

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Теория и практика
социальной работы»

Направление подготовки 39.04.02 «Социальная работа»
Магистерская программа «История, методология и теория социальной
работы»

Форма обучения: очная

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему

**«Образовательно-коррекционные модели в социальной адаптации
детей-инвалидов: теоретико-методологический анализ»**

Студент	_____	<u>Козлова Анастасия Анатольевна</u>
Руководитель	_____	<u>Лавренова Т.И.</u>
Нормоконтролер	_____	<u>Лавренова Т.И.</u>
Рецензент	_____	<u>Симагина Е.В.</u>

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от _____ № __)

Заведующий кафедрой _____ Лавренова Т.И.

Работа защищена с отметкой (протокол заседания ГЭК от _____ № __)

Секретарь ГЭК _____ Нестеренко О.Ю.

Пенза, 2021

Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Теоретико-методологические основы изучения адаптации детей-инвалидов.....	7
1.1. Теоретические основы исследования социальной адаптации детей-инвалидов.....	7
1.2. Нормативно-правовое обеспечение специального и инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья.....	21
Глава 2. Теоретические основы психолого-педагогического сопровождения социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья.....	32
2.1. Интеграционная модель сопровождения социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях.....	32
2.2. Модели организации профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	43
Заключение.....	53
Список литературы.....	57

Введение

Проблема социальной адаптации детей с ограниченными возможностями, к условиям жизни в обществе, является одной из важнейших и острых проблем современности. За последние несколько лет этот вопрос приобретает еще большую значимость в связи с изменениями в подходах к работе с детьми, которые являются инвалидами. Несмотря на это, процесс адаптации этой категории детей к жизнедеятельности в обществе остается практически неизученным, а именно он определяет эффективность тех коррекционных мероприятий, которые предпринимают специалисты, работающие с инвалидами.

Анализ литературы по данной теме позволяет утверждать, что проблема адаптации инвалидов носит актуальный характер и является объектом изучения различных наук – социологии, психологии, медицины и педагогики.

Основы изучения социальной адаптации заложили такие ученые, как Г. Спенсер, Э. Дюркгейм, М. Вебер, Дж.Г. Мид, Р. Мертон, Т.Парсонс, Т. Шибутани, Н.К. Михайловский и С.Н. Южаков. Исследованию общетеоретических проблем социальной адаптации посвящены работы В.Г. Березина, Л.И. Божовича, А.А. Налчаджяна, А.В. Петровского, Ж. Пиаже, Н.А. Ощурковой, Я. Щепанского [21]. Социальная адаптация в целом изучалась как процесс достижения баланса между личностью и обществом путем приспособления индивида к определенным условиям, нормам, ценностям социальной среды.

В работах И.В. Рыженко, Н.В. Туленковой, Л.П. Храпылиной, А.С. Пугачевой, Л.С. Выготского, Л.М. Шипицыной, Кейс ванн Рейсвейка, Н.А. Голикова и ряда других большое внимание уделено исследованию факторов социальной адаптации [21]. Учеными были рассмотрены такие факторы адаптации как семья, реабилитация, государственная социальная политика и образование.

С одной стороны, рассматривается вопрос о приспособленности окружающей среды для нужд инвалидов, возможности их существовать наряду со «здоровыми» детьми. С другой стороны, обсуждается проблема помещения инвалидов в специализированные учреждения, профилактика психологических нарушений, являющихся результатом изолированности инвалидов от внешнего мира. Отсюда возникает ряд противоречий между:

- объективной потребностью инвалидов в адаптации к новым условиям жизнедеятельности в стационарных учреждениях и сохранением связи с обществом, а также активное участие во всех социальных сферах;
- необходимостью вовлечения в процесс адаптации специалиста социальной работы и неразработанностью содержания его деятельности.

По данным Министерства образования, в 2004 – 2005 годах на территории Российской Федерации находилось 1947 специализированных учебных коррекционных заведений для детей с проблемами развития. По данным того же Министерства образования, к началу 2016 – 2017 учебного года их осталось уже 1764, а к 2019 – 2020 году 1664. Количество специальных коррекционных учебных заведений уменьшилось [3].

В настоящее время происходит повсеместная ликвидация и «реорганизация» специализированных коррекционных учебных заведений, что вызывает крайне неоднозначную реакцию особенно со стороны специалистов. Любая физиологическая, анатомическая или функциональная патология обуславливает специфику приемов и методов ее «исправления». Не случайно, в рамках школьного коррекционного образования существуют различные образовательные программы, рассчитанные на особенности познавательной и учебной деятельности детей, имеющих разные возможности обучения.

Главное, что объединяет коррекционные школы – это значительный реабилитационный потенциал, основанный не только на специфическом, дефектологическом подходе к образовательному и воспитательному процессу, но и на значительном опыте работы с той или иной патологией.

Этот опыт накапливается и обобщается целой группой наук, обеспечивающих коррекционно-педагогический процесс: дефектологией, специальной психологией, педиатрией и др. Кроме того, немаловажным для ребенка с отклонениями в развитии является установленный в коррекционных школах особый, щадящий режим – уменьшенная продолжительность занятий, сокращенное количество учеников, особым образом организованный режим труда-отдыха, усиленное питание и т.д.

В соответствии с идеей «социальной полезности» выпускник коррекционно-образовательного учреждения после получения образования должен быть интегрирован в общество, что предполагает способность к самостоятельной жизни, к продуктивной деятельности и взаимодействию с окружающими людьми [11]. При этом интеграция инвалидов рассматривается не как самоцель, а прежде всего как возможность, способ создания наиболее благоприятных условий для удовлетворения потребностей человека с ограниченными возможностями при условии, что общество должно сделать все возможное для повышения социальной активности таких людей, включения их в широкие социокультурные отношения.

В настоящее время интеграция в общество лиц с ограниченными возможностями означает процесс и результат предоставления ему прав и реальных возможностей участвовать во всех видах и формах социальной жизни наравне и вместе с остальными членами общества в условиях, компенсирующих ему отклонения в развитии и ограничения возможностей. В последние годы интеграция рассматривается также как центральное структурное понятие, задающее на современном этапе тенденцию развития теории и практики специализированного образования – как процесс, средство и результат сопровождения детей и взрослых с ограниченными возможностями, в том числе и с глубокими нарушениями зрения, в их социализации и самореализации.

Ярская-Смирнова Е.Р. рассматривает интеграцию, как стратегическое направление реформирования национальных систем специального

образования [19]. Путям взаимодействия общего и специального образования с целью интеграции личности посвящены труды Бажноковой И.М. о социальной интеграции инвалидов в современной России [8].

Объект исследования – социальная адаптация детей-инвалидов.

Предмет исследования – образовательно-коррекционные модели социальной адаптации детей-инвалидов.

Цель исследования – выявить специфику образовательно-коррекционных моделей социальной адаптации детей-инвалидов.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Проанализировать теоретические основы исследования социальной адаптации детей – инвалидов;
2. Изучить нормативно – правовое обеспечение специального и инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья;
3. Рассмотреть модели сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях;
4. Исследовать модели организации профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Гипотеза исследования: в рамках теоретико-методологического знания еще не сформировалось полное понимание образовательно-коррекционных моделей социальной адаптации детей-инвалидов.

Теоретико-методологическую основу диссертации составили работы отечественных и зарубежных ученых по проблемам социальной адаптации и особенностей адаптации человека с ограниченными возможностями. Методологической основой является средовой, структурно – функциональный, деятельностный и исторический подход.

Глава 1. Теоретико-методологические основы изучения адаптации детей-инвалидов

1.1. Теоретические основы исследования социальной адаптации детей-инвалидов

В социальной адаптации невозможно отделить психологический аспект от социального, поскольку адаптация является комплексным феноменом, даже несмотря на то, что социально-психологическая адаптация рассматривается как один из видов социальной адаптации. В основе выделения различных видов социальной адаптации лежит дифференциация объектов (сред) адаптации. В реальной жизни различные виды адаптации невозможно изолировать друг от друга, они тесно связаны друг с другом.

Значительный вклад в изучение этого феномена внесли социальные педагоги и социальные психологи.

В.Г. Березин считает, что адаптация - процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности [21]. Этот процесс позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели (при сохранении психического и физического здоровья), обеспечивает в то же время соответствие психической деятельности человека, его поведения требованиям среды. В своих научных трудах В.Г. Березин выделяет следующие уровни адаптации:

- индивидуально-психологический уровень, включающий в себя личностные и типологические особенности человека, его актуальные состояния (мотивация, способности, уровень развития самосознания, самоконтроль, самооценка, саморегуляция, темперамент, особенности эмоциональной и интеллектуальной сферы и т.д.). На этом уровне осуществляется поддержание психического равновесия, сохранение психического здоровья;

– социально-психологический уровень, включающий в себя особенности микросоциального взаимодействия. На этом уровне осуществляется формирование адекватного межличностного взаимодействия, учет экспектаций окружения, достижение социально-значимых целей.

Автор выделяет следующие основные типы адаптационного процесса: первый тип, характеризующийся активным воздействием на социальную среду, и второй тип, характеризующийся пассивным приспособлением (конформистским принятием целей и ориентацией группы). Эти типы адаптационного процесса формируются в зависимости от структуры потребностей и мотивов индивида и выявляются в процессе группового и межличностного взаимодействия [21].

Л.И. Божович указывает на зависимость характера адаптации от стадии онтогенеза. На ранних этапах психические особенности и качества возникают путем приспособления индивида к требованиям окружающей среды. Возникнув, таким образом, они затем приобретают самостоятельное значение и в порядке обратного влияния начинают определять последующее развитие человека. На основе сформировавшихся ранее качеств личности индивид особым образом преломляет воздействие среды и (сознательно или несознательно) занимает по отношению к ней определенную внутреннюю позицию [21].

А.В. Петровский выделяет три фазы развития личности при вхождении ее в относительно стабильную социальную сферу. Первая фаза – адаптация – человек осваивает действующие в группе нормы, усваивает приемы и средства деятельности, которыми владеют все члены группы. Вторая фаза – индивидуализация – порождается обостряющимися противоречиями между результатами первой фазы «быть как все» и стремлением к максимальной персонализации, когда индивид вынужден искать способы для достижения своей цели. Третья фаза - интеграция - характеризуется как результат разрешения противоречия между стремлением субъекта и его способностью

быть идеально представленным в других, а также потребностью группы принять его индивидуальные качества, соответствующие групповым ценностям [21].

Согласно концепции Ж. Пиаже, адаптация рассматривается как единство противоположно направленных процессов: аккомодации и ассимиляции. Первый из них (обозначенный термином «адаптация» в более узком смысле) обеспечивает модификацию функционирования организма или действий субъекта в соответствии со свойствами среды. Второй процесс изменяет те или иные компоненты этой среды, перерабатывая их согласно структуре организма или включая в схему поведения субъекта [24]. Указанные процессы тесно связаны между собой и опосредствуют друг друга. По словам Ж. Пиаже, «адаптация обеспечивает равновесие между действием организма на среду и обратным воздействием среды, или, что одно и то же, равновесие во взаимодействиях субъекта и объекта». В качестве причины и источника адаптации обычно понимается изменение объекта адаптации (природной или социальной среды), либо изменение субъекта адаптации, то есть человека.

Н.А. Ощуркова определяет адаптацию как активный процесс усвоения личностью социального опыта, овладения навыками общения; социальными ролями. Автор считает, что социальная адаптация, с одной стороны, является системным явлением конкретного уровня функционирования психики, с другой - подсистемой внутри явления и процесса адаптации индивида в целом[21].

Основы социологического изучения социальной адаптации были заложены зарубежными учеными. Впервые социологическая трактовка адаптации была отражена в трудах Г. Спенсера. Английский социолог основывал свою теорию на анализе двух процессов – интеграции и дифференциации. Естественным пределом этих эволюционных процессов оказывается состояние динамического равновесия. По мнению Г. Спенсера, каждое эволюционное изменение реализуется через установление нового

состояния равновесия[24]. Следовательно, адаптация – это и есть уравнивание между какой-то системой и внешними условиями.

Э. Дюркгейм рассматривал адаптацию с точки зрения анализа влияния социальных норм на поведение человека. Нормы обладают двумя важными признаками. Во-первых, они носят объективный характер (независимы от волеизъявления индивидов). Во-вторых, они наделены принудительной силой (способностью оказывать на личность давление посредством механизмов их интериоризации). То есть социальные регуляторы определяются не только принудительно, но и их «желательностью» для индивидов [24]. Следовательно, адаптация по Э. Дюркгейму, – это усвоение и реализация индивидом общих социальных норм, носящих двойной, в сущности амбивалентный принудительно-добровольный характер.

Немецкий социолог М. Вебер связывал учение об адаптации с такой характеристикой социального действия индивида, как рациональность. Согласно его теории, человек стремится осознать свои цели и соотнести их с рациональными средствами достижения поставленных целей. В этой связи адаптация выступает в качестве наиболее оптимального способа удовлетворения потребностей человека [24].

Американский социолог Дж.Г. Мид исследовал социальную адаптацию с позиции ролевой концепции личности. По его мнению, формирование установок и моделей поведения индивида зависит от установок и моделей поведения других членов его социальной группы, а сам процесс вхождения человека в социальную роль и является социальной адаптацией [24].

Основы изучения феномена социальной адаптации были также заложены в рамках структурно-функциональной парадигмы (Р. Мертон, Т. Парсонс).

Американский социолог Р. Мертон создал концепцию адаптации в связи с ролевым поведением индивида. Стремление достичь цели доступными ему средствами в сложной иерархии отношений между нормами, ценностями и институциональными порядками в обществе

заставляет индивида адаптироваться в нем. Ученый указывает на примерно равные возможности – индивидуально-центрической и социоцентрической форм адаптации. Критерии их дифференциации заключаются в том, насколько цели и средства, выбранные индивидом, подпадают под категорию одобряемых обществом целей и средств. Иначе говоря, адаптация, оправданная с точки зрения индивида, может расцениваться патологической с позиции общества. Р. Мертон указал на то, что для раскрытия природы адаптации, помимо анализа норм, целей и ценностей, необходим особый анализ – возможности их реализации. Также Р. Мертон разработал модель социальной адаптации личности к культурным нормам общества. Критериями для этой модели выступили: отношение личности к ценностям и социальным целям, транслируемым обществом; способы достижения личностью ценностей и целей общества.

Американский социолог Т. Парсонс под социальной адаптацией понимал «равновесие между потребностями, интересами и ценностями индивида и окружающей его социальной среды». Рассматривая личность, как социальную систему, которая должна удовлетворять определенные физические потребности своих членов так, чтобы они могли выжить. Она должна располагать также определенными средствами распределения материальных ресурсов. Далее любая система должна выработать какой-то процесс социализации людей с тем, чтобы они развили либо субъективные мотивации подчинения конкретным нормам, либо некую общую потребность подчинения нормам. Т. Парсонс, таким образом, высветил два уровня адаптации – адаптация к среде и самоадаптацию личности (процесс принятия себя, осознание своей социальной роли) [24].

По мнению американского социолога-интеракциониста Т. Шибутани, адаптация – это «совокупность приспособительных реакций, в основе которых лежит активное освоение среды, ее изменение и создание необходимых условий для успешной деятельности». Эти реакции происходят на всех уровнях – от индивидуального и группового до межгруппового,

затрагивая как сознательное (творческое), так и бессознательное (в том числе и патологическое), что подразумевает активное участие человека в освоении окружающей среды [24].

Бихевиористы Л. Шаффер, Э. Шобен описывали социальную адаптацию через схему «стимул – реакция». В рамках их концепции под адаптацией понимается единичный поведенческий акт, при котором воздействие среды всегда выступает в качестве преграды, препятствующей индивиду в осуществлении его целей. Человек успешно адаптируется, если он проходит через все преграды для достижения желаемого, а в противном случае он является дезадаптантом [15].

В отечественной социологической науке данный феномен рассматривается с точки зрения приспособления. Приспособление – это изменение индивида, направленное на достижение равновесия между ним и окружающими условиями. Наибольшее внимание данной проблеме было уделено Н.К. Михайловским и С.Н. Южаковым [15]. В научной литературе учеными выделено два типа приспособившихся людей: пассивный и активный. Результатом пассивного приспособления является приспособление к исторически данной общественной среде, результатом активного приспособления – приспособление среды. Так, например Л.А. Гордон считал, что адаптация заключается не столько в принятии отдельных элементов, сколько в социальном психологическом освоении меняющегося типа целостной системы общественных отношений (адаптация к новому строю), а также в социальной и психологической способности пережить чрезвычайную ситуацию перехода от одних общественных порядков к другим (адаптация к переходному кризису). По мнению Н.А. Свиридова, адаптация представляет объективно необходимый процесс вхождения индивида (группы) в новую социальную среду и ее освоения, такого их взаимодействия и взаимного приспособления, в результате которого создаются условия не только для осуществления личностью ее потребностей и жизненных целей, но и для прогрессивного изменения самой адаптирующей среды [15].

Анализируя сущность понятий адаптации, необходимо учитывать еще один важный процесс становления личности – социализацию. Большинство авторов признается факт связи и взаимовлияния между процессами адаптации и социализации. Воззрения ученых на сущность данных процессов можно разграничить по нескольким направлениям. Так, И.С. Кон и И.А. Милославова рассматривают адаптацию как элемент социализации, ее начальный этап. И.А. Милославова, давая характеристику социальной адаптации, пишет, что это один из механизмов социализации, позволяющий личности активно включаться в различные структурные элементы социальной среды путем стандартизации повторяющихся ситуаций, что дает возможность личности успешно функционировать в условиях динамичного социального окружения[15].

Другая группа авторов, среди которых Т. Шибутани, заявляют об отсутствии принципиальных различий между процессом адаптации и процессом социализации, подразумевая при этом, что в основе данных явлений лежит процесс накопления индивидом разнообразных навыков [15].

В научных исследованиях по проблеме «социальная адаптация» соотносится также и с понятием «интеграция». По мнению И.П. Волковой социальная адаптация как приспособление людей к жизни в обществе, к отношениям с другими людьми и с самим собой выступает неотъемлемой составляющей, внутренним условием социальной интеграции, то есть, включения в социальные связи и отношения на равных правах с другими членами общества[9]. Интеграция в общество предполагает наличие необходимого уровня социальной адаптированности личности. В свою очередь, включенность в общество способствует повышению адаптации к социальной среде. Однако в реальной жизнедеятельности процессы адаптации и интеграции могут соотноситься различным образом: взаимно дополнять и усиливать друг друга либо вступать в противоречия.

Многие социологические школы определяют понятие «среды» по-разному. Например, У. Джемс анализирует среду как детерминанту

поведения личности. Среда как детерминанта поведения личности рассматривается также Э. Дюркгеймом, Т. Парсонсом и др. В работах Дж. Мида, Г. Блумера среда понимается как совокупность ожиданий взаимодействующих индивидов [21] .

В отечественной литературе среда характеризуется двояко: с одной стороны, как система объективных отношений, в которую включен индивид в процессе выполнения им конкретного вида деятельности, необходимого для функционирования общества в целом, «с другой - как система межличностных отношений, в которой он непосредственно ее реализует».

Исследование социальной адаптации связано также с выявлением степени адаптированности индивида. Существует два подхода к решению этой задачи: через выделение этапов этого процесса или посредством разработки критериев, отражающих результаты адаптации.

В русле первого подхода Я. Щепаньский выделяет четыре этапа адаптации личности в новой для нее социальной среде:

1. Начальный этап, когда индивид или группа осознают, как они должны вести себя в новой для них социальной среде, но еще не готовы признать и принять систему ценностей новой среды и стремятся придерживаться прежней системы ценностей;

2. Этап терпимости, когда индивид, группа и новая среда проявляют взаимную терпимость к системам ценностей и образцам поведения друг друга;

3. Аккомодация, т.е. признание и принятие индивидом основных элементов системы ценностей новой среды при одновременном признании некоторых ценностей индивида, группы новой социальной средой;

4. Ассимиляция, т.е. полное совпадение систем ценностей индивида, группы и среды[21].

Ко второму направлению относится подход Р. Мертон, который, взяв за основу отношение индивида к нормам и ценностям общества, описывает пять типов социальной адаптации:

○ конформный тип – личность разделяет ценности общества и стремится реализовать их легальными, т.е. одобряемыми в обществе способами;

○ инновационный тип – личность принимает ценности общества, но стремится реализовать их необычными, а возможно и неодобряемыми способами;

○ ритуализм (ретризм) – личность не признает цели и ценности общества, но соблюдает «правила игры», ведет себя в соответствии со сложившимися представлениями о допустимых средствах социальных достижений;

○ эскапизм – личность не признает цели и ценности общества и реализует уход от социальной реальности в экстравагантные миры, демонстрируя тип параллельного существования;

○ бунт – личность не признает ценностей и целей общества и своей социальной активностью способствует разрушению сложившегося социального уклада, демонстрируя девиантные формы поведения, активное противостояние обществу.

Все типы, за исключением конформного, прибегают в своей социальной активности к девиантным и/или делинквентным формам активности.

А.А. Налчаджян, исследовав процесс адаптации и адаптированность на уровне личностных механизмов, которые обеспечивают адаптацию личности к определенным социальным ситуациям, предложил общую классификацию разновидностей социально-психической адаптации личности:

- нормальная адаптация представляет адаптивный процесс личности, который приводит к ее устойчивой адаптированности в типичных проблемных ситуациях без патологических изменений ее структуры и, одновременно, без изменений норм той социальной группы, в которой протекает активность личности;

- девиантная адаптация характеризуется удовлетворением потребности личности в данной группе или социальной среде, в то время как ожидания остальных участников социального процесса не оправдываются таким поведением;

- патологическая адаптация представляет собой активность личности в социальных ситуациях, которая осуществляется с помощью патологических механизмов и форм поведения, приводящих к образованию патологических комплексов характера, входящая в состав невротических и психотических синдромов [23].

Понятие «социальная адаптация» отражает разнообразные стороны взаимодействия социальных систем с окружающей их средой. Иначе говоря, активность личности в процессе адаптации предполагает использование различных комбинаций деятельностных, поведенческих и информационно-психологических, частных адаптивных тактик, вся совокупность которых направлена на реализацию целей и задач адаптации индивида в конкретной среде – это то, что принято называть адаптационной стратегией личности.

Дети-инвалиды являются одной из самых проблемных, с точки зрения социальной адаптации, групп. Специфика социальной адаптации этой категории детей связана с наличием у них особого состояния – социальной недостаточности. Невозможность овладения теми видами деятельности, которые необходимы для включения в ту или иную социальную среду, невозможность овладения комплексом социальных ролей, норм и правил поведения, соответствующих возрасту ребенка и социально-культурным традициям общества – все эти обстоятельства порождают состояние социальной недостаточности, которое порождает ограниченность репертуара адаптационных стратегий и является одной из ведущих причин социальных затруднений ребенка-инвалида.

Таким образом, понятие социальная недостаточность включает в себя: ограниченные способности к самообслуживанию; ограничение физической независимости, мобильности, способности адекватно вести себя в обществе,

заниматься деятельностью, соответствующей возрасту, экономической самостоятельности, способности к профессиональной деятельности, к интеграции в общество [23].

Причем, как показывают исследования, возможность их адаптации находится в сильной зависимости от тяжести стажа инвалидности. Кроме этого, ученые выделяют, так называемый «синдром выученной беспомощности» - результат сложившегося в обществе представления и вытекающего из него отношения к инвалидам как к людям, неспособным к «нормальной» жизнедеятельности и нуждающихся в постоянной поддержке и опеке.

В силу указанных особенностей дети-инвалиды имеют меньший, по сравнению со здоровыми, адаптационный потенциал - совокупность способностей (физических, психических, интеллектуальных и пр.), соответствующих возрасту, что значительно ограничивает возможности детей-инвалидов в части активной адаптации. Поэтому социальная адаптация этой категории детей имеет свою специфику: важная роль в этом процессе принадлежит среде, ее характеристикам и активности. Это в большей степени, чем в ситуации со здоровыми, процесс, успешность которого зависит от целенаправленной, организованной, управляемой деятельности всех агентов социальной адаптации, под которыми мы понимаем элементы в каждой из сред адаптации (ближайшее взрослое окружение, дошкольные учреждения, школа и пр.), обладающие потенциалом и полномочиями для воздействия на ребенка.

Особенности детей-инвалидов как адаптантов нашли свое отражение в интерпретации Л.И. Акатовым адаптации детей-инвалидов в современном социуме как активного, организованного, целенаправленного процесса - как комплекса реабилитационных мероприятий медицинского, психологического, педагогического, социально-средового и социокультурного характера.

Этого подхода придерживается и Ф.С.Возжаева, которая под медицинской реабилитацией понимает комплекс мер, направленных на сохранение и укрепление здоровья, восстановление и развитие физиологических функций, нарушенных болезнью, на выявление и активизацию компенсаторных возможностей его организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для возвращения к активной самостоятельной жизни [16].

Психологическая реабилитация, по мнению автора, предполагает проведение комплекса психологических мероприятий, ориентированных на коррекцию или компенсацию детей-инвалидов. Возвращение к психическому здоровью предусматривает устранение нежелательных установок, неуверенности в своих силах, чувства тревоги и страха. Процесс психической реабилитации требует создания специальных условий, содействующих сохранению положительного эффекта лечения (досуг, общение, диспансеризация) [16].

Педагогическая же реабилитация включает в себя, в первую очередь, мероприятия воспитательного и обучающего характера в отношении несовершеннолетних инвалидов, направленные на то, чтобы больной ребенок овладел по возможности знаниями, умениями и навыками самоконтроля и осознанного поведения, самообслуживания, получил необходимый уровень общего или дополнительное школьное образование.

Важнейшая цель этой деятельности — это выработка у ребенка уверенности в собственных возможностях, создание установки на активную самостоятельную жизнь. В ее рамках осуществляется также профессиональная диагностика и профессиональная ориентация несовершеннолетнего инвалида, обучение его соответствующим трудовым навыкам и умениям [16].

По мнению И.В.Рыженко, Н.В. Туленковой, семья является важным фактором, влияющим на процесс социальной адаптации. Дети с ограниченными возможностями испытывают повышенную необходимость в

опоре на взрослых. Дальнейшая судьба таких детей в значительной степени зависит от позиции семьи.

Когда в семье появляется ребенок с ограниченными возможностями, она переживает два кризиса. Во-первых, рождения ребенка, само по себе, является кризисом в жизненном цикле семьи, ведет к переосмыслению социальных ролей и функций, нередко порождает семейные конфликты, ухудшает материальное положение семьи. А когда ребенок имеет признаки инвалидности, то этот кризис переживается с особой остротой. Это резко меняет социально-экономический статус семьи, нарушаются социальные связи. Крайне остро проявляются психологические проблемы. Установлено, что у подавляющего большинства родителей возникают пограничные нервно-психические расстройства, чувство вины, ощущение собственной неполноценности. Они начинают ощущать неловкость и стыд перед окружающими, сужают круг социальных контактов [26].

Успешность адаптационных мероприятий, практик, осуществляемых семьей в отношении ребенка, зависит от ее социокультурного потенциала, оптимальной реализации множества функций. Выделяют ряд специфических функций, реализуемых семьей по отношению к ребенку с проблемами в развитии. К традиционному блоку функций относится (воспитательная, хозяйственно- бытовая, экономическая, сфера первичного социального контроля, духовного общения, социально-статусная, досуговая, эмоциональная).

Главная задача семьи нетипичного ребенка – всячески препятствовать формированию у него представления о границах своих возможностей о том, что ему доступно и в каких пределах. В противном случае существует риск проявления у него нежелательных поведенческих реакций, дискомфорта, фрустрации, аномии.

Таким образом, особенность социальной адаптации детей-инвалидов связана с тем, что они ограничены в возможностях по сравнению со здоровыми, поэтому успешность их адаптации более зависит от

характеристик среды адаптации. В связи с этим становится актуальным исследование среды адаптации, выявление параметров, принципиально важных для эффективной социальной адаптации детей-инвалидов.

1.2. Нормативно-правовое обеспечение специального и инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья

По общему правилу, образовательные организации совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей-инвалидов, получение ими среднего общего образования, начального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Еще Л.С. Выготский указывал на необходимость создания такой системы обучения, в которой ребенок с ограниченными возможностями не исключался бы из общества детей с нормальным развитием [7].

Впоследствии, идея Л.С. Выготского реализовалась в практике работы школ Западной Европы и США. Каждая из этих стран пришла к интеграции своим путем. Например, принятие в США в 1975 году Закона об образовании (закона об интеграции) для всех аномальных детей стало итогом длительной борьбы демократических слоев общества против дискриминации граждан по различным основаниям.

Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья является объектом пристального внимания во всем мире. Каждое государство прошло свой путь эволюционного развития в этом вопросе – от позиции неприятия и изоляции данной категории детей как «угрозы всеобщей дегенерации» на позицию инклюзии.

На территории нашего государства признание таких детей первоначально осуществлялось при монастырях, школах, в приютах, воспитательных домах, богадельнях.

Впервые упоминания о благотворительности в отношении ребенка-инвалида относятся к IX – XIII векам. Однако она касалась в основном только некоторых отдельных детей из числа сирот и подкидышей.

Большинство слепых, глухонемых, слабоумных и искалеченных детей воспитывалось в семье, ее силами или бродило по свету, существуя на подаяния.

Лишь в XIX веке стали открываться специальные приюты, школы, больницы, училища для различных категорий детей-инвалидов (кроме душевнобольных и слабоумных, которые, преимущественно, содержались в домах для умалишенных, а так же в заведениях больничного типа).

Например, в нашей стране существовало несколько специальных заведений для детей с нарушениями слуха. Первая школа для них была организована в Вильно в 1823 г. К. Маклаховцом.

Надо заметить, что опыт обучения этой категории детей к тому времени уже был накоплен за рубежом, функционировали Варшавский, Берлинский, Лейпцигский и Парижский институты глухонемых и т.д.

Большую роль в оказании помощи слепым и слабослышащим детям играло Мариинское попечительство о слепых, функционировавшее с 1881 г. в России. Одним из первых его шагов стала перепись слепых в стране. В результате деятельности этого общества появилось несколько школ, приютов и училищ для слепых детей, были изданы книги с использованием системы Брайля. При обучении важное место отводилось профессиональному образованию.

Интересен опыт работы частного Минского училища для глухонемых и заикающихся еврейских детей (1888 г.), так как там впервые было применено обучение на двух языках (русский и еврейский). Большой вклад в оказание помощи глухонемым внесла деятельность Попечительства о глухонемых (1898 г.), в ходе которой было открыто несколько учебных заведений, выдавались пособия семьям, воспитывающим глухонемых детей, организовывались приюты для таких семей, а так же были созданы курсы для обучения специалистов по работе с этими детьми.

Итак, система оказания помощи детям-инвалидам не была создана до 1917г.; не была она создана и за время советской власти, когда помощь

ребенку со специфическими нуждами сводилась к его изоляции в специальной школе интернатного типа.

Помещение детей-инвалидов в учебно-воспитательные организации (интернаты) практически сводило к минимуму семейное влияние на этих детей, что, по мнению специалистов, не является оптимальным как для развития самих детей, их ближайшего окружения, так и общества в целом. Такая мера должна быть крайней, и использоваться в том случае, если ребенок остался без попечения родителей.

Признание безусловной ценности каждой человеческой личности для общества, необходимости обеспечения гарантий ее прав, в целом, и на образование, в частности, – являются концептуальной основой обновления правового поля России по этой проблеме.

Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в современной России опирается на многоуровневую нормативно-правовую базу, включающую: международные (подписанные СССР или Россией), федеральные, правительственные, ведомственные и региональные документы.

Международным сообществом под эгидой ООН и его специализированного агентства ЮНЕСКО на протяжении полувека с момента организации, активно разрабатывались и внедрялись нормативные акты, способствующие закреплению права лиц с ограниченными возможностями здоровья на образование, велся поиск инновационных подходов, способствующих расширению возможностей лиц с ОВЗ и инвалидов в получении образования.

К ним относятся: Всеобщая декларация прав человека (ООН, 1948 г.), Декларация прав ребенка (ООН, 1959 г.), Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования (ЮНЕСКО, 1960 г.), Международная конвенция о ликвидации всех форм расовой дискриминации (ООН, 1965 г.), Международный пакт о гражданских и политических правах (ООН, 1966 г.), Международный пакт об экономических, социальных и культурных правах

(ООН, 1966 г.), Декларация о правах умственно отсталых лиц (ООН, 1971 г.), Декларация о правах инвалидов (ООН, 1975 г.), Всемирная программа действий в отношении инвалидов (ООН, 1982 г.), Конвенция о правах ребенка (ООН, 1989 г.), Стандартные правила ООН по обеспечению равных возможностей для инвалидов (1993 г.), Конвенция о правах инвалидов и Факультативный протокол (ООН, 2006 г.).

Начало международному движению по обеспечению базового образования для всех детей, молодежи и взрослых положила Всемирная конференция «Образование для всех», проходившая в марте 1990 года в Джомтьене (Тайланд). Была принята Программа действий, отраженная в документе «Всемирная декларация об образовании для всех» и устанавливающая четкие направления действий и меры по достижению следующих целей Образования для всех (ОДВ), отраженных в:

- обеспечение всеобщего доступа к образованию для всех детей, молодежи и взрослых, а также содействие равенству в этой области;

- осуществление упреждающих действий по выявлению барьеров и препятствий, с которыми многие люди сталкиваются в получении доступа к образовательным возможностям;

- определение ресурсов, необходимых для преодоления таких препятствий [].

Данный документ системно изложил общее видение инклюзивности применительно к образовательному процессу.

Предпосылкой к внедрению инклюзивного образования в мире явилась прошедшая под эгидой ЮНЕСКО 7–10 июня 1994 в Испании (г. Саламанка) Всемирная конференция по образованию лиц с особыми потребностями: доступность и качество[1]. На конференции была принята декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями, названная Саламанской.

Согласно Саламанкской декларации о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми

потребностями, «лица, имеющие особые потребности в области образования, должны иметь доступ к обучению в обычных школах, которые должны создать им условия на основе педагогических методов, ориентированных в первую очередь на детей с целью удовлетворения этих потребностей» [1].

По мнению делегатов, представляющих 92 правительства и 25 международных организаций, «обычные школы с такой инклюзивной ориентацией являются наиболее эффективным средством борьбы с дискриминационными воззрениями, создания благоприятной атмосферы в общинах, построения инклюзивного общества и обеспечения образования для всех; более того, они обеспечивают реальное образование для большинства детей и повышают эффективность и в конечном счете рентабельность системы образования» [1].

В декларации провозглашен «принцип инклюзивного образования, заключающийся в том, что все дети поступают в обычные школы, если только не имеется серьезных причин, заставляющих поступать иначе» [1].

24 ноября 1995 года был принят Закон Российской Федерации «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ[2].

Статья 19 этого Закона поддерживает «получение инвалидами образования: общедоступного и бесплатного дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования и среднего профессионального образования, а также бесплатного высшего образования, и гарантирует создание инвалидам необходимых условий для его получения в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по реализации основных общеобразовательных программ, в которых созданы специальные условия для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья, а также в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам.

При невозможности обучения детей - инвалидов по основным общеобразовательным программам в организациях, осуществляющих

образовательную деятельность, органы, осуществляющие управление в сфере образования, с согласия родителей (законных представителей) детей-инвалидов обеспечивают организацию обучения детей-инвалидов по основным общеобразовательным программам на дому. Основанием для организации обучения детей-инвалидов на дому являются обращение в письменной форме их родителей (законных представителей) и заключение медицинской организации, выданное в порядке и на условиях, которые определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим выработку и реализацию государственной политики и нормативное правовое регулирование в сфере здравоохранения» [2].

Содержание данной статьи Закона № 181-ФЗ позволяет говорить о совместном существовании трех вариантов получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья – инклюзивного образования, специального (коррекционного) образования и на дому.

В настоящее время также встала задача проектирования особой образовательной среды развивающего типа для больных детей и детей-инвалидов, в которой происходит смена приоритета с дидактических компонентов на психологические. При этом базовый уровень «знаний – умений – навыков» превращается из цели обучения в средство актуализации познавательных, творческих и личностных возможностей учащихся.

Одним из важнейших компонентов такой образовательной среды для больных детей и детей-инвалидов может выступить система дистанционного обучения, необходимая, во-первых, тем детям, которые в силу особых ограничений, определяемых болезнью, не могут ежедневно посещать школу, а во-вторых, детям, вынужденно пропускающим занятия во время обострения хронических заболеваний.

Дистанционного обучение для больных детей и детей-инвалидов должно стать частью более широкой образовательной среды и строиться как система гибкого взаимодействия учащегося с учителем и другими учащимися посредством компьютера. Эта система должна преследовать не

только образовательные цели, но и помощь в социализации и личностном развитии ребенка, дать детям-инвалидам возможность начать осуществление профессиональной деятельности еще до окончания школы, освоить первичные навыки, необходимые для профессий, требующих владения информационными технологиями [2].

При условии успешной сдачи вступительных экзаменов в государственные и муниципальные образовательные организации среднего профессионального и высшего профессионального образования дети-инвалиды, инвалиды 1 и 2 групп, которым, согласно заключению комиссии МСЭ, не противопоказано обучение в соответствующих образовательных организациях принимаются вне конкурса.

Если ребенок все же не может посещать образовательную организацию общего типа, он может обучаться в специальном (коррекционном) ОУ.

Дети с ограниченными возможностями здоровья направляются в указанные образовательные организации органами управления образованием только с согласия родителей (законных представителей) по заключению психолого-медико-педагогической комиссии, положение о которой утверждается в порядке, определяемом Правительством Российской Федерации.

Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 10.04.2002 № 29/2065-п были утверждены учебные планы специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с ограниченными возможностями здоровья[5].

Отличительной особенностью федерального базисного учебного плана специальных (коррекционных) образовательных учреждений является наличие в его федеральном компоненте блока коррекционно-развивающих дисциплин. Для каждой группы детей с ограниченными возможностями здоровья содержание этого блока индивидуально и определяется особенностями психофизического развития той или иной группы детей с ограниченными возможностями здоровья.

Одна из главных проблем практики реализации специального (коррекционного) образования на современном этапе его развития состоит в том, что данный нормативный акт не позволяет учитывать тех образовательных инноваций, которые внедрены федеральным базисным учебным планом от 2004 года и ФГОС.

Распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 года № 1662-р утверждена Концепция долгосрочного социально – экономического развития Российской Федерации (2008–2020 годы) [6]. В рамках Концепции формулируется стратегическая цель государственной политики в области образования – повышение доступности качественного образования, соответствующего требованиям инновационного развития экономики, современным потребностям общества и каждого гражданина.

В качестве некоторых из задач модернизации институтов системы образования указываются:

- создание системы образовательных услуг, обеспечивающих раннее развитие детей независимо от места их проживания, состояния здоровья, социального положения;
- создание образовательной среды, обеспечивающей доступность качественного образования и успешную социализацию для лиц с ограниченными возможностями здоровья [6].

Исходя из этого, системе образования определены стратегические цели и задачи развития по созданию образовательной среды для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов.

Помочь странам акцентировать вопросы инклюзивности в стратегиях и планах в области образования, внести расширенную концепцию инклюзивного образования и обозначить те области, которые нуждаются в особом внимании, с тем, чтобы содействовать инклюзивному образованию и укрепить разработку соответствующей политики призваны Руководящие принципы политики в области инклюзивного образования, опубликованные

Организацией Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО) в 2009 г.

В них отмечается, что «инклюзивная школа должна предоставлять возможности для применения целого ряда методов работы и индивидуального подхода с целью обеспечения того, чтобы ни один ребенок не оказался исключенным из коллектива и лишен возможности принимать участие в деятельности школы. Это подразумевает создание школ, основанных на соблюдении прав ребенка на образование, создание благоприятной для обучения ребенка среды. Образование, ориентированное на соблюдение прав ребенка, помогает детям реализовать свои права. В этом случае образование является не только эффективным с академической точки зрения, но также и инклюзивным, создающим здоровую среду и позволяющим оградить от опасностей всех детей. Оно реагирует на гендерные факты и способствует участию самих обучающихся в учебном процессе, а также привлечению к этому их семей и общин. Представляется очень важным оказание поддержки со стороны учителей и руководителей школ, однако помощь общин, расположенных близко от школ, также имеет большое значение. Все должны быть способны и готовы обеспечивать инклюзивность в классной работе и обучении в отношении всех детей независимо от различий между ними» [1].

В России инклюзивный подход заложен в Национальной образовательной инициативе «Наша новая школа», утвержденной Президентом Российской Федерации Д.А. Медведевым 4 февраля 2010 г.: «будущая школа – это школа для всех. В любой школе будет обеспечиваться успешная социализация детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов, детей, оставшихся без попечения родителей, находящихся в трудной жизненной ситуации. Будут учитываться возрастные особенности школьников, поразному организовано обучение на начальной, основной и старшей ступени» [4].

10 апреля 2012 г. Президент РФ Д.А. Медведев внес на ратификацию в Госдуму Конвенцию о правах инвалидов (ООН, 2006 г.), (Конвенция была подписана 24 сентября 2008 года Сергеем Викторовичем Лавровым от имени Российской Федерации, закон о ее ратификации подписан 3 мая 2012 г.).

Конвенция о правах инвалидов направлена на обеспечение полного участия инвалидов в гражданской, политической, экономической, социальной и культурной жизни общества (социальную интеграцию), включая право на образование [4].

Конвенция и ее ратификация нашей страной имеет важное значение для реализации планов и программ в области государственной политики в отношении лиц с ограниченными возможностями здоровья и позволит сделать инклюзивное образование неотъемлемой частью российского образования.

12 апреля 2012 года Комитет Государственной Думы по образованию провел Парламентские слушания «Инклюзивное образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации: проблемы отрасли и общества», в ходе которых были рассмотрены вопросы, связанные с реализацией права на образование граждан с ограниченными возможностями здоровья и совершенствованием организационно-правовой базы развития инклюзивного образования в России.

Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы (утв. Указом Президента РФ от 1 июня 2012 г. № 761) в качестве основной меры, направленной на обеспечение доступности и качества образования детей с ограниченными возможностями здоровья определяет законодательное закрепление правовых механизмов реализации их права на включение в существующую образовательную среду на уровне дошкольного, общего и профессионального образования (права на инклюзивное образование).

Сегодня в России «инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых

образовательных потребностей и индивидуальных возможностей», что закреплено законодательно (п. 27 ст. 2 Федерального закона от 27.12.2012 г. № 273–ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» – далее Закона № 273–ФЗ) [3].

Для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья всех групп в целях обеспечения их права на образование, за исключением детей с умственной отсталостью в соответствии с п. 6 статьи 11 Закона № 273–ФЗ устанавливаются федеральные государственные образовательные стандарты образования указанных лиц или включаются в федеральные государственные образовательные стандарты специальные требования [3].

В соответствии с Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.08.2013 № 1015 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования», содержание общего образования и условия организации обучения учащихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной общеобразовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида (п. 3.21) [4].

Исходя из категории учащихся с ограниченными возможностями здоровья их численность в классе (группе) не должна превышать 15 человек.

Таким образом, в Российском законодательстве содержатся нормы, которые расширяют и дополняют гарантии реализации лицами с ограниченными возможностями здоровья предусмотренного международными документами права на образование. Инклюзивное образование в соответствии с международными стандартами получило законодательное оформление.

Глава 2. Теоретические основы психолого-педагогического сопровождения социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья

2.1. Интеграционная модель сопровождения социальной адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных учреждениях

При анализе вариантов организации интегрированного обучения необходимо опереться на существующую в стране инфраструктуру учреждений массового и специального образования и укоренившиеся формы организации обучения. Мы исходили из представления о том, что разрабатываемые модели интеграции должны максимально использовать возможности уже существующих структур образования в организации новых форм организации обучения.

Эффективная интеграция возможна только при условии специальной подготовки и переподготовки кадров педагогов общеобразовательных и специальных (коррекционных) учреждений. Целью такой подготовки является овладение учителями массовых школ дефектологическими знаниями и специальными педагогическими технологиями, которые обеспечат возможность квалифицированного обучения детей, о проблемах которых они мало осведомлены. Учителя-дефектологи должны быть специально подготовлены к оказанию коррекционной помощи в новых условиях, т.е. в условиях интегрированного обучения [9]. Очевидно, что развитие интеграции требует принципиально нового взаимодействия специальных и обычных психологов, специальных и обычных педагогов, общеобразовательных и специальных (коррекционных) учебных заведений. Соответственно, создаваемые модели интеграции должны описывать механизмы реального взаимодействия специалистов разного профиля, участвующих в процессе интегрированного воспитания и обучения ребенка.

Изучая и обобщая практический опыт, можно выделить следующее модели совместного обучения детей с отклонениями в развитии с нормально развивающимися сверстниками, последовательно.

1. Постоянная полная интеграция. Чем более близким к возрастной норме является уровень развития ребенка и его психологическая готовность к совместному обучению, тем более полная интеграция ему показана, хотя и в этом случае сохраняется необходимость оказания индивидуальной коррекционной помощи.

Постоянная полная интеграция предполагает обучение ребенка с тем или иным нарушением в развитии на равных с нормально развивающимися детьми в одних дошкольных группах и классах.

Полная интеграция может быть эффективна для тех детей, чей уровень психофизического и речевого развития соответствует или приближается к возрастной норме, и кто психологически готов к совместному со здоровыми сверстниками обучению.

Сопоставимый с нормально развивающимися сверстниками уровень психического развития ребенка обеспечивается, как правило, при условии раннего выявления нарушений и проведения систематической коррекционной работы с первых месяцев жизни. Именно раннее начало и грамотная организация коррекционной помощи резко повышают вероятность достижения ребенком равного или близкого к норме уровня психического развития, а потому ранняя помощь – это самый надежный путь к полной интеграции ребенка в социальную и общеобразовательную среду.

Полная интеграция может быть организована в разных учреждениях – массовом (обычном), массовом интегрированном обучении; комбинированном.

Правила комплектования групп/классов при полной интеграции следующие: дети с отклонением в развитии по 1-3 человека включаются в обычные группы детского сада или классы школы.

Нормирование времени интеграции отсутствует – дети в течение всего дня находятся вместе с нормально развивающимися сверстниками.

Содержание совместной деятельности не регламентируется: дети с ограниченными возможностями здоровья посещают все учебные занятия совместно с нормально развивающимися сверстниками.

В условиях постоянной полной интеграции процесс интегрированного обучения обеспечивается педагогами массового образования.

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья становится все больше тех, кому может быть полезна полная интеграция, что обусловлено и эффективной ранней помощью, и успехами в развитии технологий медицинской, психологической и педагогической коррекции нарушений в развитии ребенка, и полноценным включением подготовленных специалистами родителей в процесс воспитания и обучения. И все же, как бы ни возрастало количество детей, готовых к полной интеграции, они не будут составлять большинства нуждающихся, а потому эта модель не нормированного совместного обучения и воспитания детей не может быть ни единственной, ни ведущей.

Интеграция необходима всем детям, поскольку позволяет максимально нормализовать среду и способы взаимодействия с окружающими людьми, однако, чем сложнее нарушение в здоровье ребенка в сравнении с нормально развивающимися сверстниками, чем менее он психологически готов к интеграции, тем более регламентированным должен быть процесс совместного обучения. Только в этом случае у нас есть шанс сделать интеграцию и доступной, и полезной для развития ребенка.

Рассмотрим варианты нормированной интеграции, обратившись вначале к модели, предполагающей постоянную, значительную, но не полную интеграцию. Опишем эту модель интеграции по той же схеме, последовательно отвечая на следующие вопросы: каким детям может быть полезна почти полная интеграция; в каких видах образовательных учреждений она может быть организована; каковы правила комплектования

групп и классов, как дозируется время интеграции, каково содержание и характер совместной деятельности детей, какие специалисты участвуют в процессе обучения и воспитания, где и кем оказывается специальная педагогическая помощь.

2. Постоянная неполная интеграция может быть полезна как дошкольникам, так и школьникам с ограниченными возможностями здоровья.

Она может быть эффективна для тех детей школьного возраста, чьи нарушения психического развития несколько ниже возрастной нормы, кто нуждается в систематической и значительной коррекционной помощи, но при этом способен в целом ряде предметных областей обучаться совместно и наравне с нормально развивающимися сверстниками, а также проводить с ними большую часть внеклассного времени. Более широким является спектр показаний для детей дошкольного возраста. Постоянная, но неполная интеграция может быть полезна дошкольникам с различным уровнем психического развития, но не имеющим сочетанных нарушений.

Смыслом постоянной неполной интеграции школьников является максимальное использование всего потенциала уже имеющихся у ребенка и довольно значительных возможностей общения, взаимодействия и обучения с нормально развивающимися детьми. Это попытка добиться максимально возможной для ребенка в данный момент его жизни нормализации способов социального и учебного взаимодействия с целью дальнейшего расширения уже имеющихся возможностей в области образовательной и социальной интеграции.

Для дошкольников постоянная, но неполная интеграция – это, прежде всего, обеспечение (вне зависимости от уровня общего и речевого развития) нахождения в среде нормально развивающихся сверстников с целью максимально возможной нормализации способов социального взаимодействия.

Постоянная, но неполная интеграция может быть организована во всех типах дошкольных образовательных учреждений: в массовых, комбинированного и компенсирующего вида и в массовых школах. Дети с ограниченными возможностями здоровья объединяются с нормально развивающимися детьми в одну дошкольную группу, получившую название «смешанная», или в один класс под названием «гибкий».

Содержание и характер совместной деятельности регламентируются. В смешанной группе дети с ограниченными возможностями здоровья проводят большую часть учебного и все внеклассное время совместно с остальными. Учащиеся гибкого класса находятся вместе с нормально развивающимися сверстниками на тех уроках и внеклассных мероприятиях, которые доступны им, в оставшееся время они объединяются с другими детьми с ограниченными возможностями здоровья для работы по специальным коррекционным программам.

В случае неполной интеграции в процесс обучения в смешанной группе и гибком классе в равной мере вовлекаются педагоги массового образования и педагоги-дефектологи. В смешанной группе в первой половине дня фронтальные занятия с детьми с ограниченными возможностями здоровья проводит учитель-дефектолог, а с нормально развивающимися детьми – массовый воспитатель. Во второй половине дня все занятия проводятся совместно под руководством массового воспитателя. Учитель-дефектолог специально готовит детей с ограниченными возможностями здоровья к тем занятиям, которые во второй половине дня будут проходить совместно с нормально развивающимися детьми. В гибком классе часть учебных предметов преподает массовый педагог, а часть – дефектолог, он же готовит детей к учебным занятиям в общем потоке.

Специальная педагогическая помощь оказывается детям внутри учреждения педагогом-дефектологом.

Методическая помощь педагогам постоянно оказывается учителем-дефектологом смешанной группы /гибкого класса. В условиях смешанной

группы и гибких классов процесс взаимодействия массовых педагогов и дефектологов является наиболее комфортным и обеспеченным, поскольку и те, и другие работают в стенах одного учреждения с одними и теми же детьми. Создаются условия для профессионального роста обоих специалистов: дефектолог способен обогатить представления коллег о специальных методах, приемах, «обходных путях», вспомогательных средствах обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. Массовый же педагог, в случае успешного обучения ребенка «в общем потоке» способен помочь дефектологу, расширив его представления о потенциальных возможностях детей с ограниченными возможностями здоровья, показав на практике, что им доступно больше, чем может думать специалист в области коррекционной педагогики.

3. Следующая модель интеграции получила название «постоянной частичной».

Постоянная частичная интеграция может быть полезна тем, кто способен наравне со своими нормально развивающимися сверстниками овладевать лишь небольшой частью необходимых умений и навыков, проводить с ними только часть учебного и внеклассного времени. Смыслом постоянной частичной интеграции является расширение общения и взаимодействия детей с ограниченными возможностями здоровья с их нормально развивающимися сверстниками.

Частичная интеграция может быть обеспечена в дошкольных учреждениях комбинированного вида, имеющих и обычные группы и специальные группы, а также в тех массовых школах, где открыты специальные классы для детей с определенным отклонением в развитии.

При частичной интеграции дети с ограниченными возможностями здоровья являются воспитанниками специальной группы или учениками специального класса, которые комплектуются по обычным для таких групп/классов правилам, но предусматривается, что на часть дня отдельные

дети, имеющие менее стойкие нарушения в развитии систематически вводятся в обычные группы (классы) по 1-3 человека.

Время интеграции дозируется, содержание совместной деятельности регламентируется. Дети дошкольного возраста в первой половине дня занимаются в специальной группе, фронтально и индивидуально, а во второй половине дня часть воспитанников может посещать обычную массовую группу, для чего в ее расписание вносятся изменения. На вторую половину дня переносятся те занятия и виды деятельности, которые могут быть успешно освоены детьми в ситуации совместного обучения и воспитания.

Частично интегрируемые школьники могут посещать отдельные уроки в массовом классе. Для того чтобы они могли постоянно пребывать часть дня в общей среде, специально продумываются и фиксируются в расписании уроки в специальном и массовом классе. Таким образом, дети с ограниченными возможностями здоровья большую часть дня обучаются в специальной группе или классе, и только часть дня пребывают в массовой группе или классе.

При частичной интеграции в процесс воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья вовлечены массовый педагог и педагог-дефектолог. Учитель-дефектолог специальной группы/класса должен быть знаком с перспективным планом работы воспитателя/педагога той массовой группы или класса, в которые интегрируются его воспитанники. Это необходимо для того, чтобы он на своих фронтальных и индивидуальных коррекционных занятиях обратил особое внимание на подготовку воспитанников к успешному участию в совместных с нормально развивающимися детьми занятиях.

Учитель-дефектолог специальной группы или класса систематически оказывает методическую помощь массовым педагогам в организации общения с детьми с ограниченными возможностями здоровья, интегрированных на часть занятий в коллектив нормально развивающихся сверстников, в привлечении их к занятиям, к играм. Он ведет наблюдения за

их адаптацией в массовой группе, классе. По возможности, он посещает занятия, фиксирует для себя те трудности, с которыми сталкивается каждый ребенок, и пытается подготовить его к их преодолению на своих фронтальных и индивидуальных занятиях. Он постоянно дает конкретные рекомендации массовым педагогам по обучению и воспитанию интегрированных детей.

Итак, смыслом постоянной частичной интеграции является расширение общения детей с ограниченными возможностями здоровья с их нормально развивающимися сверстниками. Это попытка целенаправленного расширения уже имеющихся, но еще относительно малых возможностей детей в области социальной интеграции.

4. Следующая модель интеграции получила название «систематической временной».

При временной и частичной интеграции все воспитанники специальной группы или класса вне зависимости от достигнутого уровня развития объединяются со своими нормально развивающимися сверстниками не реже 2-х раз в месяц для проведения совместных мероприятий в основном воспитательного характера.

Смыслом временной интеграции является создание условий для приобретения начального опыта общения с нормально развивающимися сверстниками. Временная интеграция является, по сути, этапом подготовки к возможной в дальнейшем более совершенной форме интегрированного обучения.

Данная модель интеграции может быть реализована в дошкольных учреждениях комбинированного вида, имеющих как группы для нормально развивающихся детей, так и специальные группы, а также в массовых школах, в которых открыты специальные классы.

Как известно, основной контингент специальных групп и классов составляют дети, остро нуждающиеся в специально организованном коррекционном обучении с учетом структуры нарушения в развитии. Вместе

с тем уже на первых годах занятий они могут участвовать вместе с другими в прогулках, праздниках, развлечениях, отдельных занятиях. Для того чтобы использовать даже самые минимальные возможности социальной интеграции, каждая специальная группа или класс должны быть «связаны» с группой или классом нормально развивающихся детей такого же возраста или на год моложе. Общение и взаимодействие детей обеспечивается в процессе совместных прогулок, подготовки и проведения праздников, развлечений и т.д.

Педагог и воспитатели специальной группы или класса проводят подготовительную работу, необходимую для более полноценного включения детей с ограниченными возможностями здоровья в совместные игры, праздники, развлечения и т.п. Учителя и воспитатели массовых групп и классов готовят нормально развивающихся детей к взаимодействию с их сверстниками, имеющими те или иные нарушения в развитии: проводят беседы, приучают детей делать своими руками интересные и доступные им игровые пособия, готовить для них спектакли и др. Задача специальных и массовых педагогов состоит в том, чтобы со временем дети с ограниченными возможностями здоровья стали соучастниками этой деятельности, а нормально развивающиеся дети воспринимали их как партнеров, которым нередко требуется их помощь и поддержка.

Время интеграции дозируется. Взаимодействие детей должно происходить не реже двух раз в месяц. Со временем становятся возможными совместные занятия: иллюстрирование сказок, маленьких рассказов и т.п. В ходе отдельных занятий дошкольники знакомятся с содержанием того или иного произведения в доступной для них форме, затем они готовят серию рисунков, отражающих содержание текста, после чего объединяются на занятии, где обмениваются рисунками (т.е. у дошкольников специальной группы оказываются рисунки детей из массовой группы, а дошколят массовой группы – рисунки детей специальной группы). Организуется совместное обсуждение содержания сказки, рассказа. Дети выкладывают

рисунки, обосновывая их последовательность. Так из отдельных страниц рождаются две книжки-самоделки.

Школьники с ограниченными возможностями здоровья объединяются с нормально развивающимися детьми в рамках дополнительного образования. Они вместе посещают кружки и спортивные секции.

Таким образом, при временной интеграции дети с ограниченными возможностями здоровья практически все время обучаются в специальной группе или классе, но систематически объединяются с другими детьми. Совместные занятия, как правило, проводит учитель-дефектолог или воспитатель специальной группы. Массовые педагоги в основном организуют совместные соревнования, выставки, конкурсы.

Учитель-дефектолог и воспитатель специальной группы или класса систематически помогают организовать совместные мероприятия и оказывают конкретную методическую помощь массовым педагогам в общении с детьми с ограниченными возможностями здоровья, в привлечении их к занятиям, к играм.

5. Эпизодическая интеграция. Следующая модель интеграции получила название «эпизодической», поскольку она ориентирована на специальные дошкольные и школьные учреждения, которые ограничены в возможностях проведения целенаправленной работы по совместному с нормально развивающимися детьми воспитанию и обучению своих воспитанников.

Смыслом эпизодической интеграции является целенаправленная организация хотя бы минимального социального взаимодействия детей с выраженными нарушениями развития со сверстниками, преодоление тех объективных ограничений в социальном общении, которые создаются в условиях специальных (коррекционных) учреждений, где обучаются только дети с ограниченными возможностями здоровья.

Эпизодическая интеграция предполагает возможность проведения совместных занятий, как правило, под руководством учителя-дефектолога или воспитателя специальной группы.

Массовые педагоги выступают в качестве организаторов совместных соревнований, выставок, конкурсов, учитель-дефектолог и воспитатель специальной группы оказывают конкретную методическую помощь массовым педагогам в организации и проведении этих мероприятий, подсказывая, как установить контакт с детьми с ограниченными возможностями здоровья, как вовлечь их в ту совместную деятельность, где они могут быть наиболее состоятельны, что может быть доступно, а что слишком трудно для этих детей, как создать условия для общения и взаимодействия детей.

Таким образом, рассматривая набор вариативных моделей интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательную среду, мы убедились в том, что он позволяет подобрать каждому ребенку с особыми образовательными потребностями (даже самому «тяжелому») доступную и полезную для его развития модель интеграции, сохранив во всех случаях необходимое специализированное психолого-педагогическое сопровождение.

2.2. Модели организации профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки. Общее образование инвалидов осуществляется с освобождением от оплаты как в общеобразовательных учреждениях, оборудованных при необходимости специальными техническими средствами, так и в специальных образовательных учреждениях и регулируется законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации[2].

Государство обеспечивает инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Профессиональное образование инвалидов в образовательных учреждениях различных типов и уровней осуществляется в соответствии с законодательством Российской Федерации, законодательством субъектов Российской Федерации [2].

Для инвалидов, нуждающихся в специальных условиях для получения профессионального образования, создаются специальные профессиональные образовательные учреждения различных типов и видов или соответствующие условия в профессиональных образовательных учреждениях общего типа.

Профессиональная подготовка и профессиональное образование инвалидов в специальных профессиональных образовательных учреждениях для инвалидов осуществляются в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами на основе образовательных программ, адаптированных для обучения инвалидов.

Российскими специалистами в области образования лиц с ограниченными возможностями здоровья определяются основополагающие

принципы организации обучения инвалидов в системе профессионального образования. В качестве таковых выдвигаются:

- принцип адекватности содержания и форм реабилитационно - педагогической поддержки целевым установкам и условиям профессионально-образовательной деятельности инвалидов;
- принцип актуализации реабилитационно-педагогических начал руководства профессионально-образовательной деятельностью инвалидов на всех его уровнях;
- принцип опоры на интегративный (смешанный) студенческий коллектив инвалидов и лиц, не имеющих инвалидности;
- принцип опоры на собственную целенаправленную активность инвалидов в профессионально-образовательной сфере;
- принцип учета индивидуально-педагогических характеристик реабилитационного потенциала студентов-инвалидов;
- принцип направленности на всестороннюю социальную реабилитацию инвалидов;
- принцип непрерывности реабилитационно-педагогической поддержки инвалидов в рамках учебно-образовательного процесса;
- принцип осуществления реабилитационно-педагогической поддержки инвалидов во взаимосвязи с их медицинской, технической и психологической реабилитацией.

Эти принципы определяют теоретико-методическую базу организации обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе профессионального образования [8].

Институциональная же структура данной системы в России обнаруживает свои сущностные характеристики в нескольких взаимодополняющих аспектах.

Первый из них — это уровневый аспект, отражающий возможность получения инвалидами профессионального образования различных уровней. В этом плане современная ситуация характеризуется тем, что сложившаяся

ныне в стране совокупность профессионально-образовательных учреждений, ведущих обучение лиц данной категории, гарантирует принципиальную доступность для них средне профессионального, высшего, а также дополнительного и послевузовского профессионального образования.

При этом принципиальная доступность профессионального образования всех уровней для лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечивается, с одной стороны, при разной институциональной степени их образовательной интеграции, а с другой стороны — в условиях различной ведомственной принадлежности соответствующих образовательных учреждений[10].

Тем самым, обнаруживаются еще два принципиально важных аспекта рассмотрения системы профессионального образования инвалидов в России образовательно-интеграционный и ведомственный.

В аспекте образовательной интеграции речь идет о том, что в сфере профессионального образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в России параллельно реализуются несколько моделей их обучения.

Так, дифференцированная модель предполагает обучение инвалидов в специализированных учреждениях средне профессионального и высшего образования. Наиболее богатыми традициями в этом плане обладают Курское музыкальное училище для слепых, Кисловодское медицинское училище для слепых, расположенный в Санкт-Петербурге, Межрегиональный центр реабилитации лиц с проблемами слуха (колледж), являющиеся по существу уникальными специализированными учреждениями профессионального образования для лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В свою очередь, базой получения инвалидами высшего профессионального образования в условиях реализации дифференцированной модели обучения служат открытые в 1990 г. вузы для лиц с ограниченными возможностями здоровья — Государственный

специализированный институт искусств для инвалидов (Москва) и Московский государственный социально-гуманитарный институт.

В Государственном специализированном институте искусств для инвалидов, лица с различными нарушениями имеют возможность получать образование по широкому кругу специальностей в области театрального искусства (актерское искусство, театроведение), музыкального искусства (вокальное искусство, хоровое и оркестровое дирижирование, инструментальное исполнительство, музыкальная звукорежиссура, музыкально-эстрадное искусство, музыковедение), изобразительного и декоративного искусства (дизайн, живопись, искусство интерьера, история и теория изобразительного искусства).

Московский государственный социально-гуманитарный институт является единственным в России специализированным вузом, в котором обучение ориентировано на студентов с нарушением опорно-двигательного аппарата. За счет бюджета эти студенты не только обучаются, но и обеспечиваются бесплатным проживанием, питанием и медицинским обслуживанием в поликлинике при институте.

Институт имеет пять факультетов — прикладной математики и информатики, иностранных языков, издательского дела и редактирования, юриспруденции и экономики.

Наконец, в рамках дифференцированной модели обучения сформировался и опыт реализации дополнительного профессионального образования инвалидов: именно в таком направлении осуществляет профессионально-образовательную работу с инвалидами по зрению специализированное учреждение Всероссийского общества слепых Институт профессиональной реабилитации и подготовки персонала «Реакомп» (Москва). Институт ведет среди инвалидов по зрению — работников учреждений и организаций Всероссийского общества слепых образовательную деятельность по целому ряду профессиональных программ, будь то «Основы менеджмента», «Основы социальной реабилитации»,

«Основы психологии», «Основы социально-реабилитационной работы со слепоглухими», «Информационные технологии» и др.

Вторая модель обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе профессионального образования предполагает их частичную образовательную интеграцию, что связано с комплектованием специальных групп или созданием специализированных учебных подразделений и факультетов для инвалидов в профессионально-образовательных учреждениях общего назначения [11]. В частности, применительно к среднему профессиональному образованию этот путь был избран Медицинским училищем №2 г. Санкт-Петербурга, где формируются группы учащихся из числа инвалидов по зрению, получающих специальность массажиста, Санкт-Петербургским колледжем инновационных технологий специалистов флота, имеющим многолетний опыт обучения инвалидов по слуху в специализированных группах, а применительно к высшему профессиональному образованию — Новосибирским государственным техническим университетом, при котором функционирует Институт социальной реабилитации, ведущий вузовскую подготовку инвалидов по слуху, Санкт-Петербургским государственным университетом культуры и искусств, в чьих стенах также сложилась практика обучения глухих и слабослышащих на базе специализированного филиала, и др.

Между тем, в ряде случаев набор специальных групп учащихся из числа инвалидов становится для профессионально-образовательного учреждения общего назначения своего рода промежуточным звеном при переходе к реализации третьей модели организации обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе профессионального образования, а именно — к их полной образовательной интеграции[18].

Так, например, в Колледже по социальной работе № 327 г. Москвы, с 1998 г. ведущем обучение инвалидов, на первом этапе практиковалось комплектование специальной группы из учащихся с ограниченными

возможностями здоровья, но затем был осуществлен переход к их полной образовательной интеграции путем формирования смешанных учебных групп, объединяющих и учащихся из числа инвалидов, и учащихся с сохранными психофизическими функциями.

При этом полная образовательная интеграция выступает как оптимальная и наиболее перспективная модель организации обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья в системе профессионального образования. И именно данная модель получила к настоящему времени в России наибольшее распространение, что проявляется применительно ко всем уровням профессионального образования[18].

В частности, в Профессиональном училище № 15 г. Шадринска, являющемся учреждением начального профессионального образования, в условиях полной образовательной интеграции обучаются лица с нарушениями физического и умственного развития, они овладевают здесь профессиями штукатура-маляра, каменщика, плотника, швеи, кулинара и др.

В том же городе функционирует и учреждение среднего профессионального образования, где ведется интегрированное обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья, в частности— лиц с нарушениями слуха, — Зауральский колледж физической культуры и здоровья. Студенты-инвалиды получают специальности учителя физкультуры, учителя лечебной физкультуры, юриста и др.

Признанный успешный опыт интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья имеют, кроме того, и такие учреждения среднего профессионального образования, как, например, Колледж № 327 г. Москвы, осуществляющий конкурсный набор студентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, Новочеркасский технологический техникум, в котором контингент студентов-инвалидов составляют преимущественно лица с заболеваниями нервной системы, и др.

Наконец, что касается вузовского звена, то по масштабам включения инвалидов в интегрированное профессиональное образование лидирующие

позиции занимают Московский государственный технический университет им. Н.Э. Баумана и Челябинский государственный университет, Красноярский торгово-экономический институт, Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена (Санкт-Петербург) и Московский педагогический государственный университет. 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; более того, тогда как опыт обучения инвалидов по зрению и инвалидов по слуху насчитывает здесь уже несколько десятилетий, то 90-е гг. XX в. ознаменовались для Российского государственного педагогического университета им. А. И. Герцена становлением практики обучения инвалидов с нарушением опорно-двигательного аппарата.

В системе Министерства науки и высшего образования Российской Федерации профессиональное образование инвалидов осуществляется как на базе подведомственных ему специализированных училищ, лицеев, техникумов, колледжей и вузов, так и на базе относящихся к нему соответствующих профессионально-образовательных учреждений общего назначения.

В системе Министерстве труда и социальной защиты РФ функционируют исключительно специализированные учреждения начального и среднего профессионального образования инвалидов, в частности, 32 профессиональных училища-интерната и 12 техникумов-интернатов. Часть этих учреждений специализируется по контингенту учащихся (инвалиды по слуху, инвалиды по зрению, лица с интеллектуальной недостаточностью и др.), но в основном они имеют смешанный контингент учащихся.

В профессиональных училищах-интернатах, куда принимаются инвалиды в возрасте от 15 до 45 лет с образованием 9–11 классов средней школы, ведется подготовка по профессиям, востребованным в сфере бытового обслуживания населения (часовщик, переплетчик, швея, закройщик, обувщик, секретарь-машинистка и т. п.), по рабочим профессиям (слесарь-ремонтник, радиомеханик, маляр, штукатур, облицовщик-плиточник, плетельщик мебели и т. д.), а также по сельскохозяйственным профессиям (дояр, овощевод) и др. Срок обучения в этих училищах-интернатах составляет от 9 месяцев до 3 лет.

В свою очередь, в техникумы-интернаты Министерства труда и социальной защиты РФ принимаются инвалиды II и III групп с образованием в объеме 9 или 11 классов средней школы, получающие здесь специальности в таких разнообразных областях, как право и организация социального обеспечения, социальная работа, лабораторная диагностика инструментальное исполнительство и т.д.

Наконец, Министерству культуры РФ подведомственны Государственный специализированный институт искусств для инвалидов, колледжи и университеты культуры и искусств общего типа, где в условиях частичной или полной образовательной интеграции обучаются инвалиды различных категорий; ведущий же дополнительное профессиональное образование лиц с глубоким нарушением зрения Институт реабилитации и подготовки персонала «Реакомп», является учреждением общественной организации инвалидов — Всероссийского общества слепых.

Между тем, в контексте анализа ведомственной принадлежности учреждений профессионального образования, ведущих обучение лиц с ограниченными возможностями здоровья, обнаруживается принципиально важное обстоятельство, заключающееся в том, что, в частности, профессионально-образовательные учреждения Министерства труда и социальной защиты РФ весьма неравномерно распределены по территории страны: будучи сконцентрированы преимущественно в Центре и на Северо-

Западе, они заметно меньше представлены на Урале и в регионах Сибири и вовсе отсутствуют на Дальнем Востоке. Данное обстоятельство указывает на то, что система профессионального образования лиц с ограниченными возможностями в России должна быть рассмотрена и в региональном аспекте.

И именно с этих позиций выявляется существенная проблема, связанная с необходимостью расширения в региональном плане инфраструктуры профессионального образования инвалидов в России. Речь идет о том, что в ряде субъектов Российской Федерации не созданы условия для обучения инвалидов в учреждениях профессионального образования[20].

Собственно же реабилитационное сопровождение лиц с ограниченными возможностями здоровья в сфере профессионального образования осуществляется, начиная еще с этапа довузовской подготовки, в рамках договоров о сотрудничестве с коррекционными школами, и продолжается на стадии вступительных испытаний. Так, например, не слышащие 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.

Затем сопровождение студентов-инвалидов реализуется в период освоения ими профессионально-образовательной программы. Оказание помощи студентам-инвалидам осуществляется по таким разработанным моделям, как «Сопровождение процесса освоения инвалидами профессионально-образовательной программы в условиях вузовского образования», «Образовательный маршрут для инвалидов в условиях вузовского обучения» и др[18].

Основными содержательными направлениями сопровождения студентов с ограниченными возможностями здоровья выступают:

- психологическое — адаптация к условиям вузовского образования, коррекция отношения к своей инвалидности и формирование адекватной

самооценки, развитие и коррекция коммуникативных свойств и качеств, повышение мобильности;

- организационно-педагогическое — оптимизация средовых условий учебно-образовательной деятельности студентов-инвалидов, разработка и внедрение специальных наглядных средств, подбор специальных дидактических материалов для организации и проведения коррекционной работы;

- просветительское: повышение коммуникативной культуры студентов-инвалидов, информирование общественности о специфических образовательных потребностях этой категории студентов и факторах их удовлетворения[12].

Таким образом, можно сделать вывод, что практической реализации задач профессионального образования инвалидов и обучающихся с ОВЗ, как сложной, развивающейся и многоуровневой системы, посвящено значительное количество исследований и методических разработок как локального (на уровне конкретной образовательной организации), так и регионального, и федерального уровней. Разработаны различные направления и формы работы по профориентации обучающихся с ОВЗ, адаптированные программы, внедряются модели дуального образования, предполагающего теоретическую подготовку в образовательном учреждении и практическую – на рабочих местах и др. Однако все эти, несомненно, необходимые разработки существенно не меняют ситуацию с профессиональной самореализацией инвалидов и лиц с ОВЗ.

Заключение

Проблема социальной адаптации детей с ограниченными возможностями, к условиям жизни в обществе, является одной из важнейших и острых проблем современности. За последние несколько лет этот вопрос приобретает еще большую значимость в связи с изменениями в подходах к работе с детьми, которые являются инвалидами. Несмотря на это, процесс адаптации этой категории детей к жизнедеятельности в обществе остается практически неизученным, а именно он определяет эффективность тех коррекционных мероприятий, которые предпринимают специалисты, работающие с инвалидами.

Анализ литературы по данной теме позволяет утверждать, что проблема адаптации инвалидов носит актуальный характер и является объектом изучения различных наук – социологии, психологии, медицины и педагогики.

Социальная адаптация в целом изучалась как процесс достижения баланса между личностью и обществом путем приспособления индивида к определенным условиям, нормам, ценностям социальной среды.

С одной стороны, рассматривается вопрос о приспособленности окружающей среды для нужд инвалидов, возможности их существовать наряду со «здоровыми» детьми. С другой стороны, обсуждается проблема помещения инвалидов в специализированные учреждения, профилактика психологических нарушений, являющихся результатом изолированности инвалидов от внешнего мира. Отсюда возникает ряд противоречий между:

- объективной потребностью инвалидов в адаптации к новым условиям жизнедеятельности в стационарных учреждениях и сохранением связи с обществом, а также активное участие во всех социальных сферах;
- необходимостью вовлечения в процесс адаптации специалиста социальной работы и неразработанностью содержания его деятельности.

По общему правилу, образовательные организации совместно с органами социальной защиты населения и органами здравоохранения обеспечивают дошкольное, внешкольное воспитание и образование детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и детей-инвалидов, получение ими среднего общего образования, начального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Образование лиц с ограниченными возможностями здоровья в современной России опирается на многоуровневую нормативно-правовую базу, включающую: международные (подписанные СССР или Россией), федеральные, правительственные, ведомственные и региональные документы.

В Российском законодательстве содержатся нормы, которые расширяют и дополняют гарантии реализации лицами с ограниченными возможностями здоровья предусмотренного международными документами права на образование. Инклюзивное образование в соответствии с международными стандартами имеет законодательное оформление.

При анализе вариантов организации интегрированного обучения удалось выделить следующие модели сопровождения детей – инвалидов в образовательных учреждениях:

- постоянная полная интеграция;
- постоянная неполная интеграция;
- постоянная частичная интеграция;
- систематическая временная интеграция;
- эпизодическая интеграция.

Таким образом, рассматривая набор вариативных моделей интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательную среду, мы убедились в том, что он позволяет подобрать каждому ребенку с особыми образовательными потребностями (даже самому «тяжелому») доступную и полезную для его развития модель интеграции, сохранив во

всех случаях необходимое специализированное психолого-педагогическое сопровождение.

Государство гарантирует инвалидам необходимые условия для получения образования и профессиональной подготовки.

Государство обеспечивает инвалидам получение основного общего, среднего (полного) общего образования, начального профессионального, среднего профессионального и высшего профессионального образования в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

В России параллельно реализуются несколько моделей профессионального обучения инвалидов:

- дифференцированная модель;
- модель частичной образовательной интеграции;
- модель полной образовательной интеграции.

Основными содержательными направлениями сопровождения студентов с ограниченными возможностями здоровья выступают:

- психологическое — адаптация к условиям вузовского образования, коррекция отношения к своей инвалидности и формирование адекватной самооценки, развитие и коррекция коммуникативных свойств и качеств, повышение мобильности;

- организационно-педагогическое — оптимизация средовых условий учебно-образовательной деятельности студентов-инвалидов, разработка и внедрение специальных наглядных средств, подбор специальных дидактических материалов для организации и проведения коррекционной работы;

- просветительское: повышение коммуникативной культуры студентов-инвалидов, информирование общественности о специфических образовательных потребностях этой категории студентов и факторах их удовлетворения.

Из всего вышесказанного, можно сделать вывод, что проблеме практической реализации обучения детей – инвалидов на всех уровнях

системы образования посвящено значительное количество исследований, методических разработок, намечены модели и формы образовательно-коррекционного сопровождения как локального (на уровне конкретной образовательной организации), так и регионального, и федерального уровней. Однако все эти, несомненно, необходимые разработки существенно не меняют ситуацию с самореализацией инвалидов и лиц с ОВЗ в условиях образовательной среды, что подтверждает ранее выдвинутую гипотезу.

Целевые установки, задачи, организационные, нормативные и правовые аспекты образования отражены в современной законодательной базе и формально способны поддерживать и регулировать процессы приобретения знаний и навыков лицами с инвалидностью и ОВЗ, защищать их право на образование и регламентировать необходимые для этого условия. Задачи социальной адаптации инвалидов постепенно становятся доминирующими в нашей стране, ранее ориентированной на компенсационную модель социальной помощи инвалидам, предполагающую расширение системы льгот.

Список литературы

1. Саламанская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями. – Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994 г.
2. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995г. N 181-ФЗ
3. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012г. N 273-ФЗ(с изм. и доп., вступ. в силу с 01.06.2021)
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования» от 30.08.2013г. N 1015
5. Приказ Министерства образования Российской Федерации «Об учреждении учебных планов специальных (коррекционных) образовательных учреждений для обучающихся, воспитанников с отклонениями в развитии» от 10.04.2002г. N 29/2065-п
6. Распоряжение Правительства РФ «О концепции долгосрочного социально – экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» от 17.11.2008г. N 1662-р
7. Аверин А. Н. Социальная политика органов государственной власти субъектов Российской Федерации : учеб. пособие / А. Н. Аверин ; Рос. акад. гос. службы при Президенте Рос. Федерации. – 2-е изд., стереотип. – М. : РАГС, 2008. – 124 с.
8. Бгажнокова И.М. Общее и специальное образование: пути к взаимодействию и интеграции.// Вопросы образования.2006. № 2.
9. Герасименко О.А., Дименштейн Р.П. Социально-педагогическая интеграция. Выработка концепции / Социально-педагогическая интеграция в России / Под ред. А.А.Цыганок. М.: Теревинф, 2001.

10. Егорова Т. В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями: Учеб. пособие. - Балашов: Изд-во "Николаев", 2002.

11. Кулагина Е.В. Вопросы образования детей с ограниченными возможностями здоровья: опыт коррекционных и интеграционных школ // Социологические исследования. -2009.- №2.

12. Сулова М.Ю. О социализации молодых инвалидов//Социологические исследования.2000. № 6

13. Приступа Е. Н. Социальная работа с лицами с ограниченными возможностями здоровья : учеб. пособие для студентов высш. учеб. заведений, обучающихся по напр. подготовки 39.03.02 "Социальная работа" / Е. Н. Приступа. – М. : Форум : ИНФРА-М, 2015. – 158 с. : ил. – (Высшее образование).

14. Харченко Л. В. Социальная защита инвалидов : учеб. пособие / Л. В. Харченко. – Омск : Изд-во СибГУФК, 2009. – 137 с.

15. Ахметязева, А.И. Феномен социально – психологической адаптации в отечественной и зарубежной науке: история изучения / А.И. Ахметязева // Казанский федеральный университет. – 2018. - № 2. – С. – 5-10.

16. Головкин С. Г. Модель социальной реабилитации инвалидов / С. Г. Головкин // Отечественный журнал социальной работы. - 2008. - № 3. - С. 58-63.

17. Добровольская Т.А., Шабалина Н.Б. Социально-психологические особенности взаимоотношений инвалидов и здоровых // Социол. исслед. – 1993. – N 1. – С. 62–67.

18. Елгина Л. С. Социальная адаптация студентов в вузе // Вестник БГУ. 2010. N 5 с.162-166

19. Казаков Ю.Н., Ярская-Смирнова Е.Р. Социальные условия преодоления ограниченных возможностей // Социокультурные измерения существования человека. – Саратов: СГТУ, 2000.

20. Калимуллина Э. Р. Система социальной защиты: современное состояние и пути совершенствования в отношении детей-инвалидов в

Российской Федерации // Вестн. УГУЭС. Наука, образование, экономика. – Сер. «Экономика». – 2013. – № 2 (4).

21. Карданов Р. Ш. Методологические основы изучения проблемы социальной адаптации / Р. Ш. Карданов // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 1: Регионоведение: философия, история, социология, юриспруденция, политология, культурология. - Выпуск № 8 / 2008. – С. 129–135.

22. Князева А. Л., Корнеева Е. Н. Психологическая инвалидизация, или личностная идентичность инвалида // Ярославский педагогический вестник. 2005. N 2.

23. Позднякова, О.В. Социальная адаптация как стадия социализации личности / О.В. Позднякова // Научный журнал КубГАУ. – 2011. - № 5-6. – С. – 27-28.

24. Ромм, М.В. Социальная адаптация личности как объект философского анализа / М.В. Ромм // Томский государственный университет. – 2003. - №20. – С 45-48.

25. Штак С.В. Анализ проблематики социально-психологической адаптации в условиях трансформации Российского общества//Сибирская психология сегодня. Кемерово: Кузбассвуз.издат, 2004. С 267-273.

26. Хужина Р.Д. Социальная адаптация инвалидов: проблемы и перспективы // Научное сообщество студентов XXI столетия. ОБЩЕСТВЕННЫЕ НАУКИ: сб. ст. по мат. XL междунар. студ. науч.-практ. конф. № 3(39).