

ВАРИАТИВНОСТЬ СОЦИАЛЬНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

© 2011 Л.А.Казакова

Ульяновский государственный педагогический университет имени И.Н.Ульянова

Статья поступила в редакцию 21.03.2011

Автор статьи акцентирует своё внимание на проблеме вариативности социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Показано, что вариативность социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья определяется: типом и тяжестью нарушения развития, содержанием социального воспитания, типом воспитательной организации, в которой оно осуществляется, дифференцированной и интегрированной воспитательной средой, направленностью на формирование навыков социальной адаптации или обособления, поликультурностью воспитательной среды, широким кругом участников социального воспитания.

Ключевые слова: социальное воспитание, вариативность, дети и подростки, ограниченные возможности здоровья.

° Политические, экономические, социокультурные перемены, происходящие в современном российском обществе, приводят к изменению социализационных норм¹ и требуют от человека нового поколения быть самостоятельным, гибким, пластичным, уметь ориентироваться в сложном и объемном информационном потоке. Дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) являются неотъемлемой частью российского общества, поэтому требования, предъявляемые к ним, аналогичны тем требованиям, которые предъявляются к их здоровым сверстникам. На наш взгляд, для того чтобы дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья соответствовали современным запросам общества, необходимо использовать вариативный подход в воспитании, который позволит организовать и осуществить целенаправленную и разнообразную по форме и содержанию воспитательную деятельность, а её результатом станет формирование у человека с ограниченными возможностями здоровья ценностных ориентаций, паттернов нормативного поведения, характеризующихся вариативностью индивидуальных социализационных траекторий развития.

Вариативный подход зародился в естественных науках в конце 19 – начале 20 столетия. В гуманитарных науках, в том числе в педагогике и психологии, он начал широко использоваться в 70 – 80-ые годы 20 века, когда в научный обиход были введены такие понятия как

«принцип вариативности», «вариативность образования», «вариативность содержания образования».

В социальной педагогике принцип вариативности стал использовать А.В.Мудрик², описав вариативность социального воспитания в современных обществах через многообразие и мобильность как потребностей и интересов личности, так и потребностей общества. Условия для развития и духовно-ценностной ориентации человека планомерно создаются на федеральном, региональном, муниципальном и локальном уровнях: основываясь на общечеловеческих ценностях; учитывая этнические особенности и местные условия; используя имеющиеся и создавая новые возможности для реализации личностного, возрастного, дифференцированного и индивидуального подходов в воспитательных организациях. Для реализации принципа вариативности социального воспитания необходимо создавать разнообразные воспитательные организации, что позволит удовлетворить интересы и потребности личности и общества. Этот принцип характеризуется использованием в процессе воспитания не однотипных, равных для всех, а различных, зависящих от индивидуальных особенностей детей и подростков, моделей воспитания.

Социальное воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья определяется нами как создание условий для полноценного и всестороннего развития человека с ограниченными возможностями здоровья на максимально возможном для него уровне. Целью социального воспитания детей и подростков

° Казакова Лариса Александровна, кандидат биологических наук, доцент кафедры педагогики.

E-mail: lida-mila_25@rambler.ru

¹ Ковалева А.И. Концепция социализации молодежи: Нормы, отклонения, социализационная траектория // Социологические исследования. – 2003. – №1.

² Мудрик А.В. Социальная педагогика: Учеб. для студентов высш. пед. учеб. заведений. – М.: 2005.

ков с ограниченными возможностями является предупреждение проявлений социально-личностной недостаточности и формирование готовности и способности к относительно независимой жизни. Под социально-личностной недостаточностью понимают недостаток индивида, вытекающий из нарушения или ограничения жизнедеятельности, при котором человек может выполнить лишь ограниченно или не может выполнить совсем обычную для его положения (возраста, пола, социального и культурного статуса) роль в жизни³.

Результатом и показателем эффективности социального воспитания является человек с ограниченными возможностями, принимающий и транслирующий культуру общества, ценности и нормы, принятые в нём, а также независимый, самостоятельный, целеустремлённый, имеющий собственное мнение и активно меняющийся на пути собственного развития. Мы считаем, что вариативность социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья можно охарактеризовать по следующим признакам: тип и тяжесть нарушения развития, содержание социального воспитания, тип воспитательной организации, длительность осуществления социального воспитания, дифференцированный и интегрированный характер социального воспитания, направленность социального воспитания на формирование и развитие навыков социальной адаптации или обособления, поликультурность воспитательной среды, широкий круг участников социального воспитания.

Опишем более подробно все признаки, определяющие вариативность социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья. Учитывая данные специальной педагогики и специальной психологии, социальное воспитание детей и подростков с различными видами нарушений развития будет иметь две взаимосвязанные цели: общеразвивающую и коррекционно-компенсирующую. Общеразвивающая цель определяет направленность воспитательного процесса на формирование и развитие личностных свойств и качеств, характеризующих всех без исключения людей на Земле; в содержании воспитания – это будет составлять общее центральное инвариантное ядро. Коррекционно-компенсирующая цель способствует предупреждению появления и своевременной коррекции вторичных личност-

ных (социальных) дефектов, отражающихся на поведении человека с ограниченными возможностями здоровья; в содержании социального воспитания – это будет составлять периферическую вариативную часть, учитывающую специфику и тяжесть нарушений развития. На наш взгляд, социальное воспитание в большей степени, чем обучение, должно быть ориентировано на формирование общечеловеческих личностных свойств; применяемые же методы, формы и средства могут и должны учитывать тип и тяжесть нарушений развития.

Содержание социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями можно рассмотреть с двух точек зрения – содержанием воспитания являются общечеловеческие ценности⁴ и востребуемый в жизненных событиях субъективный опыт личности⁵. Разделяя ценностный подход к определению содержания воспитания⁶, в качестве содержания социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями мы рассматриваем общечеловеческие ценности, которые осваиваются и реализуются специфическим образом. Приведём ряд примеров, иллюстрирующих это: для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья ценность «Человек» представлена следующими основными компонентами: «Я» и «Другие». Ценность «Я» рассматривается человеком с ограниченными возможностями здоровья проблемно, восприятие себя как имеющего отклонения всегда затруднительно, при этом чаще всего человек с ОВЗ ориентируется на другого человека, сравнивает себя с ним. Ценность «Другие» – окружающие люди, похожие и не похожие на человека с ограниченными возможностями здоровья, интересные, неповторимые, являющиеся агентами его социализации в доступных сферах жизнедеятельности.

«Семья» – ближайшее окружение человека, в котором он появился на свет, воспитывается, живёт всю жизнь. Семья как социальный институт и функциональное объединение двух и более людей помогает, направляет и поддерживает человека с ОВЗ на протяжении всей жизни. «Семья» – общечеловеческая ценность, структурная единица человеческого общества, позволяющая воспроизводить человеческие взаимоотношения. Семья помогает ребёнку и подростку с ограниченными возможностями

³ Бронников В.А., Наумов А.А. Интегративная оценка эффективности комплексной реабилитации инвалидов в системе социальной защиты населения // Научно-практический опыт реабилитации лиц с ограниченными возможностями в Приволжском федеральном округе. – Нижний Новгород: 2007. – С. 79 – 92.

⁴ Караковский В.А., Новикова Л.И., Селиванова Н.Л. Воспитание? Воспитание ... Воспитание! – М.: 2000.

⁵ Мудрик А.В. Социальная педагогика:....; Сафронова Е.М. Формирование нравственно-смыслового отношения к образованию как цель и результат школьного воспитания. – Волгоград: 2004.

⁶ Караковский В.А., Новикова Л.И., Селиванова Н.Л. Воспитание? Воспитание ... Воспитание!

здоровья нормально функционировать в обществе как биосоциальному существу, помогает осваивать окружающий социальный и природный мир. В силу имеющихся у ребёнка (подростка) с ограниченными возможностями здоровья нарушений физического и психического развития семья очень часто определяет его жизненный путь, цели и задачи на перспективу или отсутствие таковых, возможности развития, лечения, обучения. Семья для ребёнка (подростка) с ограниченными возможностями здоровья может оказывать как положительное стимулирующее влияние на развитие потенциальных возможностей, так и играть негативную роль в создании ситуаций неуспеха, воспитании в культуре болезни, эмоциональном отвержении, снижении требований к ребёнку. Отсутствие родительского тепла изменяет личностную сферу ребёнка, формируя вместо позитивно устойчивых черт характера, необходимых для успешной адаптации в социуме, неадекватные личностные характеристики.

Ценность «Здоровье» трактуется этой категорией детей и подростков как «отсутствие болезни», «хорошее настроение», «самочувствие», «радость», «отсутствие вредных привычек, как жизнь «без стрессов и потрясений». В иерархии ценностей «Здоровье» занимает первое место. Формирование ценности «Здоровье» у детей и подростков с ограниченными возможностями в воспитательном пространстве коррекционной школы (или реабилитационного центра) должно содержать два компонента: теоретический и деятельностно-практический. Теоретический компонент предполагает осознание здоровья как необходимого и важного элемента человеческой жизни, возможность его сохранения и укрепления в течение продолжительного времени. Деятельностно-практический компонент подразумевает под собой ведение здорового образа жизни (ЗОЖ), освоения оздоравливающих технологий.

«Труд» – основа человеческого бытия, основополагающий элемент жизнедеятельности. Труд в широком смысле определяется как «целесообразная деятельность человека, направленная на видоизменение или преобразование предметов природы для удовлетворения своих потребностей или на создание с помощью орудий труда материальных и духовных ценностей»⁷. Ценность «Труд» выполняет следующие функции по отношению к человеку с ОВЗ⁸: 1) оздоравливает систему межличностных отноше-

ний; 2) создаёт условия для приобретения детьми (подростками) с ограниченными возможностями здоровья определённого статуса в группе сверстников; 3) создаёт условия для коррекции эмоционально-волевой сферы.

Согласно второму подходу к определению содержания воспитания, основными его элементами являются *организация социального опыта, образование и индивидуальная помощь*⁹. Социальный опыт – самобытный образ различного рода запечатлённых ощущений и переживаний; знаний, умений, навыков; способов общения, мышления и деятельности; стереотипов поведения; интериоризированных ценностных ориентаций и социальных установок¹⁰. На наш взгляд, *социальный опыт человека с ограниченными возможностями здоровья* представляет собой систему переданных ему от предыдущих поколений теоретических знаний, практических умений и навыков во всех сферах жизнедеятельности, а также выработанный самостоятельно на их основе уникальный комплекс знаний, умений, навыков, способов мышления, деятельности, общения, интериоризированных ценностных ориентаций, позволяющий человеку с ОВЗ полноценно проживать в обществе здоровых на равноправной основе.

Среди особенностей социального опыта детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья перечислим: 1) во-первых, социальный опыт содержит опыт здоровой части общества и специфический опыт людей, имеющих отклонения в состоянии здоровья. Наряду с общими для всех людей эмоциональными переживаниями, уникальным для ребёнка (подростка) с ограниченными возможностями здоровья является переживание своего физического и психического состояния, восприятия образа Я и образа собственного тела, переживание болезни. Некоторые способы деятельности людей с ограниченными возможностями здоровья отличаются от способов деятельности здоровых людей: используется рельефно-образное чтение с помощью шрифта Брайля; практические действия осуществляются только одной половиной тела, только руками или ногами; последовательность действий изменяется при выполнении отдельных видов работ без ухудшения качества производимого продукта; 2) *во-вторых*, социальный опыт детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья накапливается медленнее, чем их здоровыми сверстниками, стихийные механизмы при этом отходят на второй план и вытесняются специально контролируемые процессы. Мы имеем в виду специальную организацию передачи, усвоения и вос-

⁷ Караковский В.А., Новикова Л.И., Селиванова Н.Л. Воспитание? Воспитание ... Воспитание! ...

⁸ Организация и планирование воспитательной работы в специальной (коррекционной) школе-интернате, детском доме / Е.Д.Худенко, Г.Ф.Гаврилычева, Е.Ю.Селиванова, В.В.Титова. 4-е изд., испр. и доп. – М.: 2008. – С. 9 – 10.

⁹ Мудрик А.В. Социальная педагогика:....

¹⁰ Там же. – С.128.

произведения социального опыта детьми и подростками с ограниченными возможностями здоровья; 3) *в-третьих*, социальный опыт у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья может формироваться в условиях дифференцированной (раздельной) и интегрированной (совместной) среды.

Рассмотрим далее понятие образование. *Образование*, по мнению А.В.Мудрика, включает в себя: *систематическое обучение* (формальное образование, как основное, так и дополнительное); *просвещение*, т.е. пропаганду и распространение культуры (неформальное образование); *стимулирование самообразования*. *Формальное образование* детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья состоит из основного общеобразовательного (коррекционного) обучения в специальных (коррекционных) школах или в общеобразовательных школах. Форма организации обучения в специальной (коррекционной) школе – групповая, классно-урочная. Одним из вариантов формального, т.е. специально организованного, обучения детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья является дистанционное образование (обучение).

Дистанционное обучение можно трактовать как процесс взаимодействия между преподавателем и студентом (учеником), при котором участники находятся на расстоянии друг от друга, в результате чего у студента (ученика) формируются знания, умения, навыки. Дистанционное образование детей и подростков с ограниченными возможностями появилось в Российской Федерации не многим более 10 – 12 лет назад. За это время оно зарекомендовало себя как одна из эффективных и доступных форм организации обучения детей и подростков с нарушениями развития. Дистанционное образование позволяет человеку с особыми образовательными потребностями освоить учебную информацию, не покидая стен своего дома, такое приближение обучения позволяет охватить большую часть людей с нарушениями развития и получение ими среднего общего образования или высшего образования. На территории Ульяновской области с января 2009 года действует программа «Дистанционное образование людей с ограниченными возможностями здоровья», в неё вошли школы VI вида для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. На начало 2009 – 2010 учебного года по этой программе уже обучается 70 детей и подростков с разными формами детского церебрального паралича.

Ниже опишем характерные черты дистанционного обучения, которые имеют решающее значение для людей с особыми образователь-

ными потребностями: 1) *гибкость* – возможность заниматься в удобное для себя время, в удобном месте и темпе. Предоставляется нерегламентированный отрезок времени для освоения дисциплины; 2) *модульность* – возможность из набора независимых учебных курсов формировать учебный план, отвечающий индивидуальным или групповым потребностям; 3) *параллельность* – параллельное с профессиональной деятельностью обучение, т.е. без отрыва от производства; 4) *асинхронность* – подразумевается, что в процессе обучения преподаватель и студент (ученик) могут реализовывать технологию преподавания и учения независимо во времени, т.е. по удобному для каждого расписанию и в удобном темпе; 5) *охват* – одновременное обращение ко многим источникам учебной информации (электронным библиотекам, банкам данных, базам знаний и т.д.) большого количества обучающихся. Общение студентов (учеников) через сети связи друг с другом и с преподавателями; 6) *экономичность* – эффективное использование учебных площадей, технических средств, транспортных средств. Концентрированное и унифицированное представление учебной информации и мультидоступ к ней снижает затраты на подготовку специалистов; 7) *технологичность* – использование в образовательном процессе новейших достижений информационных и телекоммуникационных технологий, способствующих продвижению человека в мировое постиндустриальное информационное пространство; 8) *новая роль преподавателя* – дистанционное образование расширяет и обновляет роль преподавателя, который должен координировать познавательный процесс, постоянно совершенствовать преподаваемые им курсы, повышать творческую активность и квалификацию в соответствии с нововведениями и инновациями.

С нашей точки зрения, дистанционную форму обучения можно предложить для подростков с ограниченными возможностями здоровья в том случае, если: 1) у них имеется мотивация к получению новых знаний, желание продолжить образование, 2) самостоятельность подростков с ограниченными возможностями здоровья развития как свойство личности; 3) создана благоприятная психологическая обстановка, 4) человек с ограниченными возможностями здоровья умеет пользоваться техническими средствами; 5) подросток с ограниченными возможностями здоровья умеет контролировать собственную деятельность и оценивать её адекватно.

Дополнительное образование детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья может осуществляться в специальных коррекционных школах, реабилитационных цен-

трах и детско-юношеских школах паралимпийского резерва. Школы искусств для здоровых детей и подростков, в том числе музыкальные и художественные, не берут на обучение детей и подростков даже с минимальными отклонениями в состоянии здоровья. В современной России существуют школы искусств для детей с ограниченными возможностями здоровья или отделения для изучаемой нами категории детей в обычных школах искусств. Опыт организации и работы школ искусств для детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья имеется в Москве, Санкт – Петербурге, Норильске, Саратове, Таганроге, Чебоксарах, Челябинске и в других городах России.

Неформальное образование детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (просвещение) характеризуется несистематичностью, отсутствием определённого плана работы, при этом не учитываются индивидуальные особенности воспитанников, не принимаются во внимание актуальные возрастные проблемы развития изучаемой нами категории детей и подростков. Рассматривая характерные черты организации и специфики неформального образования детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, уместно задать следующие вопросы: «Какую культуру и в каком объеме должны освоить дети и подростки с ограниченными возможностями здоровья?», «Должна ли это быть только субкультура людей с нарушениями развития или необходимо осваивать также субкультуру здоровой части общества?», «Какая из представленных субкультур должна быть ведущей или они равнозначны?», «Как определить оптимальное соотношение между субкультурой людей с нарушениями развития и субкультурой здоровой части общества?» и т.д.

На наш взгляд, человек с ограниченными возможностями здоровья должен осваивать субкультуру людей с нарушениями развития, а также субкультуру здоровых людей. Общая культура, включая в себя общечеловеческие и общезначимые культурные ценности, позволяет любому человеку в независимости от вида нарушения и состояния здоровья развивать духовные потенции, интеллект, познавательные процессы. Человек, осваивая общечеловеческие ценности, формирует в себе морально-нравственные качества, кругозор, наглядное и образное мышление, оценку и самооценку.

Пропаганда культуры для людей с ограниченными возможностями должна включать не только общечеловеческие, но и национальные ценности. Знания о культурных традициях своего народа, складывающиеся веками, передача через поколения специфики уклада жизни и

жизнедеятельности, писанных и неписанных законов приближает человека к культуре собственного народа. «Человек с нарушениями развития, выпадающий из культуры» в начале 21 столетия – ситуация парадоксальная и имеющая тенденцию к изменению. Очень важно знать также культуру и традиции семьи, в которой появился на свет человек с нарушениями физического и психического развития. Историческая память, повторение опыта предков – важный элемент в жизни любого человека с ограниченными возможностями здоровья, позволяющий ему не выпадать из пространственно-временного континуума современной социокультурной ситуации.

Культурные ценности должны быть максимально приближены к детям и подросткам с ограниченными возможностями здоровья, т.к. из-за ограничений физической мобильности, отсутствия экономической независимости, человек с особыми образовательными потребностями не сможет посетить отдалённые от его дома учреждения искусства и культуры. В силу имеющихся физических и психических нарушений способы освоения культурных ценностей будут отличаться, иногда они требуют особых средств передачи и восприятия культурных ценностей: использование наглядности, аудиального сопровождения, шрифта Брайля, объяснение на языке жестов.

Третьей составляющей содержания социального воспитания является *индивидуальная помощь*. В современной социально-педагогической литературе индивидуальная помощь рассматривается с нескольких позиций: как помощь в решении возникающих у человека проблем¹¹; как педагогическая поддержка¹²; как педагогическое сопровождение¹³. А.В.Мудрик¹⁴ считает, что «...индивидуальная помощь – это сознательная попытка помочь человеку приобрести знания, установки и навыки, необходимые для удовлетворения своих позитивных потребностей и интересов и удовлетворения аналогичных потребностей других людей; в осознании человеком своих ценностей, установок и умений; в развитии самосознания, в самоопределении, само-

¹¹ Мудрик А.В. Социальная педагогика:; Шакурова М.В. Социальное воспитание в школе: Учеб. пособ. для студентов вузов, обучающихся по специальности 031300 – Соц. педагогика. – М.: 2004; Ясницкая В.Р. Теория и методика социального воспитания в малочисленной сельской школе. – М.: 2009.

¹² Михайлова Н. Н., Юсфин С.М. Педагогика поддержки: учебно-методическое пособие. – М.: 2001.

¹³ Александрова Е.А. Педагогическое сопровождение старшекласников в процессе разработки и реализации индивидуальных образовательных траекторий: Автореф. дис. ... д-ра пед. наук. – Тюмень: 2006.

¹⁴ Мудрик А.В. Социальная педагогика:

реализации и самоутверждении; в развитии понимания и восприимчивости по отношению к себе и другим, к социальным проблемам; в развитии чувства причастности к семье, группе, социуму».

Индивидуальная помощь, оказываемая детям и подросткам с ограниченными возможностями здоровья, будет результативна, если: определено содержание, формы и этапы оказания индивидуальной помощи, у человека с ограниченными возможностями здоровья сформированы возможные навыки самостоятельности, самооценочной деятельности и готовность идти на контакт с окружающими взрослыми людьми и сверстниками. Содержанием индивидуальной помощи детям и подросткам с ограниченными возможностями здоровья является помощь в решении возрастных задач социализации, опасностей возраста, специфических проблемных ситуаций, возникающих в процессе жизнедеятельности.

В ходе собственного экспериментального исследования мы выделили и апробировали следующие этапы осуществления индивидуальной помощи ребёнку (подростку) с ограниченными возможностями здоровья: 1) выявление у ребёнка (подростка) ограничений жизнедеятельности, вариантов социальной недостаточности и проблемных ситуаций; 2) определение цели и задач индивидуальной помощи ребёнку (подростку) с ограниченными возможностями здоровья; 3) определение траектории оказания индивидуальной помощи ребёнку (подростку) с ограниченными возможностями здоровья; 4) оказание индивидуальной помощи ребёнку (подростку) с ограниченными возможностями здоровья; 5) диагностика социализированности (результатов социального воспитания) ребёнка (подростка) с ограниченными возможностями здоровья; 6) коррекция траектории индивидуальной помощи ребёнку (подростку) с ограниченными возможностями здоровья с учётом наличного уровня социализированности.

Социальное воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья может осуществляться в следующих *типах воспитательных организаций*: специальная (коррекционная) школа, общеобразовательная школа, социально-реабилитационный центр, лагерь для детей с ограниченными возможностями здоровья и т.д. Содержание социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья будет зависеть от типа воспитательной организации, длительности пребывания ребёнка (подростка) в ней, характера возникающих межличностных и межгрупповых взаимодействий. Социальное воспитание в специальной (коррекционной) школе направлено на

формирование навыков приспособления к окружающей социальной среде с учётом типа нарушений развития. В специальной (коррекционной) школе изначально создаются условия, ориентированные на закрытую (узкую) социальную среду, уровень предъявляемых требований в которой заведомо занижается, культивируется социально-личностная недостаточность.

Социальное воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной школе соотносится с уровнем их здоровых сверстников и не имеет специфических отличительных особенностей. Социальное воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья может происходить в профильных летних детских оздоровительных лагерях или в специально организованные летние оздоровительные смены. Обычно это лагеря дневного пребывания, основная сфера жизнедеятельности детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья – игровая, дополнительными являются – предметно-практическая сфера и общение.

Социальное воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья может осуществляться на дифференцированной и интегрированной основе. Дифференцированная среда определяет воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья в зависимости от типа нарушений развития. Поэтому, в систему специального образования России входят восемь видов специальных школ: для глухих, для слабослышащих и позднооглохших, для слепых, для слабовидящих и поздноослепших, для детей с тяжёлыми нарушениями речи, для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, для детей с задержкой психического развития и для детей с умственной отсталостью.

Зарубежный опыт организации специального обучения и воспитания детей с нарушениями развития показывает, что в создании специфических условий нуждаются ещё и другие категории «особых» детей, а именно: трудновоспитуемые дети, дети с трудностями в обучении; часто и длительно болеющие дети (Германия); дети с комплексными множественными нарушениями, дети стационара; хронически болеющие дети; труднообучаемые дети; дети с серьёзными трудностями в обучении; трудновоспитуемые дети; дети с трудностями в поведении и обучении, дошкольники с нарушениями развития (Голландия). Интегрированная среда предоставляет возможность совместного взаимодействия детей и подростков с ограниченными возможностями и их здоровых сверстников. В настоящее время интеграцию рассматривают как

социальный процесс «инкультурации аномального человека»¹⁵; как процесс и результат предоставления ему прав и реальных возможностей участвовать во всех видах и нормах социальной жизни наравне и вместе с остальными членами общества в условиях, компенсирующих ему отклонения в развитии и ограничения возможностей¹⁶; как «совокупность процессов и результатов их социализации, направленных на повышение социального статуса граждан с инвалидностью и повышение включённости в общественную жизнь»¹⁷.

С нашей точки зрения интегрированная среда выполняет следующие функции: 1) способствует формированию и развитию социальных навыков, навыков взаимодействия между людьми, ценностных ориентаций и морально-нравственных отношений; 2) создаёт пространство понимания и взаимопонимания между детьми с ограниченными возможностями здоровья и их здоровыми сверстниками; 3) способствует формированию и развитию практических навыков социального познания и самопознания индивидуальных и групповых явлений детьми с ограниченными возможностями здоровья и здоровыми детьми; 4) создаёт новые возможности для самореализации детей с ограниченными возможностями здоровья и их здоровых сверстников; 5) является составной частью среды взаимодействия ребёнка с ограниченными возможностями и площадкой для выполнения профессиональных, социальных, трудовых функций, в том числе обучения и воспитания; 6) позволяет целенаправленно готовить здоровых детей к безусловному принятию человека с ограниченными возможностями здоровья, формировать толерантное отношение и уважение к человеческим различиям.

Социальное воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья может быть направлено на развитие свойств социальной адаптации или индивидуализации (обособления). Приспособление и обособление как компоненты социализации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья имеют свою специфику. Приспособление (адаптация) человека с ограниченными возможностями здоровья предполагает принятие, усвоение и воспроизводство им правил поведения, норм, ценностей, установок, характерных для современного общества здоровых.

Проблемы адаптации связаны с тем, что людям с ограниченными возможностями здоровья сложно усвоить нормы и правила поведения из-за наличия нарушений, отсутствия примеров со стороны взрослых, невозможности совместного общения в реальных ситуациях¹⁸. Освоение социальных ролей затруднено ещё и по причине того, что родители не показывают своим детям образцы ролевого поведения в семье, на работе, на улице, в детском саду и в школе. Одной из причин дезадаптации является отсутствие желания у взрослых (родителей, педагогов, медицинских работников и психологов) целенаправленно формировать социальные навыки, использовать их в повседневной жизни и создавать ситуации взаимодействия на основе актуальных для ребёнка, а позже подростка, сфер жизнедеятельности. Установки и ценности людьми с ограниченными возможностями здоровья могут быть усвоены и воспроизведены либо без проблем (как и у здоровых), либо с нарушениями (по перечисленным выше причинам и структурным повреждениям ЦНС).

Проблемы обособления детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья заключаются в отсутствии планомерной (и непланомерной) работы, целью которой является развитие индивидуальных качеств личности и возможности самореализации в окружающей действительности. Очень часто встречается не обособление, а гиперадаптация в форме иждивенческой позиции – позиции просителя, живущего за счёт государства или благотворительных учреждений. Индивидуальные качества не признаются лично и социально ценными, поэтому ни семья, ни педагоги, ни психологи не способствуют их выработке у детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, следовательно, эти качества остаются привилегией здоровой части общества. О процессе индивидуализации (обособления), а точнее о формировании и развитии качеств, являющихся маркерами обособления по отношению к людям с ограниченными возможностями речь очень часто (почти всегда) не идет, т.к. большинство педагогов, психологов, социологов являются сторонниками теории потолка и поэтому считают, что люди с ограниченными возможностями не смогут ни при каких условиях стать активными, позитивно настроенными, мобильными, независимыми.

Мы считаем, что процесс обособления может быть описан и для человека с ограниченными

¹⁵ Пожар Л. Психология аномальных детей и подростков – патопсихология. – М.: 1996.

¹⁶ Егорова Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями. – Балашов: 2002.

¹⁷ Ткаченко В.С. Интеграция в российском обществе людей с инвалидностью: Автореф. дис... д-ра социол. наук. – Ставрополь: 2007.

¹⁸ Будаева Г.С. Социальная адаптация инвалидов с поражением опорно-двигательного аппарата в современном российском обществе: на материалах Республики Бурятия: Автореферат дисс.... канд.социол.наук. – Улан-Удэ: 2005. – С. 18.

возможностями, конечно, с учетом особенностей психофизического развития. Для формирования независимой, решительной, жизнестойкой ко всем невзгодам личности, обладающей лидерскими способностями и активно взаимодействующей с людьми независимо от возраста, пола, социального статуса и состояния здоровья, должна проводиться целенаправленная деятельность родителями, сверстниками, специалистами при активном участии и положительном настрое самого человека с ограниченными возможностями. Социальное воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья будет естественно отличаться на федеральном, региональном и муниципальном уровнях. На каждом уровне государственной власти создаются различные условия, программы и принципы воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Поликультурность социального воспитания детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья определяется многообразием культур и субкультур, к которым принадлежит изучаемая нами категория детей и подростков. Первый аспект поликультурности – своеобразие национальных культур, в рамках которых воспи-

тываются дети; второй аспект – религиозные традиции; третий – возрастные субкультуры, художественно-эстетические и спортивные пристрастия; и, наконец, четвертый аспект – собственные субкультуры глухих, слепых, людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата и т.д. Социальное воспитание, осуществляясь в широкой социальной среде, задействует не только детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья, специалистов широкого профиля, но и особую группу людей, работающую на общественных началах – *волонтеров* – людей без специального профильного образования, помогающих людям с ограниченными возможностями здоровья в решении широкого круга вопросов.

Таким образом, используя вариативный подход, мы рассматриваем социальное воспитание детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья как изменяющуюся систему, способную к самоорганизации и самообновлению на разных уровнях государственной власти; с учётом различных видов нарушений; типа воспитательной организации, характера воспитательной среды, содержания воспитания.

VARIABILITY OF SOCIAL EDUCATION OF CHILDREN AND TEENAGERS WITH LIMITED CAPACITY

© 2011 L.A.Kazakova^o

Ulyanovsk state pedagogical university named after I.N.Ulyanov

The author of the article focuses attention on a problem of variability of social education of children and teenagers with limited capacity. It is shown that variability of social education of children and teenagers with limited capacity is defined by the type and severity of disturbance of development, social education content, educational organization type (in which it is carried out), differentiated and integrated educational environment, orientation on social adaptation skills formation or isolation, polycultural of educational environment, a wide range of social education participants.

Key words: social education, variability, children and teenagers, limited capacity.

^o Kazakova Larisa Aleksandrovna, Cand.Biol.Sci., the senior lecturer of pedagogics chair. E-mail: lida-mila_25@rambler.ru