В плане ожидаемых или прогнозируемых результатов социальная эффективность реабилитации, т.е. степень достижения социального результата, должна быть все-таки приоритетной.

Главная цель медико - социальной реабилитации - социальная интеграция (или реинтеграция) реабилитанта, имеющего инвалидность. Как общая цель она дифференцируется на подцели в медицинских, профессиональных и социальных аспектах, которые в свою очередь могут подразделяться на более частные, конкретные цели, например, повышение степени самообслуживания инвалида, его трудоустройство.

Оценка эффективности реабилитации невозможна без использования критериев и показателей, сущность которых заключается в том, что они показывают, насколько конечные результаты совпадают с поставленной целью.

Основопологающим методологическим принципом оценки эффективности реабилитации является динамика критериев и показателей статуса инвалида и сопоставление полученных результатов с ожидаемым результатом в соответствии с поставленной целью.

Эффективность проводимых реабилитационных мероприятий в значительной степени зависит от таких факторов, как пол, возраст, длительность инвалидизации, образовательный уровень, профессиональная принадлежность больного.

Использование единого алгоритма оценки эффективности реабилитации включает несколько последовательных элементов:

1. Первичная оценка (функциональная, профессиональная, социальная) статуса инвалида и его реабилитационного потенциала.
2. Определение и оценка реабилитационного прогноза.
3. Определение цели реабилитации (ожидаемых результатов).
4. «Заключительная» оценка статуса инвалида.
5. Оценка динамики показателей.
6. Оценка индивидуальной эффективности реабилитации инвалида в плане соответствия целевой установке.
7. Комплексная оценка эффективности реабилитации на основе индивидуальных оценок.

Очень важно корректно и правильно определить прогнозируемые конечный результат реабилитации в каждом конкретном случае, поскольку на этом строится впоследствии комплексная оценка эффективности реабилитации.

Методы оценки эффективности действий реабилитационных программ

На уровне работы специалистов, участвующих в реабилитационных программах, **оценку эффективности** действий следует проводить на основании анализа изменений состояния субъекта. И здесь следует выделить два метода:

- 1) статистический;
- 2) параметрический.

Статистический метод оценки эффективности реабилитационных программ - фиксация показателя рецидива дезадаптации и повторного обращения инвалида в реабилитационную службу.

При эффективном осуществлении реабилитационной программы повышается адаптивная способность человека и у него отпадает потребность повторного обращения.

При неэффективном проведении реабилитационной программы на какой-то промежуток времени снимается проблема дезадаптации, но она повторно проявляется по истечении времени и требуется повторное обращение в реабилитационный центр. Поэтому показатель рецидива дезадаптации может быть критерием эффективности реабилитационных программ при статистическом исследовании.

Параметрический метод - качественная характеристика эффективности реабилитационных программ. При сравнении параметров состояния человека до и после его участия в реабилитационной программе можно судить об ее эффективности.

Как описывалось выше, параметрами состояния человека являются:

- физические параметры;
- психические параметры;
- социальные параметры.

Исходное и последующее состояние человека по данным параметрам замеряется при помощи одних и тех же методик с целью получения объективных данных.

Изменения в состоянии человека бывают разными: прямые и косвенные.

Прямые изменения связаны с целями реабилитационной программы. В целевой установке реабилитационной программы были сформулированы конкретные показатели, которые необходимо было достичь, и в результате программы зафиксировано положительное изменение данных показателей.

Косвенные изменения в состоянии человека происходят параллельно, без специальных реабилитационных действий. Косвенные изменения могут быть положительными и отрицательными. При фиксировании отрицательных косвенных изменений необходимо вносить коррективы в реабилитационную программу. Чем больше параллельных положительных косвенных изменений в состоянии человека произошло, тем эффективнее реабилитационная программа.

При анализе показателей прямых изменений в состоянии человека можно выделить несколько уровней проявления эффективности реабилитационного процесса. При этом, каждый показатель следует оценивать отдельно, а общий эффект – определять на основе суммирования. Экспериментально установлено, что эффективность реабилитационных мероприятий проявляется на четырех уровнях:

1-й уровень – отрицательный уровень, то есть отрицательные изменения прямых показателей, когда по результатам диагностики зафиксировано снижение уровня проявлений планируемых к положительному изменению качеств.

2-й уровень – нулевой уровень, то есть нулевые изменения прямых показателей, когда по результатам диагностики зафиксировано тождество проявлений планируемых к положительному изменению качеств.

3-й уровень – положительный эволюционный уровень, то есть плавные изменения прямых показателей, когда по результатам диагностики зафиксировано положительное изменение планируемых качеств, и порядок этого изменения равен повышению на один уровень степени сформированности.

4-й уровень – положительный скачкообразный уровень, то есть скачкообразные изменения прямых показателей, когда по результатам диагностики зафиксировано положительное изменение планируемых качеств, и порядок этого изменения равен повышению на два и более уровней степени сформированности.

Следует отметить, что наиболее оптимально достижение третьего уровня реабилитационных программ, потому что в данном случае происходит и плавное параллельное изменение косвенных показателей развития личности и человеку легче освоиться со своей новой позицией. При скачкообразном изменении отдельных показателей, если у человека достаточно внутренних резервов, то произойдет интенсивное изменение остальных косвенных параметров состояния человека; если же внутренних резервов недостаточно, то полученный результат снизится и опять наступит состояние дезадаптации.

Оценка эффективности принятия управленческих решений

Оценка реабилитационного процесса по количеству использованных ресурсов связана:

- с определением часов работы специалистов с реабилитантом;
- определением материальных затрат (питание, медикаменты, материальная помощь, наглядные пособия, тренажеры);
- определением энергетических затрат работы разнообразного оборудования, использованного в реабилитационных целях.

Как правило, данная оценка применяется на административном уровне.

Основные выводы

Важнейшей задачей современной системы реабилитации детей с ограниченными возможностями является обеспечение комплексности, направления которой предполагают:

- 3) анализ диагностической информации о ребенке и оценке его реабилитационного потенциала;
- 4) прогнозирование и разработку индивидуальных программ реабилитации;
- 4) выбор методик и поиск наиболее эффективной реабилитации и профессиональной подготовки;
- 5) проведение мероприятий по совершенствованию межличностного взаимодействия при обучении студентов с ОВЗ;
- 6) оказание помощи в определении образовательного маршрута;
- 7) качественный характер реализации коррекционно-развивающих и восстановительно-реабилитационных программ, требующих участия в их реализации и координации работы:
 - семьи;
 - специалистов образовательных организаций;
 - специалистов социальной защиты,
 - специалистов учреждений культуры
 - специалистов системы здравоохранения;
 - спортивных ведомств;
 - общественности.
- 8) проведение мониторинга качества проведенных мероприятий;
- 9) оценку эффективности реабилитационных мероприятий.

Работа с родителями и семьей обучающегося, имеющего инвалидность состоит в:

- организации просветительской деятельности, направленной на повышение психолого-педагогической культуры, родительской компетентности;
- проведении мероприятий, направленных на принятие решения по выбору образовательного маршрута и условий обучения;

- ориентация на успех в достижении целей по профессиональному самоопределению и трудоустройству;
- проведение методик (тренингов, семинаров, индивидуальных занятий, консультаций), способствующих созданию условий для эмоционального комфорта в семье.

Работа с организациями и структурами города и республики может быть представлена:

- информированием и освещением опыта работы для развития системы сотрудничества между различными структурами в сфере психологической и социальной адаптации, профориентации инвалидов, их профессиональной подготовки и трудоустройства;
- через взаимодействие с методическими объединениями психологов, социальных педагогов;
- через взаимодействие с волонтерским движением других организаций;
- в налаживании соцпартнерских отношений с различными организациями, заинтересованными во взаимодействии;
- формированием позитивного отношения в обществе к обучающимся с ОВЗ.

Представленная цепочка отражает, с одной стороны, *логику развертывания* самого реабилитационного *процесса*, преемственность и последовательность его этапов.

С другой стороны, она демонстрирует *связи и механизмы взаимодействия*, которые существуют между образовательными учреждениями, осуществляющими общее и профессиональное образование лиц с инвалидностью или ОВЗ и возможными потребителями результатов их профессионально-реабилитационной деятельности – работодателями, и основные задачи, которые для достижения реабилитационного эффекта в процессе профессиональной подготовки лиц с ОВЗ решают образовательные организации ПиВО. В число таких задач входит:

- изучение особенностей развития и образовательных потребностей обучающихся;
- динамическое наблюдение за их продвижением в образовательном процессе;
- реализация в процессе профессиональной подготовки индивидуальных коррекционных программ;
- профилактика в процессе профессиональной подготовки вторичных и последующих отклонений в психофизическом развитии и социальной дезадаптации (14).

Решение задач возможно с использованием определенных групп методов:

- педагогических;
- коррекционно-педагогических;

- психолого-педагогических;
- социально-педагогических;
- медицинских, реализующихся в рамках определенных организационных форм профессиональной реабилитации, имеющих свое специфическое содержание.

1. Включение лиц с ОВЗ в профориентационные и реабилитационные мероприятия на самых ранних этапах позволят сделать правильный и своевременный (к моменту окончания школы) выбор профессии в условиях большого их числа и наличия жестких требований, предъявляемых многими из них к состоянию здоровья и индивидуальным психофизиологическим и личностным особенностям работника.

2. Мероприятия по комплексной реабилитации может быть обеспечен только с помощью специалистов разного профиля.

Поэтому в учреждениях профессионального и высшего образования рекомендуется координировать работу специалистов для принятия коллегиальных решений:

- врачей;
- психофизиологов;
- психологов;
- педагогов.

При необходимости обеспечить консультирование участников образовательного процесса (преподавателей, мастеров, родителей, администрации) по вопросам обучения, сопровождения и реабилитационных мероприятий студентов-инвалидов.

Каждый из указанных аспектов реабилитации сам по себе в отдельности не позволяет достичь желаемого результата, его эффективность зависит при условии взаимосвязи и согласованности действий всех участников реабилитационного процесса: специалистов медицины, психологов, педагогов, социальных работников, других специалистов и семьи.

3. Сбор и пополнение банка данных. В процессе проведения многочисленных реабилитационных и профориентационных мероприятий: на каждого обучающегося рекомендуется собирать данные и заносить их в базу:

1) личностных характеристик:

- о состоянии его здоровья (наличие или отсутствие медицинских противопоказаний);
- психофизиологических особенностях;
- особенностях личности и происходящих изменениях;

2) профессиональных предпочтениях и их изменений при коррекционной работе:

- профессиональных склонностях и намерениях;
- 3) педагогических характеристик, созданных на коллегиальных обсуждениях образовательных и профессиональных достижениях, содержащих сведения об успешности освоения программ и различных видов труда.
4. Интеграция всех этих данных позволит вынести коллегиальные обоснованные рекомендации по профессиональным показателям.
5. В связи с необходимостью проведения массовых комплексных исследований обучающихся рекомендуется использование возможностей современных электронных ресурсов:
1. готовых разработанных программ, например информационно-поисковая система «Медицинские противопоказания» (ИПС «МП»), данная программа рассчитана на подбор профессий и специальностей профессионального образования для подростков 15-18 лет;
 2. самостоятельно разработанных ресурсов автоматизированной системы «Профориентация лиц с ОВЗ», состоящей из различных блоков, главные из которых:
 - «Здоровье и выбор профессии»;
 - «Психофизиологические особенности организма и выбор профессии»;
 - «Личность и выбор профессии».

За основу реабилитации ребенка с ограниченными возможностями должны быть приняты следующие положения:

1. реабилитация ребенка с ограниченными возможностями должна проводиться в условиях учреждения, располагающего всеми видами коррекционно-развивающих технологий и восстановительного лечения, высоко квалифицированными кадрами, имеющего в достаточном объеме средства эффективного контроля, а также хорошо налаженную связь с другими учреждениями, осуществляя преемственность в проведении реабилитационных мероприятий;
2. реабилитация ребенка с ограниченными возможностями должна начинаться на самых ранних этапах возникновения отклонений, при естественных и органических лечебных мероприятиях;
3. медицинская реабилитация последующего этапа должна дополнять и обогащать комплексное оздоровление, включая социально-психолого-педагогический фактор, всесторонность и целостность, единство диагностики и коррекции;
4. процесс реабилитации должен осуществляться непрерывно, для достижения в минимально возможные сроки максимальное восстановление здоровья и дееспособности

ребенка, системно, реализуя последовательность, этапность и преемственность между различными периодами реабилитации;

5. на каждом этапе реабилитация должна носить комплексный характер, под которым подразумевается, объединенная единой целью деятельность медицинских работников, педагогов, психологов, социологов и других необходимых участников реабилитационного процесса, оздоровление окружающей ребенка среды – «терапия средой», оказание помощи семье;

6. индивидуальный характер, как программы реабилитации, так и применяемых средств реабилитационного воздействия;

7. эмпатическое восприятие ребенка и его семьи через партнерство специалиста, ребенка и его родителей в ходе комплексного реабилитационного процесса;

8. интеграция, социализация и адаптация ребенка ограниченными возможностями к условиям жизни, воспитания, учебы, занятий спортом, творчеством;

9. формирование активной позиции инвалида.

В связи с этим в системе профориентации необходимо проводить информационную работу для адекватного отношения их к трудовым рекомендациям, определенным ограничениям в работе и при трудоустройстве.

Соблюдение всех этих условий дает нам право говорить о методологии реабилитационного процесса с точки зрения системного подхода, поскольку *системой* является такой комплекс *избирательно вовлеченных компонентов*, у которых взаимодействие и взаимоотношение приобретают характер *взаимодействия* компонентов на получение фокусированного полезного результата.

Опираясь на вышесказанное, можно считать, что разрабатываемая нами модель реабилитации должна включать в себя все направления, структурные компоненты, модули, важные для каждого конкретного ребенка на этапе «здесь и сейчас». Такой подход позволит осуществить полноценную реабилитацию с учетом его индивидуальных особенностей и возможностей за счет включения всех субъектов муниципального образования и обеспечить эффективную социализацию ребенка с ограниченными возможностями.

Обучение и воспитание, социализация и адаптация, реабилитация и интеграция детей с ограниченными возможностями должны быть определены как важные психолого-педагогические и медико-социальные составляющие единого процесса направленного на результат.

Обеспечить реализацию данной модели можно только во взаимодействии специалистов социальной службы, образования, здравоохранения, культуры и спорта, что в современных условиях считается весьма актуальным.

Таким образом, своевременное качественное осуществление всего комплекса профессиональной реабилитации детей, подростков, студентов наряду с другими профилактическими мероприятиями является основой сохранения состояния здоровья, возможности наиболее эффективного трудоустройства и морального удовлетворения в дальнейшем при работе данной категории лиц по избранной профессии.

Карта-анкета

для выявления родительской позиции по профориентации инвалидов молодого возраста

1. Возраст родителей:

- а) до 35 лет;
- б) от 35 до 40 лет;
- в) от 41 до 45 лет;
- г) от 46 до 50 лет;
- д) от 51 и более.

2. Образование родителей:

- а) н/среднее;
- б) среднее;
- в) н/высшее;
- г) высшее.

3. Профессия родителей: _____

4. Диагноз основного заболевания ребенка: _____

5. Будет ли Ваш ребенок работать в будущем:

- а) да;
- б) трудно сказать;
- в) нет.

6. Сможет ли Ваш ребенок получить профессию:

- а) да, несомненно;
- б) да, но высококвалифицированным специалистом ему, видимо, не стать;
- в) скорее нет, чем да;
- г) нет.

7. Сможет ли Ваш ребенок в будущем работать:

- а) в обычных условиях труда;
- б) на работе со сравнительно легкими условиями труда;
- в) на работе в специально созданных условиях;
- г) речь может идти только о надомной работе;
- д) скорее всего, устроиться вообще будет трудно;
- е) не будет работать.

8. Считаете ли Вы, что Ваш ребенок сможет успешно:

- а) и работать, и подрабатывать;
- б) работать только на одном месте;
- в) преодолеть затруднения в трудоустройстве.

9. Что в наибольшей степени, на Ваш взгляд, будет затруднять получение профессионального или высшего образования Вашего ребенка (можно выбрать не более двух вариантов):

- а) плохое здоровье, физическая «неполноценность» ребенка;
- б) характер, психические особенности ребенка;
- в) условия, в которых проводится профессиональное обучение;
- г) отсутствие учебных заведений того профиля, которые подходят ребенку;
- д) удаленность учебных заведений;
- е) отношения к ребенку со стороны педагогов и сверстников;
- ж) другое (впишите). _____

10. Моему ребенку желательно получить профессию и работать, чтобы (можно выбрать не более двух вариантов):
- а) зарабатывать деньги, быть материально обеспеченным, независимым;
 - б) работа приносила интерес, удовольствие;
 - в) общаться с другими людьми, чувствовать себя «как все»;
 - г) ребенок стал уважаемым в обществе человеком;
 - д) ребенок «не заках» без дела;
 - е) другое (впишите) _____
11. Где лучше всего получить профессиональную подготовку или образование Вашему ребенку:
- а) на рабочем месте;
 - б) на курсах, в учебных комбинатах;
 - в) в колледже;
 - г) в техникуме;
 - д) в высшем учебном заведении;
 - е) другое (впишите) _____
12. Профессиональное учебное заведение, в котором лучше всего обучаться моему ребенку, должно быть:
- а) специализированным (для больных, инвалидов);
 - б) трудно сказать;
 - в) общего типа.
13. Думаю, что мой ребенок будет:
- а) выполнять подсобную, не требующую какой-либо квалификации работы;
 - б) обычным рабочим (служащим);
 - в) высококвалифицированным мастером;
 - г) человеком умственного труда (инженером, учителем, врачом и т.п.);
 - д) заниматься бизнесом, коммерцией;
 - е) художником, артистом, профессионалом искусства;
 - ж) другое (впишите) _____
14. Помогли ли Вам сориентироваться в профессиональном будущем ребенка:
- а) да;
 - б) трудно сказать;
 - в) нет.
15. Если Вам помогли сориентироваться в профессиональном будущем ребенка, то кто (количество выборов не ограничено):
- а) врачи, медицинские работники;
 - б) педагоги;
 - в) психологи;
 - г) социальные работники;
 - д) знакомые, друзья.
16. Если Вам помогли сориентироваться в профессиональном будущем ребенка, то где (количество выборов не ограничено):
- а) в школе, учебном заведении, которое посещает ребенок;
 - б) в медицинском учреждении;
 - в) в учреждениях службы занятости;
 - г) в специальных консультативных центрах;
 - д) в учреждениях социальной защиты;
 - е) другое (впишите) _____
17. Считаете ли Вы, что Ваш ребенок будет нуждаться (или нуждается сейчас) в помощи специалистов при выборе профессии:
- а) да;
 - б) трудно сказать;
 - в) нет.
18. Считаете ли Вы, что мечты Вашего ребенка о будущей профессии реальны, достижимы:
- а) да;
 - б) трудно сказать;
 - в) нет;
 - г) он об этом еще не задумывался.

19. Есть ли у Вашего ребенка какие-либо склонности, способности, которые отличают его от сверстников:
- а) да, совершенно точно (впишите);
 - б) скорее да, но не знаю какие;
 - в) скорее нет, он как все;
 - г) нет;
 - д) в плане склонностей, способностей к чему-либо он уступает большинству сверстников.
20. Насколько проблема профессионального будущего ребенка важна для Вас:
- а) очень важна;
 - б) это важная проблема, но отнюдь не первостепенная;
 - в) существует масса более важных проблем.
21. Устраивает ли Вас Ваша собственная работа:
- а) да;
 - б) трудно сказать;
 - в) нет.
22. Повлияла ли болезнь ребенка на Вашу карьеру, характер работы:
- а) да, мне пришлось сменить профессию на менее интересную и престижную;
 - б) да, мне вообще пришлось оставить работу;
 - в) да, мне пришлось изменить работу (оставить ее вообще), но я уверен(а), что это временно;
 - г) трудно сказать;
 - д) нет, но это потребовало дополнительного напряжения сил;
 - е) нет.
23. Считаете ли Вы собственный профессиональный выбор удачным:
- а) да;
 - б) трудно сказать;
 - в) нет.
24. Нужно ли Вам самим как родителям детей-инвалидов оказывать специальную помощь в трудоустройстве:
- а) да;
 - б) трудно сказать;
 - в) нет.
25. Что для Вас является наиболее важным в работе (можно выбрать не более двух вариантов):
- а) размер оплаты труда;
 - б) удобный режим (график) работы;
 - в) близкое расположение работы к месту жительства;
 - г) интересное содержание работы;
 - д) престижность, значимость работы;
 - е) хороший коллектив;
 - ж) возможность сделать карьеру;
 - з) общественная полезность работы;
 - и) другое (впишите) _____.
26. Когда Вы выбирали свою профессию, то:
- а) особенно не задумывались, этот выбор был случаен;
 - б) поступили «за компанию», как друзья, товарищи;
 - в) поступили по примеру, совету родителей, родственников;
 - г) советовались со своими учителями (или другими специалистами);
 - д) приняли решение самостоятельно, но при этом взвешивали все «за» и «против»;
 - е) другое (впишите) _____.
27. Важна ли для Вас Ваша работа:
- а) да
 - б) трудно сказать
 - в) нет.
28. Ваша работа для Вас ценна тем, что позволяет (можно выбрать не более двух вариантов):
- а) зарабатывать деньги, быть материально обеспеченным, независимым;
 - б) работа приносит интерес, удовольствие;
 - в) общаешься с другими людьми, чувствуешь себя «как все»;
 - г) являешься уважаемым в обществе человеком;

д) не сидишь без дела;

е) другое (впишите)_____.

29. Нужна ли Вам помощь в профориентации Вашего ребенка и какая именно. Сформулируйте, пожалуйста, Ваши предложения. _____

Спасибо за предоставленную информацию. Будем рады Вашим предложениям.

Приложение 2

Интервью
«Индивидуальный план пути профессионального развития»
содержащий ряд открытых вопросов:

1. Какова цель Вашего прихода в данное учебное заведение?
2. Почему Вы выбрали именно эту специальность? Что повлияло на Ваш выбор?
3. Что Вы знаете об этой профессии (содержание труда)? Какие требования предъявляет эта профессия к человеку?
4. Опишите, пожалуйста, человека, о котором можно сказать, что он - конкурентоспособный специалист.
5. Какими из этих качеств, по Вашему мнению, обладаете Вы?
6. Каких не хватает?
7. Что Вам нужно предпринять, чтобы достичь цели?
8. Что Вам поможет в этом? На какие свои сильные качества Вы можете опереться?
9. Какие трудности могут у Вас возникнуть при обучении в ПРЦ?
10. Как Вы будете их преодолевать?
11. Как Вы представляете себе свой профессиональный и жизненный путь?
12. Каким бы Вы хотели видеть себя через пять лет?
13. Что дала Вам эта беседа? (Была ли она интересна или полезна для Вас?)

Методика «Тест-самооценка»

Инструкция: Вам следует оценить самого себя по ряду качеств, таких как рост, сила, здоровье, красота, ум, доброта, везение, счастье, любовь окружающих, смелость, благополучие. Например, вам нужно оценить себя по росту. Представьте, что от 1 до 10 все человечество можно распределить по росту, с одного края (слева) будут находиться самые низкие люди, а с другого (справа) - самые высокие люди на земле. А теперь обведите кружочком, где с учетом твоего роста должен находиться ты сам.

Укажите Ваше имя, фамилию _____

Возраст _____ Класс _____

Бланк методики «Тест-самооценка»

Бланк методики «Тест-самооценка»

Низкий	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Высокий
Слабый	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Сильный
Больной	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Здоровый
Некрасивый	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Красивый
Глупый	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Умный
Злой	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Добрый
Невезучий	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Везучий
Несчастливый	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Счастливый
Нелюбимый	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Любимый
Несмелый	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Смелый
Неблагополучный	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Благополучный

Методика диагностики самооценки Ч.Д. Спилбергера, Л. Ханина

Инструкция. Прочитайте внимательно каждое из приведённых ниже предложений. Зачеркните цифру в соответствующей графе справа, в зависимости от того, как вы себя чувствуете в данный момент. Над вопросами долго не задумывайтесь, так как правильных или неправильных ответов нет.

Шкала самооценки (**реактивная тревожность**).

ИНСТРУКЦИЯ: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

Бланк суждений

№	Высказывание	Нет, это не так	Пожалуй, так	Верно	Совершенно верно
1	Я спокоен	1	2	3	4
2	Мне ничто не угрожает	1	2	3	4
3	Я нахожусь в напряжении	1	2	3	4
4	Я испытываю сожаление	1	2	3	4
5	Я чувствую себя свободно	1	2	3	4
6	Я расстроен	1	2	3	4
7	Меня волнуют возможные неудачи	1	2	3	4
8	Я чувствую себя отдохнувшим	1	2	3	4
9	Я встревожен	1	2	3	4
10	Я испытываю чувство внутреннего удовлетворения	1	2	3	4
11	Я уверен в себе	1	2	3	4
12	Я нервничаю	1	2	3	4
13	Я не нахожу себе места	1	2	3	4
14	Я взвинчен	1	2	3	4
15	Я не чувствую скованности, напряженности	1	2	3	4
16	Я доволен	1	2	3	4
17	Я озабочен	1	2	3	4
18	Я слишком возбужден и мне не по себе	1	2	3	4
19	Мне радостно	1	2	3	4
20	Мне приятно	1	2	3	4

Шкала самооценки (личностная тревожность).

Инструкция: «Прочитайте внимательно каждое из приведенных ниже предложений и зачеркните соответствующую цифру справа в зависимости от того, КАК ВЫ СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ В ДАННЫЙ МОМЕНТ. Над вопросами долго не задумывайтесь, поскольку правильных или неправильных ответов нет».

Бланк суждений.

№	Высказывание	Никогда	Иногда	Часто	Почти всегда
21	<i>Я испытываю удовольствие</i>	1	2	3	4
22	Я очень быстро устаю	1	2	3	4
23	Я легко могу заплакать	1	2	3	4
24	Я хотел бы быть таким же счастливым, как и другие	1	2	3	4
25	Нередко я проигрываю из-за того, что недостаточно быстро принимаю решения	1	2	3	4
26	Обычно я чувствую себя бодрым	1	2	3	4
27	Я спокоен, хладнокровен и собран	1	2	3	4
28	Ожидаемые трудности обычно очень тревожат меня	1	2	3	4
29	Я слишком переживаю из-за пустяков	1	2	3	4
30	Я вполне счастлив	1	2	3	4
31	Я принимаю все слишком близко к сердцу	1	2	3	4
32	Мне не хватает уверенности в себе	1	2	3	4
33	Обычно я чувствую себя в безопасности	1	2	3	4
34	Я стараюсь избегать критических ситуаций и трудностей	1	2	3	4
35	У меня бывает хандра	1	2	3	4
36	Я доволен	1	2	3	4
37	Я озабочен	1	2	3	4
38	Всякие пустяки отвлекают и волнуют меня	1	2	3	4
39	Я уравновешенный человек	1	2	3	4
40	Меня охватывает сильное беспокойство, когда я думаю о своих делах и заботах	1	2	3	4

Анкета для учеников, обучающихся при помощи дистанционных технологий

Целью анкеты является выявление субъективной оценки старшеклассников в эффективности дистанционного обучения.

Вам предлагается ответить на представленные вопросы. Обведите вариант выбранного Вами ответа кружком, где вариантов ответа нет, впишите свой ответ. Просим Вас принять участие в нашей анкете потому, что нам необходимо мнение каждого из Вас.

Вопросы анкеты

Укажите Ваше имя, фамилию _____

Возраст _____ Класс/группу _____

1. Давно ли вы обучаетесь при помощи дистанционных технологий (при помощи компьютера и Интернета)?

- а) да;
- б) нет.

2. Если «да», то сколько (месяц, год)? _____

3. Как обучались до появления дистанционного обучения?

- а) посещали обычную общеобразовательную школу;
- б) посещали специализированную школу;
- в) обучались на дому;
- г) другие варианты: _____

4. Какую форму обучения Вы предпочитаете?

- а) дистанционное обучение;
- б) обучение на дому;
- в) обучение в обычной;
- г) обучение в специализированной школе;
- д) другие варианты: _____

5. Почему? _____

6. Легко ли Вам обучаться при помощи дистанционных технологий?

- а) очень легко; в) трудно; б) легко; г) очень трудно.

7. Есть ли у вас опыт взаимодействия с детьми, которые обучаются с помощью дистанционных технологий? _____

8. Нравится ли Вам такая форма обучения? _____

9. Хотели бы Вы, чтобы все дети обучались с помощью дистанционных технологий?

Почему? _____

11. Какие, по-Вашему мнению, достоинства есть в дистанционном обучении? _____

12. Какие недостатки есть в дистанционном обучении? _____

13. Как Вы можете оценить свои успехи в обучении при помощи дистанционных технологий?

- а) очень высоко; в) средне;
- б) высоко; г) низко;

д) очень низко.

14. Что бы Вам хотелось видеть нового в дистанционном обучении? _____

15. Что бы Вы хотели изменить в дистанционном обучении? _____

16. Хотели бы Вы продолжать обучение с помощью дистанционных технологий?

- а) да;
- б) нет.

17. Почему? _____
Большое спасибо за участие!

Приложение 4

Методики игротерапии, театротерапии с позиции Системы Станиславского

Одним из подходов к оздоровлению в лечебной педагогике может стать практическое применение техник, игр и упражнений с позиции Системы Станиславского. Этот подход основан на простой мысли: как мы себя ведем, такими и становимся. Мы можем стать здоровее, если научимся изображать здоровье.

Система Станиславского - кладезь мудрости не только для тех, кто живет жизнью сцены, но и для тех, кто живет на сцене жизни, - то есть для нас с вами. Станиславский открыл множество важнейших принципов физического и душевного здоровья. Больше того, он показал, как применять эти принципы на практике. Овладев приемами актерской игры, мы придем к чувствам, которые укрепят наше здоровье и изменят химизм нашего тела.

Станиславский открыл, что чувства вызываются условными рефлексам.

Для этого нужно, как обнаружил Станиславский, сосредоточиться не на самом желаемом чувстве, а на том, что ему предшествует, то есть на всем том, что происходило непосредственно перед тем, как человек испытал определенное чувство. Другими словами, Станиславский говорит: не заботьтесь о вдохновении, не заботьтесь о том, что вы чувствуете. Сосредоточьтесь на том, что предшествует чувству — на том, что вы думаете и что делаете.

Станиславский часто называл Систему: «наша техника чувств». Он, как никто другой, понимал важность чувств и знал, как их вызывать. А иногда называл Систему: «грамматикой актерской игры».

Мы можем назвать ее также «грамматикой физического и душевного здоровья». Система содержит ценные приемы для каждого, кто хочет вызвать у себя эмоции, связанные с хорошим самочувствием и здоровьем.

1. начинаем создание у себя здоровой химии - актерской игры;
2. будем думать и вести себя, как здоровые люди.

Система Станиславского дает новый смысл совету быть хозяином своей жизни. Одним из любимейших присловий Станиславского было «сегодня, здесь, сейчас». Актерская игра — это метафора, предлагающая новый удобный подход к проблемам здоровья, и притом подходящий для многих.

Тематика и содержание занятий строятся вокруг актёрских техник и основных аспектах театрального искусства:

- декорации;
- реквизит;
- костюм;
- сценарий;
- репетиция и т.д.

Суть занятий — показать аналогию между Системой и Здоровьем, где предлагается медицинское решение жизненных проблем, начиная от собственного здоровья вплоть до здоровых взаимоотношений. Нужно учиться жить и поступать так, как подсказывает мудрый организм, — пусть даже если сам человек этого не ощущает. Он властен, изменить собственное настроение и перестроить «химию» организма.

Важно научить старшеклассников, студентов как производить эндофины, которые «заведуют» положительными эмоциями, а также укрепляют иммунную систему. Для этого надо всего лишь улыбаться себе в зеркало, следить за внешностью и одеваться так, чтобы в первую очередь получать удовольствие от собственного облика. В результате обучающиеся проходят оздоровительный курс, ничуть не менее эффективный, чем бесконечные походы к терапевту.

«Мир — театр. Будь актёром!» — в этой фразе ключ к здоровой перестройке организма. Здесь помогут:

- музыка;

- цвет;
- пение;
- танец;
- вкусная еда.

Словом, всё, что доставляет удовольствие в обыденной жизни. Поскольку наше тело непосредственно связано с мозгом, именно он в ответе за наше самочувствие, и любая положительная эмоция – ещё один шаг к тому, чтобы «здоровый дух» формировал «здоровое тело».

В ходе занятий арт-терапией, музыкальной терапией, драматерапией и танцевально-двигательной терапией обучающихся необходимо вовлекать в ту или иную форму творческой активности, направленную на улучшение его контакта с окружающими людьми или самим собой.

- Целью проблемных и творческих заданий по применению творческой коммуникации являются:
- выражение и осознание чувств;
- раскрытие творческих возможностей и внутренних ресурсов личности; развитие спонтанности и способности экспериментировать с новыми формами опыта;
- развитие творческих способностей; оказание взаимной эмоциональной поддержки.

Музыкальный центр, аудиоцентр, различные музыкальные инструменты. Необходимо иметь также записи музыкальных произведений, передающих различные эмоциональные состояния (например: Бах, Бетховен, композиторы-импрессионисты и романтики, Малер, Шнитке, Хиндемит, Копланд, некоторые джазовые произведения, образцы этнической и ритуальной музыки, музыки в стиле эмбиент). Приведём несколько упражнений.

Благодаря Станиславскому мы можем порадовать себя не только хорошей игрой артистов, но и собственным здоровьем и благополучием.

Курс «Психология и этика деловых отношений»

*разработан в профессиональном реабилитационном центре
Санкт-Петербургского специального профессионального
образовательно-реабилитационного учреждения для инвалидов
(для специальности «*****»)*

Основная цель курса «Психология и этика деловых отношений»: раскрыть конкретные механизмы «вплетения» индивидуального в ткань социальной реальности.

Основными задачами предмета являются: знакомство и формирование практических навыков у студентов по вопросам общей психологии, психологии личности, психологии общения, психологических аспектов деятельности человека, изучение проблем и противоречий в деловых отношениях и способов их разрешения, практическое освоение взаимодействия в группе, психологических аспектов трудовой деятельности, современного этикета, а также формирование коммуникативных умений и навыков, полезных как в профессиональной, так и в других сферах жизни человека.

В результате изучения предмета «Психология и этика деловых отношений» обучающиеся:

- 1) должны иметь представление об основах общей психологии и психологии личности, о способах релаксации и саморегуляции;
- 2) должны овладеть знаниями основ психологии общения, видов и способов регулирования в конфликтных ситуациях, особенностей взаимодействия в группе, психологических аспектов деловых отношений, основных правил современного делового этикета, психологических основ самопрезентации;
- 3) должны уметь осознавать мотивы собственных поступков, регулировать собственное эмоциональное состояние, оценивать психологическую ситуацию, предотвращать и регулировать конфликтные ситуации, адекватно воспринимать партнера по общению и взаимодействовать с ним, снижать высокое эмоциональное напряжение в сложных ситуациях, психологически грамотно строить беседу при деловых переговорах, в том числе собеседовании с работодателем, учитывать психологические аспекты в профессиональной деятельности, применять психологические знания в процессе самопрезентации, соблюдать в профессиональной деятельности основные правила современного делового этикета.

Курс лекций предназначен в первую очередь тем, кто хочет изменить к лучшему свою жизнь, свою профессиональную состоятельность и здоровье через умение влиять на свои эмоции, самосознание, через способность «выстаивать» в трудных жизненных ситуациях.

Программа курса построена в соответствии с двухступенчатой системой обучения и включает два блока, каждый из которых, являясь составной частью программы «Психология и этика деловых отношений», служит также решению собственных задач, и рассчитана на 56 часов.

Для проведения тренинга самопрезентации целесообразно привлечь дополнительные учебные часы (например, из производственного обучения). Каждое занятие содержит теоретическую и практическую части, включает ролевые игры и упражнения, связанные с основными темами курса. Для активизации познавательной

деятельности учащихся в отношении понимания особенностей собственной личности, в программу включается работа с различными тестовыми методиками.

Приложение 6

«Тренинг самопрезентации и методов активного поиска работы»

Упражнения и дискуссии тренинга способствуют также укреплению позитивной самооценки и уверенности в себе и своих силах.

Продолжительность тренинга - 24 часа, он включает в себя игры, упражнения и групповые дискуссии, направленные на актуализацию задач профессионального самоопределения и самореализации в трудовой деятельности, повышение мотивации к трудоустройству.

Вводятся понятия самомаркетинга и технологии карьеры. Проводятся самоисследования по тестовым методикам, которые позволяют участникам лучше осознать свои личностные особенности, способности и возможности, важные для определения и уточнения профессиональных целей и построения личного профессионального плана.

Участники исследуют свои сильные, и слабые стороны личности. Групповое обсуждение этих качеств дает участникам чувство общности, способствует большему принятию себя, дает возможность предоставить друг другу положительную обратную связь, оказать поддержку, помочь увидеть причины своих недостатков и достоинства, которые часто скрываются за тем, что люди считают своими недостатками.

Изучаются и обсуждаются препятствия на пути успешного построения профессиональной карьеры и возможные способы их преодоления.

Исследуется понятие уверенности в себе, связь уверенности в себе с целями, ресурсами и самооценкой человека.

Проводится работа по инвентаризации ресурсов - знаний, навыков и умений участников тренинга.

Каждым из участников составляется индивидуальный «банк ресурсов» - позитивных качеств, знаний, навыков и умений, которые могут быть предложены работодателю и характеризуют соискателя в наиболее выгодном свете.

Реабилитанты обсуждают методы активного поиска работы. Составляется сеть поиска работы. Социальный педагог по трудоустройству информирует выпускников о современной ситуации на рынке труда. Обсуждаются варианты трудоустройства для каждого участника тренинга.

Проводятся упражнения и ролевые игры, позволяющие реабилитантам научиться говорить о своих достоинствах, получить и закрепить навыки позитивной самопрезентации.

Рассматриваются различные формы самопрезентации: искусство составления резюме, правила ведения телефонных переговоров, особенности интервью при приеме на работу.

Изучаются современные правила и требования к резюме и автобиографии. Составляются и обсуждаются в группе резюме обучающихся.

Обсуждаются правила ведения телефонных переговоров с работодателем, тактика построения разговора при звонке по объявлению и звонке «наудачу». Проводятся репетиции звонков, моделируются ситуации разговора с «неудобным» собеседником: агрессивным, безразличным и т.п.

Рассматривается типичный план собеседования с работодателем, основные вопросы собеседования. Проводится обсуждение оптимальных тактик поведения соискателя. Особо обсуждаются проблемы, с которыми приходится сталкиваться при приеме на работу человеку с ограниченной трудоспособностью.

На последнем этапе тренинга проводится ролевая игра «Собеседование с работодателем», в которой каждый реабилитант пробует себя в роли соискателя, и в роли работодателя, что дает ему дополнительный опыт и повышает уверенность в себе. Члены группы обсуждают достижения и недостатки исполнения роли соискателя каждым из участников, делятся собственным опытом, дают рекомендации.

Завершающий ритуал тренинга - сбор «чемодана пожеланий» для каждого участника. Он позволяет реабилитантам, высказывая добрые пожелания, оказать поддержку друг другу. В целом тренинг служит повышению самооценки участников, укреплению их уверенности в себе и своих возможностях, взамен мотивации избегания неудач - усилению мотивации достижения успеха. Он является мощным положительным импульсом, так необходимым молодому человеку с инвалидностью, при вступлении на профессиональный путь.

Приложение 7.1

Арт-терапия

Арт-терапия - реабилитационная технология, основанная на использовании средств изобразительного искусства. Активно применяется в деятельности педагогов, психологов, социальных работников, дефектологов, аниматоров и др.

Арт-терапия - это сложное понятие, которое включает множество разнообразных форм и методов в связи, с чем общепризнанной ее классификации не существует.

Выделяют 4 основных направления арт-терапии:

1. Пассивная арт-терапия. Анализ и интерпретация пациентом уже существующих произведений искусства.

2. Активная арт-терапия. Побуждение пациентов к самостоятельному творчеству, при этом творческий акт рассматривается как основной лечебный фактор.

3. Активно-пассивная. Одновременное использование первого и второго принципов.

4. Акцентирование роли самого психотерапевта, его взаимоотношений с пациентом в процессе обучения творчеству.

Спектр проблем, при решении которых могут быть использованы техники арт-терапии, достаточно широк: внутри- и межличностные конфликты, кризисные состояния, в том числе экзистенциальные и возрастные кризисы, травмы, потери, ПТСР, невротические и психосоматические расстройства и др. Арт-терапия применяется в консультировании и терапии взрослых, детей и подростков, индивидуально и в группе. Кроме того, одной из важнейших задач арт-терапии является восстановление невротически нарушенных связей между аффектом и интеллектом, развитие целостности личности, обнаружение личностных смыслов через творчество.

Арт-терапия - это способ социальной адаптации. Арт-терапия особенно важна для людей-инвалидов, которые в силу физических или психических особенностей своего состояния зачастую социально дезадаптированы, ограничены в социальных контактах. Творческий опыт, осознание себя, развитие новых навыков и умений, позволяют этим людям более активно и самостоятельно участвовать в жизни общества, расширяют диапазон их социального и профессионального выбора. Развитие творческого потенциала человека способствует его возможностям принимать решения, более успешно строить свою жизнь

Механизмы лечебного действия арт-терапии

Существуют различные взгляды на механизм лечебного действия арт-терапии:

1. Креативность. На первый план выдвигается вера в творческую основу человека.

2. Сублимация. Художественная сублимация возникает, когда инстинктивные импульсы (сексуальные, агрессивные) и эмоциональные состояния (депрессия, тоска, подавленность, страх, гнев, неудовлетворенность) человека заменяются визуальным, художественно-образным представлением.

3. Проективный аспект. Ведущим является целенаправленная ориентация психотерапевта на проективный аспект процедуры и его сосредоточенность на информации.

4. Арт-терапия как занятость. Главное внимание уделяется процессу созидания.

Сеттинг

Сеттинг в психотерапии есть «набор» вспомогательных инструментов (здесь имеется в виду, не сама методология и методика психотерапии и консультирования), которые обрамляют специфические процессы психотерапии. Сеттинг создает необходимые условия и ограничения для проведения психотерапевтического процесса. В буквальном переводе с английского – помещение, установка, обстановка. Если сеттинг можно рассматривать как некую среду, почву, внутри которой происходит терапия, то в этой среде происходит

формирование творческого пространства. Сеттинг живет и дышит, когда становится частью межличностных отношений. Являясь сводом привил или принципов, которые управляют процессом, позволяя терапевтические отношения наполняться безопасностью, доверием и свободой самовыражения реабилитанта.

Для создания творческой коммуникации необходимы следующие материалы и оснащение: бумага для письма и ручки, краски, мелки, карандаши, пластилин, цветной скотч, нитки, фольга, целлофановая плёнка, старые журналы, клей, ножницы, музыкальный ряд для фонового сопровождения занятия.

Специалист, проводящий арт-терапию должен предоставить участникам необходимые для художественного творчества материалы и инструменты: наборы красок, карандашей, мелков, кисти, глину для лепки, а также деревяшки, камни, лоскуты материи, бумагу. Место занятий должно быть хорошо освещенным и таким, чтобы участники могли свободно передвигаться.

Функции арт-терапевта достаточно сложны и меняются в зависимости от ситуации. Ему необходимо владеть определенными навыками художественного и декоративно-прикладного искусства, так как при проведении арт-терапии приходится не только рассказывать, но и показывать технические приемы художественного творчества. Специалисту требуются систематические самостоятельные занятия художественным творчеством, что позволяет ему лучше чувствовать и осознавать многие процессы, благодаря которым в значительной мере реализуется психотерапевтический потенциал метода.

Первый этап. Информативный. На этом этапе решаются вопросы социально-коммуникативного характера:

- необходимо преодолеть сопротивление, связанное с распространенным «комплексом неумения», смущением перед непривычным занятием

- выработка установки на дальнейшее лечение, от чего зависит эффективность терапии

- происходит ознакомление больного с основами техники изобразительного искусства, беседа о творчестве самых разных направлений и стилей, посещение музеев и выставок.

Второй этап. Когда пациент преодолевает сопротивление, что можно определить по уменьшению формальности в работе, арт-терапевт может приступить к непосредственному решению лечебных задач.

На начальных этапах работы более целесообразным является выдвижение тем арт-терапевтом, в дальнейшем активность предоставляется клиенту. Строгого и определенного набора тем не придерживаются. Темы охватывают различные области жизни клиента и являются лишь ориентирами. Основным требованием к темам являются их потенциальная способность вызывать последующее обсуждение. Однако они должны учитывать естественное сопротивление людей, не умеющих рисовать или лепить людей, а так же первоочередные задачи.

Считается важным выявление индивидуальной символики каждого больного, которая может выразить его стремления в разные моменты жизни.

Групповая арт-терапия

Конфликт-кризис арт-терапия

В группе арт-терапии эффекты лечебного воздействия тесно переплетаются с психотерапевтическими групповыми эффектами. Численность группы обычно 8-10 человек.

Целесообразно использовать только длительное лечение (иногда несколько занятий подряд). Длительное занятие заставляет клиента глубже погрузиться в нее, интенсивнее сконцентрироваться на проблеме, всесторонне анализируя ее и добиваясь прояснения. При длительной деятельности возрастает и групповое общение, развивается чувство групповой сплоченности, солидарности. Активное участие в арт-терапии является обязательным условием для всех членов группы.

Начало групповой работы обязательно предваряется специальной беседой, в которой разъясняется смысл арт-терапии для функционирования группы и демонстрируются работы

участников предыдущих групп. Кроме того, на первых занятиях могут проводиться творческие игры, направленные на возобновление знакомства с изобразительными материалами, снижение напряжения. Постепенно процесс арт-терапии перестает быть проблемой, исчезает страх, уменьшаются возражения, связанные с трудностью изображения, и в центре внимания оказывается не само произведение, а его автор. Начинается аналитическое обсуждение, связываемое с личностью автора, у больных возникают предположения по задаваемым темам, серьезные и обобщающие оценки, эмоции. Обсуждение работ происходит непосредственно после окончания рисования, лепки, изготовления поделок. Дискуссия начинается с предложения арт-терапевта вдуматься, вчувствоваться в рисунок, изделие, чтобы понять, что говорит этим автор. Арт-терапевт может подключиться к обсуждению на общих правах, но предпочтительно это делать, особенно вначале, в форме вопросов к интерпретирующим, так как интерпретации арт-терапевта воспринимаются остальными членами группы с ожиданием его «всезнания» и могут сковывать, тормозить инициативу группы. Задачей арт-терапевта при обсуждении является стимуляция дискуссии и использование информации, возникающей в ходе занятия не только из законченных работ, но и из особенностей поведения членов группы.

Показания, противопоказания и направления в арт-терапии

Показания к арт-терапии достаточно широки, так как ее применение может колебаться от поверхностной занятости до углубленного анализа скрытых индивидуальных переживаний. Метод применяется к пациентам разного возраста в самых широких диагностических пределах.

Арт-терапию можно использовать:

- как седативное (успокаивающее) средство при психомоторном возбуждении и агрессивных тенденциях;
- в качестве отвлечения и занятости;
- облегчение контакта при социальной дезадаптации;
- выявление скрытых переживаний;
- в качестве активизирующего и адаптивного средства;
- при нарастающих расстройствах сна;
- в качестве психопрофилактического метода для уменьшения стресса и фрустрации, возвращения ощущения собственной ценности, освобождения от сомнений в своих способностях;
- в терапии больных неврозами;
- при резистентных формах психопатии;
- для тех, кто в силу физических или психических особенностей своего состояния ограничен в социальных контактах. Творческий опыт, новые навыки и умения позволяют им более активно и самостоятельно участвовать в жизни общества, расширяют диапазон их социального и профессионального выбора.

Противопоказания:

- состояния, не позволяющие пациенту определенное время усидеть за рабочим столом;
- когда пациент мешает другим;
- лицам, с выраженным психомоторным или маниакальным возбуждением, не позволяющим им сосредоточить внимание на объекте действия;
- лицам с нарушениями сознания и тяжелыми депрессивными расстройствами с уходом в себя.

Арт-терапия комбинируется с другими формами терапии творчеством и психотерапевтическими техниками: в сочетании с музыкой, поэзией, с драма-терапией, с телесноориентированной терапией, с аутогенной тренировкой и направленной медитацией, с техниками работы со сновидениями, мифами и сказками, а также с трансперсональной терапией.

Направления арт-терапии:

- Библиотерапия
- Видеотерапия

- Драматерапия
- Маскотерапия
- Музыкотерапия
- Песочная терапия
- Работа с пластическими материалами
- Сказкотерапия
- Танце-двигательная терапия
- Фототерапия
- Цветотерапия

Приложение 7.2

Арт-терапия

1.	вид деятельности	художественно-творческая, прикладная, изобразительная
2.	форма деятельности	индивидуальная, групповая
3.	реабилитационная направленность мышления	развитие тонкой моторики, возможностей частей тела (при отсутствии рук), самопознание, коррекция психо-эмоциональной сферы, расширение кругозора, восприятия, развитие памяти, внимания, ассоциативного и образного
4.	преобладающие методы	разъяснение, диалог, показ, иллюстративность, игра, поощрение
5.	уровень применения	универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	творчество, познание, образное мышление, фантазия
7.	режим, условия	время проведения - по самочувствию, желанию; периодичность - график занятий, желание произвольно; продолжительность – по психовозрастной устойчивости, желанию; место проведения - наиболее подходящее помещение, открытая местность
8.	используемый инвентарь	кисти, мольберт, краски, музыкальные записи, предметы для эскизов, бумага, художественный наглядный материал
9.	элементы инноваций	сочетание с другими социокультурными технологиями, применение изопродуктов в культурном досуге, мероприятиях, акциях
10.	базовый ресурсодержатель	учреждения: образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические; социальные формирования: семья, неформальные объединения
11.	возрастные границы	для всех возрастных групп (начиная с 1,5-2 лет)
12.	характер нарушений	для всех типов нарушений

Арт-терапия связана с визуальным искусством и подразумевает возможность актуализации психических резервных возможностей, формирование на их основе адекватного поведения за счёт творческой изобразительной деятельности. Для арт-терапии не нужны художественные способности. Главное, чтобы ребенок через рисунок смог

отразить внутреннее состояние, ощущения, переживания, без акцента на художественные достоинства. С другой стороны, применяется прием эстетотерапии, основанный на невербальном воздействии художественных форм на формирование духовной личности. При этом он выступает в пассивной роли зрителя или в активной роли, выражая свои эмоции в художественном образе.

Изобразительная деятельность имеет большой биологический смысл - рисование играет роль одного из механизмов выполнения программы совершенствования организма, его психики. В первые годы жизни ребенка оно развивает сенсомоторную координацию, формирует зрительные образы, помогает овладевать формами. Оно способствует развитию межполушарного взаимодействия, т.к. в процессе рисования координируется конкретно-образное мышление, связанное с работой правого полушария мозга, и абстрактно-логическое, за которое ответственно левое полушарие. Особенно важна связь рисования с мышлением и речью. Ребенок в рисунке оформляет свое знание о предметном и социальном мире. Поэтому детское рисование называют графической речью. Рисование помогает ребенку упорядочить бурно усваиваемые знания, оформить и зафиксировать модель все более усложняющихся представлений об окружающем мире.

Существуют мнения, что индивидуальные особенности рисуночной деятельности являются отражением индивидуально-психологических свойств ребенка, его мироощущения, характера, самооценки и других свойств личности. В рисунке ребенок бессознательно предлагает тот вариант, который соответствует особенностям его персонального мира.

С этих позиций детский рисунок зарекомендовал себя для исследования личности ребенка. В практике используются так называемые рисуночные пробы «Рисунок семьи», «Нарисуй человека», «Несуществующее животное», «Дом, дерево, человек». Движимый творческим потенциалом и потребностью выпустить наружу свои эмоции ребенок создает уникальные поделки, рисунки. И этот успех в его психике бессознательно переносится и на обычную жизнь. Человек видит, что из бросового материала (веточки, листья, клочки бумаги, песок, глина, камни) можно создавать красивые изделия. Сознание получает возможность больше замечать и активно работать с новыми возможностями. Так же можно решить и психологическую проблему - посмотреть на неё по-другому, не так как смотрел раньше. Психика человека приобретает гибкость. Арт-терапия дает возможность ребенку изменить взгляд на самого себя, обрести уверенность в собственных силах.

Специфика построения занятий по арт-терапии:

1. музыкальный разогрев (5-10 минут): приветствие, танец под музыку, введение в арт-терапию;
2. рисование под музыку (15-30 минут): задания на развитие мелкой моторики, творческого воображения, право-лево-стороннего ориентирования;
3. релаксация (5-10 минут): действия по снятию напряжения на фоне с покойной музыки, телесно-ориентировочные упражнения.

Основные принципы построения арт-терапии:

- доступность и постепенное усложнение задания;
- учет индивидуальных медико-психологических показаний;
- учёт возможностей и интересов детей конкретного возраста с тенденцией к некоторому опережению.

Методические приемы организации занятий арт-терапией:

- использование классической музыки;
- использование медиативной музыки и музыки, воспроизводящей звуки природы;
- рисование сначала под классическую, потом под медиативную музыку;

Результаты арт-терапии:

- развитие коммуникативных навыков с помощью музыки и элементов рисования: преодолевается негативное отношение друг к другу, дети становятся контактными;
- стабилизируется психо-эмоциональный фон в группе. Появляется возможность коррекции негативных эмоциональных состояний;
- внимание становится более устойчивым;

- значительно улучшается работоспособность детей;
- развивается мелкая моторика руки;
- развивается творческое, образное мышление;
- дети получают возможность выразить себя и быть услышанными.

Приложение 8.1

Оздоровляющие методики эстетотерапии

1. «Человек есть мера всех вещей и явлений». Все части тела человека существуют, в конечном счете, ради деятельности в нем души (Аристотель, Анаксагор, Ксенофонт Аквинский). В аристотелевской теории прекрасного дух человека овеществлен, объективирован в процессах деятельности и ее продуктах. Человеческая деятельность (в том числе в сфере эстетотерапии, имаготерапии, артпластики) не только формирует (корректирует) тот или иной объект (например, ОДА - опорно-двигательный аппарат инвалида, его ментальный и телесно-двигательный опыт), она сама по принципу «обратной связи» испытывает корректирующее воздействие на нее со стороны «логики объекта».

2. Принцип целеустремленного деятеля. В целеустремленных действиях человека «ведет» образ будущего. Действие - не столько «сигнальный ответ-реакция», сколько «вопрос-акция» человека-деятеля.

Обучающие технологии в АФК должны включать в себя программы трех типов: *предметно ориентированные, телесно ориентированные и эстетически ориентированные*. Творческие способности в сфере артпластики движений, имаготерапии (от лат. *imago* - образ) и эстетотерапии требуют серьезной работы педагога и инвалида над предметным *содержанием* двигательных действий и *формой*.

3. От педагогики формирующей к педагогике развивающей. Методы образовательного развития должны быть направлены не столько на адаптацию морфо-функциональных систем организма к физической или психоэмоциональной нагрузке (оптимизацию практических состояний), сколько на преодоление дисгармонии в системе психосоматического модуса (оптимизацию индивидуально-личностного статуса) человека. Педагог-методист АФК должен помочь сформировать у детей перцептивно-познавательные и конструктивно-двигательные установки сознания. Субъект деятельности должен все делать сам, но ему важно помочь реализовать себя в действиях. Так закладываются основы совершенствования интенциональности сознания (направленности внимания на тот или иной предмет - методы фокусирования и сканирования объекта), механизмы «заглядывания в предстоящее» (Н.А.Бернштейн), создания ментально-двигательных образов, имеющих функции имаготерапии.

Методы и средства танцевально-двигательной терапии, функциональной музыки и цветомузыки, пластодидактики позволяют человеку *лицетворить*, «строить себя изнутри», осуществлять самодетерминацию своих действий.

4. Развивающийся человек в развивающемся мире. Искусственная рабочая/учебная и информационная среда в большей мере принадлежат к физической реальности, социокультурная среда и внутренний предметный мир личности - к психической реальности. Если проектирование физической реальности ориентировано преимущественно на «внешнее средотворение» и оптимизацию предметно организованной среды деятельности, то антропно-адаптирующие технологии - на самопроектирование «социокультурного универсума» человека с инвалидностью.

В адаптивной педагогике важен не обученный, а *обучающийся* (развивающийся) человек с инвалидностью.

5. Развивающие, оздоровительные, адаптивно-коррекционные, арттерапевтические технологии в АФК. Тренер-педагог не может непосредственно воздействовать на психическое состояние ребенка - ему нужен посредник (медиатор). Таким медиатором является социокультурное «живое движение», соединяющее в себе психологическую сущность и материальную форму. В художественных видах спорта (гимнастика,

хореография, синхронное плавание, танцы на паркете, фигурное катание на коньках) в телесно-моторную активность, наряду с техничностью действий, привносится не менее важная составляющая - выразительность движений, двигательно-пластическая артистичность, грациозность. В программах игровой гимнастики, формокоррекционной ритмопластики, фанк-аэробики, модерн-танца (кафедра гимнастики НГПУ), имаго - и эстетотерапии (кафедра реабилитологии СГУТ и КД), спортивно-театрализованных программах, сценического боя-танца (кафедра физической культуры СГУТ и КД) нами разрабатывается новая структура профессионально-педагогической деятельности – «театрализованная студия танцевально-двигательных и арттерапевтических технологий».

6. Когнитивные, телесно-ориентированные, регулятивные методы развивающего обучения. Эстетотерапевтические технологии должны обеспечивать конструктивные преобразования (дающие облегчающий, лечащий, адаптивно-коррекционный, эстетически развивающий и т.п. эффект) и межличностные взаимодействия: *безоценочное позитивное принятие* другого человека, активное *«эмпатийно-двигательное понимание»* (совместное «художественное переживание» экспрессивно-пластических образов) и *конгруэнтное* (т.е. адекватное, подлинное и искреннее) *самовыражение* в общении с ним (в том числе на языке «семантики движений»). Таким образом, арттерапевтические технологии отражают «метаиндивидуальное существование» человека – «отраженность» его в другой личности, креативно-двигательный «семантический диалог» двух и более суверенных субъектов образовательного процесса.

В реабилитационной биомеханике и кинезотерапии (устраняющих соматопсихические дисфункции) начинают разрабатываться телесно-пластические методы профилактики, формирования и коррекции осанки и травм опорно-двигательного аппарата (костный туберкулез, рахит, детский церебральный паралич), используются приемы глубокого дыхания в специальных позициях. Разработанные нами теоретические и практические подходы могут быть применимы для формирования и коррекции различных поз не только в координатах (топографической ориентации) тела (лежа, сидя, стоя, в различных висах), но и в координатах телесно-пластических движений в предметной среде деятельности и экстраперсональном пространстве личности (автор термина Ф.Н. Превис).

У педагога-инструктора на каждого инвалида должен быть разработан план-схема (проект, программа) психолого-биомеханической реабилитации по каждому курсу коррекции и адаптации движений и ОДА. Отдельные компоненты системы коррекции креативно-двигательных действий реализуются нами с использованием методов когнитивного контроля (под разным углом «рассекающих» артпластику движений), контроля перцептивно-моторных процессов, способов художественно-эстетических действий и их результатов, эмоционально-лингвистического контроля.

Таким образом, признание телесной пластичности в качестве биомеханической категории (Л.Н.Сляднева, С.В.Дмитриев) открывает предметно-дисциплинарное пространство педагогической кинезиологии в сфере искусства, театра, спорта и адаптивной физической культуры. Система используемых нами понятий в театрализованной студии танцевально-двигательных и арттерапевтических технологий расширяет «ментально-двигательный опыт» студентов соответствующих вузов (спортсменов разного ранга), углубляет их «телесное самосознание» и «телесный опыт». Артпластические технологии, методы имаго - и эстетотерапии предполагают разработку таких смысловых операторов, как «схемы тела» (в том числе с дефектами опорно-двигательного аппарата), «схемы ориентировки» (ориентирующие ассоциации), «схемы действия» (мысленный проект и программа), модальный «язык движений». Перечисленные «фигуративные схемы» представляют собой так называемые идентификационные матрицы, на основе которых упорядочиваются имеющиеся и приобретаемые «знания-умения-навыки». Важнейшей задачей педагога-технолога в сфере театрализованных программ является научить студентов переводить теоретические и культурологические основы искусства в психологические механизмы художественного творчества (воображение, вдохновение) и методы образовательного развития личности и деятельности человека с инвалидностью.

Лечебные и профилактические методики хореотерапии

Использование танца, пластики и ритмики в лечебных и профилактических целях. Развитие современной хореотерапии, посвящено групповой терапии. Хореотерапия может выделяться в качестве одного из направлений арттерапии, составного элемента активной музыкотерапии или как одна из форм терапии физической активностью.

Основные задачи, изолированно или комплексно решаемые в процессе хореотерапии:

- 1) терапия занятостью и повышение двигательной активности;
- 2) коммуникативный тренинг и организация социотерапевтического общения;
- 3) получение диагностического материала для анализа поведенческих стереотипов пациента и его самопознания;
- 4) раскрепощение и рост пациента, поиск аутентичных путей развития.

В зависимости от концептуальной ориентации конкретного хореотерапевта акцентироваться могут отдельные задачи:

- 1 и 2 - при поведенческой;
- 3 - при психодинамической;
- 4 - при гуманистической ориентации психотерапевта.

Разминочные упражнения, предвещающие занятия хореотерапией, имеют значение:

- физический («разогрев»);
- психический (идентификация с чувствами);
- социальный (установление контактов) аспекты.

Обычная продолжительность занятия - 40-50 минут. Занятия могут быть ежедневными (в стационарных условиях), еженедельными на протяжении нескольких месяцев или лет, в профилактических целях возможно проведение одноразовых танцевальных марафонов. Оптимальный количественный состав группы хореотерапии - 5-12 человек на одного хореотерапевта.

Дискутируется вопрос о характере музыкального сопровождения занятий хореотерапии. Одни хореотерапевты предпочитают стандартные магнитофонные записи народной и/или профессиональной танцевальной музыки, другие - собственное (или своих ассистентов) импровизированное музыкальное сопровождение. Во всех случаях подчеркивается, что индивидуально-культуральная значимость предлагаемой музыки для пациента не должна перекрывать значимости и удовольствия собственной двигательной активности, поэтому лучше использовать незнакомые группе мелодии, умеренную громкость звучания и физиологически ориентированные ритмы, способствующие формированию трансовых состояний сознания.

В процессе психодинамической хореотерапии выделяются стадии развития психотерапевтической группы, которые психотерапевтами других направлений рассматриваются как различные организационные формы упражнений:

- 1) индивидуальная - анализ пространственных, временных, энергетических, гармонических характеристик движения пациентов и такого аспекта, как «сдерживание-разрешение»;
- 2) дуэт - анализ переноса и контрпереноса;
- 3) трио и квартет - анализ инцестуозных тенденций и динамического отвержения на модели «отец-мать-ребенок»;
- 4) групповая, соответствующая психодраматическому подходу;
- 5) межгрупповая, социодраматическая;
- 6) социальная, реализуемая в массовых танцевальных ритуалах и фестивалях.

Хореотерапия может использоваться в качестве вспомогательного или основного метода психотерапии в группах подростков, взрослых, в реабилитационных центрах, в санаторно-курортных условиях, для социально-психологического и двигательного тренинга людей с нарушениями слуха и зрения или постпсихотическим дефектом.

Приложение 9

Рекомендации по построению поведения соискателя с ОВЗ во время поиска работы

Одним из реальных приемов, содействующих трудоустройству инвалидов, является построение активного поведения на рынке труда. При этом инвалид должен знать о следующих источниках информации, позволяющих трудоустроиться:

1. государственные службы занятости населения (центры занятости населения, биржи труда);
2. негосударственные службы (коммерческие бюро, общественные фонды, ассоциации и другие организации, занимающиеся вопросами трудоустройства и переподготовки населения на негосударственной основе);
3. рекламные и маркетинговые мероприятия - объявления в СМИ, в передачах радио и телевидения (газетах и журналах), специальных бюллетенях, на досках объявлений;
4. общение через сообщения сети интернет, личные общения с друзьями, знакомыми, соседями, бывшими одноклассниками, однокурсниками, сослуживцами;
5. другие источники информации, например, в обществах инвалидов и т. д.

При посещении инвалидами Центров занятости им следует применять активные формы решения проблемы трудоустройства, что предполагает не только пассивное ожидание вакансии рабочего места, но и собственное предложение себя в качестве специалиста.

Активный путь трудоустройства предполагает умение инвалида правильно составить резюме - объявление о поиске работы. Инвалид должен знать, что такое оно должно быть кратким и конкретным изложением данных о себе, своих возможностях, а также о работе, которую он хотел бы получить. Прежде всего, в таких объявлениях нужно выделить главное, что характеризует инвалида как специалиста и одновременно назвать другие особенности, в том числе увлечения, особые личные качества, что в итоге могло бы расширить и дополнить представление о нем, как о полноценном претенденте на рабочее место. Составляя объявление такого рода, инвалид должен представить перечень собственных деловых качеств и умений.

Инвалид должен знать, что активные действия на рынке труда предполагают прямое непосредственное обращение его на различные предприятия по вопросу наличия вакантных рабочих мест и предложения себя в качестве рабочей силы.

Инвалиду полезно знать, что обращение на предприятия может быть:

- а) по телефону;
- б) в виде письменного запроса;
- в) путем личного обращения.

Каждый из этих видов обращений имеет специфику, которую должен понять и освоить инвалид.

Обращение по телефону. Это наиболее распространенный способ обращения к работодателю. Этот способ оперативен, позволяет в короткий срок связаться с большим количеством предприятий и учреждений, не выходя из дому, что весьма важно для инвалида. Преимущество данного способа заключается и в том, что общение по телефону допускает определенную гибкость в обмене информацией, по сравнению с письменным запросом или объявлением в газету.

Инвалиду следует знать, что в ходе телефонного разговора имеется возможность почувствовать реакцию собеседника и при необходимости перестроиться, дать дополнительные сведения о себе, обсудить возможные варианты трудоустройства и даже попросить совета. Вместе с тем инвалид должен знать, что общение по телефону требует

тщательной подготовки, связанной как с планированием содержания разговора, так и общей направленности, а главное, подбором конкретных вопросов, касающихся возможностей трудоустройства.

Инвалиду полезно знать, что начинать общение по телефону нужно с представления и краткого рассказа о себе, кроме того, инвалиду нужно помнить, что выражать мысли следует точно и ясно. Не следует произносить много вводных слов, рекомендуется избегать тем, прямо не связанных с трудоустройством. Ему следует говорить о рабочем месте, специальности, которая его интересует. При ощущении минимальной вероятности положительного решения вопроса инвалиду следует постараться договориться о личной встрече.

Если окажется, что работодатель находится в раздумье, то инвалид должен попытаться сам предложить вариант встречи. Это предложение можно изложить, например, так: «В пятницу в 10.00 Вам будет удобно?» Инвалиду следует знать, что нередко в этом случае удается получить согласие на встречу с работодателем в указанное время.

Вместе с тем, инвалид должен уметь предположить, что работодатель может показать свою раздражительность при телефонном обращении, указывая на то, что его оторвали от работы. Инвалид должен предвидеть это и не расстраиваться по этому поводу. Для погашения инцидента, инвалид должен извиниться, а также спросить разрешения позвонить вновь. Соискатель при поиске работы должен быть настойчивым, но не назойливым.

Письменный запрос. Инвалид, желающий трудоустроиться, должен знать, что установить контакт с работодателем можно путем письменного обращения. Рассылка писем также позволяет человеку, ищущему работу, связаться с большим числом предприятий и фирм, причем в короткие сроки.

Письменный запрос должен быть предельно кратким - занимать не более одной страницы текста, но в то же время быть достаточной справкой о том, кто есть ищущий работу инвалид как специалист, а также, каковы его личные качества. В письме должно быть указано, на какое рабочее место претендует данное лицо или какой профиль деятельности является для него более предпочтительным.

В письме необходимо указать профессиональный опыт претендента, его знания, умения, уровень подготовки, некоторые индивидуальные качества. Эта информация должна быть подобрана таким образом, чтобы из нее было видно соответствие должности и претендента на нее.

Инвалиду следует знать, что посылаемое письмо должно привлечь внимание руководителя фирмы, создать приятное впечатление о претенденте, а также вызвать желание пригласить ищущего работу на личную встречу. Инвалиду нужно помнить, что является важным не только содержание письма, убедительность имеющейся в нем информации, но и форма изложения, а также внешний вид письма. Письмо должно иметь аккуратный вид, четкий шрифт, производить приятное впечатление.

Инвалиду, ищущему работу, нужно знать, что письмо - это его визитная карточка, а это означает, что небрежность, неряшливость в оформлении письма недопустимы.

Письмо следует адресовать конкретному человеку и начинать с личного обращения, например: «Уважаемый Николай Иванович!». Если инвалид не знает имени руководителя, то нужно обращаться по должности. В конце письма следует указать номер телефона и свой адрес, по которому работодатель может связаться с претендентом на рабочее место.

Личное обращение. Инвалиду, ищущему работу, полезно знать, что трудоустройство может осуществиться на основе его личного обращения к работодателю. Цель личного обращения состоит в том, что на основе общения с работодателем инвалид получает сведения о вакантных рабочих местах, а также может уточнить сведения, касающиеся перспектив трудоустройства.

Личное общение производится уже после того, как инвалид связался с работодателем по телефону, либо получил ответ на свой письменный запрос, либо нашел подходящее объявление в прессе или услышал по радио или телевидению.

Инвалиду следует хорошо подготовиться к встрече с работодателем. Информация о себе и вопросы к работодателю должны быть конкретными и хорошо продуманными.

Инвалид, ищущий работу, должен знать о продукции, которую выпускает данное предприятие, или знать об услугах, которые оно оказывает. При общении инвалид Должен обосновывать, но ненавязчиво, свои претензии на данное рабочее место.

Если о встрече было условлено заранее, инвалид должен приехать на встречу ранее указанного времени. Инвалиду следует продумать форму приветствия, а также свое поведение во время встречи с работодателем. Важное значение имеет внешний вид встречающихся, форма одежды.

В ходе общения с работодателем инвалид должен вести себя сдержанно, приветливо. Во время сообщения о себе, постараться на конкретных фактах оказать свои знания и опыт. Быть точным в сведениях и личных фактах.

Беседу о приеме на работу инвалиду следует начать первому, с улыбкой, сказав «здравствуйте» или «добрый день», а затем можно расслабиться, спросить, где можно присесть и позволить работодателю задать вопросы. Для снятия напряженности, инвалид должен сам попытаться установить с работодателем непринужденные отношения, рассказав ему то, что его может тревожить, но что он стесняется спросить. Например, работодателя может беспокоить, сможет ли инвалид регулярно ходить на работу. Инвалид должен найти возможность сообщить ему, что он (она) выходит из дома в любую погоду, что одевается сам, а если инвалид - женщина - что следит за своей внешностью.

Инвалиду во время беседы при приеме на работу рекомендуется самому рассказать о состоянии своего здоровья, заострив внимание работодателя на особо "щекотливых" сторонах своей болезни. Выполнение этого приема связано с тем, что работодатели обычно мало разбираются в особенностях заболевания инвалида, а инвалид, нанимающийся на работу, гораздо больше знаком со своим заболеванием. Поэтому он должен ясно и просто объяснить, в чем суть недуга, а также рассказать о своих физических возможностях.

Во время такой беседы, работодатель сможет уяснить возможности инвалида как сотрудника, сможет посочувствовать ему, что предполагает возможность в дальнейшем трудоустройстве.

Беседа такого рода должна быть откровенной, претендент на рабочее место не должен бояться говорить правду, к тому же нужно говорить искренне, не стесняясь своей болезни и инвалидности.

Во время общения по поводу возможных трудовых обязанностей, инвалиду не следует брать на себя обязанности, которые в действительности он не в состоянии выполнить.

Во время беседы инвалиду не рекомендуется отрицательно отзываться о своей прежней работе, профессии, руководителе. Не рекомендуется долгое обсуждение личных проблем. Инвалиду следует больше говорить о собственных профессиональных возможностях и достижениях. В ходе беседы соискателю не следует спешить задавать вопросы о заработной плате, о льготах до тех пор, пока не появятся конкретные предложения о приеме на работу.

Библиотерапия

Библиотерапия - социально-культурная технология, в основе которой реализуются различные виды деятельности с книжно-печатным материалом.

1.	вид деятельности	чтение, пересказ, обсуждение, сочинение
2.	форма деятельности	индивидуальная, групповая
3.	реабилитационная направленность мышления	развитие интеллекта, логического мышления, отвлечение от личных проблем, выработка позитивной установки с помощью примера, тренинга эмоций
4.	преобладающие методы	диалог, рассказ, иллюстративность, игра, информативность
5.	уровень применения	универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	стимуляторный, но в то же время пассивный, подключение внимания, образно-эмоциональное восприятие, анализ, умозаключение, познавательный
7.	режим, условия	время проведения - произвольное; периодичность - по желанию и самочувствию; продолжительность - по психовозрастной устойчивости, желанию; место - сидя в помещении или на воздухе
8.	используемый инвентарь	книги, записи чтецов, музыкальных фрагментов, магнитофон, иллюстрации
9.	элементы инноваций	соотнесение с другими жанрами социально-культурной деятельности, универсальность использования
10.	базовый ресурсодержатель	учреждения: образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические; организации: государственные, общественные; социальные формирования: семья, неформальные объединения
11.	возрастные границы	для всех возрастных групп (с 3-х лет - чтение; до 3-х лет - пересказ)
12.	характер нарушений	для всех типов нарушений

В библиотерапии особое место отводится художественным произведениям, а так же публицистическим и научно-популярным изданиям.

Реабилитационные эффекты - развитие воображения, памяти, художественного вкуса, расширение познавательной сферы, кругозора, удовлетворение информационной потребности, налаживание коммуникативных связей с единомышленниками, творческое соотнесение своей личности с художественным образом, что способствует развитию виртуального сознания, приобщение к культуре страны и мира, развитие артикуляционных и речевых возможностей, формирование логического мышления при пересказе.

Систематические занятия детей художественным творчеством позволяют гармонизировать личность, научить терпимости и доброжелательности, повысить самооценку, приобрести оптимистический взгляд на жизнь.

Требования к библиотечному занятию:

1. непосредственная связь художественного произведения с жизненным опытом читающего и жизнью окружающего мира;
2. эмоциональность занятия, вызванная содержанием книги;
3. осмысление прочитанного, пересказ для развития связной, выразительной, образной речи;
4. словесное рисование, инсценировка литературного произведения, ролевая игра.

Приложение 10.1

Гарденотерапия

Гарденотерапия - особое направление психосоциальной, трудовой и педагогической реабилитации, при помощи приобщения детей и взрослых к работе с растениями.

1.	вид деятельности	Выращивание, сбор, сушка растений, составление плоских и объемных композиций
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая.
3.	реабилитационная направленность мышления	Развитие тонкой моторики, ориентации в пространстве, логического мышления, эстетического вкуса, расширение кругозора общения, релаксация
4.	преобладающие методы	Диалог, показ, повтор, рассказ, поощрение
5.	уровень применения	Предметный
6.	характер деятельности	Активность, творчество, общение, соотнесение с жизнедеятельностью, познание
7.	режим, условия	Время проведения - по индивидуальному самочувствию, желанию. Периодичность - по индивидуальному самочувствию. Продолжительность - по психоэмоциональной устойчивости. Место проведения - сад, участок, помещение.
8.	используемый инвентарь	Растительный материал, цветочные горшки, садовый инвентарь, клей, иглы, бумага, ткань и др.
9.	элементы инноваций	Проективность, использование в дизайне, профориентация
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения и организации (государственные и общественные): образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические.

		Социальные формирования: семья, неформальные объединения, временные краткосрочные группы.
11.	возрастные границы	Для всех возрастных групп (начиная с 4-х лет) на основе медицинских рекомендаций
12.	характер нарушений	Для всех видов дефектов.

Реабилитационные эффекты:

1. развитие тактильной и психологической чувствительности к живому.
2. привитие трудовых навыков;
3. удовлетворение познавательных потребностей;
4. развитие художественного вкуса;
5. расширение представлений об окружающем мире;
6. тренировка мелкой моторики рук, точности движения;
7. нормализация взаимоотношений с окружающими через общение с природными объектами.

Основные коррекционные задачи:

- формирование адекватной самооценки детей и подростков с ограниченными возможностями;
- предупреждение невротических и невротоподобных расстройств, психического инфантилизма;
- коррекция психоэмоциональной и волевой сферы;
- развитие элементарных трудовых и профессиональных навыков;
- развитие познавательной и творческой активности;
- овладение систематизированными знаниями об окружающей жизни;
- формирование гуманного отношения к природе.

Принципы коррекционной работы:

1. принцип комплексного подхода;
2. принцип гуманности;
3. принцип оптимальности;
4. принцип системности;
5. принцип новизны и достаточного разнообразия организуемой деятельности;
6. принцип одобрения и принятия;
7. принцип активного привлечения родителей;
8. принцип деятельной коррекции.

Элементы гарденотерапии в изобразительной деятельности:

- Работа с растениями в зимнем саду и на приусадебном участке.
- Специально организованные занятия с детьми от 4 до 7 лет в дневном стационаре.
- Изобразительная деятельность с использованием растительных материалов (коллаж, изготовление поделок из цветочной крошки).
- Занятия в студии флористики и фитодизайна для подростков.
- Специально организованное наблюдение за растениями в природной и искусственной среде.
- Цикл игр познавательного характера.
- Творческие задания.
- Семинары-практикумы по аранжировке цветов для родителей, старших школьников.

Приложение 10.2

Глиноterapia

Глиноterapia - эффективный способ реабилитации, имеющий в своей основе работу с пластическими материалами.

1.	вид деятельности	Манипуляции с пластическими материалами (разминание, лепка, размазывание по рабочему полю, фантазирование образов и сюжетов)
----	------------------	--

2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая
3.	реабилитационная направленность мышления	Развитие психических сенсорных функций, тренинг моторных функций, снятие «зажимов», расширение спектра общения, повышение социальной активности, интеллекта, профориентация, апробирование социальных ролей
4.	Преобладающие методы	Диалог, показ, повтор, рассказ, пример, разъяснение
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	Активность, творчество, общение, соотнесение с жизнедеятельностью
7.	режим, условия	Время проведения - произвольное, либо по графику работы кружка. Периодичность - произвольная или по медицинским показаниям. Продолжительность - по психовозрастной устойчивости, желанию. Место проведения -удобное для работы помещение
8.	используемый инвентарь	Пластический материал, необходимые для работы инструменты, краски, объемные формы, литература по теме.
9.	элементы инноваций	Проективность, соотнесение с жизненными ситуациями, снятие «зажимов», средство общения
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения и организации (государственные и общественные): образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические. Социальные формирования: семья, неформальные объединения, временные краткосрочные группы
11.	возрастные границы	Для всех возрастных групп (начиная с 2-х лет)
12.	характер нарушений	Для всех видов дефектов

Приложение 10.3

Игровая терапия

Игровая терапия - комплекс социально-культурных реабилитационных технологий, в основе которых лежит использование игры.

1.	вид деятельности	Игра (в обучении, воспитании, спорте, досуге, оздоровлении, коммуникации, получении информации, профориентации)
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая
3.	реабилитационная направленность мышления	Развитие психических сенсорных функций, тренинг эмоций, снятие «зажимов», расширение спектра общения, повышение социальной активности, интеллекта, ориентация в пространстве, профориентация, апробирование социальных ролей
4.	преобладающие методы	Диалог, тренинг, информативность, иллюстративность, показ
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	Активность, азарт, интеллектуальность, творчество
7.	режим, условия	Время проведения - по индивидуальному

		самочувствию, желанию. Периодичность - каждый день. Продолжительность - по психоэмоциональной устойчивости. Место проведения - на открытой или закрытой площадке
8.	используемый инвентарь	Инвентарь подбирается в зависимости от условий игры и реабилитационной направленности, используются музыкальные инструменты, техника
9.	элементы инноваций	Проективность, ограничения игрового процесса
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения и организации (государственные и общественные): образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические. Социальные формирования: семья, неформальные объединения, временные краткосрочные группы
11.	возрастные границы	Для всех возрастных групп с соответствующим подбором игр
12.	характер нарушений	Для всех видов дефектов

Цель игровой терапии - активизация формирования произвольности психических процессов: внимания и памяти, развитие умственной деятельности, воображения, речи, опорно-двигательной и волевой активности.

Если рассматривать игровую терапию как разновидность социально-культурной деятельности, то её цель - вовлечение человека с ограниченными возможностями в социальные виды взаимодействия, выявление творческого потенциала, способностей, увеличение коммуникативных навыков, выработка активной жизненной позиции, содержательное насыщение досугового времени.

Функции игры:

1. воспитывающая;
2. адаптирующая;
3. развивающая;
4. социализирующая;
5. коррекционная;
6. рекреационная.

Детская игра - важная часть жизни ребенка. В обстановке игры проявляется личность ребенка. Существенным психологическим признаком игры является одновременное переживание условности и реальности созданной ситуации. В игре проявляется только ребенку присущая форма реагирования.

Формы участия ребенка в игре:

- ребенок-зритель;
- ребенок - участник ролевой игры под руководством взрослого;
- ребенок - участник свободно протекающей ролевой игры.

В игровом общении ребенок постепенно осваивает механизм полноценной адаптации к условиям и требованиям жизни. Игра развивает ориентацию, учит поиску необходимого решения, оптимального выхода.

Участие в игре формирует и закрепляет у человека с ограниченными возможностями устойчивую установку на рациональное, содержательное, целенаправленное использование свободного времени.

Игровая терапия позволяет опробовать типы поведения, выделив наиболее подходящие для конкретной личности ребенка в определенной жизненной ситуации. Именно ролевое поведение отражает его внутреннее психологическое состояние и функциональные тенденции.

Виды игровой терапии:

1. Направленная (директивная) игровая терапия характеризуется участием взрослого в игре. Это педагогически организованные сюжетно-ролевые игры. Дети в этих играх сами создают роли и игровые ситуации с воссозданием деятельности и отношений взрослых и детей в социуме.

Применение направленной игровой терапии ориентировано на самостоятельную игру. Такой вид игровой деятельности позволяет решить следующие задачи:

- расширение репертуара самовыражения;
- достижение саморегуляции и эмоциональной устойчивости;
- коррекция отношений;
- воспитание творческой инициативы;
- пробуждение любознательности;
- воспитание нравственных качеств.

Основные методы организации направленной игровой деятельности:

- метод непосредственного игрового тренинга;
- метод театрализации;
- метод состязательности;
- метод равноправного духовного контакта;
- метод воспитывающих ситуаций;
- метод импровизации.

2. Ненаправленная игровая терапия ориентирована на самостоятельную игру ребенка, где он выражает свой собственный внутренний мир, самочувствие. Отсюда и наличие самостоятельно организуемых и развиваемых сюжетов: импровизации, сочинения, проективные игры (песочные, строительные) и др. Роль взрослого здесь сведена к минимуму: организация атмосферы взаимопонимания, эмоциональное сопереживание, установление ограничений в игре. Таким образом, взрослый может выступать как равноправный партнер, подчиняющийся правилам игры, что снимает дистанцию между ним и ребенком, раскрепощая последнего.

Эффективность применения игровых средств определяется:

- повышением степени контактности ребенка в микросреде;
- участием в различных видах деятельности;
- улучшением психологического самочувствия;
- мотивацией к преодолению средовых барьеров;
- желанием включиться в активный образ жизни;
- повышением интереса к явлениям жизни.

Принципы игровой терапии:

- 1) создание естественной стимулирующей среды, в которой ребенок с ограниченными возможностями чувствовал бы себя комфортно, защищено, без всякого напряжения;
- 2) наличие активной деятельности;
- 3) оживление абстрактных символов для формирования положительных мотиваций;
- 4) реальное проживание искусственно созданных самим ребенком или подсказанных взрослым ситуаций и самостоятельный поиск выходов и решений из сложившихся проблем.

Приложение 10.4

Иппотерапия

Иппотерапия (лечебная верховая езда - ЛВЕ) - реабилитация и оздоровление человека с привлечением потенциала, верховой езды на лошади.

Иппотерапия - гармоничное сочетание телесно-ориентированных и когнитивных приемов воздействия на психику пациента. Иппотерапия - это комплексный многофункциональный метод реабилитации, представляет собой занятия инвалидов верховой ездой на лошадях по специальным методикам, различающимся в зависимости от заболевания клиента и задач, для решения которых она используется. Лечебная верховая езда в целом оказывает биомеханическое воздействие на организм человека, укрепляя его. Например, она передает всаднику двигательные импульсы, аналогичные движениям человека при ходьбе. Движения мышц спины лошади, состоящие из множества элементов, оказывают массирующее и мягкое разогревающее (температура лошади на 1,5 градуса выше, чем у человека) воздействие на мышцы ног всадника и органы малого таза, что усиливают кровоток в конечностях. На шагу лошади - основном аллюре, применяющемся в иппотерапии - лошадь совершает около 110 разнонаправленных колебательных движений, которые в свою очередь передаются всаднику.

Для того чтобы сохранить правильную посадку во время верховой езды всадник должен

удерживать равновесие, координировать и синхронизировать свои движения. Таким образом, у пациента с ДЦП в работу включаются мышцы, находящиеся в бездействии в обычной жизни. Кроме того, верховая езда стимулирует развитие мелкой моторики, усидчивость и улучшает гармоничное восприятие окружающего мира у пациентов в том числе с нарушением психики различной тяжести.

Важно, что в процессе реабилитации происходит последовательный перенос приобретенных физических, коммуникативных и прочих навыков из ситуации верховой езды в повседневную жизнь. Иппотерапия применяется для лечения пациентов с неврологическими и другими нарушениями, такими как аутизм, церебральный паралич, артрит, рассеянный склероз, черепно-мозговая травма, инсульт, травмы спинного мозга, поведенческие и психические расстройства.

Эффективность иппотерапии по многим показаниям до конца не ясна, поэтому рекомендуются дальнейшие исследования. В отношении эффективности иппотерапии в лечении аутизма доказательств пока недостаточно. Метод используется так же в случаях поражения слуха и зрения.

1.	вид деятельности	Двигательная активность, внимательность, осторожность
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая
3.	реабилитационная направленность мышления	Развитие психоэмоциональной сферы, терапия позвоночника и опорно-двигательного аппарата, самопознание, снятие зажимов, установление коммуникативных связей.
4.	преобладающие методы	Диалог, игра, повторение, поощрение, тренинг.
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	Активность, концентрация внимания, эмоциональность
7.	режим, условия	Время проведения - по самочувствию. Периодичность - по медицинским предписаниям. Продолжительность - по самочувствию. Место - закрытая или открытая площадка
8.	используемый инвентарь	Лошадь, снаряжение для езды
9.	элементы инноваций	Включение в оздоровительные программы, культурно-досуговые мероприятия, социальные проекты
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения: ипподром, конная ферма, комплекс, сельское подворье. Наличие тренера обязательно
11.	возрастные границы	С 3-х лет (нахождение на лошади вместе со взрослыми обязательно)
12.	характер нарушений	Кроме лиц с тяжелыми психическими нарушениями, острый период заболевания

Иппотерапия является признанным средством реабилитирующего воздействия на больных соматическими, психическими заболеваниями, реконвалесцентом после травм. Применяется при сердечно-сосудистых, желудочно-кишечных и других заболеваниях.

Иппотерапия имеет благотворное влияние с точки зрения общеукрепляющего, психологического, эстетического, воспитательного эффекта. Верховая езда способствует активизации двигательной и дыхательной функций, кровообращения. Необходимым условием занятий является активное и сознательное участие больного в реабилитационном процессе, а также сочетание педагогических, психологических, социально-культурных и медицинских технологий. Иппотерапия способствует активизации познавательной сферы ребенка: концентрируется внимание, развивается слухо-зрительно-моторная координация, повышается способность к обучению, усвоению новых навыков и сведений. В ситуации групповой езды к

вышеперечисленным факторам присоединяется получение опыта нахождения в группе, подчинения групповым правилам, нахождения своей социальной роли, построения соответствующей модели поведения.

Целями иппотерапии являются:

- Выражение эмоций и чувств, связанных с переживаниями от общения с лошадью и другими животными, природой;
- Активный поиск новых форм взаимодействия с миром;
- Подтверждение своей индивидуальности, неповторимости и значимости.

Противопоказания для занятий иппотерапией: гемофилия, острые респираторные заболевания, диабет, хронические заболевания почек, повреждения позвоночника.

Приложение 10.5

Лекотерапия

Лекотерапия - метод социально-культурной и психологической реабилитации детей с помощью игрушек.

1.	вид деятельности	Манипуляции с игрушкой, фантазирование образов и сюжетов
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая
3.	реабилитационная направленность мышления	Развитие психических сенсорных функций, тренинг эмоций, снятие зажимов, расширение спектра общения, повышение социальной активности, интеллекта, ориентация в пространстве, профориентация, апробирование социальных ролей
4.	преобладающие методы	Диалог, повтор, рассказ, показ, пример
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	Активность, творчество, общение, соотнесение с жизнедеятельностью
7.	режим, условия	Время проведения - произвольное. Периодичность - по желанию и самочувствию. Продолжительность - неограниченная. Место - произвольное, удобное.
8.	используемый инвентарь	Куклы (люди и животные), механизмы, предметы утвари
9.	элементы инноваций	Проективность, включение в жизненные ситуации, снятие зажимов, средство поощрения
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения: образования, социальной защиты, культурно-досуговые, ' социально-педагогические. Организации: государственные, общественные. Социальные формирования: семья, неформальные объединения
11.	возрастные границы	С 2-3-х месяцев
12.	характер нарушений	Для всех типов нарушений (с учетом рекомендации врачей и классификации ВОЗ)

Игрушки - игровые предметы, изображающие живое существо или модель неодушевленного мира, которые помогают ребенку удовлетворить потребность осознания окружающих явлений и событий, эмоционально-психологического восприятия и отношения.

Функции игрушек:

- Оживляют мир игры;

- Приближают желаемое, интересное;
- Помогают выразить стремление получать знания;
- Помогают проверить умения и ловкость, сообразительность и находчивость.

Компоненты игры:

1. Роль как специальная позиция, которая выражается через манипулирование предметами и моделирует социальные отношения; свобода в игре иллюзорна, она задана ролью;
2. Игровые действия, которые сначала бывают деталями и подробностями, а со временем сворачиваются во внутренний план действий, сохраняя прежнюю логику и последовательность. Сначала игровые действия и предметы задают роль, а впоследствии роль задает выбор действия;
3. Игровое употребление предметов выполняет важную функцию замещения. Ребенок в воображаемой ситуации манипулирует предметами, которые символизируют реальные объекты;
4. Реальные отношения между играющими являются партнерскими. Здесь обговаривается сюжет, распределяются роли, игровые предметы. Вовремя игры производится контроль над соблюдением сюжета и выполнением ролей. Наиболее удачным видом лекотерапии является куклотерапия. Её образность, наглядность и материальность позволяет ребенку глубже вживаться в игровую ситуацию, врезаются ему в память на всю жизнь вместе с приобретенным во время игры опытом.

Формы участия ребенка в игре:

- 1) Ребенок как зритель смотрит на игру кукол;
- 2) Ребенок является участником ролевой игры, в которой ему предлагается играть либо его самого, либо кого-то другого. Создается симбиотическая пара: ребенок-взрослый.
- 3) Дети могут свободно играть без направления и подсказки взрослых;
- 4) Дети могут играть в придуманные ими игры с помощью игрового материала, а педагог направляет скрытые возможности ребенка.

Наличие куклы в игре создает особую ситуацию для развития фантазии ребенка. Кукла в игре играет роль недостающего участника, она обогащает игру. Именно через театрализованное игровое общение с куклами осуществляется интенсивная эмоциональная регуляция психологического самочувствия и общения дезадаптированных детей, снятие многих психологических проблем: неврозов, фобий, замкнутости, отрицательных качеств и черт характера (злости, зависти, конфликтности, жадности и т.д.).

Приложение 10.5

Музыкотерапия

Музыкотерапия - метод социально-культурной реабилитации, использующий разнообразные музыкальные средства для психолого-педагогической и лечебно-оздоровительной коррекции личности, развития её творческих способностей, интеллектуальной сферы, кругозора, активизации социально-значимых качеств.

1.	вид деятельности	Исполнение (вокальное, ансамблевое, хоровое и на музыкальных инструментах) прослушивание музыкальных произведений и их фрагментов
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая, массовая.
3.	реабилитационная направленность мышления	Терапия психоэмоциональной сферы, развитие мелкой моторики при исполнительстве, снятие «зажимов», развитие слуха, образного мышления, расширение кругозора, общения, развитие социальной активности, профориентация.
4.	преобладающие методы	Тренинг, диалог, показ, иллюстративность, игра, повтор, рассказ
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный

6.	характер деятельности	Стимуляторный, творческий, познавательный
7.	режим, условия	Время проведения - по самочувствию, желанию. Периодичность - график занятий, желание, произвольно. Продолжительность - по психовозрастной устойчивости, желанию. Место проведения - наиболее подходящее помещение, открытая площадка. Положение - сидя, стоя
8.	используемый инвентарь	Музыкальный инструмент, аудиозаписи, пластинки, ноты, диски, музыкальная техника
9.	элементы инноваций	Интегративное сочетание с другими видами искусства, музыкальное проектирование, применение в труде, учебе, досуге
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения: образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические. Организации: государственные, общественные. Социальные формирования: семья, неформальные объединения, временные краткосрочные группы
11.	возрастные границы	Для всех возрастных групп (с соответствующим подбором музыкального материала)
12.	характер нарушений	Кроме неслышащих. Для них используются громкие нарушения звуки с четким ритмом.

Терапевтический эффект: физическое оздоровление за счёт развития моторных функций, ловкости рук, тонкости слуха.

Реабилитационные эффекты:

1. эстетизация вкуса;
2. развитие чувства ритма;
3. воспроизведение музыкальных образов;
4. выработка навыков использования возможностей голоса, дыхания;
5. развитие нравственно-волевой сферы - активности, самостоятельности, решительности, выдержки, чувства коллективизма, навыков сотрудничества, стремления к победе.

Для реабилитационного процесса может быть использована любая музыка, соответствующая по характеру и степени воздействия его целям.

Особое значение для реабилитации имеет собственное исполнение на музыкальных инструментах.

Основными задачами коррекционных музыкально-игровых занятий является стимулирование умственного и физического развития ребенка, преодоление имеющихся у него нарушений в соответствии с его возможностями. Двигательная активность под музыку усиливает обмен веществ в организме, повышает общий тонус, улучшает деятельность сердечно-сосудистой системы, регулирует нервную деятельность, развивает силовые возможности детей.

Элементы коррекционного музыкально-игрового занятия:

Вводная часть предполагает внесение дисциплины и организованности в занятие:

- упражнения на развитие произвольного слухового внимания.
- упражнения на развитие координации движений и совершенствование
- чувства ритма.
- упражнения на развитие координации слова и движения.
- музыкально-ритмические движения.

Основная часть занятия:

- слушание музыки;
- пение включает в себя работу на развитием артикуляционного аппарата;
- музицирование на музыкальном инструменте привлекает даже самых робких и инертных детей к активности в выражении своих чувств радости от возможности играть. Участие в оркестре сочетает навыки игры на инструменте с развитием общей музыкальности, с воспитанием чувства ответственности и своей значимости. Во время игры на музыкальном инструменте ребенок чувствует себя равноправным партнером, солистом или лидером в

определенной сфере, где его возможности по сравнению с другими сферами могут быть выше. Таким образом моделируется и закрепляется положительный опыт ребенка - чувствовать себя полноценным человеком.

Заключительная часть включает разучивание танцев или хороводов, драматизацию песен, проведение подвижных игр и соревнований. Проводятся упражнения на релаксацию, снимающие эмоциональное напряжение, успокаивающее детей. Игра на музыкальном инструменте имеет профессионально-ориентационную направленность, поскольку приобретенные умения могут стать будущей профессией и средством к жизнеобеспечению. В музыкальных играх моделируются ситуации, в которых дети имеют возможность показать свои умения, учатся помогать друг другу, входить в положение другого ребенка, чувствовать себя членом коллектива.

Взаимодействуя со сверстниками, дети получают необходимый жизненный опыт, возможность контактировать с детьми более здоровыми и имеющими разные отклонения в развитии, адекватно реагировать на их поведение в различных жизненных и игровых ситуациях. Совместные музыкальные игры активно формируют нравственные чувства, способность к сопереживанию и сочувствию, доброжелательность и доброту.

Приложение 10.6

Сказкотерапия

Сказка - один из основных жанров фольклора, эпическое, преимущественно прозаическое произведение волшебного, авантюрного или бытового характера с установкой на вымысел.

В социально-культурной деятельности является одним из ведущих видов и способов эмоционально-психологического, педагогического влияния, социально-нравственного формирования.

1.	вид деятельности	Рассказ, пересказ, театрализация, исполнение
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая, массовая
3.	реабилитационная направленность мышления	Тренинг эмоциональной сферы, апробация в социальных ролях, познание своего статуса, овладение коммуникационными навыками, развитие образно-логического мышления
4.	преобладающие методы	Диалог, импровизация, иллюстративность, показ, поощрение, рассказ
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	Активность, творческий подход, эмоциональность, проективность, образное восприятие
7.	режим, условия	Время проведения - любое. Периодичность - произвольно. Продолжительность - по психовозрастной устойчивости, желанию. Место проведения - любое подходящее
8.	используемый инвентарь	Книги, реквизит, элементы костюмов, рисунки, музыкальные инструменты
9.	элементы инноваций	Компьютерные технологии, проективность, формирование новых представлений о мире
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения: образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические.
11.	возрастные границы	Для всех возрастных групп (с вариациями сюжета, состава персонажей, целевой направленности)
12.	характер нарушений	Для всех типов нарушений

Реабилитационные эффекты:

1. формирование отношения к персонажу, действию на эмоциональном уровне (тренинг эмоциональной сферы);
2. проявление собственных поведенческих позиций, необходимых для социализации;
3. идентификация собственного «Я» с тем или иным персонажем;
4. удовлетворение потребности в познании волшебных загадочных явлений жизни;
5. коллективное участие в совместном действии;
6. приобщение к народной художественной культуре.

В поведенческом блоке центральной задачей является обеспечение адекватного ролевого развития, т.е. умение принимать роли, адекватные новым ситуациям и умение изменять своим привычным ролям в новых ситуациях.

Нарушения в ролевом развитии может негативно сказаться на формировании личности ребенка, разрушить ведущую деятельность дошкольника – ролевую игру, затруднить общение со сверстниками и родителями, привести к возникновению психосоматической патологии.

Структура занятия:

- Вступительная беседа о персонаже;
- Разминка - побыть таким же как персонаж: мимическая, телесная, голосовая, дыхательная, глазная;
- Конкурс на «самого страшного персонажа», поиграть с ним;
- Беседа о полезных свойствах персонажа.

Эффективные способы реализации творческих индивидуальных качеств личности:

1. Формирование чувства «Мы»;
 2. обязательное установление личностного контакта с детьми;
- демонстрация собственной расположенности;
4. показ ярких целей совместной деятельности;
 5. постоянное проявление интереса к детям.

Варианты работы со сказкой в социально-культурной деятельности:

- праздники;
- театрализованные представления;
- конкурсы;
- шоу;
- литературно-художественные мероприятия;
- выставки рисунков по сказочным сюжетам;
- карнавал персонажей; и т.д.

Приложение 10.7

Танцетерапия

Танцевально-двигательная терапия - социально-культурная технология реабилитации, ставящая своей целью создание и разрешение контролируемых кризисов в безопасной среде на основе видов танцевального искусства для обучения детей, не способным адаптироваться к травмирующим жизненным обстоятельствам.

1.	вид деятельности	изучивание и исполнение движений, участие в танцевальной программе
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая, массовая
3.	реабилитационная направленность мышления	Развитие опорно-двигательного аппарата и мышечной системы, пластики, формирование коммуникативной сферы, коррекция психоэмоциональной сферы. Развитие эстетического вкуса, овладение этикетом

4.	преобладающие методы	Тренинг, диалог, показ, повтор
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	Художественно-творческий, обучающе-развивающий. Активность, эмоциональность, соотнесение внимания музыкой
7.	режим, условия	Время проведения - по расписанию занятий, самочувствию. Периодичность - по самочувствию, медицинским рекомендациям. Продолжительность - по психовозрастной устойчивости, желанию. Место проведения - закрытое помещение или открытая площадка
8.	используемый инвентарь	Музыкальные инструменты, музыкальная аппаратура, светотехника, костюмы
9.	элементы инноваций	Интегративное сочетание с другими видами искусства, профориентация
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения: образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические. Социальные формирования: семья, неформальные объединения, временные краткосрочные группы
11.	возрастные границы	Для всех возрастных групп (с соответствующим подбором музыкального материала)
12.	характер нарушений	Для всех видов нарушений

Реабилитационные эффекты:

1. Преодоление гиподинамии;
2. Развитие опорно-двигательного аппарата;
3. повышение интеллектуального и эстетического уровня;
4. Формирование устойчивых социально-психологических и ментальных ориентации.

Цели танцтерапии:

- Расширение сознания собственного тела и его возможностей;
- Повышение самооценки путем развития образа тела («Я-концепции»);
- Освоение социальных навыков;
- Соотнесение чувств и движений.

Приложение 10.8

Терапия театральным искусством

Терапия театральным искусством - социально-культурная реабилитационная технология, способствующая творческому развитию, социальной активизации, приобретению коммуникативных навыков, психологическому балансу, апробации социальных ролей с помощью драматизации, импровизации.

1.	вид деятельности	Участие в спектаклях, представлениях, разучивание роли, речевые упражнения
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая, массовая
3.	реабилитационная направленность мышления	Развитие психоэмоциональной сферы, развитие пластики, управление двигательными функциями, освоение несвойственных социальных ролей, развитие памяти, речи, восприятия, коммуникативных навыков, профориентация
4.	преобладающие методы	Тренинг, диалог, повтор, иллюстративность, информативность, игра, показ, рассказ
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	Активность, эмоциональность, творчество,

		познание, обучение, развитие
7.	режим, условия	Время проведения по индивидуальному самочувствию, графику занятий. Периодичность - по расписанию занятий. Продолжительность - по психовозрастной устойчивости. Место проведения - сцена, класс, сценическая площадка, в семье
8.	используемый инвентарь	Костюмы, куклы, декорации, реквизит, музыка-, свето-, видеоаппаратура
9.	элементы инноваций	Компьютерные технологии, проективность, формирование новых представлений о мире, сочетание с другими видами деятельности, применение в труде и на досуге
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения: образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические. Организации: государственные, общественные. Социальные формирования: семья, неформальные объединения, временные краткосрочные группы
11.	возрастные границы	С 3-х лет
12.	характер нарушений	Для всех видов нарушений

Приложение 10.9

Туротерапия

Туротерапия - реабилитационная технология социально-культурной деятельности, в основу которой положены туристические виды.

1.	вид деятельности	Путешествия, экскурсии, походы, выезды, общение
2.	форма деятельности	Индивидуальная, групповая
3.	реабилитационная направленность мышления	Развитие физических возможностей, отвлечение от личных проблем, выработка позитивной установки, тренинг эмоциональной сферы, культуротворчество
4.	преобладающие методы	Информативность, тренинг, пример, поощрение, убеждение
5.	уровень применения	Универсальный, предметный, локальный
6.	характер деятельности	Активный
7.	режим, условия	Время проведения - произвольное. Периодичность - по желанию и самочувствию. Продолжительность - по психо-возрастной устойчивости, желанию. Место - по маршруту
8.	используемый инвентарь	Необходимое туристское обмундирование и оснащение
9.	элементы инноваций	Соотнесение с другими видами социально-культурной деятельности, проективность
10.	базовый ресурсодержатель	Учреждения: образования, социальной защиты, культурно-досуговые, социально-педагогические. Организации: государственные, общественные. Социальные формирования: семья, неформальные объединения
11.	возрастные границы	Для всех возрастных групп (начиная с 5 лет)
12.	характер нарушений	Для всех типов нарушений

Туризм классифицируется:

- по цели - оздоровительный, познавательный, спортивный;
- по основному занятию - поход, путешествие на транспорте;
- по способу передвижения - пешеходный, водный, лыжный, с наличием животных, железнодорожный, автобусный, автомобильный;
- по сезонности - летний, зимний, межсезонный;
- по составу туристов - молодежный, семейный, детский, инвалидный;
- по продолжительности - туризм выходного дня или отпускного периода;
- по характеру нагрузок - пассивный, активный.

Основными функциями туризма с социальной точки зрения являются: воспроизводящая, компенсаторная, восстановительная, реабилитационная. Многофакторное терапевтическое воздействие туризма способствует переключению мышления на оздоровительное, когда ситуация не кажется безысходной, и человек находит решение проблем. Рассматривать туризм как средство реабилитации позволяют следующие факторы:

- туризм - двигательная активность, которая компенсирует ограниченность движений;
- туризм создает сферу полноценного общения, возможность установления социальных контактов, апробации социальных ролей, получения поддержки, интеграции в общество;
- туризм предоставляет возможность осваивать эколого-культурные виды деятельности: эстетика природы, архитектуры, памятников материальной культуры, которые способствуют балансированию эмоциональных переживаний.

Правила эффективного использования технологий туризма в социально-культурной реабилитации инвалидов:

- вид туризма подбирается в зависимости от физических нарушений и в соответствии с индивидуальной программой реабилитации, учитывая персональный интерес, желание, место проживания, ожидаемые реабилитационные результаты;
- обеспечение безопасности для туристов и их окружения;
- наличие некоторой физической подготовки, психологической переносимости трудностей;
- планируемые нагрузки должны быть адекватны состоянию здоровья.

Подготовка туристов подразделяется на физическую, техническую, тактическую, психологическую и специальную (связанную с выполнением прикладных задач - сбора материалов, решения реабилитационных задач, подготовки волонтеров и др.). Выбор маршрута и его продолжительность зависят от цели путешествия, ресурса свободного времени. Выбирается район, пункты следования, составляется график движения по дням с постепенным увеличением нагрузки.

Понятийный аппарат

Лечебная педагогика. Термин «специальная педагогика» предполагает специфическое различие разных типов нарушений развития детей и педагогических подходов к ним. В специальном образовании употребляют следующие терминологические понятия: специальная педагогика, лечебная педагогика, реабилитационная педагогика, дефектология, коррекционная педагогика.

В рамках лечебной педагогики обучающимся с ОВЗ оказывается коррекционная помощь через проведение занятий с дефектологом и логопедом.

Возникший в начале двадцатого столетия в Германии термин «лечебная педагогика», применялся для лечения нарушений вплоть до «излечения души» (в учении Рудольфа Штайнера, 1861-1925гг.) аномальных детей с проблемами в развитии и поведении.

В дефектологическом словаре (1970г.) «лечебная педагогика» определяется как «система лечебно-педагогических мероприятий, направленных на координацию дефекта и развитие аномальных детей, находящихся в условиях лечебных учреждений».

Начиная с 1939г. в 15 странах были созданы частные Кемпхилльские школы Рудольфа Штайнера с целью обучения, воспитания, помощи и поддержки детей и подростков, нуждающихся в особых условиях. Для этих школ с целью подготовки специалистов на факультете лечебной педагогики (Великобритания, 1981г.) разработаны трехлетние курсы, включающие лекции, семинары, консультации, конференции и практикумы, где студенты должны продемонстрировать свой опыт работы с детьми в качестве «домашнего родителя», учителя и помощника терапевта. Теоретические разделы курса: изучение человека, психологические аспекты, педагогика, медицина, диагностика, методы лечебной педагогики.

Специальный педагог в области лечебной педагогики должен уметь диагностировать каждого ребенка и строить свои отношения в зависимости от его конкретного заболевания. Известный педагог В. А. Сухомлинский писал: «В научных трудах медиков я встретил понятия «медицинская педагогика», наиболее точно выражающее сущность воспитания детей, у которых болезненное состояние психики накладывает отпечаток на поведение». Отметим, что «медицинская педагогика» и «лечебная педагогика» являются одним понятием при переводе «medical pedagogy».

Реабилитация (адаптация) детей. Эффективность реабилитации детей в значительной степени зависит от психологического воздействия на больного ребенка, правильного воспитания и формирования его личности. При составлении плана реабилитационных мероприятий следует учитывать прогноз заболевания, возможные осложнения и меры их предупреждения. При реабилитации детей-инвалидов первостепенная роль принадлежит раннему привитию трудовых навыков и правильной профориентации подростков-инвалидов.

Трудовое устройство рациональное – трудовое устройство на рабочее место, потенциально пригодное для инвалида по состоянию его здоровья, соответствующее мотивам личности, профессиональной подготовке в общественно необходимой профессии.

Реабилитация социальная - комплекс педагогических, технических, организационных мероприятий по восстановлению утраченных навыков самообслуживания в быту и обществе. Она включает в себя:

- социально - средовую реабилитацию;
- социально-педагогическую реабилитацию - меры коррекционного обучения и воспитания, направленные на усвоение инвалидом определенной системы знаний, норм и ценностей, позволяющих ему успешно функционировать в качестве полноправного члена общества;
- социально-психологическую реабилитацию - психотерапию, психологическую коррекцию, психологическое консультирование и т.д.;
- социокультурную реабилитацию - информирование и консультирование по вопросам социокультурной реабилитации, оказание содействия во взаимодействии с учреждениями культуры, о показанных к занятиям видах искусства;
- социально-бытовую адаптацию - адаптационное обучение для осуществления бытовой и общественной деятельности (обучение навыкам персонального ухода, технике и методическим приемам самообслуживания, обучение пользованию техническими средствами реабилитации, обучение передвижению, организации быта и т.д.);
- физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт - реабилитация средствами физической культуры и спорта (информирование и консультирование по вопросам физической культуры и спорта, обучение навыкам занятий физкультурой и спортом, оказание содействия во взаимодействии со спортивными организациями, рекомендации о показанных к занятиям видах физической культуры и спорта).

Реабилитация профессиональная (производственная) - комплекс организационно-технических и педагогических мероприятий для восстановления или привития трудовых, профессиональных навыков.

Она включает:

- рекомендации о противопоказаниях и доступных условиях и видах труда;
- профессиональную ориентацию – систему мер, направленных на оказание помощи человеку, в том числе инвалиду, в правильном выборе и условий трудовой деятельности, т.е. в профессиональном самоопределении;
- профессиональное обучение (переобучение) – предполагает запись о конкретной профессии (специальности), рекомендуемой к приобретению, уровне профессионального обучения (начальное, среднее, высшее, послевузовское, дополнительная профессиональная подготовка (переподготовка) и форме обучения (очная, заочная, вечерняя, интернатная, надомная);
- содействие в трудоустройстве - предполагает запись о конкретных мерах, реализуемых в целях содействия трудоустройству в соответствии с рекомендуемыми условиями труда (подбор подходящего рабочего места, в том числе на квотируемое рабочее место, организация трудоустройства по специальным программам содействия трудоустройству, включая содействие самозанятости);
- производственная адаптация - процесс приспособления инвалидов к наиболее адекватному и оптимальному выполнению социальных функций, связанных с трудовой деятельностью, а также адаптация рабочего места к потребностям инвалида.

Программа профессиональной реабилитации.

В программе профессиональной реабилитации ребенка-инвалида выделены следующие подразделы:

- получение дошкольного воспитания и обучения с указанием типа дошкольного образовательного учреждения;
- получение общего образования с указанием типа дошкольного образовательного учреждения;
- условия получения общего образования
- режим занятий;
- получение профессионального образования с указанием рекомендуемой профессии, специальности, типа образовательного учреждения для получения профессионального образования, формы получения профессионального образования;

- рекомендации о противопоказанных и доступных условиях и видах труда;
- проведение психолого-педагогической коррекции с указанием ее вида (коррекция несформированных высших психических функций, эмоционально - волевых нарушений и поведенческих реакций, речевых недостатков, взаимоотношений в семье, детском коллективе, с учителями; формирование мотивации к обучению, социально-бытовых навыков и других навыков).

Реабилитация правовая. Реабилитация вообще характеризуется как сложное социально-правовое явление, которое представляет собой юридически закрепленный комплекс различных мер, направленных на восстановление утраченных возможностей и способностей человека, обеспечивающих его полноценное существование в обществе. Правовая реабилитация является особой разновидностью социальной реабилитации наряду с такими ее видами, как медицинская, профессиональная, политическая и др.

Ресоциализация – 1. Социальная реабилитация применительно к душевнобольным. Выделяют следующие этапы ресоциализации: восстановительная терапия, направленная на предупреждение дефекта;

реадаптация – приспособление больного к условиям среды (высокий или низкий уровень приспособления);

реабилитация – восстановление социальных связей больного, его индивидуальной и общественной ценности.

2. Процесс повторной социализации инвалидов, осуществляемый при условии, что знания и навыки, приобретенные ранее в ходе социализации, не способствуют социальной адаптации или обуславливают социально неприемлемое поведение.

Ресоциализация подразумевает деконструкцию ранее сложившихся стереотипов поведения и замену их новыми, более функциональными и социально приемлемыми.

3. Восстановление утраченной по какой-либо причине (тяжелое заболевание, длительное тюремное заключение) способности адекватно выполнять те или иные социальные роли.

Хореотерапия (choreotherapy, danceandmovementtherapy). Использование танца, пластики и ритмики в лечебных и профилактических целях. Развитие современной Хореотерапией с 30-х гг. связывается с именем М.Чейз (Chase M.), автора соответствующей главы в книге Я.Л. Морено (Moreno J.L.), посвященной групповой терапии. Хореотерапия может выделяться в качестве одного из направлений арт-терапии, составного элемента активной музыкотерапии Т. Менегетти (Meneghetti T.) и др.) или как одна из форм терапии физической активностью С. Славсон (Slavson S.R.), М. Шиффер (Schiffer M.).

Список литературы

1. Бутенко И.А. Анкетный опрос как общение социолога с респондентами./ - М.; Высшая школа, 2005.-186с
2. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. – Учебное пособие, / Армавир: Владос, 2003.
3. Выготский Л.С. Основы дефектологии. — СПб.: Лань, 2003. - 654 с.
5. Жичкина А.Е. О возможности психологических исследований в сети Интернет. // Психологический журнал. - №6 - 2000.
6. Жмакина С.П., Зобкало О.М. Актуальные вопросы дистанционного обучения. // Дистанционное и виртуальное обучение. - №3 - 2010.
7. Иванов Г.Г. Современные концепции профессиональной реабилитации инвалидов. Опыт работы профессионально-реабилитационного центра. // Социальная работа. Вестник Нижневартковского государственного университета . - № 2 – 2012.
8. Казакова Л.А. Нетрадиционные воспитательные технологии для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Методические рекомендации. - Ульяновск, 2008. - 38 с.
9. Лукьянова М.И., Калинина Н.В. Психолого-педагогические показатели деятельности школы: критерии и диагностика. Теория и практика. - М.: ТЦ «Сфера», 2004.
10. Пряжников Е.Ю. Психолого-медико-социальное сопровождение профориентации для лиц с ОВЗ в системе высшего профессионального образования в России.
11. Психотерапевтическая энциклопедия. — С.- Пб.: Питер. Б. Д. Карвасарский. 2000.
12. Л.А. Саркисян, Т.Х. Латышева, Э.К. Белозеров, Н.А. Государев, Н.А. Корягин, Е.Е. Олесов, В.В. Чураков, Лечебная педагогика. // Московский институт-интернат для инвалидов с нарушением опорно-двигательной системы, 2000.
13. Соловьева О.А. Социально-психологические факторы интеграции инвалидов в обществе// Современные проблемы психологии в России: социокультурный аспект. / Материалы итогового научно-практического семинара. / Под ред. В.К. Потемкина. - СПб.: Изд-во СПбГУЭФ, 2001.
14. Соловьева О.А. Профессиональная реабилитация инвалидов в решении социальных проблем занятости. С-Пб: «Санкт-Петербургский государственный университет экономики и финансов».-, 2003.- 24 с.
15. Степанова О.А. Комплексная реабилитация лиц с ограниченными возможностями здоровья в учреждениях среднего профессионального образования. – М.: Приложение «Инновации в профессиональной школе» к журналу «Профессиональное образование. Столица» №08 – 2012. – 56 с.
16. Храпылина Л.П. Реабилитация инвалидов. — М.: Экзамен, 2006. — 415 с.
17. Шишов Е.Е. Школа: мониторинг качества образования. М.: Педагогическое общество России, 2000.
18. Актуальные проблемы лечебной педагогике А.А. Дубовский, Л.П. Лаптева.// «Образование и общество» научный информационно-аналитический журнал, 2006.
19. Интегрированное профессиональное образование инвалидов по слуху в МГТУ им. Н.Э.Баумана. - М.: Изд-во МГТУ, 2000.
20. Комплексное сопровождение профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья: цели и варианты институционализации. // Современные исследования социальных проблем (электронный научный журнал), №2 (10), 2012.

21. Организация учебно-воспитательного процесса и психолого-педагогического сопровождения учащихся с ограниченными возможностями здоровья в профессиональном образовании В.Г. Гончарова, О.А. Автушко <http://sibsedu.kspu.ru>
22. Методика работы с молодыми инвалидами по профориентации и планированию карьеры при переходе от школы к трудовой жизни./ Методические рекомендации.– М.: Министерство труда и социального развития Российской Федерации.
23. Образование лиц с ограниченными возможностями в контексте программы ЮНЕСКО «Образование для всех»: опыт России: аналитический обзор / Андреева Л.В., Бойков Д.И., Войлокова Е.Ф., Елизарова Ю.Г., Кантор В.З., Кудрина С.В., Лопатина Л.В., Матвеева Л.В., Нефедова Ю.В., Никулина Г.В., Пенин Г.Н., 2007.
24. Психологические основы: учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — 368 с.
25. Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/10164504/3/#ixzz3KIf0GEEJ>
26. Система профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов. Черепкова Н.В., Гурина А.А.
27. Словарь по комплексной реабилитации инвалидов: учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / В. А. Бронников, Т. В. Зозуля, Ю. И. Кравцов, М. С. Надымова; под науч. ред. В. А. Бронникова; Перм. гос. ун-т. – Пермь, 2010. – 530 с.
<http://window.edu.ru/resource/405/73405/files/>
28. Современные концепции профессиональной реабилитации инвалидов. Опыт работы профессионально-реабилитационного центра в Санкт-Петербурге Г.Г.Иванов социальная работа./ Вестник Нижневартговского государственного университета. № 2, - 2012.
29. Социокультурная реабилитация студентов с ограниченными возможностями здоровья в условиях учреждений высшего профессионального образования / О.Н. Веричева, г. Кострома Костромской государственнй университет им. Н. А. Некрасова.
30. Эстетотерапия и артпластика в технологиях образовательного развития человека с инвалидностью Дмитриев С.В., Сингосина Т.Б., Фомичева Е.Н., Сарапкин А.Е. Журнал: Физическое воспитание студентов №6, - 2008.