

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
( Н И У « Б е л Г У » )

СОЦИАЛЬНО-ТЕОЛОГИЧЕСКИЙ ФАКУЛЬТЕТ  
ИМЕНИ МИТРОПОЛИТА МОСКОВСКОГО И КОЛОМЕНСКОГО  
МАКАРИЯ (БУЛГАКОВА)

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ  
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО  
УЧРЕЖДЕНИЯ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ИХ  
ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ**

Выпускная квалификационная работа  
обучающегося по направлению подготовки  
39.03.02 Социальная работа  
очной формы обучения, группы 87001306  
Волковой Анастасии Андреевны

Научный руководитель  
к. социол. наук, доцент  
кафедры социальной  
работы  
Подпоронова Н.Н.

Рецензент:  
директор  
ОГБУ «Реабилитационный  
центр для детей и  
подростков с  
ограниченными  
возможностями»  
Долгих И.Е.

БЕЛГОРОД 2017

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ КАК ФАКТОР ПОВЫШЕНИЯ ИХ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ	10
1.1. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: понятие, принципы	10
1.2. Жизнеспособность как интегральное качество личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья	24
2. ПОВЫШЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СРЕДСТВАМИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ	37
2.1. Критерии и факторы жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья	37
2.2. Проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (на материалах социологического исследования)	55
2.3. Индивидуальная программа реабилитации, направленная на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения	67
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	83
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	87
ПРИЛОЖЕНИЕ	96

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность проблемы исследования.** Стремительные перемены в социально-экономической и политической жизни России, обострение многих общественных проблем заставили ученых и практических работников начать поиск новых, адекватных современной действительности механизмов социальной реабилитации личности. Особого подхода в этом плане требуют дети с ограниченными возможностями. Признание прав такого ребенка, его интересов, потребностей, оказание помощи в процессе его личностного становления являются в современных социокультурных условиях чрезвычайно важными.

Значительная часть детей данной категории, несмотря на усилия, предпринимаемые обществом, став взрослыми, зачастую оказывается неподготовленной к интеграции в социум. В последние годы в нашей стране стало более заметным стремление к кардинальному изменению сложившейся ситуации с обучением и воспитанием детей с ограниченными возможностями здоровья, в связи с чем на государственном уровне приняты соответствующие законодательные акты.

Чтобы преодолеть проблемы, возникающие в процессе реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, в их подготовке к интеграции в общество, на наш взгляд, требуется разработка новых технологий их обучения, воспитания и организации всей жизнедеятельности, вытекающих из глубокого анализа насущных проблем таких детей. Причем эта задача должна решаться с учетом всего комплекса медицинских, педагогических, экономических, социально-психологических и других проблем, касающихся социальной защиты детей данной категории, их обучения, воспитания, реабилитации и адаптации в современной социальной среде.

В последние годы одним из перспективных направлений научных разработок в области социальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями стало изучение факторов жизнеспособности, выявление личностных и поведенческих характеристик, помогающих ему жить, делающих его сильным и стойким духом, что позволит целенаправленно формировать качества, важные для успешной интеграции ребенка с ОВЗ.

В рамках этого направления исследуются также средовые условия с целью изменения неблагоприятной для детей и подростков социальной действительности с помощью различных социальных программ, анализ полученных изменений позволяет максимизировать потенциал таких социальных вмешательств. Таким образом, развитие теории жизнеспособности может внести серьезный практический вклад в совершенствование процесса социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Степень научной разработанности проблемы.** Проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья изучают Л.И. Акатов, Т.С. Зубкова, Э.К. Наберушкина, П.Д. Павленок, Н.В. Тимошина, Е.И. Холостова.

Основные направления социализации детей с ограниченными возможностями нашли свое отражение в работах Я.А. Кравченко, К.К. Кузьмина, Г.В. Ляпидиевской, Э.К. Наберушкиной, Н.В. Шапкиной. Вопросам, затрагивающим специфику социальной защиты детей-инвалидов, посвящены работы В.М. Астапова, Н.Ф. Дементьевой, О.И. Лебединского, А.И. Осадчих, О.В. Павленок, Д.А. Туболева, Э.Ф. Устинова, Е.И. Холостоваой, Б.Ю. Шапиро.

Ведущие направления социальной поддержки детей с ограниченными возможностями описаны в работах С.А. Васина, Я.А. Кравченко, К.К. Кузьмина, Г.В. Ляпидиевской, Т.В. Малеевой, Э.К. Наберушкиной, Н.В. Шапкиной.

В настоящее время проблема социальной реабилитации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания.

Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и другие специалисты вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, факторы социальной реабилитации.

Важнейшим элементом социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья является деятельностный подход. Значение деятельностного подхода раскрыл в своих работах А.Н. Леонтьев. Согласно его концепции, деятельность является основой, средством и решающим условием развития личности.

Различные аспекты педагогических, психологических и социальных проблем реабилитации рассматривались в работах Э.М. Александровской, В.Л. Багрицкого, С.А. Беличевой, Н.Б. Берхина, А.В. Гордеевой, В.П. Кащенко, В.В. Ковалева, И.А. Коробейникова, А.Н. Леонтьева, А.Р. Лурия, А.С. Макаренко, А.А. Смирнова и др.

Термин «жизнеспособность личности» используется в междисциплинарном пространстве разных наук (социологии, антропологии, психологии, педагогики, политологии), однако до сих пор нет единства в понимании феноменологической сущности этого понятия. Жизнеспособность рассматривается и как устойчивое качество личности, и как процесс, пролонгированный во времени, и как результат других процессов, определяющих позитивную адаптацию человека к условиям окружающей среды.

В отечественной психологии жизнеспособность рассматривается как ресурс (Б.Г. Ананьев), общесистемное психическое свойство (Э.В. Галажинский, Е.А. Рыльская), интегральная характеристика личности (А.И. Лактионова, Ю.В. Науменко), жизненный принцип (М.П. Гурьянова), как характеристика, отражающая качество некоторых функций, отвечающих за успешное адаптивное поведение (В.Д. Шадриков), активность субъекта, действующая в условиях объективной социальной детерминации, в заданных обстоятельствах (К.А. Абульханова-Славская).

Но в целом, в отечественной науке работ, изучающих жизнеспособность, недостаточно, и приходится опираться на исследования сходных по смыслу и содержанию конструктов: жизнестойкость (С.А. Богомаз, С.В. Книжникова, Д.А. Леонтьев, М.В. Логинова, Е.И. Рассказова), субъективная витальность (Л.А. Александрова, Д.А. Леонтьев), совладающее поведение в трудной жизненной ситуации (Л.И. Анцыферова, Е.П. Белинская, С.К. Нартова-Бочавер, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский), устойчивость личности (Т.Г. Бохан), надситуативная активность и личностная состоятельность (В.А. Петровский).

Однако стоит отметить недостаточность концептуально обоснованных практических разработок по развитию жизнеспособности личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Таким образом, актуальность исследования и степень научной разработанности позволили нам сформулировать проблему исследования, которая заключается в поиске путей повышения жизнеспособности детей с ограниченными возможностями посредством их социальной реабилитации.

**Объект исследования** – социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья.

**Предмет исследования** – социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья как фактор повышения их жизнеспособности в условиях стационарного учреждения.

**Цель исследования** – раскрыть возможности социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья как фактора повышения их жизнеспособности в условиях стационарного учреждения и предложить рекомендации по ее совершенствованию.

Для реализации поставленной цели предполагается решить следующие **задачи:**

– изучить теоретические основания социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья как фактора повышения их жизнеспособности;

– выявить критерии и факторы жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья;

– раскрыть проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» п. Веселая Лопань и разработать индивидуальную программу реабилитации, направленную на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения.

В исследовании использовался комплекс теоретических и эмпирических **методов** для всестороннего и глубокого исследования проблемы, в том числе анализ нормативных документов, анализ специальной литературы по проблеме исследования, опросные методы: анкетирование, экспертный опрос; обобщение, систематизация и описание полученных результатов исследования.

**Теоретико-методологическая база исследования.** При подготовке и проведении данного исследования мы опирались на теорию единства деятельности и развития личности (Б.Г. Ананьев, А.Г. Асмолов, Л.И. Божович, В.П. Зинченко, А.Г. Ковалев, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн); основные положения социальной педагогики (С.А. Беличева, М.И. Буянов, Г.М. Иващенко, Г.И. Камаева, М.М. Плоткин, А.В. Мудрик, Н.М. Платонова), современные теории развития личности, ее социализации и индивидуализации в контексте социально-культурной деятельности (Л.И. Божович, А.П. Марков, А.З. Свердлов, Д.Б. Эльконин, Э. Эрикссон, Ж. Пиаже).

**Эмпирическую базу** Информационной базой исследования послужили нормативные документы, регулирующие социальную работу с детьми с ограниченными возможностями здоровья, труды отечественных и зарубежных ученых в области организации социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья; статистические данные и

методические материалы ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями».

Эмпирическую базу исследования составляют результаты проведенного автором дипломной работы прикладного социологического исследования «Проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» в ходе преддипломной практики в 2017 гг.

**Теоретико-практическая значимость.** Анализ теоретических основ изучения социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья позволил выявить сущность жизнеспособности как интегрального качества личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья; раскрыть критерии и факторы жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья; уточнено понятие жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья.

Практическая значимость исследования состоит в разработке и апробации индивидуальной программы реабилитации, направленной на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, учитывающей сущность возникшей проблемы и индивидуально-личностные особенности несовершеннолетних; рекомендациях по повышению жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями». Внедрение в систему деятельности реабилитационного учреждения предложений, разработанных в ходе исследования, позволит повысить уровень жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья, что послужит основой для их успешной реабилитации, социализации и интеграции в общество.

**Апробация результатов исследования.** Результаты исследования были обсуждены в ходе прохождения производственной и преддипломной



практики в ГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями».

**Структура дипломной работы.** Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, приложения.

# 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ПОВЫШЕНИЯ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

## 1.1. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: понятие, принципы

*Дети с ограниченными возможностями* – это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь. Синонимами данного понятия могут выступать следующие определения таких детей: дети с проблемами, дети с особыми нуждами, нетипичные дети, дети с трудностями в обучении, аномальные дети, исключительные дети [66].

Наличие того или иного дефекта (недостатка) не предопределяет неправильного, с точки зрения общества, развития. Потеря слуха на одно ухо или поражение зрения на один глаз не обязательно ведет к отклонению в развитии, так как в этих случаях сохраняется возможность воспринимать звуковые и зрительные сигналы сохранными анализаторами.

По классификации, предложенной В.А. Лапшиным и Б.П. Пузановым, к детям с ограниченными возможностями относятся:

- дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
- дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
- дети с нарушением речи (логопаты);
- дети с нарушением опорно-двигательного аппарата;
- дети с умственной отсталостью;
- дети с задержкой психического развития;
- дети с нарушением поведения и общения;
- дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с

так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью) [45].

Социальный статус ребенка во многом определяется как наследственными биологическими факторами, так и социальной средой жизни ребенка. Процесс развития личности характеризуется единством и взаимодействием системы биологических и социокультурных факторов. Каждый ребенок имеет свои неповторимые врожденные свойства нервной системы (силу, уравновешенность, подвижность нервных процессов; быстроту образования, прочность и динамичность условных связей...). От этих индивидуальных особенностей высшей нервной деятельности зависят способности к овладению социальным опытом, познанию действительности, то есть биологические факторы создают предпосылки психического развития человека.

Сложность структуры атипичного развития заключается в наличии первичного дефекта, вызванного биологическим фактором, и вторичных нарушений, возникающих под влиянием первичного дефекта в ходе последующего своеобразного развития на патологической основе. Так, повреждение слухового аппарата до овладения речью будет первичным дефектом, а наступившая, как следствие немота - вторичным дефектом. Такой ребенок сможет овладеть речью только в условиях специального обучения и воспитания при максимальном использовании сохранных анализаторов: зрения, кинестетических ощущений, тактильно-вибрационной чувствительности [29].

Таким образом, на развитие ребенка с ограниченными возможностями и его формирование полноценной жизнедеятельности, в том числе, на успешность его социальной адаптации, будут влиять четыре фактора:

1. Вид (тип) нарушения.
2. Степень и качество первичного дефекта.
3. Срок (время) возникновения первичного дефекта. Чем раньше имеет место патологическое воздействие и как следствие – повреждение речевых,

сенсорных или ментальных систем, тем будут более выражены отклонения психофизического развития.

4. Условия окружающей психолого-педагогической и социокультурной среды. Успешность развития ребенка с ограниченными возможностями во многом зависит от своевременной диагностики и раннего начала (с первых месяцев жизни) коррекционно-реабилитационной работы с ним [38].

Дети с ограниченными возможностями являются одной из самых проблемных, с точки зрения социальной адаптации, групп. Приспособительные возможности детей с особыми нуждами снижены в связи с недостатками их физического и психического здоровья, ограниченностью социального опыта, а зачастую – неблагоприятной семейно-экономической ситуацией.

Гуманистические ценности современного цивилизованного общества требуют предоставления каждому ребенку с недостатками в развитии возможности вести жизнь, максимально приближенную к нормальной. Одним из препятствий на этом пути являются трудности социального приспособления, которые испытывают практически каждый ребенок с ограниченными возможностями. Помочь человеку с недостатками в развитии, научиться приспособливаться к меняющимся условиям среды, противостоять жизненным затруднениям – одна из важнейших задач социального работника и социального педагога.

Организация процесса реабилитации детей с ограниченными возможностями во многом должна определяться тем, какой представляем мы в своем воображении личность ребенка, а затем взрослого человека, какими качествами он должен обладать, чтобы реализовать свои жизненные цели, вопреки возникающим на его пути объективным или субъективным трудностям. Иными словами, мы должны иметь своеобразную модель личности, в которую бы входили такие личностные качества, которые позволят человеку, отягощенному тем или иным дефектом, эффективно адаптироваться в реальную жизненную среду.

Несомненно, представить такую единую модель для всех детей сложно. Трудности состоят в том, что, во-первых, у большинства детей с ограниченными возможностями наблюдаются разнообразные сочетания нарушений психического развития, во-вторых, каждая форма таких нарушений, а также степень и тяжесть ее проявления накладывают свой специфический оттенок на психическое развитие и формирование личности. Поэтому модель личности должна разрабатываться для каждого конкретного ребенка с учетом его реабилитационного потенциала и возможностей личностного роста, с тем, чтобы четко представлять, на какие стороны психического и личностного развития следует больше обращать внимания в процессе психологической реабилитации.

Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья перерастает рамки медико-социального, педагогического и психологического пространства, выходит в значительно более масштабное социокультурное пространство, привлекая к себе внимание широкой общественности, а не только узко ориентированных специалистов.

Социальный характер проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья выражается в следующем:

- в объекте и цели. Объектом выступают продукты человеческой культуры и социальное окружение, конечной целью реабилитации – интеграция ребенка в социум и его самоутверждение как субъекта жизнедеятельности;

- социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья выступает неременной «составляющей» их социализации;

- дети с ограниченными возможностями здоровья образуют особую и многочисленную социальную группу населения, неоднородную по своему составу и дифференцированную по возрасту, полу и социальному статусу, занимающую значительное место в социально-демографической структуре общества. Особенностью этой социальной группы является неспособность самостоятельно реализовать свои конституционные права на охрану

здоровья, реабилитацию, труд и независимую жизнь;

– жизненные проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья являются предметом заботы государственных и общественных структур. Переход на платные медицинские услуги, платное образование, неприспособленность архитектурно-строительной среды к особым нуждам детей-инвалидов в зданиях общественной инфраструктуры (больницах, школах, средних и высших образовательных учреждениях), финансирование государством социальной сферы по остаточному принципу усложняют процессы их социализации и включения в общество;

– содействие успешной социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, создание для этого соответствующих условий являются предметом заботы и практической деятельности не только медиков и педагогов, но и значительного числа других специалистов (социальных работников, психологов, юристов, менеджеров социокультурной сферы и т.д.);

– проблема социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья сопряжена с рядом других проблем, имеющих важное значение для общества, в частности проблем их профессионального самоопределения, рационального использования трудового потенциала. Вместе с тем, ожидания этой группы населения не всегда согласуются с условиями российской действительности, которая не может удовлетворить в полной мере потребности детей с ограниченными возможностями и семей, в которых они проживают.

Психологи, описывая характерные особенности детей с ограниченными возможностями, отмечают у большинства из них следующие проявления. Так М.С. Певзнер отмечает частые явления психического инфантилизма [96; 98]. При всех формах инфантилизма, – указывает он, – недоразвитие личности является ведущим и, определяющим симптомом» (1982). По мнению Леонтьева, для детей-инвалидов характерна неразвитость волевой сферы. В своих поступках такие дети руководствуются в основном эмоцией

удовольствия. Они эгоцентричны, не способны сочетать свои интересы с интересами других и подчиняться требованиям коллектива. [17; 169]. Интеллектуальные интересы развиты слабо, для этих детей характерны нарушения целенаправленной деятельности: «Вместо истинной живости и веселости здесь преобладает двигательная расторможенность, эмоциональная неустойчивость; наблюдается бедность и однообразие игровой деятельности» [14; 123]. Хотя отклонения такого рода у детей часто порождаются поражением головного мозга, однако, специфическим условием развития этого типа отклонений личности является неправильное воспитание, ограничение деятельности и общения, связанное с двигательной, речевой и умственной недостаточностью [33; 15-19].

Незрелость больных детей, преимущественно их эмоционально волевой сферы, сохраняется нередко и в юношеском возрасте, и препятствует их школьной, трудовой и социальной, в том числе, социокультурной адаптации [34, 48].

На наш взгляд, социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья является одной из главных социальных проблем не только самих детей и их родителей, но и общества в целом. Общество должно признать ценности ребёнка с ограниченными возможностями как личности, его права на свободу, счастье, защиту и охрану жизни; создать условия для развития ребёнка, реализации его жизненного потенциала; оказать помощь ему в жизненном самоопределении, интеграции в общество, полноценной самореализации.

Ребенок с ограниченными возможностями здоровья – особый ребенок. Он недостаточно защищен психологически, постоянно ощущает физический и моральный дискомфорт. В процессе социальной реабилитации очень важно правильно подобрать оптимальные формы и методы воздействия на таких детей.

Несомненно, ограничение жизнедеятельности, накладывает отпечаток на социальное функционирование детей с ограниченными возможностями здоровья, но несмотря на это, детство выступает самым благоприятным

периодом для накопления ребенком первоначального социокультурного капитала. Весь процесс дошкольного, школьного и послешкольного обучения и воспитания, домашнего воспитания ориентированы на полноценное включение ребенка в контекст современных социальных отношений, в жизнь общества.

Поэтому, социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями должна быть направлена на формирование самосознания личности, ее ролевого поведения и адекватных связей с окружающими, развитие социальной компетентности. Овладение социальными нормами и ценностями, принятыми в данном обществе и закрепленными социальными институтами, – один из важнейших аспектов проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

На наш взгляд, решение проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья целесообразно выстраивать на повышении жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями, содержание которого мы рассмотрим в следующей главе.

По определению ВОЗ, *реабилитация* – это комбинированное и координированное применение методов в социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятиях с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения его оптимальной трудоспособности [92].

В нашей стране принято определение, сформулированное на совещании министров здравоохранения стран СЭВ: *реабилитация* – есть система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественно полезному труду [48].

Существует большое количество определений понятия реабилитации. Во многом это связано с развитием теоретических подходов к данному



направлению. По мнению Е.И. Холостовой [80], *реабилитация* – это процесс, включающий в себя меры и мероприятия медицинского, профессионального и социального характера. Целью разнообразных реабилитационных мероприятий является интегрирование инвалидов в общество.

За рубежом, где такая деятельность имеет достаточно длительную историю, принято различать понятия абилитации и реабилитации. *Абилитация* – это комплекс услуг, направленных на формирование новых и мобилизацию, усиление имеющихся ресурсов социального, психического и физического развития человека. Реабилитацией в международной практике принято называть восстановление имевшихся в прошлом способностей, утраченных по причине болезни, травмы, изменении условий жизнедеятельности. В России реабилитация объединяет оба эти понятия, причем предполагается не узкомедицинский, а более широкий аспект социально-реабилитационной работы.

*Социальная реабилитация* – это наиболее ёмкая и многогранная область реабилитации, включающая комплекс программ и действий, направленных на восстановление социальных функций человека, его социального и психологического статуса в обществе [87].

По мнению М.В. Фирсова, *социальная реабилитация* – это комплекс мер, направленных на восстановление разрушенных или утраченных индивидом общественных связей и отношений вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма (инвалидность), изменения социального статуса (пожилые граждане, беженцы и вынужденные переселенцы, безработные и т.д.), девиантным поведением личности (несовершеннолетние, лица, страдающие алкоголизмом, наркоманией, освобожденные из мест лишения свободы и др.).

«*Социальная реабилитация* – система социально-медицинских, социально-психологических, социально-педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или компенсацию

ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья, дееспособности, социально-психологического функционирования» [77].

Таким образом, социальная реабилитация предполагает деятельность по осуществлению определенных мер, направленных на восстановление индивида. В связи с этим целесообразно определить понятие социально-реабилитационной деятельности.

*Социально-реабилитационная деятельность* – это целенаправленная активность специалиста по социальной реабилитации и ребенка с ОВЗ в целях подготовки последнего к продуктивной социальной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий [21].

Выделяют ряд специальных видов социальной реабилитации:

- *элементарная реабилитация* – объединяет меры, направленные на восстановление наиболее простых, элементарных навыков самообслуживания и передвижения. Данный термин прочно закрепился, например, в практике реабилитации инвалидов по зрению, для которых выполнение перечисленных функций имеет решающее значение для обеспечения самообслуживания;

- *бытовая реабилитация* объединяет меры, направленные преимущественно на восстановление навыков выполнения повседневной бытовой деятельности;

- *социально-психологическая реабилитация* пронизывает, в сущности, все аспекты работы, направленные на восстановление индивидуально-личностного статуса, на восстановление, развитие и формирование способностей и качеств, позволяющие ему успешно играть различные социальные роли (семейные, супружеские, родительские, общественные, политические и др.), иметь возможность быть реально включенными в разные сферы социальных отношений и жизнедеятельность. Содержательный смысл социально-психологической реабилитации заключается, прежде всего, в восстановлении оптимального

функционирования психологических механизмов, обеспечивающих социальную деятельность и социальную интеграцию;

– *педагогическая реабилитация* объединяет меры коррекционного обучения и воспитания, направленные на усвоение ребенком определенной системы знаний, норм и ценностей, позволяющих ему успешно функционировать в качестве полноправного члена общества. Роль педагогической реабилитации возрастает при снижении способностей к восприятию, усвоению, актуализации и передачи знаний, смысловой информации вследствие нарушения физического или психического развития;

– *семейная реабилитация* объединяет меры разного порядка (социального, педагогического, психологического и др.), направленные на восстановление обычных нормальных ролевых функций в семье, а также подготовку их к самостоятельной и независимой жизни в семье;

– *рекреационная реабилитация* – позволяет реализовать свои духовные и творческие интересы, потребности в физическом развитии и совершенствовании. Важными составляющими рекреационной реабилитации является социокультурная реабилитация, физкультурно-оздоровительные мероприятия и спорт. Социальный тренинг и общение в ходе занятий, связанных с отдыхом, позволяют более успешно решать задачи и в других сферах деятельности. Рекреационная реабилитация помогает освободиться от комплекса неполноценности, пробуждает интерес к жизни [7].

Конечной целью социальной реабилитации является восстановление социального статуса личности, обеспечение социальной адаптации в обществе, достижение материальной независимости.

Как считает В.П. Вайзман [14], социальная реабилитация осуществляется в двух самостоятельных направлениях:

а) приспособление окружающей среды к потребностям инвалидов (обеспечение средствами передвижения, протезно-ортопедической помощью, другими техническими средствами для труда, быта, обучения, досуга,

физкультуры, спорта, духовно-нравственного развития иных сфер жизни и т.д.)

б) приспособление инвалида к своему дефекту, помощь в адаптации к окружающей среде, развитие навыков, обеспечивающих возможно независимое социальное функционирование.

Осуществление социальной реабилитации детей с ОВЗ в значительной мере зависит от соблюдения ею основных *принципов*, к которым относят: адресность, непрерывность, этапность, доступность, комплексность, дифференцированность, последовательность, добровольность, гуманность, преемственность, конфиденциальность [15]. Некоторые авторы формулируют основные принципы социальной реабилитации следующим образом: как можно более раннее начало осуществления реабилитационных мероприятий, непрерывность и поэтапность их проведения, системность и комплексность, индивидуальный подход. Рассмотрим сущность основополагающих принципов социальной реабилитации более подробно.

*Принцип адресности* – принцип социального обслуживания населения, предусматривающий предоставление социальных услуг конкретным лицам (адресатам), нуждающимся в этих услугах.

Ведущий принцип устройства современного общества – *принцип равных социальных прав и возможностей индивидов*, которые предоставляются каждому члену общества вне зависимости от его физических, психических, интеллектуальных и прочих особенностей [86]. В соответствии с ним инвалиды рассматриваются не только как объект заботы общества, но как субъекты своей собственной жизнедеятельности. Социальные права включают в себя не только удовлетворение элементарных потребностей, обеспечение выживания, но также и всю полноту социальных потребностей индивида. Разумеется, наличие и осознание этих потребностей лимитируется развитием способности инвалида к пониманию и оценке окружающей действительности, себя самого и своего места в социальном мире. Правда, актуализация этой возможной доступности и степень ее

гарантированности в немалой степени зависят от ряда объективных и даже субъективных обстоятельств и ограничиваются объемом социально-экономических ресурсов данного общества и государства.

Все более влиятельно заявляет о себе *принцип активного участия инвалидов в организации работы служб помощи* для них, в формировании и реализации государственной социальной политики по отношению к лицам с ограниченными возможностями, изложенный в ряде международных правовых документов, в том числе, в Стандартных правилах обеспечения равных возможностей для инвалидов [17], этот принцип в последнее время активно воплощается в практике реабилитационных служб ряда зарубежных стран в качестве программы «Shape your lift», что можно перевести как «формируй свою жизнь». В соответствии с этой программой инвалиды либо получают средства на руки, либо получают право распоряжаться средствами, выделяемыми государственными или муниципальными органами для их реабилитации, охотно оплачивают деятельность тех служб или отделений, которые являются полезными для себя, работу тех сотрудников, со стороны которых заботливое и компетентное отношение [19].

Также из практики зарубежных социальных систем пришел к нам *принцип независимой жизни лиц с ограниченными возможностями*, который заключается в их максимальном развитии и использовании способностей к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению. Помощь и содействие, оказываемые инвалиду различными учреждениями и организациями, должны быть адекватными его состоянию и самочувствию, приниматься (или отвергаться) на добровольной основе, содействовать самопомощи и побуждать к ней.

К числу важнейших относится также *принцип неразрывной связи индивида с ограниченными возможностями и социальной среды*. Разумеется, среда влияет на инвалида по многим направлениям – через общие социальные связи и чувства, через ближайшую социальную сеть, через общественные настроения, предрассудки и ожидания. Даже в стационарном

социальном учреждении индивиды находятся под воздействием своего социального окружения – однообразного, монотонного и бедного.

Личность инвалида формируется в конкретных социальных условиях. Однако и сами инвалиды сознательно или бессознательно формируют свое социальное окружение, в большей мере влияя на ближайшие звенья своей социальной сети, в значительно меньшей мере на общество в целом. Это находит отражение в феномене созависимости [34], в неблагоприятном эмоциональном фоне многих инвалидных семей, в сознательном или бессознательном стремлении ряда инвалидов к манипулированию теми лицами, с которыми они общаются. Разумеется, сказанное не означает, что всякое общение инвалида манипулятивно или контрпродуктивно. Социальные коммуникации каждого индивида, независимо от его физических или психических условий, являются важнейшей частью его социальной роли. Лицам с ограниченными возможностями труднее, чем другим, строить эгалитарный тип отношений, в своих социальных связях они могут соскальзывать к ассиметричной системе взаимодействия, тем более, если инвалидность наступила в детстве.

Принцип связи индивида и социальной среды позволяет избежать сведения всех проблем лиц с физиологическими, психическими или интеллектуальными ограничениями только к медицинским вопросам. В круг изучения включаются обстоятельства проживания, воспитания, обучения, общения инвалида, возможность или невозможность удовлетворения всех присущих ему потребностей, а не только первичных, витальных.

Одним из основополагающих является *принцип изучения и сохранения семейных и социальных связей инвалида*, ибо для каждого индивида его семья должна являться наиболее совершенной и функциональной социализирующей и реабилитирующей средой. Что касается детей с объективными ограничениями, лиц с нарушениями функций, пожилых людей, переживающих возрастные изменения, то исследованиями статистически достоверно установлено, что только в условиях семьи они

могут добиться высоких показателей в развертывании своей жизнедеятельности, сохранении социальной и интеллектуальной адекватности, во всяком случае, по сравнению с лицами, находящимися в государственных стационарных учреждениях.

Чрезвычайно важен *принцип комплексности и последовательности реабилитационных мероприятий*, поскольку отдельные несистематизированные меры могут не принести полноценного положительного результата или даже, в редких случаях, сказаться негативно. Незавершенность реабилитационной программы, отсутствие некоторых направлений сокращают возможности реализации индивидуального реабилитационного потенциала [33].

Хотя в последнее время все более подчеркивается субъектная роль индивида в его участии в реабилитационном процессе, значение деятельности негосударственных социальных благотворительных обществ, ассоциаций самопомощи лиц ограниченными возможностями, однако ведущим в наших условиях должен оставаться *принцип государственных социальных гарантий для инвалидов*. Это обусловлено, с одной стороны, провозглашением нашей страны социальным государством, которое, таким образом, принимает на себя ответственность за социальное благосостояние своих граждан.

Как отмечает А.Д. Гонеев, в процессе реабилитации на разных уровнях затронуты различные структуры, которые в той или иной мере воздействуют на особенности ребенка. Главной и основной целью всего процесса реабилитации является включение ребенка с ДЦП в жизнь социума и его социализация.

*На первом уровне реабилитации (микроуровне)* сам ребенок рассматривается как система. Воздействие идет на тело и психику ребенка. При этом появляется возможность включения компенсаторных механизмов самого организма ребенка с ДЦП. Здесь существенную помощь оказывают медицинские и психологические службы. Основная цель рассматриваемого

уровня – достичь наибольшего физического оздоровления ребенка, помочь ему в осознании своей субъектности.

*Второй уровень реабилитации – мезоуровень.* На данном уровне нетипичный ребенок рассматривается в рамках социального окружения, семьи, исследуются его взаимодействия с другими детьми, сверстниками, друзьями, рассматривается влияние школы. На мезоуровне важно выявить значение для ребенка каждой из этих структур, скоординировать деятельность различных систем, чтобы они могли более плодотворно оказывать воздействие на ребенка с целью его включения, интеграции в жизнь социума.

Цель мезоуровня реабилитации – обучение и воспитание ребенка с ДЦП, развитие у него коммуникативных навыков. На мезоуровне ребенок рассматривается не как отдельный индивид с особыми нуждами, как предполагается на микроуровне, а как единая взаимосвязанная с другими членами общества система. Каждая отдельная структура, звено, система мезоуровня имеют свои ресурсные возможности. Важно выявить эти ресурсы, скоординировать их потенциал.

*Третий уровень – макроуровень.* Он предполагает рассмотрение ребенка в рамках всего социума. Сюда входит, прежде всего, социальная политика, государственные программы, учреждения, мероприятия, общественные объединения, фонды и т. д., созданные в рамках всего социума и призванные помочь индивидам с особыми нуждами на уровне государства. Основная цель макроуровня, как и всего процесса реабилитации, – это включение ребенка с ОВЗ в социум, его социализация [58].

Необходимо отметить, что все три уровня реабилитации тесно связаны между собой. Деятельность на макроуровне напрямую влияет на самого ребенка, то есть на микроуровень, через государственную политику в области здравоохранения, образования, занятости и т.д. Существует и обратная связь, когда на микроуровне составляются программы помощи



детям с интеллектуальной недостаточностью, которые рассматриваются на макроуровне.

## 1.2. Жизнеспособность как интегральное качество личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Жизнеспособность стала объектом научного исследования сравнительно недавно: в семидесятых годах XX в. впервые прозвучал термин «неуязвимый» ребёнок. Этот термин являлся ключевым для характеристики детей и подростков, выживающих в неблагоприятных условиях жизни. От неуязвимости перешли к термину «жизнеспособность», так как он предполагает невосприимчивость к вредным воздействиям, которая не является точной характеристикой таких детей и подростков [4].

Единого определения понятия «жизнеспособность» в настоящее время не существует. В толковом словаре русского языка слово «жизнеспособность» трактуется с двух позиций: жизнеспособность биологическая и жизнеспособность социальная. Биологическая – «способность быть живым, сохранять жизнь», социальная – «способность существовать и развиваться, приспособленный к жизни». В Большой советской энциклопедии жизнеспособность в первом варианте – это «состояние организма, характеризующееся способностью к обмену веществ, росту и размножению»; во втором варианте – это «способность существовать и развиваться, приспосабливаться к жизни».

Одно из первых определений жизнеспособности дал У.Эшби, в его трактовке жизнеспособности как способности системы охранять свои характеристики в заданных пределах. В пятидесятых годах прошлого века, психологическая школа Б.Г. Ананьева дает определение жизнеспособности как «общего энергетического потенциала, определяющего готовность к эффективному функционированию, продуктивности поведения человека как субъекта в условиях экстремальной ситуации и результативность его

деятельности, направленные на поиск выхода из нее». В последующие годы исследования направлены были на теоретическое осмысление понятия жизнеспособности (И.М.Ильинский, О.С.Разумовский, А.С.Ахиезер, М.Ю.Хазов и др.)

По мнению М.Ю. Хазова и О.С. Разумовского жизнеспособность как центральное понятие теории жизнеспособных систем, соотносится с такими категориями, как «жизнестойкость», «жизнеобеспечение», «существование/несуществование», «жизненность» и др. [78].

В науках, представляющих психолого-педагогическое направление, наблюдается значительное расхождение во взглядах на сущность жизнеспособности. Рассмотрим ряд определений данного понятия, предложенных авторами. В педагогике определение понятия «жизнеспособность» с начала 1990-х годов представлено, пожалуй, единственной формулировкой. В понимании И.М. Ильинского, *жизнеспособность личности соотносится с социальной адаптацией и означает готовность функционировать и полноценно развиваться в обществе, приспосабливаться к среде, преодолевать её негативные влияния* [2].

Е.А. Рыльская предлагает иной методологический подход к анализу жизнеспособности, который конкретизируется в следующей формулировке исследуемого понятия. С позиции системно-динамического подхода автор *жизнеспособность человека понимает как способность к созданию нового в самой жизни, к творческому освоению человеком природных и социальных обстоятельств.* Здесь жизнеспособность понимается как творчество в сфере собственного существования [71].

А.И. Лактионова и А.В. Махнач определяют *жизнеспособность как способность человека к самостоятельному существованию, развитию и выживанию. Жизнеспособность – это индивидуальная способность человека управлять собственными ресурсами: здоровьем, эмоциональной,*

*мотивационно-волевой, когнитивной сферами, в контексте социальных культурных норм и средовых условий [40].*

По мнению А.И. Лактионовой, жизнеспособность включает в себя способность рационально планировать и эффективно, успешно совершать действия в определённых условиях. *«Жизнеспособность – это способность человека или социальной системы строить нормальную, полноценную жизнь в трудных условиях» [4].*

К.А. Абульханова-Славская рассматривает жизнеспособность с точки зрения субъектно-деятельностного подхода «человек соответствует социальным изменениям, поскольку сознание обеспечивает определенность личности, способы ее самовыражения, самореализации в жизни, ее интегративную сущность. Кроме того, к образованиям сознания на его разных уровнях относятся Я-концепция, ценностно-смысловые образующие, личностные идеалы и мировоззрение» [50].

По мнению В.Д.Шадрикова «жизнеспособность представляет собой интегрирующую совокупность психологических проявлений, которые не просто способствуют выходу человека из трудной жизненной ситуации, но также являются непременными условиями этого выхода, выступая в качестве механизма и предиктора самоорганизации и реинтеграции в кризисной ситуации» [48 ].

А. Рейсман говорит о жизнеспособности как «во-первых, как способности субъекта жить настоящим, то есть переживать настоящий момент своей жизни во всей его полноте, ощущать неразрывность прошлого, настоящего, будущего; во-вторых, как о высокой степени независимости его ценностей и поведения от внешних воздействий, способности жить, «как изнутри направляемая личность» [72].

П.И. Бабочкин предлагает модель жизнеспособной личности в контексте взаимосвязи ее биологического, психического и социального аспектов как характеристики эффективного выполнения целевой функции, которая определяется смысложизненными ориентациями. По мнению автора

высокий уровень жизнеспособности человека обеспечит достижение этих целей, что положительно повлияет на поддержание жизнеспособности: «В биологических системах адаптация, конечно, играет, решающую роль для сохранения вида.

Для социального субъекта она тоже необходима, но здесь ведущим фактором является социальная активность, направленная на саморазвитие субъекта и его активное отношение к социоприродной среде, что позволяет обеспечивать прогрессивное развитие данного субъекта». «Человек более жизнеспособен, когда ответственность за свои свершения и возможные ошибки он принимает на себя. Ответственность у человека проявляется как его способность по ходу жизни видеть, выделять, ставить проблемы, своевременно осознавать и принимать ответственные решения.» [40].

О.А. Кондратенко трактует жизнеспособность как синоним психического здоровья и рассматривает как предпосылку психологического здоровья: «Психическое здоровье человека интерпретируется как собственная жизнеспособность человека, жизненная сила, обеспеченная полноценным развитием и функционированием психического аппарата» [41].

В современной науке жизнеспособность рассматривается и в контексте совладающего поведения (coping англ.яз.), как индивидуального способа взаимодействия с ситуацией в соответствии с ее собственной логикой, значимостью в жизни человека и его психологическими возможностями. По Д. Хкеллерстайн определяет жизнеспособность как эффективный копинг, который реализует функцию ослабления хронического стресса. В рамках данной концепции копинг используется как для обеспечения и поддержания благополучия человека, его психического и физического здоровья, так и для удовлетворения в социальных контактах.

«Жизнеспособность личности», согласно М.П. Гурьяновой – интегративное динамическое качество личности, представленное совокупностью ценностных ориентаций, стремлением к саморазвитию и мотивации достижений, способностей и базовых знаний, позволяющих

успешно функционировать и гармонично развиваться в изменяющемся социуме [72].

В своем исследовании мы конкретизируем понятие жизнеспособностью ребенка с ограниченными возможностями здоровья как *индивидуальную способность ребенка по управлению собственными личностными ресурсами в процессе его социальной реабилитации.*

*Жизнеспособность ребенка с ограниченными возможностями здоровья* рассматривается нами как многоуровневое интегративное качество личности, включающее в себя: на индивидном уровне – адаптивные свойства; на личностном – духовно-ценностные ориентации, морально-нравственные установки взгляды и чувства, творческую направленность личности; на индивидуальном – качественно своеобразное проявление потенциальных свойств жизнеспособности, присущее детям с ОВЗ как уникальной личности.

Как определить, кто является жизнеспособным? – безусловно тот, кто обладает ресурсами жизнеспособности: здоровьем, социально-психологической устойчивостью к воздействию окружающей среды, позитивным мышлением, наличием целей и смысла в жизни, активностью и ответственностью [71].

Говоря о структурных компонентах жизнедеятельности, обратимся к теории Е.А. Рыльской, согласно которой, к структурным компонентам жизнеспособности относятся: способность к адаптации, способность к саморегуляции, способность к саморазвитию, осмысленность жизни и коммуникабельность. [72].

А.А. Нестерова определяет жизнеспособность как устойчивую диспозицию личности, которая включает в себя такие компоненты как:

- способность к активности и инициативе;
- способность к самомотивации и достижениям;
- эмоциональный контроль и саморегуляция;
- позитивные когнитивные установки и гибкость мышления;
- самоуважение;

- социальная компетентность;
- адаптивные защитно-совладающие стратегии поведения;
- способность организовывать свое время и планировать будущее.

[57].

По мнению В.М. Ялтонского и Н.А.Сироты структуру понятия жизнеспособности отражает модель адаптивного копинг-поведения, включающая в себя: стратегии поведения; когнитивную оценку ситуации, которая и лежит в основе дальнейшего «движения к новому этапу жизни»; личностно-средовые ресурсы, необходимые для его осуществления [57].

Е.Г. Шубникова выделяет компоненты, развитие которых, по мнению автора, способствует повышению уровня жизнеспособности личности: социальная активность; ценностные ориентации; владение ключевыми компетентностями в различных сферах деятельности; широкий круг знаний о жизни и знаний для жизни; личностная зрелость; социальная зрелость; развитость духовной сферы личности [34].

М.П. Гурьянова определяет жизнеспособность как личностное качество индивида, характеризующее его стремление достойно проявить себя в различных социально-экономических ситуациях и выделяет в качестве главных компонентов жизнеспособности человека следующие:

- наличие личностных качеств, умений и способностей, помогающих продуктивной творческой самореализации человека, социально-трудовых, нравственно-волевых, деловых, коммуникативных, организаторских качеств;
- высокая степень психологической устойчивости личности;
- позитивное мировоззрение; оптимистическое отношение к действительности; практичность, деловитость, реальный взгляд на вещи, события, явления; гибкое мышление; позитивное мышледействие;
- выбор здоровьесберегающей модели поведения;
- высокий уровень развития нравственно-волевой сферы личности;
- способность к нравственному самоопределению;

- мотивация к самодисциплине;
- развитость волевых качеств (самоустремленность, смелость, мужество);
- мотивационная готовность к преодолению трудностей;
- самоактуализация в экстремальных ситуациях;
- высокий уровень трудоспособности – наличие потребности и способности к систематическому труду [39].

С.Р. Барнард в своей концепции формирования и развития жизнеспособности определяет девять коррелирующих с жизнеспособностью психологических феноменов:

- ребенок с младенчества был принимаем своими родителями и окруженным заботой, вниманием, лаской;
- отсутствие сиблингов до достижения ребенком возраста двух лет;
- высокий уровень интеллекта;
- умения и навыки развития близких, теплых взаимоотношений;
- высокий уровень мотивации достижений;
- способность конструировать продуктивные смыслы для осознания событий, происходящих в жизни;
- способность избирательно на время освобождаться от некоторых обстоятельств, связанных с семьей и домашним хозяйством, реализовывать свой потенциал в других сферах жизни, а потом, вернувшись, конструктивно взаимодействовать внутри семейной системы и создавать прочные семейные связи;
- интернальный локус контроля;
- отсутствие тяжелых травм и болезней в период юности.

Все компоненты жизнеспособности не только связаны между собой, но и степень этой связанности возрастает по мере увеличения их онтологической сложности, соотносимой с уровнями жизнедеятельности человека (от адаптации индивида к саморегуляции личности, далее к

субъектному развитию и индивидуально-своеобразному осмысленному социальному бытию) [33].

Жизнеспособность характеризует органическое единство психофизиологических и социальных способностей человека к эффективному применению средств позитивного самовыражения и самореализации в рамках конкретного культурно-исторического социума.

Обобщая психологические исследования, можно выделить два уровня жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья – *психофизиологический* и *социально-личностный*.

Психофизиологическая жизнеспособность характеризует жизнедеятельность подростка на уровне биологического организма и индивидуально-типических свойств психики:

- свойственная организму ребенка достаточно высокая приспособляемость к изменениям в типичной для него природной и социальной среде, проявляющаяся в сохранности привычного позитивного самочувствия, с одной стороны, и характер ограничения жизнедеятельности,
- с другой;

- постоянство и идентичность эмоциональных переживаний в однотипных ситуациях;

- соответствие психических реакций силе и частоте средовых воздействий, социальным обстоятельствам и ситуациям.

Социально-личностная жизнеспособность подростка характеризует его жизнедеятельность на уровне субъектности:

- осознание индивидом непрерывности, постоянства и идентичности своего физического, психического и личностного «Я»;

- способность управлять своим поведением в соответствии с социальными нормами, правилами и законами;

- позитивная критичность к себе и собственной жизнедеятельности во всех ее формах и проявлениях, а также к ее результатам;



– способность к позитивному планированию своей жизнедеятельности и реализации этого плана в общих чертах;

– способность изменять поведение и уточнять смысл своего существования в зависимости от смены жизненных обстоятельств.

Могут быть выделены следующие качественные динамические показатели сформированности жизнеспособности ребенка на обоих уровнях: устойчивость – изменчивость, ситуативность – стабильность. В то же время жизнеспособность как системное качество личности ребенка в своем развитии проходит через следующие состояния: нецелое (несвязанное), целое (связанное) и оптимально целое (единое целое).

В процессе развития человека в онтогенезе структура его личности претерпевает различные изменения, фиксирующие ее качественно новые состояния. Эти изменения могут приводить к временным проявлениям состояния «нездоровье» как трудностям личностного роста. Причиной появления феномена «нездоровье» у подрастающего поколения (в частности, у детей с ОВЗ) являются системные нарушения жизнеспособности, которые проявляются в неспособности к позитивному саморазвитию в конкретных жизненных обстоятельствах в связи с ограничением жизнедеятельности.

В особой ситуации находятся дети с ограниченными возможностями здоровья, то есть дети, имеющие физические и психические отклонения в развитии. Одним из ведущих факторов риска в развитии личности такого ребенка является наличие тяжелого инвалидизирующего заболевания. Помимо непосредственно нарушенных функций организма (первичного дефекта, по Л.С. Выготскому), у ребенка остро выделяются личностные и межличностные трудности (вторичные и третичные дефекты) в связи с осознанием своих ограниченных возможностей здоровья.

В дальнейшем это может привести к внутриличностным конфликтам, несформированности Я-концепции, трудностями взаимодействия с окружающими. Но в то же время некоторые подростки стремятся к компенсации физического дефекта, усердно учатся, занимаются

гимнастикой, увлекаются творчеством и имеют близких друзей.

В связи с этим мы рассмотрели факторы жизнеспособности и факторы риска у детей с ограниченными возможностями здоровья.

Проведенный нами анализ существующего состояния проблемы измерения жизнеспособности человека в зарубежной и отечественной психологии позволил нам выявить шесть наиболее часто выделяемых компонентов жизнеспособности в структуре жизнеспособности человека (пять – внутренних и один – внешний): самоэффективность, настойчивость, внутренний локус контроля, совладание и адаптация, духовность, семейные и социальные взаимосвязи.

*Самоэффективность* включает в себя индивидуальные ожидания и представления, веру в свою способность мобилизовать мотивацию, когнитивные ресурсы, и действия для оказания влияния на то или иное событие, адекватную самооценку, веру в свою эффективность.

*Настойчивость*, как упорство, живучесть определяет самодисциплину человека и его желание продолжить борьбу за восстановление баланса после воздействия неблагоприятных событий жизни.

*Внутренний локус контроля* связан: с восприятием человека возможности влиять на окружение и ход жизни в будущем, с его верой в то, что он инициатор и ответственен посредством своих действий за все, происходящее в его жизни; оптимистичностью по поводу его способности находить позитивные решения для самих себя и других.

*Совладание и адаптация.* Совладение связано с: когнитивными и поведенческими стратегиями, используемыми человеком для управления потребностями в неблагоприятных условиях, тогда как адаптация является процессом приспособления к изменяющимся или неблагоприятным обстоятельствам; уверенностью в том, что он может успешно совладать с неблагоприятием, неблагоприятными условиями; использованием эмоционально-ориентированных и направленных на решение проблем стратегий.

*Духовность* (сила духа, вера в экзистенциальный смысл жизни) – шестой компонент жизнеспособности человека. Оценивает уровень духовного и нравственного развития человека. Важно отметить, что эта шкала не нацелена на оценку исключительно принадлежности к церкви, исполнению тех или иных религиозных практик, скорее как внутренний регулятор отношения к событиям вокруг человека, как план жизнедеятельности, снижающий уровень неудовлетворенности собой и делающий более осмысленной существование человека в мире.

А. В. Махнач оценивает *межличностные связи* как важный источник эмоциональной поддержки, который служит основанием жизнеспособности; способность индивида использовать семью, социальную и любую внешнюю систему поддержки для лучшего совладания со стрессом.

Первые четыре шкалы позволяют оценить вклад индивидуально-психологических характеристик в жизнеспособность человека. Пятая шкала – отражает духовную сущность человека, его экзистенцию. Шестая шкала оценивает социальное и семейное окружение, способствующее жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Эмпирическими критериями жизнеспособности человека выступают «удовлетворенность жизнью» и «беспомощность» как переменные устойчивые, имеющие максимально константную дисперсию в выборках испытуемых разного возраста вне зависимости от специфики этапов онтогенеза (литической или критической).

«Самоактуализационный потенциал» и «духовная включенность» являются интегративными факторами жизнеспособности человека. Первый интерпретируется в контексте открытости системы жизнеспособности человека, реализуемой в той мере, в какой позволяет ригидность как функция закрытия системы от внешних взаимодействий.

Второй фактор «духовная включенность» может рассматриваться как симптомокомплекс сущностных свойств человека, позволяющих ему реализовать свою жизнеспособность присущим человеку (в отличие от

животного) способом.

Структура жизнеспособности человека подчиняется закономерности гетерархичности, предполагающей конфигурационные изменения структурных связей с течением времени.

Генезис жизнеспособности как нелинейной системы определяется количественно-качественными трансформациями ее компонентов в целостной структуре по направлению к аттракторам (саморазвитию и осмысленности жизни).

Таким образом, компоненты жизнеспособности, рассматриваемые различными авторами, не позволяют ребенку с ограниченными возможностями здоровья обладать высоким начальным потенциалом жизнеспособности. Однако развитие адаптационных способностей, коммуникативных способностей, способности к саморегуляции, способности к саморазвитию, а также формирование адекватных механизмов психологической защиты такого ребенка в рамках организации социальной реабилитации позволит значительно повысить уровень его жизнеспособности.

## 2. ПОВЫШЕНИЕ ЖИЗНЕСПОСОБНОСТИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ СРЕДСТВАМИ СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

### 2.1. Критерии и факторы жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья

Отечественные исследователи, занимающиеся изучением проблемы психологической жизнеспособности человека, неизменно сталкиваются с тем, что категория жизнеспособность в психологии пока не имеет убедительных теоретических и операциональных оснований. Для многих ученых она полимодальна, метафорична и альтернативна с точки зрения ее необходимости в тезаурусе современной психологии. Кроме этого, понятие жизнеспособность перекрывается многочисленными родственными понятиями с похожими референтами: чувство связности – разрастание – неуязвимость – жизнестойкость. Тем самым оно влечет за собой шлейф ассоциаций, берущих начало в традиционном ограниченном контексте, ориентированном на познание этого феномена в контексте совладающего поведения как свойства личности, отвечающего за преодоление жизненных трудностей. Получается, что человеку, жизнь которого не сопряжена с испытаниями бытия, жизнеспособность как бы и не нужна. Действительность, однако, свидетельствует об обратном.

Интенсивность потребности в актуализации жизненных способностей человека может возрастать как раз под влиянием отсутствия видимых трудностей. Недовольство обыденным, рутинным бытием или состояние гипертрофированной самодостаточности примитивного существования как своеобразного варианта обломовщины в стиле модерн в одинаковой степени могут провоцировать ощущение экзистенциального вакуума, осознанной или неосознанной утраты ценности жизни [59].

Соответственно, жизнеспособность – это не только функция системы,

действующей по принципу экзистенции «вопреки», а функция установления позитивных отношений со средой и самим собой, т. е. становления собственного гармоничного жизненного мира. Однако это положение пока мало кем осознается, поэтому можно предвидеть, что не только предлагаемый подход к определению критериев жизнеспособности человека, но и сама постановка вопроса об этих критериях в настоящее время кому-то покажется преждевременной.

Проблема осложняется тем, что феномен жизнеспособности в его системном смысле пока не раскрыт, потому он считается до сих пор в более устоявшемся биовитальном аспекте. Мы оказываемся перед сложнейшей проблемой: мы не понимаем пока, каким образом человек может быть «жив» (жизнеспособен) в анатомо-физиологическом смысле, и «мертв» (нежизнеспособен) в психологическом смысле этого слова [59].

С.Л. Рубинштейн который считал, что человек есть личность, поскольку у него есть свое лицо и поскольку даже в самых трудных жизненных испытаниях он этого лица не теряет [10]. Следовательно, человек жизнеспособен в такой мере, в какой он является личностью, он жизнеспособен, если может осуществить свою жизнеспособность личностным способом. Личность, являясь системным качеством человека, координирует путь обретения человеческой сущности [5].

Личностное начало в человеке – это холистическое начало. Признаки жизни могут сохраняться в теле, даже если разрушена личность, но это будет уже не целостная человеческая жизнь. Не случайно в современной антропологической психологии, которая не забывает цитировать слова Л.С. Выготского о том, что «без человека... как целого нельзя объяснить деятельность его аппарата (мозга)» [6, 60], идея целостности является ключевой идеей.

В философии, быть может, ближе всех к пониманию человеческой целостности подошел С. Эспиноза, утверждавший, что человек – это существо, которое, занимая особое место среди животных, как индивид

становится личностью в силу своей свободы и коммуникабельности [90].

По мнению М.М. Бахтина, полифоническая картина целостности жизненного мира человека обеспечивается диалогом, который приводит в единство множество единичных центров-сознаний, и мир не распадается на солипсические монады [2]. Отсюда вытекает особое понимание личности в ее сущностном аспекте – способности к диалогу как конструктивному общению.

Однако личностное в человеке трудно мыслить без духовного. Развитие духовных способностей, по мнению В.Д. Шадрикова, прежде всего, связано с развитием человека как личности. К этому выводу пришел в свое время и В. Франкл, заметив, что заключенный, обнаруживавший, что он не может больше выносить реальность лагерного существования, находил возможность выхода в своей духовной жизни, которую СС не в состоянии разрушить [85].

Таким образом, задается определенный контекст определения критериев жизнеспособности человека, такой контекст, о котором говорил в свое время В. Франкл (духовное – это то, что отличает человека, что присуще ему одному), и что подтверждают наши современники (духовность как свойство личности является фундаментальным качеством человека) [85].

В рамках этого контекста базовым критерием жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья можно считать *критерий личностно-духовный*, обеспечивающий системную целостность человека – существа, символизирующего высшую ступень мироздания, представляющего такой уровень развития живой материи, на который невозможно экстраполировать то, что мы знаем о жизни и жизнеспособности других существ.

Вместе с тем при определении критериев жизнеспособности нельзя не учитывать и того факта, что важной характеристикой жизни человека, его бытия является время. Задачи жизни, их смысл имеют разную степень осознания и значимости на разных этапах. Это, в свою очередь, означает

установление возрастных (темпоральных) параметров измерения свойства, обозначаемого понятием «жизнеспособность», т. е. определение *уровневого критерия жизнеспособности*.

Духовно-личностные критериальные основания жизнеспособности человека дают определенные ориентиры для решения этой задачи. Постепенное «накопление духовности», по мнению возрастных психологов, является необходимым условием развития человека в период зрелости [16]. Этот период характеризуется наиболее полным проявлением личностного в человеке через духовное, т. е. отношение к другому человеку.

Зрелость является сензитивным периодом для исследования жизнеспособности еще и потому, что характеризует существование человека, обладающего всеми формами жизненного пространства. Неклассическая парадигма в психологии, задающая соответствующие ориентиры в изучении системной целостности психической жизни человека, актуализирует важную составляющую жизненного пространства – категорию «жизненные задачи».

По мнению М.М/ Айшервуд, целостность может быть раскрыта через процесс решения личностью жизненных задач, влияющий на модификацию личности как целого [1]. Эти задачи решаются в жизненном пространстве человека путем его создания в различных сферах бытия. Факт решения этих задач может выступать как объективный критерий жизнеспособности человека в период зрелости.

Соответственно, учитывая вышеизложенное, можно обозначить следующие критерии жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья:

- *лично-духовный* (холистический), позволяющий судить о системной целостности жизнеспособного человека;
- *коммуникативный* (диалогический), характеризующий операциональную сторону жизнеспособности – средство ее осуществления;
- *уровневый* (темпоральный), определяющий период наибольшей исследовательской сензитивности для феномена жизнеспособности.



Понятие «жизнеспособность» связано со способностью человека или группы людей развиваться вопреки дестабилизирующим событиям, трудным условиям жизни и серьезным травмам. С. Лютар и соавторы определяют *жизнеспособность как динамический процесс, включающий в себя позитивную адаптацию в контексте значимых неблагоприятных условий жизни*. Дж. Шефер и Р. Моос уточняют, что адаптация проявляется в положительной динамике в одной из трех областей: социальных ресурсах, интеллектуальных ресурсах и собственно адаптационных.

Согласно литературным источникам, жизнеспособность как характеристика чаще употребляется по отношению к детям, чем к взрослым, однако ее развитие происходит на протяжении всей жизни. М. Унгар показывает, что жизнеспособность одинаково зависит как от самого индивида, так и от ситуации, в которой он находится, а также от более общих условий социальной среды в целом среды.

Так, Н. Гармези выделил три фактора, определяющих позитивное развитие ребенка в неблагоприятных условиях:

- личные качества/черты характера;
- поддержка со стороны семьи;
- внешняя поддержка, помогающая справиться с трудностями, в том числе за счет прививания положительных ценностей [40].

Представляется возможным выделить несколько уровней социального окружения ребенка и обозначить их как микро- и макросоциальные факторы развития, проявляющиеся, соответственно, в микро- и макросоциальных средах жизни [39].

*Под микросредой* мы понимаем самый ближний круг ребенка с ограниченными возможностями – его семью, под *макросредой* – более общие условия, к которым относятся система образования и институциональные трансформации в семье как общественном институте.

Так как среда ребенка постоянно изменяется при трансформации ее многочисленных компонентов, точнее было бы говорить о множественности

сред, а в аспекте возрастного развития – об их постоянной дифференциации.

Показано, что соотношение, существующее между средовыми компонентами и возрастная динамика различных психологических свойств – когнитивных характеристик и особенностей личности, а также соотношение нормальных свойств и патологии, в значительной степени определяются случайными средовыми влияниями или теми условиями жизни, которые не совпадают у близких родственников.

Так именно индивидуальная, а не общая (разделенная) среда, оказывает существенное воздействие на развитие личности и интеллектуальной сферы. В исследованиях А.И. Лактионовой [39] также были получены данные о том, что в подростковом возрасте, когда идет активный процесс формирования внутренних ресурсов личности, влияние индивидуальной среды максимально, что сказывается на развитии жизнеспособности, определяющей проявления его активности и адаптивности.

При этом темперамент признается большинством исследователей в качестве фильтра, который в результате взаимодействия со средовыми, семейными условиями модерирует их и определяет различные способы и уровень адаптации.

Так, по данным Г.А. Виленской, чувствительность детей к средовым воздействиям различается в зависимости от типа темперамента и биологических характеристик. При этом, например, коммуникативные параметры по мере взросления утрачивают связь с генотипом и становятся более зависимыми от особенностей социального взаимодействия. Получены данные, что в онтогенезе изменяется роль различных факторов развития.

В раннем возрасте особенно велика роль взаимодействия разделенной среды и наследственности, по мере взросления особую роль приобретает собственный опыт, в том числе связанный с развитием самооценки и навыками гибкой переоценки своего Я, активным поиском своей индивидуальной среды и способов преодоления генетических и средовых ограничений.

Основными источниками жизнеспособности подростков являются такие факторы, как система взаимоотношений с ближайшим окружением и связанные с ней навыки социально-ориентированного совладающего поведения и эмоциональной регуляции.

Жизнеспособность подростков, лежащая в основе их социальной адаптации, связана с субъектной активностью подростков и с индивидуальной интеграцией таких психических ресурсов адаптации, как саморегуляция, контроль поведения, совладающее поведение и психологические защиты. Если в этом возрасте жизнеспособность не опирается на внутренние ресурсы личности, а зависит только от внешних источников, то социальная адаптация достигается условно и существует до тех пор, пока существует внешняя поддержка.

Примером являются подростки, воспитывающиеся в условиях интернатных учреждений. Было выявлено, «что показатели уровня жизнеспособности и социальной адаптации у подростков-сирот, проживающих в интернатных учреждениях, выше, чем у дезадаптивных подростков, обучающихся в школе для детей с девиантными формами поведения. Это указывает на то, что в период проживания в интернатном учреждении подростки-сироты лучше, чем дезадаптивные подростки, адаптированы к средовым условиям» [40]. Но при переходе к самостоятельной жизни такие подростки с трудом адаптировались к ее новым условиям. «Для их жизнеспособности и социальной адаптации в постинтернатный период необходимы личностные качества, которые позволят им не только справиться с трудностями, но и позитивно развиваться в будущем.

Исходя из этого, можно заключить, что семейные и социальные влияния на развитие жизнеспособности у детей с органиченными возможностями здоровья должны быть направлены в первую очередь на формирование у них индивидуально-личностных ресурсов.

*Семья как микросоциальный фактор или микросредовое влияние.*

Современные исследования показывают, что одной из важнейших целей воспитания является развитие саморегуляции и самоконтроля. Так, с точки зрения Л. Сроуф и соавторов, измерение жизнеспособности является в первую очередь измерением саморегуляции. Задачами подросткового возраста являются обретение юношами и девушками определенного уровня независимости от взрослых и автономии внутри семьи, а также формирование идентичности и творческого Я.

Джон Хилл предложил интересный подход к проблеме поиска независимости подростками, который подразумевает принятие собственных оценок и регулирование своего поведения. Он пришел к выводу, что независимость или автономию таким образом можно определить через саморегуляцию. Жизнеспособность подростка, а затем и взрослого человека обеспечивается также его способностью к пониманию социальных отношений, включающей в себя умение понимать эмоции, мысли, намерения и поведение других людей.

По данным П. Уайброу, у ребенка почти одновременно развивается способность понимать чувства окружающих и сопереживать им. Эта способность в более широком культурном контексте предшествует формированию самоконтроля и пониманию принципа отсроченного вознаграждения, что в дальнейшем серьезно сказывается на социальной успешности человека.

Каким образом семья может повлиять на развитие и становление этих качеств? Очень важна стабильная привязанность к родителям, которая дает ребенку возможность развивать базовое доверие к миру и положительную самооценку, что является основой развития независимости в дальнейшем как в отношении родителей, так других людей. Безопасная (надежная) привязанность является предиктором формирования индивидуальности и автономности ребенка. Упорядоченная система требований и положительное аффективное отношение к ребенку способствуют формированию эффективных стратегий регуляции поведения, основанных на его ориентации

на людей.

Нарушение эмоциональных связей в семье и, как следствие, отсутствие надежной привязанности оказывает разрушительное воздействие на всю дальнейшую жизнь человека. На основании первых важнейших связей у ребенка формируется внутренняя рабочая модель отношений – образ того, что он ожидает от окружающих, и как он к ним относится.

Ряд исследований указывает на потенциально опасное сочетание двух факторов: 1) плохое выполнение материнских функций; 2) биологическая уязвимость младенца. Это сочетание приводит к ненадежной амбивалентной привязанности ребенка, который будет испытывать сильные страдания, вспышки гнева, а впоследствии и трудности при социальной адаптации [39]. Качество привязанности в младенчестве является не только одним из предикторов последующей успешной эмоциональной регуляции, но и когнитивной эффективности ребенка.

Это характерно не только для младенческого возраста, исследования показывают, что эмоциональные отношения и способы взаимодействия членов семьи оказывают существенное влияние на развитие интеллекта и креативности у детей в более позднем возрасте. Родители могут добиться успеха в развитии у ребенка и подростка саморегуляции, постепенно увеличивая степень их участия в принятии семейных решений.

Э. Маккоби пришла к выводу, что лучше всего дети адаптированы в тех случаях, когда родители поощряют саморегулирование. Они привлекают детей к сотрудничеству и разделяют с ними ответственность. Анализ, проведенный Ю.В. Ковалевой в своих исследованиях, показал, что, как правило, дети сверхконтролирующих матерей используют неадаптивные стратегии саморегуляции и совладания. Они зависят от внешней поддержки и не развивают при этом внутренний контроль. Отсутствие опыта страха и его преодоления, приводит в дальнейшем к развитию тревожных расстройств. В свою очередь, тревожные родители могут сами избегать ситуации, вызывающие у ребенка страх, уменьшая его возможности усвоить

конструктивные механизмы разрешения этих ситуаций.

Позитивное и/или сензитивное родительство способствует развитию саморегуляции у детей. Тем не менее, родители, которые слишком активно руководят детьми, затрудняют формирование у них этого навыка. Отсутствие руководства со стороны родителей также может привести к трудностям регуляции (агрессии, непослушанию, асоциальному поведению).

С агрессивным и негативным поведением у детей связано и отвергающее, вмешивающееся или враждебно-контролирующее родительское поведение. Л. Эрон и Л. Хьюсман предполагают, что враждебность усваивается ребенком посредством моделирования. С их точки зрения, речь идет о межпоколенной передаче агрессии, так как она имеет устойчивый характер не только в пределах одного поколения, но и на протяжении нескольких поколений. Враждебность одного или обоих родителей, включающая такие качества, как агрессия, раздражительность, гнев, влияет на возникновение поведенческих проблем у ребенка и приводит к нарушению его саморегуляции и социальной адаптации.

Доброжелательное отношение к ребенку и подростку оказывает значительное влияние на развитие у него чувства собственного достоинства и самоуважения, являясь источником постоянной поддержки, спокойной, взвешенной оценки их качеств, что в совокупности обеспечивает базовое чувство безопасности, снижает чувство тревоги, возникающее в новых и стрессовых ситуациях). Такие отношения создают поддержку, способствующую развитию саморегуляции.

Д. Баумринд выделила три различных стиля контроля в семье: авторитарный, авторитетный и либеральный. Она обнаружила, что результатом авторитарного управления является рост сопротивления или зависимости. Обе эти крайности ослабляют процесс социализации. Авторитарная, гиперопекающая семья не способствует проявлениям жизнеспособности и социальной адаптации юношей и девушек. В ряде исследований продемонстрировано, что дети, выросшие в семье с

авторитетным стилем воспитания, являются жизнеспособными и лучше всего адаптированы в социуме. По сравнению с другими, они более уверены в себе, полностью себя контролируют и социально компетентны, со временем у них развивается высокая самооценка.

В процессах саморегуляции подростка и взрослого человека значительную роль играют убеждения, которые сформировались у них относительно себя и мира в целом. Так, исследования показали, что у дезадаптивных подростков основной личностной характеристикой, отрицательно сказывающейся на жизнеспособности, является негативное отношение к другим людям.

Для того чтобы реализовать все вышперечисленные задачи, семья также должна характеризоваться определенным уровнем жизнеспособности. Концепция жизнеспособности семьи рассматривает каждого ее члена как потенциальный ресурс для семьи в целом, который увеличивает жизнеспособность семьи как функциональной единицы. А.В. Махнач и Ю.В. Постылякова в определении жизнеспособности семьи опираются на функционально-динамический принцип, при котором жизнеспособность семьи рассматривается как ее способность к управлению собственными функциями, процессами (совладания, восстановления и пр.), базирующимися на ресурсах семьи, внешних и внутренних защитных факторах. Неблагополучная семья снижает жизнеспособность как отдельных членов семьи, так и всей семьи в целом и предрасполагает человека к хроническому стрессу и невозможности совладания с ним.

Роль семьи как фактора жизнеспособности человека прослеживается на протяжении всей его жизни. Так, исследования показывают, что эмоциональная близость между членами семьи и умение поддерживать отношения с поколением прародителей на протяжении всей жизни является мощным предиктором жизнеспособности человека. Взаимоотношения в кругу близких людей позволяют человеку вновь обрести веру в себя при стрессовых и травматичных обстоятельствах. Исследования показывают, что

люди, находящиеся в браке, более жизнеспособны, более здоровы физически и живут дольше; разведённые люди меньше удовлетворены жизнью, уязвимы к факторам риска, смертность у них также выше.

Подход к изучению жизнеспособности семьи в русле теории экологических систем У. Бронфенбреннера предполагает рассмотрение факторов риска и защитных факторов, влияющих на функционирование семьи в рамках четырех контекстов: социум, культура, индивидуальные характеристики каждого члена семьи и семейные ресурсы.

При рассмотрении социального контекста следует, в первую очередь, учитывать уровень социальной адаптации семьи и ее членов. Так как для того, чтобы родители могли развивать в ребенке и подростке необходимые ему качества, воспитывать в нем жизнеспособность и социально адаптировать его, они должны сами обладать этими личностными характеристиками и быть социально адаптированными. Шире, способность родителей к психической адаптации является решающей для психологического развития и социальной адаптации ребенка.

В управлении поведением и адаптацией детей важную роль играют способы, которыми семья как единое целое справляется с типичными и нетипичными стрессами. При этом стресс способствует изменению, развитию и реорганизации семьи, а его исход зависит от качества функционирования семьи до стресса, семейных ресурсов и навыков преодоления трудностей.

*Макросоциальные факторы жизнеспособности подростка и семьи или макросреда влияния.* П. Уайброу, анализируя социальные влияния, пишет о том, что поведение человека – это постоянно совершаемый выбор им тех или иных действий. Он предлагает анализировать эти выборы с позиций эволюционной биологии, учитывая при этом личностные качества человека и экономические условия, в которых он живет, в частности рыночные отношения. Автор показывает, что мерой жизнеспособности нации в целом стал уровень потребления, хотя существуют и другие позиции по этому



вопросу.

Влияние семьи и общества на жизнеспособность ребенка и подростка подразумевает обсуждение процессов, происходящих в конкретном обществе, направлений, в которых изменяется институт семьи, ее экономические и культурные ценности. Т.В. Дробышева, анализируя ряд исследований, говорит о нарастающем кризисе института семьи. Она показывает, что современные условия развития российского общества, отличающиеся экономической нестабильностью, проблемами, связанными с реформированием социальной сферы, снижением качества жизни населения, высокой напряженностью внешнеполитических отношений и т.п., приводят к изменениям в жизнедеятельности современной российской семьи.

Это отражается на высокой мотивации достижений молодых родителей, в первую очередь, в экономической и социальной сфере; их занятости; особенностях структурирования свободного времени; отсутствии семейных традиций и праздников (они замещены государственными и религиозными) и т.п. Изменения влияют на статусно-ролевые отношения супругов, детско-родительские и межпоколенческие отношения. Тот факт, что уровень потребления становится основным показателем успешности, приводит к тому, что социальное сравнение в результате способствует возрастанию количества депрессий, психосоматических и других личностных расстройств, то есть нарушению процессов, так или иначе связанных с саморегуляцией у самих родителей.

В результате снижается их возможность развивать саморегуляцию у детей. Особую роль при этом играет материнская депрессия. Она может быть связана с появлением таких расстройств у ребенка, как синдром дефицита внимания с гиперактивностью, тревога, злоупотребление наркотическими веществами, булимия и т.д. Депрессия матери может вызывать у ребенка чувства родительской некомпетентности и провоцировать его на антисоциальные поступки, что, в свою очередь, усиливает материнскую депрессию. Таким образом, социальные условия снижают жизнеспособность

семьи и отдельных ее членов.

Жизнеспособность является важным ресурсом развития ребенка и подростка, однако, взаимосвязь жизнеспособности подростков и их социальной адаптации не является однозначной. Адаптация к различным условиям среды предполагает различное поведение, и не всегда оно будет социально приемлемым. Так адаптация к асоциальной среде, в которой жестокость является нормой существования, будет препятствовать возникновению просоциального поведения [40].

Различные исследования показывают, что социализация детей в агрессивной среде обуславливает высокую вероятность такого же поведения, «структурные характеристики общества предоставляют фон для возникновения проблем поведения, когда создают условия в обществе, мешающие усвоению социальных норм и развитию продуктивных социальных взаимоотношений». Ни субъективное чувство принадлежности к большой группе, ни участие в организованной религиозной деятельности, не помогает старшеклассникам лучше понимать свои сильные стороны и не является фактором жизнеспособности.

Для молодых людей важно в большей степени понимание и любовь близких, справедливость общества и семьи. Общество является ресурсом жизнеспособности для ребенка с ограниченными возможностями только *при условии* уважительного отношения. С точки зрения С. Ваништендаля, «...социально поддерживающая среда, безоговорочно принимающая ребенка как личность», относится к одному из важнейших аспектов развития жизнеспособности ребенка.

Таким образом, социальное влияние, которое должно иметь своей целью развитие личностных ресурсов, а также знаний, умений и навыков, которые позволят детям с ограниченными возможностями в дальнейшем самостоятельно развивать собственную активность, на деле формируют у них зависимость и беспомощность или, что хуже, иждивенческую позицию «мне должны». Все это в дальнейшем приводит к осознанию себя, как неудачника,

неуверенного в собственных силах и способностях справляться с будущими проблемами и, как следствие, серьезным профессиональным и личностным проблемам.

Так как жизнеспособность является ключевым фактором способности детей с ограниченными возможностями здоровья справляться с трудностями и выживать в условиях неблагоприятных жизненных обстоятельств, содействие развитию их жизнеспособности является необходимым элементом процесса социальной реабилитации.

Важно отметить, что жизнеспособность не является универсальной, безоговорочной или фиксированной характеристикой индивида; она изменяется в зависимости от вида стресса, его контекста и иных факторов, которые оказывают значительное влияние на развитие адаптационных способностей индивида [6].

К «иным» факторам относятся *факторы риска* и *защитные факторы*.

Жизнеспособность личности можно рассмотреть с позиции анализа факторов риска и факторов жизнеспособности, влияющих на пути развития детей.

*Риск* – это любое условие или обстоятельство, которое повышает вероятность нарушения адаптации человека. Не существует исчерпывающего перечня факторов риска для человека, и они охватывают все аспекты развития. Биологический аспект включает в себя генетические и нейробиологические влияния, родовые травмы, неврологические нарушения, неправильное питание и т.д. К психологическому аспекту можно отнести поведенческие, когнитивные влияния, а также влияния, связанные со сферой эмоций и взаимоотношений. Помимо биологического и психологического аспектов, развитие ребёнка во многом зависит от социального аспекта.

*Фактор риска* – это переменная, которая предшествует негативному результату и повышает вероятность достижения именно этого результата. Напротив, фактор жизнеспособности – это переменная, которая повышает способность человека избегать негативных результатов несмотря на

объективную подверженность риску возникновения психопатологии.

Факторы риска и факторы жизнеспособности рассматриваются в рамках двух контекстов:

– *психологический*, включающий личностные и поведенческие характеристики индивида;

– *средовый*, подразумевающий:

а) взаимоотношения (включает характеристики отношений со сверстниками, членами семьи, отношение к родительской заботе, оценку конфликтных / теплых отношений с родителями, сверстниками);

б) социум (оценка отношения к школе, досуг, ощущения безопасности, возможности получения образования);

в) культура (принятие / отторжение традиций, культуры, отношение к молодежным движениям).

Рассмотрим некоторые из наиболее известных факторов жизнеспособности детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, составляющих защитную триаду оздоравливающих возможностей и событий, которые включают в себя возможности индивида, семьи, а также школы и ближайшего социального окружения.

*На индивидуальном уровне* характеристиками жизнеспособности выступают хорошее интеллектуальное развитие; располагающий к себе, общительный, добродушный характер; самоэффективность; таланты и способности, вера в успех.

*На семейном уровне* среди характеристик жизнеспособности детей и подростков выделяют тесные отношения с заботливым родителем, требовательное воспитание, теплота, организованность, большие ожидания родителей от ребенка, социоэкономические преимущества, а также связи со структурами, оказывающими различную помощь в семейной жизни.

*На внесемейном уровне* расположены такие характеристики жизнеспособности как взрослые вне семьи, заинтересованные в том, чтобы обеспечить благополучие ребенка (значимые взрослые), связи с социально

ориентированными организациями, учеба в хорошей школе.

Отмечается, что социально поддерживающая среда, безоговорочно принимающая ребенка как личность, относится к одному из важнейших аспектов развития жизнеспособности ребенка. Однако защитные факторы сильно варьируются по своей интенсивности и охвату, и наличие всех трех источников необязательно для достижения хорошего результата.

Стабильные или ситуативные личностные качества, уменьшающие опасность развития расстройства адаптации, относят к защитным факторам. *Защитные факторы* человека могут включать высокий интеллект, покладистый характер и наличие способностей, ценимых самим индивидом и обществом. Защитные факторы семьи включают: наличие любящего, надёжного родителя или заменяющего родителей взрослого; стиль воспитания, характеризуемый сочетанием теплоты и структурированности; социально-экономические преимущества и социальную поддержку со стороны расширенной семьи. К защитным факторам в социальном контексте относят участие в деятельности социальных институтов, таких как школа, кружки, спортивные секции, церковь и т. д.

В отечественной психологии проблеме оценки жизнеспособности посвящено не так много работ. В 2003–2005 гг. в рамках международного проекта по исследованию жизнеспособности подростков и молодежи был создан «Тест жизнеспособности детей и подростков» (Child and Youth Resilience Measure, CYRM).

Международной группой экспертов, в которую входили и российские участники (А.В. Махнач, А.И. Лактионова), был проведен анализ факторов риска и защитных факторов, оценена жизнеспособность подростков и молодых людей в 13 странах (The International Resilience Project, 2003-2005) [48]. Тест был адаптирован на выборках российских подростков и молодежи: подростках–учащихся старших классов, подростках из школ для детей с девиантными формами поведения, подростках-сиротах, студентах первого курса университета. Как сказано выше, в большинстве исследований

приводятся данные об измерении феномена жизнеспособности в зарубежной психологии.

Поэтому особого внимания заслуживают попытки создания тестов оценки жизнеспособности в отечественной психологии. Например, для изучения этого феномена Е.А. Рыльской был предложен «Тест жизнеспособности человека». Для создания этого опросника автором были использованы шкалы ряда стандартизированных методик: теста Кейрси, методики измерения уровня тревожности Тейлор, тестов Айзенка, Р. Кеттелла, методики диагностики социальной фрустрированности, коммуникативных, организаторских склонностей и коммуникативных установок; самоактуализационного теста и других [16].

А.А. Нестеровой предложена методика «Жизнеспособность личности», которая предназначена для изучения жизнеспособности взрослых людей (от 18 лет и старше). Она состоит из 96 вопросов и включает в себя 8 шкал, характеризующих разные компоненты жизнеспособности. Методика была валидизирована на совокупной выборке более чем 2,5 тыс. человек. По методике был получен высокий показатель ретестовой надежности, определена мера прогностической, конструктивной, конкурентной валидности, выявлены высокие показатели дискриминативности вопросов и внутренней согласованности шкал. Методика прошла процедуры стандартизации и нормализации, показатели переведены в баллы [59].

Для изучения жизнеспособности детей и подростков была использована анкета «Жизнеспособность личности», разработанная Н.В. Рубленко и включающая перечень личностных качеств, которые способствуют / не способствуют развитию этого качества личности. Анкета представляет собой перечень содержательных конструктов, которые соответствуют индивидуальному обыденному представлению о жизнеспособности, а также формулирование респондентом своего определения жизнеспособности посредством ответа на вопрос «Жизнеспособны ли вы?» [59].

2.2. Проблемы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями»  
(на материалах социологического исследования)

*Цель проведенного исследования* состоит в изучении жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья, выявлении проблем социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и перспектив использования средств социальной реабилитации для повышения жизнеспособности таких детей.

Исследование проводилось в апреле 2017 г. на базе ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями». Участниками исследования стали дети с ограниченными возможностями здоровья, проходившие реабилитацию в условиях стационарного учреждения в количестве 30 человек. Исследование факторов жизнеспособности проводилось с помощью теста оценки жизнеспособности детей и молодежи «CYRM», национальная часть (адаптация А.И. Лактионовой, А.В. Махнач).

В ходе исследования были получены следующие результаты:

Результаты исследования позволили нам сделать следующие выводы:

у 30 % (9 чел.) испытуемых зафиксирован высокий уровень жизнеспособности, что позволяет человеку продуктивно, без сильного внутреннего напряжения справляться с возникающими стрессовыми ситуациями, и воспринимать их как менее значимые.

66,6 % (20 чел.) испытуемых имеют средний уровень жизнеспособности.

3,4 % (1 чел.) испытуемых имеют низкий уровень жизнеспособности.

23,3 % (7 чел.) испытуемых имеют высокий уровень вовлеченности, который определяется как убежденность в том, что вовлеченность в происходящее дает максимальный шанс найти нечто стоящее и интересное

для личности. Человек с развитым компонентом вовлеченности получает удовольствие от собственной деятельности.

66,6 % (20 чел.) испытуемых имеют средний уровень вовлеченности.

10,1 % (3 чел.) испытуемых имеют низкий уровень вовлеченности.

У 20 % (6 чел.) испытуемых высокий уровень контроля, характеризующийся убежденностью в том, что человек сам выбирает собственную деятельность и жизненный путь.

76,6 % (23 чел.) испытуемых имеют средний уровень контроля.

3,4 % испытуемых (1 чел.) испытуемых имеют низкий уровень контроля.

У 70 % (21 чел.) высокий уровень принятия риска, который является показателем готовности человека активно усваивать знания из опыта и последующее их использование. Человек, рассматривающий жизнь как способ приобретения опыта, готов действовать в отсутствие надежных гарантий успеха, на свой страх и риск, считая стремление к простому комфорту и безопасности, обедняющим жизнь личности.

30 % (9 чел.) испытуемых имеют средний уровень принятия риска.

Следующим этапом стало исследование адаптивности, для выявления которой была использована методика «Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»».

Результаты исследования позволили нам сделать следующие выводы:

по шкале «Поведенческая регуляция» 3,4 % (1 чел) испытуемых имеют высокие показатели. Это свидетельствует о том, что у испытуемых высокий уровень нервно-психической устойчивости и поведенческой регуляции, высокая адекватная самооценка, адекватное восприятие действительности.

У 50 % (15 чел.) испытуемых полученные показатели определены как средние. У 46,6 % (14 чел.) испытуемых полученные показатели определены как низкие. По шкале «Коммуникативный потенциал» у 3,4 % (1 чел) испытуемых полученные показатели определены как высокие. Это свидетельствует о том, что для испытуемых характерно быстрое



установление контактов с окружающими, высокий уровень коммуникативных способностей, не конфликтность.

У 70 % (21 чел.) испытуемых полученные показатели определены как средние. У 26,6 % (8 чел.) испытуемых полученные показатели по шкале «Коммуникативный потенциал» определены как низкие.

По шкале «Моральная нормативность» у 56,7 % (17 чел.) испытуемых полученные показатели определены как средние. Это говорит о том, что у испытуемых высокий уровень социализации, адекватная оценка своей роли в коллективе, ориентация на соблюдение общепринятых норм поведения.

У 43,3 % (13 чел.) испытуемых полученные показатели по шкале «Моральная нормативность» определены как низкие.

По шкале «Личностный адаптационный потенциал» полученные показатели у 3,4 % (1 чел.) испытуемых определены как высокие. Это говорит о том, что испытуемые легко адаптируются к новым условиям деятельности, быстро «входят» в новый коллектив, достаточно легко и адекватно ориентируются в ситуации, быстро вырабатывают стратегию своего поведения и социализации. Как правило, не конфликтны, обладают высокой эмоциональной устойчивостью.

У 20 % (6 чел.) испытуемых полученные показатели по шкале «Личностный адаптационный потенциал» определены как средние.

У 76,6 % (23 чел.) испытуемых полученные показатели по шкале «Личностный адаптационный потенциал» определены как низкие.

По шкалам «Ипохондрия», «Истерия», «Социальная интроверсия» у 100 % (30 чел.) испытуемых полученные баллы находятся в пределах нормы, это значит что акцентуаций у испытуемых по данным шкалам не выявлено;

По шкале «Депрессия» у 93,3 % (28 чел.) испытуемых полученные баллы находятся в пределах нормы, что говорит об отсутствии акцентуаций по данной шкале.

У 6,7 % (2 чел.) испытуемых полученные баллы по шкале «Депрессия» определены как высокие. Это свидетельствует о том, что у этих испытуемых

есть тенденция к сниженному фону настроения, неуверенности в своих силах, тревоге, повышенном чувстве вины, ослаблении волевого контроля. Присутствуют признаки повышенной чувствительности, обидчивости. При неудачах склонны впадать в отчаяние.

По шкале «Психопатия» у 93,3 % (28 чел.) полученные показатели находятся в пределах нормы, это свидетельствует об отсутствии акцентуаций по данной шкале.

У 6,7 % (2 чел.) испытуемых полученные показатели определены как высокие. Этот факт, позволяет сделать вывод о том, что у этих испытуемых присутствуют признаки социальной дезадаптации. Существует тенденция к повышенной агрессивности, частой перемене настроения, интересов и привязанностей, обидчивость, склонность к аффектам, особенно в ситуациях ущемления чувства собственного достоинства. В ходе принятия решений преобладает импульсивность. Зачастую пренебрегают социальными нормами и ценностями.

По шкале «Мужественность-женственность» 96,6 % (29 чел) испытуемых имеют показатели, находящиеся в пределах нормы.

У 3,4 % (1 чел. жен) испытуемых имеют высокие показатели. Это свидетельствует о наличии черт мужественности, независимости, стремление к эмансипации, к самостоятельности в принятии решений.

Полученные показатели по шкале «Паранойяльность» у 93,3 % (28 чел) испытуемых находятся в пределах нормы, т. е. акцентуации не выявлены.

У 6,7 % (2 чел.) испытуемых полученные показатели по шкале «Паранойяльность» определены как высокие. Это говорит о склонности испытуемых к ригидной (негибкой) системе в подходе к решению различных жизненных проблем, медленной смене настроения, постепенному накоплению аффекта. Тенденция к упорному и активному насаждению своих взглядов и ценностей, что является причиной частых конфликтов с окружающими. Склонность к соперничеству, ревности, злопамятству, мстительности, формированию сверхценных идей отношений.

У 3,4 % (1 чел.) испытуемых полученные показатели по шкале «Психастения» определены как высокие. Это говорит о том, то для испытуемых характерна излишняя тревожность по любым причинам, нерешительность и боязливость в принятии решений, постоянные сомнения в правильности выбора решения и поставленных целей. Имеют тенденцию к тщательной перепроверке своих поступков и проделанной работы. Мнительны, неуверенны в себе, во многом ориентируются на мнение коллектива (группы), приверженность к общепринятым нормам.

У 96,6 % (29 чел.) испытуемых полученные показатели по шкале «Психастения» находятся в пределах нормы;

по шкале «Шизоидность» полученные показатели у 93,3 % (28 чел) испытуемых находятся в пределах нормы.

У 6,7 % (2 чел.) испытуемых полученные показатели по шкале «Шизоидность» определены как высокие. Этот факт позволяет сделать вывод о том, что для испытуемых характерна эмоциональная холодность и отчужденностью в межличностных отношениях в сочетании с повышенной чувствительностью. Выраженна интуитивность, способность тонко чувствовать и воспринимать абстрактные образы. Склонны к фантазированию, ориентации на своё субъективное видение сущности явлений, нежели на общепринятые, устоявшиеся, шаблонные представления.

По шкале «Гипомания» полученные показатели у 83,3 % (25 чел) испытуемых находятся в пределах нормы;

У 16,7 % (5 чел.) испытуемых по шкале «Гипомания» полученные показатели определены как высокие. Это свидетельствует о том, что для испытуемых характерно независимо от обстоятельств, приподнятое настроение, чрезмерная активность, бурная деятельность, «плещущая через край» энергия без четкой направленность.

По результатам исследования была составлена корреляционная матрица Анализ результатов, позволил сделать следующие выводы:

Была выявлена отрицательная корреляция между шкалами «Коммуникативный потенциал» и «Вовлеченность», ( $r = -0,47$ ) на уровне значимости  $p = 0,01$ . Это позволяет сделать вывод о том, что чем выше уровень коммуникативных способностей, тем меньше человек вовлечен в какой-либо вид деятельности, и меньше получает удовольствия от этой деятельности, и наоборот.

На высоком уровне значимости ( $p = 0,01$ ) отрицательно связаны между собой такие шкалы, как: «Паранойяльность» и «Жизнестойкость» ( $k = -0,59$ ). Это говорит о том, что чем ниже склонность субъекта к ригидной (негибкой) системе в подходе к решению различных жизненных проблем, медленной смене настроения, постепенному накапливанию аффекта, тем выше его способность к решению жизненных проблем, противостоянию стрессам, снижению внутреннего напряжения.

Была выявлена отрицательная корреляция между шкалами «Паранойяльность» и «Вовлеченность» ( $r = -0,58$ ) при уровне значимости  $p = 0,01$ . Это является подтверждением того, что чем выше склонность субъекта к ригидной (негибкой) системе в подходе к решению различных жизненных проблем, медленной смене настроения, постепенному накапливанию аффекта, тем меньше человек вовлечен в какой-либо вид деятельности, и меньше получает удовольствия от этой деятельности, и наоборот.

На высоком уровне значимости ( $p = 0,01$ ) связаны между собой шкалы «Контроль» и «Паранойяльность» ( $r = -0,52$ ). Это является подтверждением того, что чем выше убежденность в том, что человек сам выбирает собственную деятельность, свой путь, тем ниже склонность субъекта к ригидной (негибкой) системе в подходе к решению различных жизненных проблем, медленной смене настроения, постепенному накапливанию аффекта. И наоборот.

На высоком уровне значимости ( $p = 0,01$ ) связаны между собой такие шкалы как: «Жизнестойкость» и «Психастения» ( $r = -0,47$ ), т. е. чем ниже способность субъекта к решению жизненных проблем, противостоянию

стрессам, снижению внутреннего напряжения, тем выше его тревожность, постоянные сомнения в правильности выбора решения и поставленных целей, тенденция к тщательной перепроверке своих поступков и проделанной работы, повышенное чувство вины за малейшие неудачи и ошибки, мнительность, неуверенность в себе, и наоборот.

Была выявлена отрицательная корреляция между шкалами «Психастения» и «Контроль», ( $r = -0,47$ ) на уровне значимости  $p = 0,01$ . Это позволяет сделать вывод о том, что чем выше тревожность субъекта, постоянные сомнения в правильности выбора решения и поставленных целей, тенденция к тщательной перепроверке своих поступков и проделанной работы, повышенное чувство вины за малейшие неудачи и ошибки, мнительность, неуверенность в себе, тем ниже его убежденность в том, что он сам выбирает собственную деятельность, свой путь, и наоборот.

Таким образом, в результате проведенного нами исследование, мы выявили, что у 30 % (9 чел.) испытуемых зафиксирован высокий уровень жизнеспособности, у 66,6 % (20 чел.) испытуемых – средний уровень жизнеспособности, у 3,4 % (1 чел.) испытуемых – низкий уровень жизнеспособности.

Также мы выявили, что 46,6 % (23 чел), 20 % (6 чел) испытуемых имеют средний личностный адаптационный потенциал, и лишь 3,4 % (1 чел) испытуемых – высокий личностный адаптационный потенциал.

В ходе исследования было установлено, что 50 % испытуемых имеют различные акцентуации характера, которые снижают их жизнеспособность.

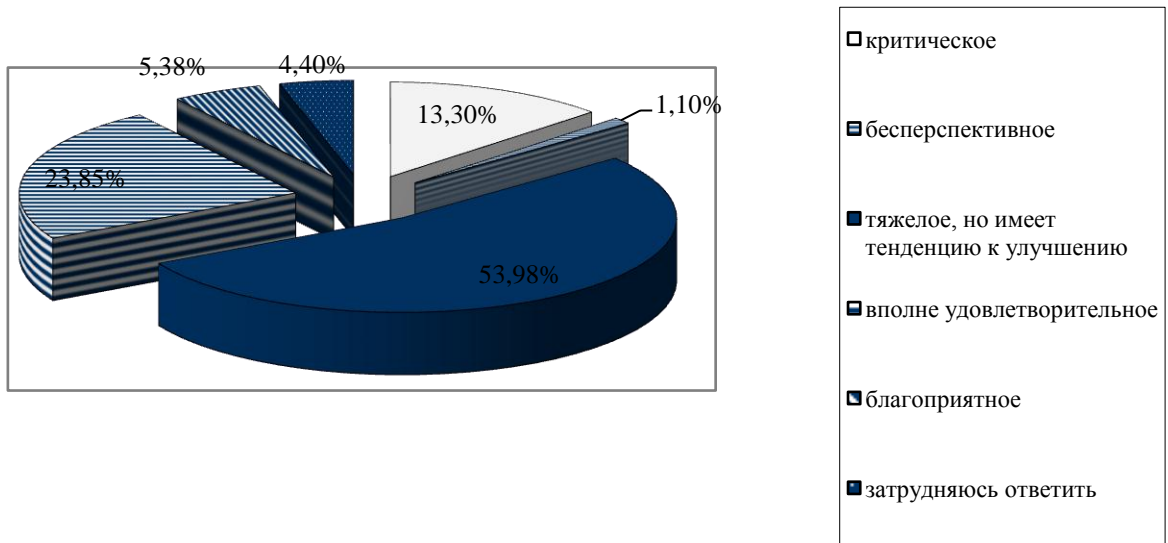
Помимо выявления уровня жизнеспособности детей с ОВЗ, проходящих социальную реабилитацию в Центре, мы провели опрос экспертных вопросов и выявили основные проблемы, с которыми сталкиваются дети с ограниченными возможностями в условиях стационарного реабилитационного учреждения.

На основе результатов экспертного опроса (Приложение 3), можно сделать вывод о том, что семьи, воспитывающие детей с ОВЗ, имеют ряд

проблем, большинство респондентов отмечает наличие трудностей в той социальной ситуации, которая сложилась на сегодняшний день, что говорит о необходимости совершенствования деятельности социальных служб и органов образования в отношении данной категории детей и их семей (Диаграмма 1).

Диаграмма 1.

Как бы Вы оценили общее положение детей с ОВЗ в Белгородской области?



Так, всего 5,16% опрошенных оценивает жизненную ситуацию семей с ОВЗ как хорошую, 33,16% респондентов отмечают наличие трудностей, но считают их преодолимыми. Большинство, а именно 48,76%, оценивает ситуацию как трудную, но терпимую. Однозначно пессимистический взгляд на свою жизнь типичен для 2,95% опрошенных родителей.

Доля респондентов, отмечающих критическое положение семей с детьми с ОВЗ в Белгородской области среди экспертов незначительна (1,1%), что дает основание говорить о наличии сравнительно благоприятных условий для жизни и развития детей с ОВЗ.

Проводя социологическое исследование, мы выявили основные проблемы, которые чаще всего возникают у детей с ограниченными возможностями: психологический барьер в общении, особенно со сверстниками (одноклассниками), трудности адаптации, отсутствие близости и взаимопонимания с родителями, заниженная самооценка и неадекватная

оценка своих возможностей, депрессивные состояния, тревожность, замкнутость, агрессивность, конфликтность, проблемы с поведением, проблемы успеваемости, социальная пассивность.

Распределение ответов можно проследить в приведенной ниже таблицы:

Таблица 1.

## Проблемы, присущие детям с ограниченными возможностями

	дети	специалисты
трудности в общении	89,3%	87,5%
замкнутость	34,6%	21%
заниженная самооценка и неадекватная оценка своих возможностей	33,3%	37,5%
эмоционально-напряженная атмосфера в семье	17%	28%
неуспеваемость школьников в учебе	11%	26,3%
плохая адаптация детей к среде сверстников	8,3%	12,5%
агрессивность, конфликтность	16,7%	26,3%
тревожность	27,8	26,3%
поведенческие проблемы	8,3%	10%
социальная пассивность	7%	16,3%

Дети с ограниченными возможностями имеют затруднения в общении со сверстниками. Из-за специфики заболевания, как правило, дети с ограниченными возможностями чаще всего общаются с родителями (59%), поскольку в большинстве случаев, как уже было отмечено ранее, такие дети обучаются на дому.

Как правило, конфликты в общении у детей с ограниченными возможностями возникают редко (26,3% - экспертов). В силу заниженной самооценки им больше свойственно проявление обиды, нежели открытый конфликт.

Эксперты к наиболее значимым проблемам у детей с ОВЗ отнесли: проблемы общения (91,7%), эмоциональные проблемы (58,3%), и заниженная самооценка (41,7%), а вот поведенческие проблемы и проблема успеваемости отметили всего по 8,3% респондентов.

Таким образом, коммуникативная и эмоциональная составляющие занимают одну из главенствующих позиций, определяющих направления социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями.

Таким образом, наличие у ребенка инвалидности вызывает реальные трудности при адаптации к жизненным реалиям как субъективного, так и объективного характера. Детям-инвалидам затруднен доступ к образованию, общению, передвижению, отдыху, проведению досуга, организации свободного времени и др.

Подавляющая часть респондентов (92%) считает, что дети с ОВЗ нуждаются в мероприятиях, направленных на повышение жизнеспособности детей в условиях реабилитационного учреждения.

К наиболее важным направлениям социальной реабилитации детей с ОВЗ эксперты относят медицинскую помощь (87,32%), содействие в получении образования (73,92%), также отмечают значимость творческого развития (27,44%) и расширение социальных связей ребенка с ОВЗ(12,65%), что отмечено на диаграмме 4.

Эксперты, отмечая необходимость реабилитационных мероприятий с детьми с ОВЗ, отмечают в качестве ведущих направлений развития разработку системы мер, направленных на обеспечение эффективного медицинского обслуживания, а также отмечают необходимость расширения используемых в процессе реабилитации методов и технологий, направленных на повышение жизнеспособности детей с ОВЗ, в частности: адаптационных способностей, коммуникативных способностей, способности к саморегуляции, способности к саморазвитию, а также формирование адекватных механизмов психологической защиты (Таблица 3).

Таблица 3.

Каковы, на ваш взгляд основные направления повышения уровня жизнеспособности детей с ОВЗ в процессе социальной реабилитации в условиях Центра?

Развитие адаптационных способностей	61,66%
Развитие коммуникативных способностей	57,17%

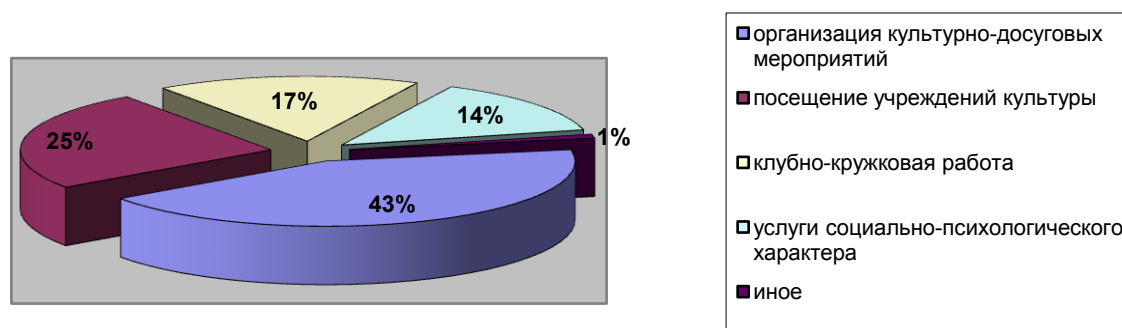


Развитие способности к саморегуляции	37,69%
Развитие способности к саморазвитию.	24,79%
Формирование адекватных механизмов психологической защиты	19,09%
Затрудняюсь ответить	0%

Как уже было отмечено выше, специалисты Центра оказывают семьям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями, ряд услуг. Помимо непосредственно медицинских мероприятий, направленных на поддержание и стабилизацию физического состояния детей, наиболее востребованными среди детей и их родителей являются услуги социально-педагогической и социально-психологической направленности: организация культурно-досуговых мероприятий – 33%, посещение культурных учреждений – 20%, клубно-кружковая работа – 14%. Специалисты отделения отметили большую значимость для таких семей мероприятий социально-педагогической направленности (Диаграмма 5).

Диаграмма 5.

Наиболее востребованные детьми с ограниченными возможностями и их семьями услуги Центра (помимо медицинских)



Мы выяснили, какие услуги предоставляют специалисты отделения психолого-педагогической реабилитации Центра (Таблица 4).

Таблица 4.

Услуги, предоставляемые Центром

кружковая работа	34%
культурно-досуговые мероприятия	27%
социально-психологические тренинги общения	17,3%
индивидуальные занятия	58%
посещение культурных учреждений	12,8%
трудотерапия	66,7%

обучение навыкам самообслуживания	61%
другое	4,2%

Мы выяснили, какие виды помощи оказываются детям в Центре. Наибольшее количество опрошенных отметили наличие медицинской помощи и психологической (68,7% и 55,4% соответственно). На помощь в развитии творческих способностей указали 36% опрошенных, хорошую организацию досуга – 18%, помощь в успеваемости получают 8% опрошенных (Таблица 5).

Таблица 5.

## Помощь, оказываемая специалистами Центра

психологическую помощь и поддержку	55,4%
медицинскую помощь	68,7%
обучение компьютерной грамотности	5,2%
развитие творческих способностей	36%
организация досуга	18%
помогают повысить успеваемость	8%
другое	2%

В социологическом опросе большое внимание уделялось вопросу о том, какие виды психолого-педагогической помощи необходимы ребенку с ограниченными возможностями. В первую очередь, необходима *помощь в решении коммуникативных проблем*, в ней нуждаются 81,7% опрошенных, в повышении самооценки – 25%, в снижении тревожности и снижении агрессивности, конфликтности – по 10,3% респондентов.

По мнению специалистов-экспертов, *основными направлениями социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями*, наиболее полно реализуемых в области, являются социально-медицинская реабилитация (75%), социально-психологическая реабилитация (52%), социально-педагогическая и социально-трудовая (по 24%).

Кроме данного вопроса, нами специалистам был задан вопрос: «Какие меры необходимы для улучшения деятельности по реабилитации детей с ОВЗ в условиях реабилитационного центра?». Это: увеличение времени пребывания детей в центре для более полной реализации ИПР – 34%; совершенствование программ ИПР – 31%, разнообразие средств, методов и технологий реабилитации – 26%; внедрение новых психолого-педагогических технологий – 24%; создание единой психолого-

педагогической программы по работе с такими детьми – 13%; совершенствование психологического консультирования – 9%; совершенствование психолого-педагогической диагностики – 4%.

Результаты проведенного исследования говорят о существующей необходимости совершенствования системы реабилитации, разнообразия используемых методов и технологий реабилитации.

Таким образом, реабилитация детей с ОВЗ в условиях Центра требует гибкого, часто нетрадиционного подхода к выбору организационных форм реабилитации, которые наиболее полно отвечали бы индивидуальным возможностям и потребностям конкретного ребенка. Вместе с тем, практика показывает, что совместные занятия детей с ограниченными возможностями, хотя и с различной степенью выраженности ограничения, возможно организовать так, что оно будет способствовать развитию и благотворно влиять на становление личности каждого ребенка. Непременным условием успеха такой работы является готовность самих специалистов выйти за рамки жесткой дифференциации и их стремление к творческому поиску в процессе реабилитации детей с ограниченными возможностями.

### 2.3. Индивидуальная программа реабилитации, направленная на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения

Анализ проблем социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» показал, что существует необходимость расширять спектр используемых методов и технологий реабилитации детей с ОВЗ. А исследование факторов жизнеспособности детей с ОВЗ показало, что только у 30 % испытуемых зафиксирован высокий уровень жизнеспособности, что позволяет ребенку продуктивно, без

сильного внутреннего напряжения справляться с возникающими стрессовыми ситуациями, и воспринимать их как менее значимые.

Повышение уровня жизнеспособности детей с ОВЗ, на наш взгляд, является тем важным звеном в реабилитации, которое позволяет оптимизировать весь процесс социальной реабилитации таких детей и сделать его более успешным и продуктивным.

Все реабилитационные мероприятия, проводимые во время пребывания детей с ограниченными возможностями в ОГБУ «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» п. Веселая Лопань, основываются и реализуются в соответствии с разрабатываемой на каждого ребенка индивидуальной программой реабилитации.

Напомним, что *индивидуальная программа реабилитации инвалида* (ИПР) – это разработанный на основе решения уполномоченного органа, осуществляющего руководство федеральными учреждениями медико-социальной экспертизы комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности [8].

Правовой основой реализации ИПР, помимо «Закона о социальной защите инвалидов в РФ», являются:

– Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 07.04.2008) «О порядке и условиях признания лица инвалидом»;

– Постановление Правительства РФ от 16 декабря 2004 г. N805 «О порядке организации и деятельности федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы»;

– Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.08.2008 N 379н (ред. от 16.03.2009) «Об утверждении форм индивидуальной программы

реабилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, порядка их разработки и реализации»

– Постановление-приказ Минтруда РФ, Минздрава РФ, Минобразования РФ от 23.12.1996 N 21/417/515 «Об утверждении примерного положения о реабилитационном учреждении».

После заполнения карты ИПР инвалид либо его законный представитель прибегают к помощи различных организаций для выполнения направленных на реабилитацию мероприятий в рамках ИПР.

Необходимость разработки «Индивидуальная программа реабилитации, направленная на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения» как структурного компонента ИПР обусловлена проблемами, возникающими при социализации детей с ограниченными возможностями. Ведь, как правило, ограничение жизнедеятельности у детей с ограниченными возможностями здоровья влекут за собой снижение адаптационного потенциала, низкий уровень самооценки, затруднения в организации межличностной коммуникации, низкий уровень саморегуляции, несформированность механизмов психологической защиты.

Часто у таких детей отмечаются речевые нарушения, которые имеют органическую природу и усугубляются дефицитом общения. Поэтому дети с ограниченными возможностями, помимо лечебной и социальной помощи, нуждаются в педагогической, психологической и логопедической коррекции, а также в проведении целенаправленной психокоррекционной работы, направленной на повышение жизнеспособности, раскрытию внутреннего потенциала ребенка, повышению самооценки, приобретение уверенности в своих силах.

Главная идея предлагаемой нами «Индивидуальной программы реабилитации, направленная на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях

стационарного учреждения» заключается в объединении психологических, педагогических, социальных и логопедических программ и методик в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР) ребенка с ограниченными возможностями по следующим основным направлениям, являющимся компонентами жизнеспособности:

- развитие адаптационных способностей;
- развитие коммуникативных способностей;
- развитие способности к саморегуляции;
- развитие способности к саморазвитию;
- формирование адекватных механизмов психологической защиты.

В соответствие с программой реабилитации, каждый специалист отделения не только выполняет свой раздел программы, но и поддерживает тесную связь с коллегами, включает в свои программы материал, рекомендуемый другими специалистами для закрепления их работы. Результаты динамического изучения детей периодически обсуждаются и анализируются всем коллективом специалистов.

В ходе реализации программы осуществляется *мониторинг*, то есть регулярное отслеживание хода событий. Такой контроль производится в виде регулярного обмена информацией между специалистом-куратором (или координатором услуг, которым может выступать социальный педагог или социальный работник), другими специалистами, обеспечивающими реабилитационные мероприятия, и родителями. Если возникают какие-нибудь трудности, куратор координирует действия специалистов, содействует родителям, помогает преодолевать преграды, ведя переговоры с нужными специалистами, представителями других учреждений-субъектов реабилитации, разъясняя, отстаивая, где это нужно, права ребенка и семьи. В случае необходимости, куратор может посещать семью и в постреабилитационный период, чтобы предупредить возникновение психолого-педагогических проблем и помочь в преодолении трудностей, возникающих при реализации последующих этапов ИПР.

На наш взгляд, повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения средствами социальной реабилитации имеет достаточно высокий потенциал и актуальность. Меры реабилитации в рамках повышения жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья направлены на решение задач их последующей социальной адаптации и интеграции.

Предлагаемая нами программа призвана обеспечить поэтапную реабилитацию детей с ограниченными возможностями, и способствовать их дальнейшей благополучной интеграции и социальной адаптации.

Методологически реабилитация базируется на единстве биологической, психологической, социальной и духовной природы человека.

*Цель индивидуальной программы реабилитации, направленной на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения:* обеспечение условий и возможностей для повышения жизнеспособности (как то: повышение уровня адаптационных, коммуникативных, регулятивных способностей, способности к саморазвитию, формирование адекватных механизмов психологической защиты) несовершеннолетних с ограниченными возможностями средствами социальной реабилитации, основанной на объединении психологических, педагогических и логопедических методик и приемов в рамках реализации психолого-педагогического направления индивидуальной программы реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

*Основные задачи реализации программы:*

- *ориентировочно-диагностические задачи:* выявление и активизация компенсаторных возможностей организма с целью обеспечения в дальнейшем условий для активной самостоятельной жизни;
- *коррекционно-формирующие задачи:*
- предоставление доступной квалифицированной психолого-педагогической помощи и поддержки детям, находящимся на реабилитации;

- осуществление мер психологической реабилитации и социальной интеграции в общество детей с ограниченными возможностями здоровья;
- стабилизация эмоционального и психофизического состояния детей, преодоление социопатических тенденций развития;
- развитие познавательных (когнитивных) процессов на основе разнообразных видов предметно-практической деятельности;
- формирование социально-значимых умений и навыков, необходимых для успешной социальной адаптации несовершеннолетних с ограниченными возможностями (поведенческих, коммуникативных, социально-бытовых, социально-ориентировочных, социально-правовых);
- формирование творческих, прикладных, трудовых умений;
- формирование доступных навыков и представлений об индивидуальных правилах поведения в обществе людей, способах социального взаимодействия с окружающим миром;
- обеспечение взаимопонимания и взаимоподдержки детей и родителей;
- оказание консультативной и методической помощи субъектам реабилитационного процесса, а также разработка рекомендаций по продолжению реабилитационного процесса по месту проживания ребенка.

Представленные выше задачи интегрировано определяют основные направления и содержание работы специалистов отделения. Направления коррекционного сопровождения конкретизируются педагогическими мероприятиями с учетом возраста детей, уровня сформированности тех или иных умений и навыков, перспективных линий индивидуального развития с опорой на достигнутые результаты.

Коррекционно-развивающая работа строится на основе тщательного изучения нарушенных и сохранных функций. Дифференцированный подход во время занятий предусматривает учет возможностей ребенка и построение системы упражнений, находящихся «в зоне его ближайшего развития».



Творческое использование таких основных дидактических принципов, как индивидуальный подход, систематичность и последовательность в проведении реабилитационных мероприятий. Эти принципы связаны друг с другом и взаимообусловлены, используются в реабилитационном процессе с учетом специфических особенностей детей, страдающих ДЦП и заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

При организации процесса психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями необходимо учитывать следующее:

1. Принципиальный путь реабилитации детей-инвалидов – это раннее комплексное и целенаправленное коррекционное воздействие с учетом индивидуальных особенностей и возможностей ребенка.

2. Особое внимание должно уделяться интенсивности развития сохранных и коррекции нарушенных функций ребенка.

3. Коррекционно-развивающие занятия предполагают постепенное усложнение приемов, направленных на формирование психических функций ребенка.

4. Система коррекционно-развивающей работы предусматривает активное участие в ней родителей ребенка. Наряду с ежедневным посещением занятий, ведением дневников, выполнением заданий, изготовлением дидактического материала по окончании курса реабилитации родители получают рекомендации по дальнейшему развитию ребенка, страдающему заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

Сразу следует оговориться, что оптимальная психолого-педагогическая реабилитация в условиях реабилитационного учреждения предполагает взаимодействие реабилитационных служб различной ведомственной принадлежности, которое осуществляется на этапах формирования, исполнения, организации и контроля исполнения индивидуальной программы реабилитации. Модель психолого-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями в условиях реабилитационного учреждения нами представлена в приложении (Приложение 2).

Структура индивидуальной программы реабилитации ребенка с интеллектуальной недостаточностью определена Примерным положением об индивидуальной программе реабилитации инвалида [13]

Нам представляется целесообразным процесс реабилитации направленный на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения разделить на три основных этапа: *диагностический, коррекционно-формирующий и интеграционный*, в каждом из которых реализуются свои специфические задачи.

*Первый этап – диагностический* – представляет собой разработку и использование средств изучения индивидуально-психологических, интеллектуальных, эмоциональных, поведенческих особенностей несовершеннолетнего с ограниченными возможностями. Диагностика осуществляется психологом, социальным педагогом. Диагностическое исследование проводится в начале и конце реабилитационного процесса, а также по мере необходимости. Диагностика может осуществляться как в группе, так и индивидуально, однако, обстановка должна исключать воздействие дополнительных раздражителей и присутствие посторонних людей.

*Цель:* выявление особенностей личностного развития ребенка, требующих коррекции и компенсации, определение его реабилитационного потенциала и оптимальных режимов реабилитационных мероприятий по направлениям реабилитации.

*Этап психолого-педагогической диагностики* включает в себя:

- клинико-экспертные данные, включающие медицинский диагноз и степень выраженности функциональных нарушений, клинический прогноз (при взаимодействии с учреждениями здравоохранения);
- оценку реабилитационного потенциала, включающую:

а) состояние физического развития (конституционно-анатомические особенности, возрастные и половые различия, уровень физического развития, пространственная ориентировка, двигательная координация и др.);

б) психофизиологическую выносливость – интегральную оценку физической и физиологической выносливости с учетом свойств нервной системы (сила, уравновешенность, подвижность, лабильность и динамичность), оценки состояния сенсорных и перцептивных систем, состояния познавательных функций (внимание, память, мышление), уровня развития речи и специфических функций – письма, счета, чтения; устойчивости этих функций к нагрузкам. Существенным при оценке психофизической выносливости является также учет устойчивого уровня сенсомоторной координации и других аспектов, отвечающих за исполнительскую сторону деятельности, а кроме того – скорость и прочность формирования навыков;

в) эмоциональную устойчивость (динамические свойства эмоций и чувств (легкость возникновения и угасания эмоциональных реакций, их интенсивность, инертность), модальность возникающих эмоций (гнев, радость, страх и др.), насколько эмоциональные процессы оказывают деструктивное влияние на деятельность индивида, насколько его эмоции поддаются контролю);

г) данные об уровне развития профессионально важных знаний, умений, навыков (оценка теоретической подготовки и практического опыта) – для выпускников специального (коррекционного) учреждения;

д) оценку социально-психологического статуса, включая: социально-психологическую реактивность (компетентность) – способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений (включает уровень коммуникабельности или общительности, т. е. способность к спонтанной коммуникативной активности, а также владение навыками общения, устойчивые типы реакций при социально-психологическом взаимодействии);

е) направления социальной деятельности, включая участие индивида в различных видах деятельности в макросоциуме (учебная, трудовая деятельность,

досуговые занятия, различные виды творчества, деятельность по собственному оздоровлению, участие в работе общественных организаций, возможности реализовать свои гражданские права и др.);

ж) семейно-бытовые взаимоотношения – ролевые функции ребенка в семье, характер отношения семьи к ребенку, имеющийся в семье психологический климат;

з) уровень и структуру кругозора – характеристика широты знаний, которыми индивид пользуется при решении профессиональных, бытовых, личных, социальных вопросов в повседневной деятельности;

и) данные о структуре потребностей индивида, т. е, указание тех желаний, влечений, объектов (материальных и идеальных), необходимых для существования и развития индивида и выступающих источником его активности. Система и структура потребностей и соответствующая структура мотивации взаимосвязаны со структурой тех видов деятельности, в которые включена личность;

к) круг интересов ребенка, т. е. проявление познавательной потребности, обеспечивающей направленность личности на осознание целей деятельности. Развитая структура устойчивых, долговременных интересов, включающая различные сферы деятельности, виды занятий, предметы деятельности, системы отношений и др., представляет собой предпосылки для осознанной активности самого несовершеннолетнего с интеллектуальной недостаточностью, социальной адаптации и интеграции в общество. Наличие бедной, неразвитой системы интересов является неблагоприятным фактором;

л) уровень притязаний (степень трудности целей, которые он ставит перед собой). Прогностическим в контексте реабилитационной диагностики является установление того уровня, на который конкретно индивид претендует в своей жизни на определенном этапе: наличие притязаний, грубо неустойчивых или грубо неадекватных соматическому состоянию и профессиональному или социально-психологическому статусу индивида на момент обследования, независимо от характера неадекватности, является неблагоприятным фактором в отношении реабилитации;

м) данные о потенциале жизнеспособности, т. е. комплексе биологических, психофизиологических характеристик несовершеннолетнего, а также социально-средовых факторов, позволяющих в той или иной степени реализовать его потенциальные способности, с их оценкой: реабилитационный потенциал высокий, удовлетворительный, низкий;

н) данные о прогнозе жизнеспособности, т.е. предполагаемой вероятности реализации реабилитационного потенциала, с его оценкой: благоприятный, относительно благоприятный, неясный, неблагоприятный;

о) данные о выраженности интеллектуальной недостаточности и возможности ее коррекции и компенсации.

На данном этапе работы целесообразно использовать следующие методы и методики.

*Тестовые методики:* методика оценки жизнеспособности детей и молодежи «CYRM», национальная часть (адаптация А.И. Лактионовой, А.В. Махнач); методика «Многоуровневый личностный опросник «Адаптивность»»; цветовой тест Люшера; детский вариант тематического апперцептивного теста (ТАТ); Шкала проявлений тревоги Спилбергера-Ханина; проективный тест руки Э. Вагнера; социометрическая методика Дж. Морено; методика диагностики межличностных отношений Т. Лири; методика исследования самооценки «Лестница»; тест «Несуществующее животное»; тест «Моя семья»; тест «Мои страхи»; методика изучения фрустрационных реакций Розенцвейга; тест описания поведения К. Томаса; комплект тестов профориентации; «Автопортрет».

*Опросные методы:* анкетирование, интервью (как детей, так и экспертов из числа работающих непосредственно с детьми и привлекаемых специалистов).

*Наблюдение* (включенное, невключенное, свободное и стандартизированное).

По итогам диагностического обследования, с учетом специфических индивидуальных (психологических, медицинских, социальных) проблем детей делается реабилитационно-экспертное заключение, включающее клиничко-

функциональный диагноз, психологический диагноз, оценку профессионально-трудового, социально-бытового и социально-средового статусов, оценку реабилитационного прогноза. Составляется «Индивидуальная карта ребенка», заполняется «Диагностический лист обследования», дается «Характеристика ребенка с ограниченными возможностями».

*Второй этап – коррекционно-формирующий* – заключается в непосредственной организации и проведении реабилитационных мероприятий, направленных на повышение жизнеспособности ребенка и обучении родителей реабилитационным технологиям.

Коррекционно-формирующий этап ИПР включает *четыре блока*:

- блок развития адаптационных способностей;
- блок развития коммуникативных способностей;
- блок развития способности к саморегуляции;
- блок развития способности к саморазвитию;
- блок формирования адекватных механизмов психологической защиты.

Рассмотрим подробно содержание подпрограммы психолого-педагогической реабилитации ребенка с ограниченными возможностями.

*Блок* развития адаптационных способностей ребенка включает:

- информирование и консультирование по вопросам социальной адаптации несовершеннолетнего с интеллектуальной недостаточностью;
- обучение ребенка самообслуживанию, правилам личной гигиены (причесывание, умывание, чистка зубов), пользованию одеждой, одеванию, раздеванию, приему пищи и др.;
- адаптационное обучение семьи ребенка с интеллектуальной недостаточностью должно обеспечивать информирование, консультирование и обучение семьи ребенка по различным вопросам: характере течения заболевания, связанных с ограничением жизнедеятельности, социально-психологических, физиологических и иных проблемах; видах и формах социально-бытовой помощи

ребенку, видах реабилитационных учреждений, их местоположении и спектре оказываемых ими услуг и т. д.;

- обучение персональной сохранности, которое включает овладение знаниями и навыками таких видов деятельности, как пользование газом, электричеством, туалетом, ванной, транспортом, лекарствами и др.;

- формирование социально-бытовых умений и навыков (приготовление пищи, уборка помещения, стирка белья, ремонт одежды, работа на приусадебном участке, пользование транспортом, посещение магазинов, предприятий бытового обслуживания);

- формирование умений и навыков социального общения, которое включает обеспечение возможности индивида посещать друзей, кино, театры и др.;

- обучение социальной независимости, которое должно быть направлено на возможность самостоятельного проживания, возможность распоряжаться деньгами, пользоваться гражданскими правами, участвовать в общественной деятельности;

- оказание помощи в решении личных проблем (половое воспитание, контроль за рождаемостью и др.);

- консультирование по правовым вопросам, которое должно обеспечивать правовую помощь индивиду в области социальной защиты и реабилитации;

- формирование навыков проведения отдыха, досуга, занятий физкультурой и спортом, информирование о соответствующих учреждениях, осуществляющих данный вид реабилитации.

*Блок развития коммуникативных способностей* включает в себя комплекс мер педагогической поддержки, психологической помощи и коррекционных мероприятий по преодолению различных коммуникативных проблем ребенка. В ходе занятий формируются и закрепляются навыки конструктивного, содержательного общения, преодолеваются барьеры общения.

Индивидуальная и групповая психокоррекция проблем в общении осуществляется согласно следующей семишаговой модели:

1. *Установление позитивного контакта с детьми*, определение оптимального темпа и наиболее приемлемой формы взаимодействия.

2. *Релаксационный тренинг*: обеспечение комфорта и релаксации методами телесно-ориентированной психокоррекции.

3. *Активизация позитивных (ресурсных) переживаний*: использование ресурсов воображения для формирования ярких «ресурсных» образов, ассоциированных с позитивными эмоциями и чувством уверенности в себе.

4. *Проработка патогенного материала* методами игротерапии, сказкотерапии, танцтерапии и т.д.

5. *Психокоррекция* методами творческого самовыражения: арттерапевтические занятия, направленные на гармонизацию эмоционально-волевой сферы личности.

6. *Формирование «образов достижения»*: прояснение жизненных целей и представлений о будущем, укрепление позитивного образа «Я» и развитие мотивации к достижению успеха в будущем.

7. *Подведение итогов психокоррекции*: упражнения, направленные на интеграцию позитивного опыта, приобретенного в ходе занятий.

Индивидуальная психокоррекция включает курс систематических занятий, продолжительностью 45 мин. – 1 час (в зависимости от возраста и индивидуальных особенностей ребенка), ежедневно в течение периода пребывания ребенка в Центре.

При реализации *блока развития способности к саморазвитию* ребенка с ограниченными возможностями преимущество отдается развивающим групповым психотерапевтическим (психокоррекционным) методикам, ориентированным на развитие потенциальных ресурсов личности, обеспечивающим личностный рост и развитие. В ходе занятий закрепляются навыки самосовершенствования и выработки личных качеств, ребенок учится концентрироваться на своих собственных желаниях и целях и добывать новые знания для их достижения.



Психокоррекционные групповые занятия строятся вокруг конкретных случаев и ситуаций. Основная форма групповых занятий – игровая, независимо от их содержательного наполнения конкретными психокоррекционными техниками (методиками).

*Блоки развития способности к саморегуляции и формирования адекватных механизмов психологической защиты* ориентированы на формирование умений ребенка контролировать свои чувства и эмоции, формируя способности саморегуляции на трех уровнях:

- непроизвольного приспособления к среде (поддержание постоянства кровяного давления, температуры тела, выброс адреналина при стрессе, адаптация зрения к темноте и др.);

- установки, обуславливающей слабо осознаваемую или неосознаваемую готовность индивида действовать определенным образом посредством навыков, привычек и опыта при предвосхищении им той или иной ситуации (например, человек по привычке может использовать излюбленный прием при выполнении какой-то работы, хотя информирован о других приемах);

- произвольной регуляции (саморегуляции) своих индивидуально-личностных характеристик (текущего психического состояния, целей, мотивов, установок, поведения, системы ценностей и т.п.).

Успешность формирования конструктивной психологической защиты зависит от степени позитивности и адекватности Я-концепции ребенка. В содержательном плане блок формирования адекватных механизмов психологической защиты представляет собой специально организованный процесс самопознания, направленный на выявление и осознание детьми отдельных сторон своей личности, своих стилевых характеристик, на углубление и уточнение Я-концепции.

*На третьем – интеграционном этапе* – подводятся итоги проведенных реабилитационных мероприятий за определенный срок пребывания ребенка в Центре промежутков времени и определяются пути интеграции

ребенка в социальную среду (итоговая диагностика по основным показателям и рекомендации по дальнейшей реабилитации).

Нам представляется, что реализация индивидуальной программы реабилитации, направленной на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения будет способствовать:

- стабилизации эмоционального и психофизического состояния детей, преодоления социопатических тенденций развития;
- сформированности социально-значимых умений и навыков, необходимых для успешной социальной адаптации несовершеннолетних с ограниченными возможностями (поведенческих, коммуникативных, социально-бытовых, социально-ориентировочных, социально-правовых);
- снижению уровня тревожности, общей эмоциональной стабилизации (по тесту Люшера, шкале проявлений тревоги, рисуночным тестам «Несуществующее животное», «Мои страхи» и др.);
- оптимизации самооценки (методика исследования самооценки «Лестница», «Автопортрет»);
- повышению уровня социальной адаптированности (оценивается косвенно по отзывам педагогов и воспитателей, социометрической методике Дж. Морено, опроснику Т. Лири; значимый показатель – переход от стратегии избегания к стратегии сотрудничества по тесту К. Томаса).

Об эффективности социальной реабилитации и повышении уровня жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья можно судить по таким показателям, как расширение навыков самообслуживания, расширение круга интересов, расширение коммуникативных способностей, активизация в проведении досуга, участие в жизни реабилитационного центра.

Дополнительным критерием эффективности реабилитационной программы может служить включение детей в работу кружков и спортивных

секций, их активное участие в социально-значимых и культурно-просветительских мероприятиях (по результатам повторной диагностики).

Отметим, что реализация программы на базе реабилитационных учреждений требует включения ряда дополнительных форм и направлений работы: психологической, методической помощи воспитателям, социальным педагогам, психологам, социальным работникам (в форме психологического просвещения, развернутых рекомендаций, а иногда и групповых занятий, а также межведомственных совещаний по проблемам реализации комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, выявление личностных и поведенческих характеристик, помогающих ему жить, делающих его сильным и стойким духом, позволит целенаправленно формировать эти качества, что очень важно не только для детей и подростков, живущих в сложных условиях в связи с ограничением жизнедеятельности, но также и для их социального окружения.

Значительная часть детей данной категории, несмотря на усилия, предпринимаемые обществом, став взрослыми, зачастую оказывается неподготовленной к интеграции в социум. В последние годы в нашей стране стало более заметным стремление к кардинальному изменению сложившейся ситуации с обучением и воспитанием детей с ограниченными возможностями здоровья

В рамках развития теории жизнеспособности исследуются также средовые условия с целью изменения неблагоприятной для детей с ограниченными возможностями здоровья социальной действительности с помощью различных социальных программ, анализ полученных изменений позволяет максимизировать потенциал таких социальных вмешательств. Таким образом, развитие теории жизнеспособности может внести серьезный практический вклад в развитие практики социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Чтобы преодолеть проблемы, возникающие в процессе реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья, в их подготовке к интеграции в общество, на наш взгляд, требуется разработка новых технологий их обучения, воспитания и организации всей жизнедеятельности. Формирование жизнеспособности в процессе социальной реабилитации, на наш взгляд, будет способствовать более успешной социальной адаптации и социальной интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья.

В своем исследовании мы конкретизируем понятие жизнеспособностью ребенка с ограниченными возможностями здоровья как индивидуальную способность ребенка по управлению собственными личностными ресурсами в процессе его социальной реабилитации.

Жизнеспособность ребенка с ограниченными возможностями здоровья рассматривается нами как многоуровневое интегративное качество личности, включающее в себя: на индивидуальном уровне – адаптивные свойства; на личностном – духовно-ценностные ориентации, морально-нравственные установки взгляды и чувства, творческую направленность личности; на индивидуальном – качественно своеобразное проявление потенциальных свойств жизнеспособности, присущее детям с ОВЗ как уникальной личности.

Говоря о структурных компонентах жизнедеятельности, мы обратились к теории Е.А. Рыльской, согласно которой к структурным компонентам жизнеспособности относятся: способность к адаптации, способность к саморегуляции, способность к саморазвитию, осмысленность жизни и коммуникабельность.

А.А. Нестерова определяет жизнеспособность как устойчивую диспозицию личности, которая включает в себя такие компоненты как:

- способность к активности и инициативе;
- способность к самомотивации и достижениям;
- эмоциональный контроль и саморегуляция;
- позитивные когнитивные установки и гибкость мышления;
- самоуважение;
- социальная компетентность;
- адаптивные защитно-совладающие стратегии поведения;
- способность организовывать свое время и планировать будущее.

Вычленение основных компонентов жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья, факторов развития жизнеспособности, а также уровня сформированности жизнеспособности

детей, находящихся в стационарном реабилитационном учреждении (отметим, что только 30% воспитанников имеют высокий уровень жизнеспособности) позволило нам разработать и апробировать индивидуальную программу реабилитации, направленную на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения.

Повышение уровня жизнеспособности детей с ОВЗ, на наш взгляд, является тем важным звеном в реабилитации, которое позволяет оптимизировать весь процесс социальной реабилитации таких детей и сделать его более успешным и продуктивным.

Главная идея предлагаемой нами «Индивидуальной программы реабилитации, направленная на повышение жизнеспособности ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях стационарного учреждения» заключается в объединении психологических, педагогических, социальных и логопедических программ и методик в рамках реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР) ребенка с ограниченными возможностями по следующим основным направлениям, являющимся компонентами жизнеспособности:

- развитие адаптационных способностей;
- развитие коммуникативных способностей;
- развитие способности к саморегуляции;
- развитие способности к саморазвитию;
- формирование адекватных механизмов психологической защиты.

Об эффективности социальной реабилитации и повышении уровня жизнеспособности детей с ограниченными возможностями здоровья можно судить по таким показателям, как расширение навыков самообслуживания, расширение круга интересов, расширение коммуникативных способностей, активизация в проведении досуга, участие в жизни реабилитационного центра.

Дополнительным критерием эффективности реабилитационной программы может служить включение детей в работу кружков и спортивных

секций, их активное участие в социально-значимых и культурно-просветительских мероприятиях (по результатам повторной диагностики).

Отметим, что реализация программы на базе реабилитационных учреждений требует включения ряда дополнительных форм и направлений работы: психологической, методической помощи воспитателям, социальным педагогам, психологам, социальным работникам (в форме психологического просвещения, развернутых рекомендаций, а иногда и групповых занятий, а также межведомственных совещаний по проблемам реализации комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айшервуд, М.М. Полноценная жизнь инвалида [Текст] /М.М.Айшервуд. - М.: Инфра-М, 2001. – 88 с.
2. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы: учеб. пособие для вузов [Текст] / Л.И. Акатов. – М.: ВЛАДОС, 2004. – 368 с.
3. Андреева, О.С. Принципы формирования и реализации индивидуальной программы реабилитации инвалидов [Текст] /О.С.Андреева //Профессиональная реабилитация и занятость инвалидов. Доклады межведомственной конференции. - М.: Комитет труда и занятости Правительства Москвы: ЦИЭТИН: Социальный партнер, 1999.- С. 15-16.
4. Бабиева, Л.Г. Аномальный ребенок в семье: проблема адаптации к дефекту [Текст] / Л.Г. Бабиева // Теория и практика обучения и воспитания. – Вып.Ш. – Владикавказ: СОГУ, 2004. – С. 9-14.
5. Бабиева, Л.Г. Социокультурные проблемы реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья [Текст] / Л.Г. Бабиева // Теория и практика обучения и воспитания. – Вып. VII. – Владикавказ: СОГУ, 2007. – С.3-8.
6. Байер, Е. А. Педагогическая система формирования жизнестойкости детей-сирот средствами физической культуры и спорта в условиях детского дома : автореф. дис. ... д- ра пед. наук : 13.00.04 / Е. А. Байер. – М., 2013. – 40с. – Электронный ресурс.
7. Баранов, А.А., Камзов, И.А., Позднякова, М.А. Детская инвалидность: проблемы и пути решения. Социальные и организационные проблемы педиатрии [Текст] /А.А.Баранов и [др.]. – М., 2003. – 132 с.
8. Богданова, М. В. Взаимосвязь жизнестойкости с личностной зрелостью и уровнями жизнеобеспечения личности / М. В. Богданова // Вестник Тюменского государственного университета. – 2012. – № 9. – С. 149-156.



9. Браун, Д. Тенденции изменения популяции детей со сложной структурой нарушения [Текст] / Д. Браун // Дефектология. – 2000. – № 1.– С.5-8.
10. Бубен, С.С. Интеграция: проблемы и перспективы [Текст] /С.С.Бубен //Дефектология. – 1996. - № 5. – С. 5-9.
11. Быков, Д.А. Дети с ограниченными возможностями и общество// Дополнительное образование, 2001, №1.
12. Вайзман, В.П. Реабилитационная педагогика [Текст]: медицинские аспекты /В.П.Вайзмн.- М., 1996. - Вып. 1. - С.10-12.
13. Ванакова, Г. В. Жизнестойкость как социальная и психологическая проблема личности / Г. В. Ванакова // Среднее профессиональное образование. – 2013. – № 11. – С. 46-49.
14. Васильева, Н.В. Социологические концепции исследования инвалидности [Текст] /Н.В.Васильева //Социологический сборник: Вып.7.- М.: Социум, 2000. – С. 23-24.
15. Ветрова, И.Ю. Проблемы социальной адаптации инвалидов [Текст] / И.Ю. Ветрова. – М.: Дело, 2000. – 256 с.
16. Воспитание слабовидящего ребенка в семье [Текст]: пособие для родителей. - М.: Владос, 2003. – 135 с.
17. Герасименко, Н.Ф. Основная причина нездоровья детей в России – бедность [Текст] /Н.Ф.Герасименко //Права ребенка. – 2001. – № 2. – С. 8.
18. Гетманенко, Е.С. Адаптация людей с ограниченными возможностями как задача современного государства [Текст] / Е.С. Гетманенко // Вестн. Моск. ун-та. Сер. 21. Управление (государство и общество). – 2008. – № 4. – С. 75-84.
19. Голдсворс, Л. Некоторые проблемы социальной работы с инвалидами [Текст] /Л.Голдсворс //Бюллетень научной информации.- М., 1993. – С. 15.
20. Голубева, А.В. Социальная адаптация детей-инвалидов [Текст] / А.В. Голубева // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. –

2004. – № 5. – С. 55-63.

21. Грачев, Л.К. Программа социальной работы с семьями, имеющими ребенка-инвалида [Текст] /Л.К.Грачев. – М., 1992. – 125 с.

22. Гусева, Н.К. Основы социальной защиты больных и инвалидов в Российской Федерации [Текст] /Н.К.Гусева. – Н.Новгород: НГМД, 1999.

23. Гуслова, М.И., Стуре Т.К., Шабанова Е.А. Психолого-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка-инвалида [Текст] /М.И.Гуслова, Т.К.Стуре, Е.А.Шабанова; под ред. Е.И.Холостовой и [др.] – Методика и практика социальной работы. Российский журнал социальной работы. – М.: Институт социальной работы Ассоциации работников социальных служб, 2000 г. – № 9-10. – С. 123–131.

24. Дементьева, Н.Ф. Холостова Е.И. Социальная реабилитация [Текст]: учеб. пособие /Н.Ф.Дементьева, Е.И.Холостова. – М.: Дашков и К, 2002. – 340 с.

25. Деменьтьева, Н.Ф. Перспективы реабилитационной ориентации центров социального обслуживания [Текст] /Н.Ф.Дементьева //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 1999. – № 2. – С. 25.

26. Деменьтьева, Н.Ф., Пузин, С.Н. Технология социально-бытовой реабилитации инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата [Текст] /Н.Ф.Дементьева, С.Н.Пузин //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 2. – С. 46.

27. Деменьтьева, Н.Ф., Устинова Э.В. Формы и методы медико-социальной реабилитации нетрудоспособных граждан [Текст] /Н.Ф.Дементьева, Э.В.Устинова. – М.: ЦИЭТИН, 1991.

28. Добровольская, Т.А., Шабалина, Н.Б. Инвалид и общество: социально-психологическая интеграция [Текст] /Т.А.Добровольская, Н.Б.Шабалина //СОЦИС. – 1991. – №1. – С. 17 - 26.

29. Дорога – это то, как ты идешь по ней... Социально-реабилитационная работа с семьей нетипичного ребенка [Текст]: учеб. пособие /Под ред. Е.Р. Смирновой, В.Н. Ярской. – Саратов: Поволж. фил.

Рос. учеб. центра, 1996.

30. Зайнышев, И.Г. Технология социальной работы [Текст] /И.Г.Зайнышев. – М.: ВЛАДОС, 2000. – 240 с.

31. Ильичев, Д. Реабилитация детей с ограниченными возможностями [Текст] /Д.Ильичев //Социальная работа. – 2003. – № 2. – С. 46.

32. Ким, Е.Н. Независимая жизнь лиц с ограниченными возможностями [Текст] /Е.Н.Ким. – М., 1997.

33. Ковалева, А.И. Социализация личности: норма и отклонение [Текст] /А.И.Ковалева. – М., 1996.

34. Комплексная реабилитация инвалидов: Учеб. пособие для студ. высш учеб. заведений / Под ред. Т.В. Зозули. – М.: Академия, 2005. – 304 с.

35. Комплексные методики активизации социальной работы с семьей: Научно-методическое пособие / Под ред. В.Ю. Меновщикова. – М.: Государственный НИИ семьи и воспитания, 2001.

36. Кон, И.С. Психология ранней юности [Текст] /И.С.Кон. - М., 1989. – 425 с.

37. Кукушкина, Т.Н., Докши, Ю.М., Чистякова, Н.А. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность [Текст] /Т.Н.Кукушкина и [др.]. - Л.: Медицина, 1989.

38. Курбатов В.И. Социальная работа [Текст] /В.И.Курбатов.- Ростов на Дону: Феникс. – 2003. – 480 с.

39. Лактионова, А. И. Взаимосвязь жизнеспособности и социальной адаптации подростков : дис ... канд. психол. наук : 19.00.13 / А. И. Лактионова. – М., 2010. – 187с. – Электронный ресурс.

40. Лактионова, А. И. Влияние факторов жизнеспособности на социальную адаптацию подростков / А. И. Лактионова, А. В. Махнач // Ребенок в современном обществе / под ред. Л. Ф. Обухова, Е. Г. Юдина. – М., 2007. – С. 184-191.

41. Лапин, Н.И. Ценностные компоненты социокультурной современной России [Текст] / Н.И. Лапин // Социологические исследования.

– 2004. № 5. – С. 21-25.

42. Лисовский, В.А. Комплексная профилактика заболеваний и реабилитации больных и инвалидов [Текст] /В.А.Лисовский. – М.: Сов.спорт, 2001. – 320 с.

43. Малер, А.Р. Новое в оказании помощи детям-инвалидам [Текст] / А.Р.Малер //Дефектология. – 1996. - №1. – С. 83-85.

44. Малер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: книга для родителей [Текст] /А.Р.Малер. - М.: Педагогика – Пресс, 1996. – 80 с.

45. Малофеев, Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России [Текст]: результаты исследования /Н.Н.Малофеев //Дефектология. – 1997. – № 4. – С. 32-33.

46. Мастюкова, Е.М., Московкина, А.Г. Они ждут нашей помощи [Текст] / Е.М.Мастюкова, А.Г.Москвина. – М.: Педагогика, 1991. – 160 с.

47. Махнач А.В., Лактионова А.И. Жизнеспособность подростка: понятие и концепция // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы / отв. ред.Л.Г. Дикая, А.Л. Журавлев. М., 2007. С. 290-312.

48. Махнач, А. В. Жизнеспособность как междисциплинарное понятие / А. В. Махнач // Психологический журнал. – 2012. – № 6. – С. 84-98.

49. Махнач, А. В. Жизнеспособность подростка: понятие и концепция / А. В. Махнач, А. И. Лактионова // Психология адаптации и социальная среда: современные подходы, проблемы, перспективы : [сб. ст.] / отв. ред. Л. Г. Дикая, А. Л. Журавлев. – М. : Ин-т психологии РАН, 2007. – С. 290-312.

50. Махнач, А. В. Личностные и поведенческие характеристики подростков как фактор их жизнеспособности и социальной адаптации / А. В. Махнач, А. И. Лактионова // Психологический журнал. – 2013. – Т. 34, № 5. – С. 69-84.

51. Медицинская, социальная, профессиональная реабилитация больных и инвалидов [Текст]: материалы международной научно-практической конференции 29 – 31 октября 1996 г. /под ред. Э.И. Зборовского

– Мн.: Хата, 1998. – 352 с.

52. Мошняга, В.Т. Технологии социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями [Текст] /В.Т.Мошняга; под. ред. Е.И. Холостовой. – М.: Инфра-М, 2003.

53. Мудрик, А.В. Введение в социальную педагогику [Текст] /А.В.Мудрик. – М., 1997.

54. Мурашева, С.Н. Социальная адаптация инвалидов в условиях экономического и духовного кризиса. // Материалы республиканской научно-практической конференции. Социализм: теория и практика. Том 2, Хабаровск, 1996.

55. Мустаева, Ф.А. Основы социальной педагогики [Текст] /Ф.А.Мустаева. – М.: Академический проект, 2001.

56. Мысова, О. Ф. Формирование жизнестойкости у детей: некоторые методические подходы / О. Ф. Мысова // Воспитание школьников. – 2013. – № 6. – С. 60-64.

57. Наливайко, Т. В. Исследование жизнестойкости и ее связей со свойствами личности : дис ... канд. психол. наук : 19.00.05 4. / Т. В. Наливайко. – Челябинск, 2006. – 175с. – Электронный ресурс.

58. Науменко, Ю. В. Социально-личностная жизнеспособность подростков / Ю. В. Науменко, М. Э. Паатова // Народное образование. – 2013. – № 7. – С. 249-257.

59. Непомнящая, М. Ш. Изучение жизнестойкости и адаптивности как составляющих жизнеспособности студентов педагогического вуза // Научное сообщество студентов XXI столетия. гуманитарные науки: сб. ст. по мат. VII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 7. URL: [sibac.info/archive/humanities/7.pdf](http://sibac.info/archive/humanities/7.pdf).

60. Новикова, К.Н. Социальная реабилитация инвалидов: состояние, проблемы, перспективы [Текст] /К.Н.Новикова. – Казань, 1996.

61. Носырева, С. Н. Особенности формирования самооценки у детей / С. Н. Носырева // Воспитание школьников. – 2013. – № 2. – С. 53-56.

62. Обухова, Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы [Текст] /Л.Ф.Обухова. М., 1995. – 293 с.

63. Организация и методика проведения социального этапа реабилитации инвалидов на базе муниципальных центров социальной защиты населения [Текст]: пособие. – Н.Новгород: Нижегородская гос. медиц. академия, 1999.

64. Осадчих, А. Законодательная основа социальной политики в отношении инвалидов [Текст] /А.Осадчих //Социальная работа. - 2002. - № 1.- С. 13-20.

65. Панов, А.М. Центры социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями – эффективная форма социального обслуживания семьи и детей [Текст] /А.М.Панов //Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. – М., 2003.

66. Петровский, В.А. Психология неадаптивной активности [Текст] /В.А.Петровский. – М., 1992.

67. Пешков, С.П., Элланский, Ю.Г. Вопросы реабилитации инвалидов в свете основных положений концепции независимости //Здравоохранение РФ. – 1997. – № 3. – С. 25.

68. Питерси, М., Трилор, Р. Программа ранней помощи детям с отклонениями в развитии «Маленькие ступеньки» [Текст] /М.Питерси, Р.Трилор. – Мн.: БелАПДИ, 1999. – 150 с.

69. Покровский, В. М. Регуляторно-адаптивный статус в оценке стрессоустойчивости человека / В. М. Покровский, А. Н. Мингалев // Физиология человека. – 2012. – Т. 38, № 1. – С. С. 77-81.

70. Практикум по арт-терапии / Под ред. А.И. Копытина. – СПб.: Питер, 2001. – 448 с.

71. Рыльская, Е.А. Психологические критерии жизнеспособности человека Вестник МГОУ. Серия «Психологические науки». № 3 / 2011. – С. 20-25.

72. Рыльская, Е.А. Структура жизнеспособности человека: коммуникативный аспект // Вестник МГОУ, 2009. № 4. С. 31-36.
73. Словарь практического психолога / сост. С.Ю. Головин. Минск, 1997. 800 с.
74. Словарь-справочник по социальной работе [Текст] /под ред. Е.И.Холостовой. – М.: Юристъ, 1997.
75. Смирнова, Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями [Текст] /Е.Р.Смирнова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1997. – № 2. – С. 51-56, 182.
76. Смирнова, Е.Р. Семья нетипичного ребенка: Социокультурные аспекты [Текст] / Е.Р. Смирнова. – Саратов, 1996. – 134 с.
77. Соколова, И.А. Организация социальной реабилитации инвалидов на базе муниципального центра социальной защиты населения [Текст] /И.А.Соколова //Медико-социальная экспертиза и реабилитация. – 2000. – № 2. – С. 22.
78. Сорвина, А.С., Холостова, Е.И. Социальная работа: теория и практика [Текст]: учеб. пособие / А.С.Сорвина, Е.И.Холостова. – М.: ИНФРА-М, 2002.
79. Социальная педагогика [Текст]: учебное пособие /под ред. В.А.Никитина. – М.:Владос, 2000. -272 с.
80. Социальная работа с инвалидами [Текст]: настольная книга специалиста /Е.М. Холостова. - М.: Институт социальной работы, 1996. – 210с.
81. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями [Текст] / Г.Н.Багаева, Н.Ф.Дементьева, Т.А.Исаева. М.: Институт социальной работы, 1996 г.
82. Сюзева, Е.Л. Медико-социальные аспекты детской инвалидности [Текст]: материалы 8-го Конгресса педиатров России /Е.Л.Сюзева. – М., 2003. – С. 6.

83. Теоретико-методологические аспекты подготовки родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями / Под общ. ред. В.М. Астапова. – М., 1996.

84. Ткачева, В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии [Текст] /В.В.Ткачева //Дефектология. - 1998. - № 1. – С. 12-14.

85. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., 1990. 368 с.

86. Шабалина, Н.Б. и [др.] Особенности социальной интеграции инвалидов [Текст]: метод рекомендации для врачей ВТЭК /Н.Б.Шабалина и [др.]. – М., 1992.

87. Шипицина, Л.М. Социальная реабилитация детей с проблемами развития [Текст] /Л.М.Шипицина //Социальная работа. - 1993. - № 3. - С. 38.

88. Шпак, Л.Л. [Текст] / Социокультурная адаптация: сущность, направление, механизмы реализации: дис. ...д-ра социол. наук. 02.03.92 / Шпак Лидия Леонидовна. – Кемерово, 1992. – 398 с.

89. Экспертно-реабилитационная диагностика способности контролировать свое поведение [Текст]: метод. рекомендации / Д.И.Лаврова и [др.] - М.: ЦИЭТИН, 2000.

90. Эспиноза А. Кто есть человек? Философская антропология // Это человек: Антология. М., 1995. С. 75-81.

91. Яковлев, Н. М. Психологическая защита девиантных подростков от стресса / Н. М. Яковлев. – СПб. : Нестор-История, 2011. – 207 с.

92. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальная работа с инвалидами. [Текст] / Е.Р.Ярская-Смирнова, Э. К Наберушкина. – СПб.: Питер, 2004. – 198 с.

93. Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальное конструирование инвалидности [Текст] /Е.Р.Ярская-Смирнова //СОЦИС. – 1999. – № 4.- С. 15.



## ПРИЛОЖЕНИЕ

Индивидуальная программа реабилитации

(ребенка, подростка с ДЦП)

Данные о ребенке, подростке

Ф.И.О. \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Социальный статус \_\_\_\_\_

(в зависимости от социального статуса составляется: *История развития ребенка* (на учащегося общеобразовательной школы, если есть связь с родителями ребенка; *История жизни ребенка* (для детей-сирот).

*Цель и задачи реабилитации:*

Цель \_\_\_\_\_

Задачи \_\_\_\_\_

*1. Диагностическая программа*

Цель: \_\_\_\_\_

Перечень диагностических методик:

*Полученные результаты по каждой методике (См. Диагностический лист психологического обследования ребенка)*

*Формулировка выявленных проблем:* \_\_\_\_\_

*Рекомендации:*

Диагностическая программа заканчивается составлением *Индивидуальной карты ребенка* (индивидуального профиля ребенка), заполняется *Лист обследования ребенка*, *Характеристика трудного подростка*.

*2. Психолого-педагогическая реабилитация  
(включает психокоррекционную программу (программу развития)  
(на основе данных диагностики)*

*Цель:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Задачи:* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Программа мероприятий по организации индивидуальной коррекционной работы:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Организация групповой коррекционной работы с учетом сходных проблем детей: на что направлена работа, формы проведения коррекционной работы, сроки, ответственные)* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Повторная диагностика*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Оценка результатов социально-психологической реабилитации:*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Рекомендации*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

*3. Программа трудовой реабилитации, профориентации*

*Диагностика профессиональных склонностей, способностей*

*Перечень методик:*

---

---

---

---

---

*Результаты*

---

---

---

*Рекомендации*

---

---

---

*План мероприятий профессиональной и трудовой реабилитации (с учетом особенностей и склонностей ребенка)*

---

---

---

---

---

*Программа профессиональной реабилитации*

---

---

---

*4. Программа медицинской реабилитации*

*(составляется на основе медицинского диагноза, состояния здоровья и в соответствии с возможностями учреждения совместно с медицинскими работниками)*

*Цель:*

---

---

*Лечебно- профилактические процедуры*

---

---

---

*Организация летнего оздоровительного отдыха*

---

---

---

---

*Программа Здоровья* (закаливание, спортивно-оздоровительные мероприятия, лечебной физкультуры и т.д.)

---

---

---

*Программа ЗОЖ*

---

---

---

*5. Программа работы с семьей*

Цель:

---

---

---

*Лист обследования семьи (прилагается)*

*План работы с семьей*

---

---

---

---

---

*Анкета эксперта.*

Кафедра социальной работы БелГУ проводит социологическое исследование на тему «Изучение проблем детей с диагнозом детский церебральный паралич в Белгородской области». Просим Вас выступить в качестве эксперта и ответить на вопросы предложенной анкеты. Для этого необходимо обвести или подчеркнуть номер того варианта ответа, который соответствует Вашему мнению. Если у Вас имеются другие суждения, то впишите их в соответствующий пункт анкеты. Анкета анонимная, свою фамилию указывать не нужно.

1. Как бы Вы оценили общее положение детей с ОВЗ в Белгородской области?
  - 1) Критическое.
  - 2) Бесперспективное.
  - 3) Тяжелое, но имеет тенденцию к изменению в лучшую сторону.
  - 4) Вполне удовлетворительное.
  - 5) Благоприятное.
  - 6) Затрудняюсь ответить.
  - 7) Другое (укажите) \_\_\_\_\_.
2. Считаете ли Вы, что дети с ОВЗ нуждаются в социально-педагогическом сопровождении?
  - 1) Да.
  - 2) Нет.
  - 3) Затрудняюсь ответить.
3. В чем Вы видите главные задачи социально-педагогического сопровождения детей с ДЦП в Белгородской области? (укажите не более трех вариантов ответа)
  - 1) В разработке системы мер, направленных на обеспечение эффективного медицинского обслуживания детей с ОВЗ.
  - 2) В создании и расширении образовательных учреждений и услуг для детей с ДЦП.
  - 3) В обеспечении отдыха и оздоровления, здорового образа жизни детей с ДЦП.
  - 4) В решении психологических проблем детей с ОВЗ и их семей.
  - 5) В координации деятельности субъектов помощи детям с ОВЗ.
  - 6) В чем-то еще (укажите) \_\_\_\_\_.
4. Насколько эффективно, по Вашему мнению, в решении проблем участвуют:

	В основном эффективно	Недостаточно эффективно	Ничего не знаю об их деятельности	Затрудняюсь ответить
Региональные органы власти	1	2	3	4
Органы социальной защиты населения и социальные службы	1	2	3	4
Образовательные	1	2	3	4

учреждения				
Некоммерческие организации	1	2	3	4
Коммерческие организации	1	2	3	4
Индивидуальные предприниматели	1	2	3	4

5. Считаете ли Вы, что практика организации социально-педагогического сопровождения заявляет о себе как эффективный механизм социальной поддержки детей с ДЦП?

- 1) Да.                    2) Нет.                    3) Затрудняюсь ответить.

6. Как Вы считаете, кто должен координировать деятельность по организации социально-педагогического сопровождения детей с ОВЗ?

- 1) Региональные органы власти.  
 2) Муниципальные социальные службы службы.  
 3) Органы образования  
 4) Общественные организации.  
 5) Другое (укажите) \_\_\_\_\_.

7. Что, по Вашему мнению, препятствует эффективному оказанию социальной помощи детям с ОВЗ в Белгородской области? (укажите не более трех вариантов)

- 1) Недостаточное финансирование.  
 2) Бюрократизация социальной политики.  
 3) Несовершенная нормативно-правовая база в этой сфере.  
 4) Дефицит квалифицированных кадров.  
 5) Недостаточный учет интересов и потребностей детей с ОВЗ.  
 6) Отсутствие ясных целей.  
 7) Нескоординированность действий различных структур.

10) Отсутствие сильных общественных организаций и благотворительных фондов.

12) Другое (укажите) \_\_\_\_\_.

8. Ваш пол: 1) Муж.            2) Жен.

9. Ваш возраст:

- 1) До 30 лет.    2) 30-39 лет.    3) 40-49 лет.    4) старше 50 лет.

10. Ваш стаж работы в социальной сфере:

- 1) До 5 лет.    2) 5-10 лет.    3) более 10 лет.

*Благодарим Вас за участие в исследовании!*