Глава 1. Актуальность проблемы. 2

Глава 2. Сущность, этапы и механизмы процесса социализации. 2

Глава 3. Последствия «навешивания» ярлыков. 8

Указ Президента российской Федерации от 2 октября 1992 г. №1156

"О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности" 10

Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г. 10

Декларация прав ребенка от 20 ноября 1959 г. 11

Декларация о правах инвалидов от 9 декабря 1971 г. 11

Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г. 13

Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей от 30.09.90 г. 13

Глава 4. Проблема социализации в историческом аспекте. 14

Глава 5. Современные подходы к проблеме социализации.

Новые социальные технологии. 16

Глава 6. Родители и дети. 24

Глава 7. Раннее вмешательство в развитие. 31

Глава 8. Шансы на полноценную жизнь. 33

Глава 9. Выводы. 36

Список литературы: 36

# Глава 1. Актуальность проблемы.

В настоящие время процесс социализации является предметом исследования специалистов многих отраслей научного знания. Психологи, философы, социологи, педагоги, социальные психологи и т. д. Вскрывают различные аспекты этого процесса, исследуют механизмы, этапы и стадии, фак­торы социализации.

Однако проблемы социализации инвалидов, особенно детей-инвалидов в отечественной литературе все еще не яв­ляются предметом специального исследования. Хотя пробле­ма социализации детей, подростков и взрослых с нарушения­ми психического и физического развития весьма актуальна и в теоретическом, и в практическом отношении.

По данным ООН, в мире насчитывается примерно 450 миллионов людей с нарушениями психического и физического развития. Это составляет 1/10 часа жителей нашей планеты.

Данные всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) свидетельствуют, что число таких жителей в мире достигает 13% (3% детей рождаются с недостатками интеллекта и 10% детей с другими психическими и физическими недостатками) всего в мире около 200 миллионов детей с ограниченными возможностями.

Более того, в нашей стране, как и во всем мире, на­блюдается тенденция роста числа детей-инвалидов. В России частота детской инвалидности за последнее десятилетие увеличилась в два раза.

В 1995 г. в органах социальной защиты населения со­стояло на учете свыше 453 тысяч детей-инвалидов, получаю­щих социальную пенсию. Но фактически таких детей в два раза больше: по расчетам ВОЗ их должно насчитываться около 900 тыс. - 2-3% детской популяции

Ежегодно в стране рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями, среди них 70-75% являются инвалидами [2, с 5].

Инвалидность у детей означает существенное ограни­чение жизнедеятельности, она способствует социальной дезадаптации, которая обусловлена нарушениями в развитии, затруднениями в самообслуживании, общении, обучении, овладении в будущем профессиональными навыками. Освоение детьми-инвалидами социального опыта, включение их в существующую систему общественных отношений требует от об­щества определенных дополнительных мер, средств и усилий (это могут быть специальные программы, специальные центры по реабилитации, специальные учебные заведения и т.д.). Но разработка этих мер должна основываться на знании закономерностей, задач, сущности процесса социализации.

# Глава 2. Сущность, этапы и механизмы процесса социализации.

Понятие "социализация" характеризует в обобщенном виде процесс усвоения индивидом определенной системы знаний, норм, ценностей, установок, образцов поведения, которые входят в понятие культуры, присущей социальной группе и обществу в целом, и позволяет функционировать индивиду в качестве активного субъекта общественных отношений.

Социализацию не следует сводить к образованию и воспитанию, хотя она и включает эти процессы. Социализация личности осуществляется под влиянием совокупности многих условий, как социально-контролируемых, и направленно-организуемых, так и стихийных, возникающих спонтанно.

Она и есть атрибут образа жизни личности, и может рассматриваться как ее условие и как результат. Непременным условием социализации является культурная самоактуализация личности, ее активная работа над своим социальным совершенствованием.

Какими бы благоприятными ни были условия социализации, ее результаты во многом зависят от активности самой личности.

В традиционной отечественной социологии социализация рассматривается как саморазвитие личности в процесса ее взаимодействия с различными социальными группами, институтами, организациями, в результате которых вырабатывается активная жизненная позиция личности.

Важно иметь в виду, что социализация есть процесс, продолженный в течение всей жизни человека.

В связи с этим обычно различают определенные этапы социализации: дотрудовой (детство, обучение), трудовой и послетрудовой.

Социализация личности - это сложный процесс ее взаимодействия с социальной средой, в результате которого формируются качества человека, как подлинного субъекта общественных отношений.

Одной из главных целей социализации является приспособление, адаптация человека к социальной реальности, что служит, пожалуй, наиболее возможным условием нормального функционирования общества.

Однако, здесь могут быть крайности, выходящие за рамки нормального процесса социализации, связанные в конечном счете с местом личности в системе общественных отношений, с ее социальной активностью. Такие крайности можно назвать отрицательными видами приспособления. Один из них называется "конформизм" - пассивное, лишенное личностного содержания принятие существующего порядка вещей, господствующих мнений. Конформизм характеризуется отсутствием собственной позиции, беспрекословным следованием определенным образцам, подчинением авторитетам.

Асоциальное значение конформизма состоит в том, что человек с конформным сознанием создает себе алиби в различных жизненных ситуациях, объясняя свои действия, или бездействия ссылками на силу обстоятельств, что далеко небезразлично для социального здоровья общества.

Разумное приспособление к социальным условиям, не наносящие ущерба, как самой личности, так и окружающим, должны быть не только не осуждаемы, но во многих случаях и поддерживаемы.

В противном случае теряют смысл вопросы о социальных нормах, дисциплине, организованности, и даже целостности общества.

Вопрос о роли среды в детерминации поведения личности связан с ее социальной и нравственной ответственностью.

У человека всегда есть выбор и, следовательно, должна быть социальная ответственность. Разумное устройство общества предполагает взаимную уравновешенность личности перед обществом и ответственности общества перед личностью.

Элементы социальной структуры личности:

1. Способ реализации в деятельности социальных качеств, проявляющейся в образе жизни и таких видах деятельности, как трудовая, общественно-политическая, культурно-познавательная, социально-бытовая.

При этом труд должен рассматриваться, как центральное, сущностное звено структуры личности, определяющее все ее элементы.

2. Объективные социальные потребности личности.

Личность - органическая часть общества, поэтому в основе ее структуры лежат общественные потребности. Другими словами, структура личности детерминируется теми объективными закономерностями, которые определяют развитие человека, как общественного существа. Личность может осознавать, или не осознавать эти потребности, но от этого они не перестают существовать и определять ее поведение.

3. Способности к творческой деятельности, знание, навыки, именно творческие способности и отличают сформировавшуюся личность от индивида, находящегося на стадии формирования, как личности.

Причем, творческие способности могут проявляться не обязательно в таких сферах деятельности, которые по природе своей требуют творческих личностей (науки, искусства), но и в таких, которые на первый взгляд, творческими не назовешь. Например, рутинная работа в трудовой сфере, а между тем и в ней проявляется творчество и создаются различные машины и механизмы, облегчающие труд людей , делающие его интересным и эффективным. Словом, творчество - отличительная черта человека, как личности.

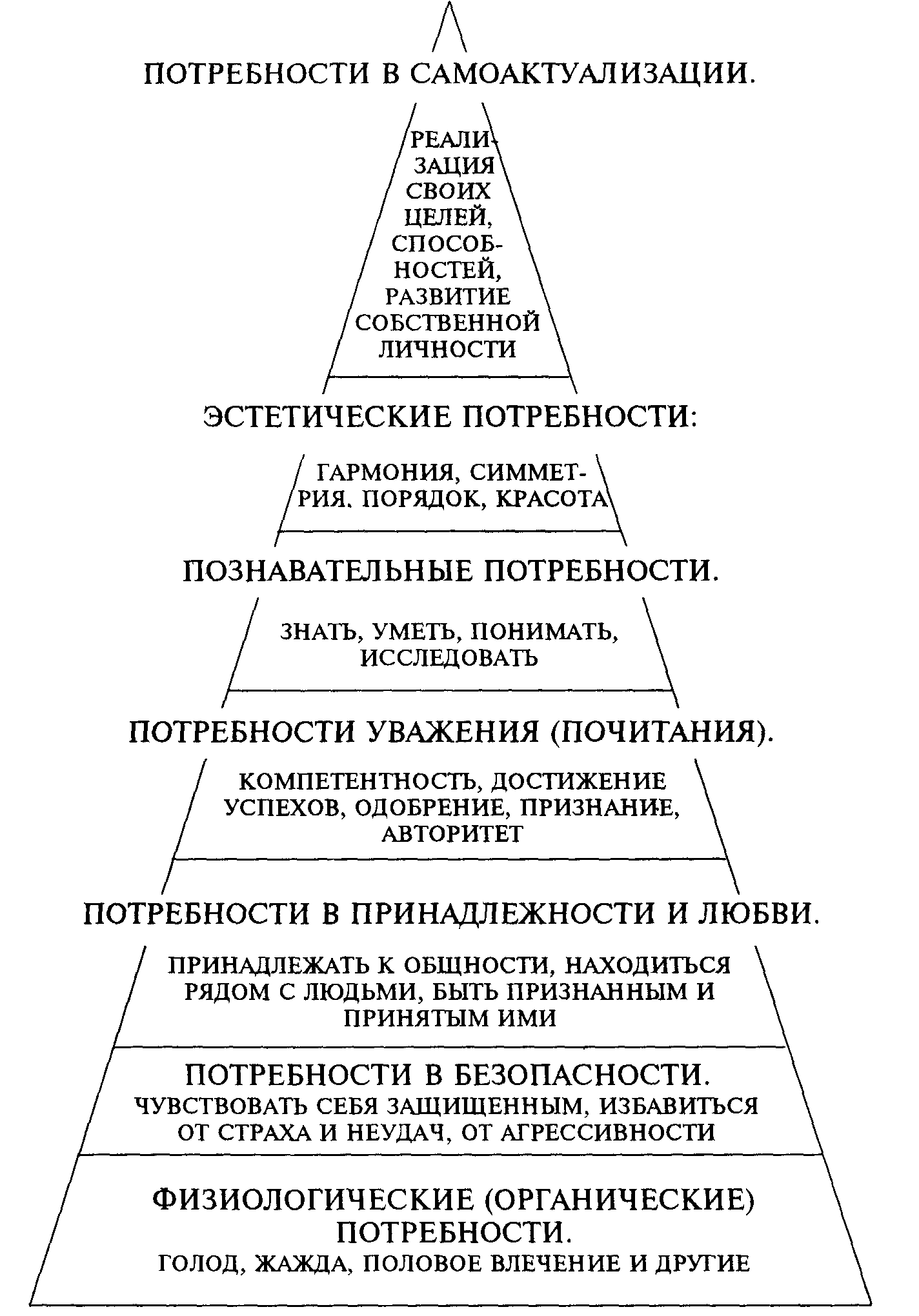
4. Степень овладения культурными ценностями общества то есть духовный мир личности.

3 параметра в строении личности: "…широта связей человека с миром, степень иерархизированности и общая их структура" (Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1975, с. 224)

5. Нравственные нормы и принципы, которыми руководствуется личность

И, наконец, убеждения - самые глубокие принципы, которые определяют главную линию поведения человека. Убеждения связаны с осознанием личностью своих объективных (существующих независимо от сознания) потребностей, составляющих как бы ядро структуры личности.

Каждая личность, так или иначе, участвует в жизни общества, обладая знаниями, чем-то руководствуется. Социальная структура личности постоянно изменяется, поскольку постоянно меняется ее социальное окружение ("ближнее" - родственники, друзья, знакомые и т. д. и "дальнее" - общество в целом). Личность, получает новую информацию, новые знания. Эти знания превращаются в убеждения. В свою очередь, убеждения определяют характер поступков человека. Отсюда и социализация может быть понята, как применение социальной структуры личности в соответствии с требованиями общества.



Пирамида (иерархия) человеческих потребностей (по Маслоу)

Процесс социализации - это процесс взаимодействия личности и общества. Данное взаимодействие включает в себя, одной стороны, способ передачи индивиду социального опыта, способ включения его в систему общественных отношений, с другой стороны, процесс личностных из­менений. Эта последняя трактовка является наиболее тради­ционной для современной социологической литературы, где под социализацией понимается процесс социального станов­ления человека, который включает в себя усвоение индивидом социального опыта, системы социальных связей и отношений Сущность социализации состоит в том, что в процессе ее человек формируется как член того общества, к которому он принадлежит.

Социализация личности - сложный, противоречивый процесс, длящийся на протяжении всей жизни человека.

Существуют различные подходы к выделению стадий социализации. Основания для ее периодизации различны: ве­дущий вид деятельности, ведущий институт социализации и т.д. Наиболее признанной является точка зрения, согласно которой этапы социализации соотносятся с возрастной перио­дизаций жизни человека. Так, выделяют младенчество (от рождения до 1 года), раннее детство (1-3 года), дошкольное детство (3-6 лет), младший школьный возраст (6-10 лет), подростковый (10-14 лет), ранний юношеский (15-17 лет), юноше­ский (18-23 года), молодость (23-33 года), зрелость (34-50 лет), пожилой возраст (50-60 лет), старость (60-70 лет), долгожительство (свыше 70 лет)

Многие исследователи обращают внимание на определяющую роль в этом процессе первичных стадий социали­зации, связанных с периодом детства, с формированием основных психических функций и элементарных форм существенного поведения.

Для каждого возраста или этапа социализации выделяют три группы задач:

Естественно- культурные, социально-культурные и психологические.

Решение этих задач является объективной необходимостью для развития человека.

Естественно-культурные задачи - достижение на каж­дом возрастном этапе определенного уровня физического и сексуального развития. Этот уровень носит конкретно-исторический характер (у разных народов различные пред­ставления об идеалах мужественности и женственности, раз­личные темпы полового созревания и т .д.)

Социально-культурные задачи - познавательные, морально-нравственные, ценностно-смысловые. На каждой ста­дии социализации человек должен обладать не только опре­деленной суммой знаний, умений, навыков, но и принимать соответствующее участие в жизни общества. Эти задачи объ­ективно определится обществом в целом, уровнем его раз­вития, региональным и ближайшим окружением человека.

Социально-психологические задачи - это становление самосознания личности, ее самоопределения в актуальной жизни и на перспективу, самореализации и самоутверждение. Конечно, для каждого этапа социализации содержание стих задач и средства их реализации различны.

По мнению А. В. Мудрика, если какая-либо группа задач или существенные задачи какой-либо группы остаются нерешенными на том или ином возрастном этапе, то это либо за­держивает развитие человека, либо делают его неполным.

Социализация осуществляется через ряд разнообразных механизмов. Выделяют социально-психологические меха­низмы социализации: подражание, внушение и т.д., различные социальные институты как механизм социализации: школа, семья и т.д. Все они складываются в универсальные механиз­мы социализации: традиционный, институциональный, стили­зованный, межличностный, рефлексивный.

Традиционный механизм социализации это усвоение человеком норм поведения, взглядов и убеждений, которые присущи его семье и ближайшему ему окружению человека.

Институциональный механизм - реализуется в процес­се взаимодействия человека с различными организациями и учреждениями. Некоторые из этих институтов являются спе­циализированными, т.е. они создавались специально для осуществления функции социализации (например, институты системы образования), другие являются неспециализирован­ными, т.е. они выполняют эту функцию попутно, параллельно со своими основными функциями (например, армия).

Стилизованный механизм социализации действует в рамках субкультуры. Субкультура - это совокупность норм, ценностей, поведенческих проявлений, характерных для опре­деленной группы людей, что обусловливает определенный стиль жизни этой группы.

Межличностный механизм социализации функциони­рует в процессе взаимодействия человека с другими людьми, при этом последние должны быть для него значимыми. Зна­чимыми лицами могут быть родители, учитель, друг и т.д.

Рефлексивный механизм социализации осуществляет­ся через индивидуальное переживание и осознание, внутрен­ний диалог, в котором человек рассматривает, оценивает, принимает или отвергает те или иные ценности, свойственные различным институтам общества, семье, обществу сверстни­ков и т.д.

Социализация каждого человека осуществляется с по­мощью всех этих механизмов. Но роль каждого из этих меха­низмов, их «удельный» вес в осуществлении процесса социа­лизации различен. Так, решающая роль на первых стадиях социализации принадлежит традиционному механиз­му, в то время как в подростковом возрасте на первый план выходит институциональный механизм социализации.

# Глава 3. Последствия «навешивания» ярлыков.

Процесс социализации - это процесс взаимодействия личности и общества. Человек является и объектом (поскольку испытывает на себе воздействие со стороны общества, раз­личных социальных институтов и т.д.), и субъектом (так как он ставит перед собой определенные цели и выбирает средства для их достижения) процесса социализации*.* Но человек может стать и жертвой этого процесса. Виды жертв неблагоприятных условий социализации многочисленны. Это связано с тем, что процесс социализации осуществляется под воздействием раз­личных факторов, влияние которых на человека неоднозначно, порой противоречиво, таким образом, можно говорить о наличии различных видов жертв социализации. Реальные жертвы неблагоприятных условий социализации - инвалиды.

Оценка людей по их внешнему виду и по умственным способностям характерна для нашего образа жизни. Мы предвзято относимся не только к уродству, но и таланту и даже к красоте. Все люди так или иначе, отличающиеся от нас, вызывают у нас особое и не всегда доброе отношение. Предрассудки являются составной частью нашей социальной структуры, и попытки избавиться от них могут вызвать глубокое внутреннее сопротивление.

Знание физического или психического состояния индивида нельзя отрывать от понимания его индивидуальности. А это значит, что принятие клинического подхода может создать непреодолимую пропасть между знаниями и интересами родителей, детей с … и специалистами, с которыми они имеют дело.

Под диагногенезом Гибсон понимает такой процесс "навешивания" ярлыков, при котором приписывание человеку каких-либо отклонений в развитии или расстройств, усиливает эти отклонения или даже создает эти отклонения или расстройства.

Проявляемое обществом великодушие по большей части гарантирует адаптацию новых граждан, которыми их неприятие трактуется, как результат намеренной дискриминации.

Способ классификации людей с ограниченными возможностями и слова, которые употребляют при описании таких людей, отражают и определяют состояние наших умов. Практика и структура предназначенных для них учреждений, внедряясь в наше сознание, создают соответствующий настрой в умах.

Примеры систематической борьбы с сегрегацией в отношении людей с низкими способностями, крайне редки, хотя случаи успешной интеграции школьников с самыми различными недостатками развития свидетельствуют о возможности включения таких детей в систему обычных школ, безотносительно к глубине недостатка их развития, при соответствующих планировании и методиках обучения.

Знание о том, кто может быть принят в обычные школы, еще не определяет решения о том, кто их должен посещать.

Почему же инвалиды относятся к жертвам неблагоприятных условий социализации? Какие проблемы возникают в процессе их социализации, вернее, детей-инвалидов? Прежде всего, это социальные проблемы: недостаточные формы социальной поддержки, недоступность здравоохранения, обра­зования, культуры, бытового обслуживания, отсутствие над­лежащей архитектурной среды и т.д. Среди них можно выделить проблемы различного уровня: макро-, мезо-, микроуро­вень. Социальные проблемы первого порядка - это проблемы, затрагивающие общество в целом. Этот комплекс проблем решается усилиями всего общества и государства, направленных на создание равных возможностей для всех детей. Одной из наиболее существенных проблем этого порядка яв­ляется отношение общества и государства к лицам с отклонениями в развитии. Это отношение проявляется в различных аспектах: в создании системы специального образования, обучения, в создании архитектурной среды, в создании системы доступного здравоохранения и т д .

## Указ Президента российской Федерации от 2 октября 1992 г. №1156

## "О мерах по формированию доступной для инвалидов среды жизнедеятельности"

*(Извлечение)*

В целях обеспечения доступности для инвалидов объектов социальной и производственной инфраструктуры, средств транспорта, связи и информати­ки **постановляю:**

1. Установить, что не допускаются:

проектирование застройки городов и других поселении, разработка проек­тов на строительство и реконструкцию зданий и сооружений без учета требо­вании доступности их для инвалидов, разработка новых средств индивиду­ального и общественного пассажирского транспорта, связи и информатики без модификаций, приспособленных для пользования отдельными категория­ми инвалидов, — с момента вступления в силу настоящего Указа;

застройка городов и других поселений, строительство и реконструкция зданий и сооружений без обеспечения требований доступности их для инва­лидов, а также серийное производство средств индивидуального и общест­венного пассажирского транспорта, связи и информатики без модификаций, приспособленных для пользования отдельными категориями инвалидов, — с 1 января 1994 года.

Общепризнанные принципы и нормы международного права и международные договоры Российской Федерации являются составной частью ее правовой системы. Если международным договором Российской Федерации установлены иные правила, чем предусмотренные законом, то применяются правила международного договора.

Конституция Российской Федерации ст. 15, ч. 4

## Всеобщая декларация прав человека от 10 декабря 1948 г.

*(Извлечение)*

Статья 22.

Каждый человек как член общества имеет право на социальное обеспечение и на осуществление необходимых для поддержания его достоинства и для сво­бодного развития его личности прав в экономической, социальной и культурной областях через посредство национальных усилий и международного сотрудни­чества и в соответствии со структурой и ресурсами каждого государства.

Статья 25.

1. Каждый человек имеет право на такой жизненный уровень, включая пи­щу, одежду, жилище, медицинский уход и необходимое социальное обслужи­вание, который необходим для поддержания здоровья и благосостояния его самого и его семьи, и право на обеспечение на случай безработицы, болезни, инвалидности, вдовства, наступления старости или иного случая утраты средств к существованию по независящим от него обстоятельствам.

2. Материнство и младенчество дают право на особое попечение и по­мощь. Все дети, родившиеся в браке или вне брака, должны пользоваться одинаковой социальной защитой.

## Декларация прав ребенка от 20 ноября 1959 г.

*(Извлечение)*

Статья 5.

Ребенку, который является неполноценным в физическом, психическом или социальном отношении, должны обеспечиваться специальный, об­разование и забота, необходимые ввиду его особого состояния.

## Декларация о правах инвалидов от 9 декабря 1971 г.

*(Извлечение)*

1. Выражение "Инвалид" означает любое лицо, которое не может самосто­ятельно обеспечить полностью или частично потребности нормальной лич­ной и/или социальной жизни в силу недостатка, будь то врожденного или нет, его или ее физических, или умственных способностей.

2. Инвалиды должны пользоваться всеми правами, изложенными в настоящей Декларации. Эти права должны быть признаны за всеми инвалидами без каких бы то ни было исключений и без различия и дискриминации по признаку расы, цвета кожи, пола, языка, вероисповедания, политических или иных убеждений, национального или социального происхождения, матери­ального положения, рождения, или любого другого фактора, независимо от того, относится ли это к самому инвалиду или к его или ее семье.

3. Инвалиды имеют неотъемлемое право на уважение их человеческого достоинства. Инвалиды, каковы бы ни были происхождение, характер и серь­езность их увечий или недостатков, имеют те же основные права, что и их сограждане того же возраста, что в первую очередь означает право на удовлетворительную жизнь, которая была бы как*,* можно более нормальной и полно­кровной.

4. Инвалиды имеют те же гражданские и политические права, что и другие лица: Пункт 7 Декларации о правах умственно отсталых лиц применяется к любому возможному ограничению или ущемлению этих прав в отношении ум­ственно неполноценных лиц.

5. Инвалиды имеют право на меры, предназначенные для того, чтобы дать им возможность приобрести как можно большую самостоятельность.

6 Инвалиды имеют право на медицинское, психическое или функцио­нальное лечение, включая протезные и ортопедические аппараты, на вос­становление здоровья и положения в обществе, на образование, ремеслен­ную профессиональную подготовку и восстановление трудоспособности, на помощь, консультации, на услуги по трудоустройству и другие виды обслу­живания. которые позволят им максимально проявить свои возможности и способности и ускорят процесс их социальной интеграции или реинтеграции.

7. Инвалиды имеют право на экономическое и социальное обеспечение и на удовлетворительный уровень жизни. Они имеют право в соответствии со своими возможностями получить и сохранить за собой рабочее место или за­ниматься полезной, продуктивной и вознаграждаемой деятельностью и яв­ляться членами профсоюзных организаций.

8. инвалиды имеют право на то, чтобы их особые нужды принимались во внимание на всех стадиях экономического и социального планирования.

9. Инвалиды имеют право жить в кругу своих семей или в условиях, заменяющих ее, и участвовать во всех видах общественной деятельности, связанных с творчеством или проведением досуга. Что касается его или ее ме­ста жительства, то ни один инвалид не может подвергаться какому-либо осо­бому обращению, не требующемуся в силу состояния его или ее здоровья или в силу того, что это может привести к улучшению состояния его или ее здоровья. Если пребывание инвалида в специальном учреждении является необходимым, то среда и условия жизни в нем должны как можно ближе со­ответствовать среде и условиям нормальной жизни лиц его или ре возраста.

10. Инвалиды должны быть защищены от какой бы то ни было эксплуата­ции, от любых видов регламентации и обращения, носящих дискриминацион­ный, оскорбительный или унижающий характер.

11. Инвалиды должны иметь возможность пользоваться квалифици­рованной юридической помощью, когда подобная помощь является не­обходимой для защиты их личности и имущества; если они являются объектом судебного преследования, они должны пользоваться обыч­ной процедурой, полностью учитывающей их физическое или умствен­ное состояние.

12. С организациями инвалидов могут проводиться полезные консультации по всем вопросам, касающимся прав инвалидов.

13. Инвалиды, их семьи и их общины должны быть полностью информиро­ваны всеми имеющимися средствами о правах, содержащихся о настоящей Декларации.

## Конвенция о правах ребенка от 20 ноября 1989 г.

***(Извлечение)***

Статья 23.

1. Государства-участники признают, что неполноценный в умственном или физическом отношении ребенок должен вести полноценную и достой­ную жизнь в условиях, которые обеспечивают его достоинство, способству­ют его уверенности в себе и облегчают его активное участие в жизни обще­ства.

2. Государства-участники признают право неполноценного ребенка на осо­бую заботу, поощряющую и обеспечивают предоставление при условии наличия ресурсов имеющему на это право ребенку и ответственным за заботу о нем помощи, о которой подана просьба и которая соответствует состоянию ребен­ка и положению его родителей или других лиц, обеспечивающих заботу о ре­бенке.

3. В признание особых нужд неполноценного ребенка помощь в соответст­вии с пунктом 2 настоящей статьи предоставляется, по возможности, бес­платно, с учетом финансовых ресурсов родителей или других лиц, обеспечи­вающих заботу о ребенке, и имеет целью обеспечение неполноценному ре­бенку эффективного доступа к услугам в области образования, профессио­нальной подготовки, медицинского обслуживания, восстановления здоровья, подготовки к трудовой деятельности и доступа к средствам отдыха таким об­разом, который приводит к наиболее полному, по возможности, вовлечению ребенка в социальную жизнь и достижению развития его личности, включая культурное и духовное развитие ребенка.

4. Государства-участники способствуют в духе международного сотрудни­чества обмену соответствующей информацией в области профилактического здравоохранения и медицинского, психологического и функционального ле­чения неполноценных детей включая распространение информации о методах реабилитации общеобразовательной и профессиональной подготовки, а также доступ к этой информации, с тем чтобы позволить государствам - участникам улучшить свои возможности и знания и расширить свои опыт в этой области. В этой связи особое внимание должно уделяться потребностям развивающихся стран.

## Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей от 30.09.90 г.(Извлечение)

**Задачи**

Следует уделять больше внимания, проявлять заботу и оказывать поддержку детям-инвалидам, а также другим детям, находящимся в крайне трудных условиях.

Социальная политика в России, ориентированная на инвалидов, взрослых и детей, строится сегодня на основе медицинской модели инвалидности. Исходя из этой модели, инвалидность рассматривается как недуг, заболевание, патология. Такая модель вольно или невольно ослабляет социальную позицию ребенка, имеющего инвалидность, снижает его социальную значимость, обособляет от "нормального" детского сообщества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекает его на признание своего неравенства, неконкурентноспособности по сравнению с другими детьми. Медицинская модель определяет и методику работы с инвалидом, которая имеет патерналистский характер и предполагает лечение, трудотерапию, создание служб, помогающих человеку выживать, заметим - не жить, а именно выживать.

Следствием ориентации общества и государства на эту модель является изоляция ребенка с ограниченными возможностями от общества в специализированном учебном заведении, развитие у него пассивно - иждивенческих жизненных ориентации.

Авторы проекта оспаривают такой подход, не соглашаются с ним. Мы отказываемся от использования и на уровне концепции, и в обиходе термина "инвалид", который, в силу сложившейся традиции, несет в себе дискриминационную идею, выражает отношение общества к инвалидам как к социально бесполезной категории.

Стремясь изменить эту негативную традицию, мы используем понятие ***"человек с ограниченными возможностями",*** которое стало все чаще использоваться в российском обществе.

Традиционный подход не исчерпывает всю полноту проблем той категории взрослых и детей, о которой идет речь. В нем ярко отражен дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, она в гораздо большей степени является социальной проблемой неравных возможностей.

Такая мысль в корне меняет подход к триаде "ребенок - общество - государство". Суть этого изменения состоит в следующем:

- главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в нарушении его связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарного образования. Эта проблема является следствием не только субъективного фактора, каковым является состояние физического и психического здоровья ребенка, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которые санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, социальных служб.

- ребенок, имеющий инвалидность, может быть так же способен и талантлив, как и его сверстник, не имеющий проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу ему мешает неравенство возможностей;

- ребенок - не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве;

- государство призвано не просто предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, оно должно пойти навстречу его социальным потребностям и создать систему социальных служб, позволяющих снивелировать ограничения, препятствующие процессам его социализации и индивидуального развития.

# Глава 4. Проблема социализации в историческом аспекте.

На протяжении своей истории общество меняло свое отношение к людям с отклонениями в развитии. Оно прошло путь от ненависти и агрессии до терпимости, партнерства и интеграции лиц с отклонениями в развитии.

По мнению Н. Н. Малофеева, в эволюции отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии можно выделить пять периодов

***Первый период*** *-* от агрессии и нетерпимости к осознанию необходимости заботиться о людях с отклонениями в развитии. Переломным моментом перехода к данному периоду в Западной Европе является первый прецедент государственной заботы об инвалидах - открытие в Баварии первого приюта для слепых в 1198 г. В России же возникновение первых монастырских приютов приходятся на 1706-1715 гг и свя­зано с реформами Петра I.

***Второй период*** *-* от осознания необходимости призрения лиц с отклонениями в развитии к осознанию возможности обучения хотя бы части из них. Переходным моментом к данному этапу эволюции можно считать открытие в Париже специальных школ для глухонемых (1770 г), для слепых (1784 г), т. е. переосмысление в Западной Европе гражданских прав людей с сенсорными нарушениями. В России открытие первых специальных школ (В Петербурге для глухих - 1806 г и для слепых - 1807 г) связано со знакомством императора Алек­сандра I с западным опытом и приглашением французского тифлопедагога Валентина Гаюна для работы в России.

***Третий период*** *-* от осознания возможности обучения к осознанию целесообразности обучения трех категорий де­тей: с нарушениями слуха, зрения, умственно отсталых. Ус­ловной границей можно считать последнюю четверть XIX в - время принятия в Западной Европе законов об обязательном всеобщем начальном образовании и на их основе законов об обучении глухих, слепых и умственно отсталых детей. Это время организации специального образования для трех категорий детей. В России становление специальных школ приходится на советский период - 1927-1935 гг - и связано с Законом о всеобуче.

***Четвертый период*** *-* от осознания необходимости обучения части аномальных детей к пониманию необходимости обучения всех аномальных детей. В Западной Европе этот период длится от начала XX в до конца 70-х гг, он характери­зуется развитием законодательной базы специального образования, а также структурным совершенствованием национальных систем специального образования (в некоторых стро­ках имеется до 20 типов таких спецшкол.

К концу 70-х гг специальным образованием в странах Западной Европы охватывается от 5 до 15 % детей школьного возраста

В России в 50-60-е гг осуществляется дифференциация системы специального образования, ее структурное со­вершенствование, переход от 3-х к 8-ми типам спецшкол и 15-ти типам спецшкольного обучения.

***Пятый период*** *-* от изоляции к интеграции. Интеграция инвалидов в общество является в Западной Европе ведущей тенденцией этого периода эволюции, базирующейся на их полном гражданском равноправии. Период характеризуется в западноевропейских странах перестройкой в 80-90-е гг орга­низационных основ специального образования, сокращением числа специальных школ и резким увеличением количества специальных классов в общеобразовательных школах, перестройкой взаимоотношений массового и специальное образо­вания

В 90-е гг Россия находится на этапе перехода от чет­вертого к пятому периоду, в то время как Западная Европа уже более двух десятилетий переживает этот период и располага­ется на его продвинутой стадии. Содержанием этого периода является реорганизация взаимодействия структур массового и социального образования и ориентация последнего на подготовку детей с отклонениями в развитии как полноправных гра­ждан того общества, к которому они принадлежат.

Таким образом, через систему специального образо­вания отражается специфика отношения общества к людям с отклонениями в развитии*.*

# Глава 5. Современные подходы к проблеме социализации. Новые социальные технологии.

Социальные проблемы иного порядка связаны с региональными условиями с наличием или отсутствием спецшкол, специальных реабилитационных центров, специалистов-дефектологов в местах проживания семей, где есть ребенок-инвалид.

Поскольку специальные образовательные учреждения распределены по стране крайне неравномерно, то дети-инвалиды часто вынуждены получать образование и воспитание в специальных школах интернатах. Попадая в такую школу дети инвалиды оказываются изолированными от семьи, от нормально развивающихся сверстников от общества в целом. Аномальные дети как бы замыкаются в особом социуме, во­время не приобретают подлежащий социальный опыт. Закрытость специальных образовательных учреждений не может не сказаться на развитии личности ребенка на его готовности к самостоятельной жизни.

Традиционализм, характерный для для (учетных заведений, как правило, проявляется в ориентации школ на привычные для инвалидов профессии слесарь, столяр, швея и т д., хотя они порой далеки от их реальных возможностей. Кроме того, не обновляются методы и формы профориентационной работы. Хотя новые, изменившиеся условия жизни позволяют ставить проблему получения инвалидами совре­менных престижных профессий; кроме того, осуществлять профессиональную подготовку по тем видам труда, в которых есть потребность в данном регионе, при наличии нескольких спецшкол и большого количества выпускников организовать центры занятости для инвалидов.

Специалисты регулярно проводят учет новорожденных с той или иной, пусть даже слабо выраженной психоневротической патологий, позволяющей отнести ребенка к "группе риска". Профилактика носит самый активный характер, и осуществляется в тесном контакте психоневрологов, медиков, педагогов, социологов с родителями.

Итогом переживаний родителей становятся установки на "оранжерейное" воспитание больного ребенка, предполагающее его гиперопеку и формирующее маленьких эгоистов и домашних тиранов, или, наоборот, на депривацию материнского отношения и родительских забот. В некоторых семьях происходит скрытое или явное эмоциональное отвержение его.

Социализация происходит в микросоциуме (семья) и в макросоциуме (общество).

Ребенок, поставленный лицом к лицу только с родителями и врачами, у которых одна доминанта - его болезнь, постепенно изолируется от общества, и уж тут ни о каком его воспитании и тем более развитии речи быть не может.

Обеспечение выхода из состояния физической и психической неполноценности.

Медицинские и сопутствующие им мероприятия - лишь основа для проведения дальнейшей долговременной работы по социальной реабилитации ребенка в целях его адаптации к жизни общества и социальной среде.

Как известно, под реабилитацией в широком смысле слова понимают итог всех затрат и действий, которые способствуют обеспечению людям, неполноценным вследствие врожденных пороков, болезней, или несчастных случаев, возможности вести нормальный образ жизни, обретать свое место в обществе, в полной мере проявлять свои способности.

Реабилитационная деятельность включает:

* Развитие духовных и физических способностей ребенка
* Содействие в получении соответствующей школы образования, включая подготовку к нему.
* Обеспечение условий для участия в жизни общества детей, чьи возможности окончательно признаны, как допускающие обучение лишь практическим навыкам.
* Содействие в выполнении соответствующей деятельности, при невозможности получения прогрессивного образования (при выполнении неквалифицированной работы).
* Установление реального и более комфортного контакта с внешним миром.
* Поддержка, повышение и постоянное восстановление физических и моральных сил, а также душевного равновесия.
* Облегчение бытовых и жилищных условий, организация и проведение свободного времени, полноценное участие в общественной и культурной жизни.
* Необходимость включения в процесс реабилитации и адаптации не только детей, как пациентов, но и членов его ближайшего окружения.
* Заинтересованное осмысление не только своих собственных задач, но и мотивационно окрашенное моделирование себя в предстоящем, прогнозируемом восстановлении личности ребенка, способствующего восстановлению общего с ним смыслового поля.

Любое отклонение от нормальной деятельности сопоставляется с закономерностями нормального развития, основная линия изучения которых возможна в известной периодизации развития ребенка в детском возрасте, строящейся на выделении 2-х систем отношений «ребенок – взрослый», и «ребенок – продукт общественных отношений».

Освоение каждой их этих систем происходит в процессе закономерно сменяющих друг друга видов деятельности: Игра –Учение – Труд – Общение, в которых и рождаются психические новообразования.

Активность человека (в рамках психической организации) получает два основополагающих направления:

1. Познание внешнего мира, производство предметов, преобразование окружающей действительности
2. Нахождение смысла своего бытия в мире и тех его продуктов, которые имеют значение для этого бытия.

Каждое из указанных направлений порождает и соответствующие сферы приложения психической активности. Одно – это мир вещей и деятельность, которое производят эти «вещи», другое – мир идей, связанный со смыслообразованием, производством смысла.

Высший уровень психического здоровья это личностно-смысловой уровень, или уровень личностного здоровья, который определяется качеством смысловых отношений человека.

Следующий уровень – уровень индивидуально-психологического здоровья человека, оценка которого связана со способностями человека строить адекватные смыслам психологические способы реализации своих устремлений.

Психофизиологическое здоровье определяется особенностями внутренней, мозговой, нейрофизиологической организацией актов психической деятельности.

Социальные условия:

Психологический климат семьи, семейное воспитание условия воспитания и развития ребенка вне семьи (детский сад, школа, улица, сверстники, и т. д.)

Контакт со сверстниками, усвоение опыта, формирование мотивации – побуждения матери к участию в процессе развития.

Социальное развитие можно рассматривать, как осуществление различных специальных всевозможных путей, положительно влияющих на ребенка. Так, психологи могут помогать детям, улучшая их психическое состояние, тормозя нежелательные реакции, вырабатывая нормативные свойства. Социолог, педагог, или воспитатель, оказывая целенаправленное влияние на жизнь ребенка в семье, коллективе сверстников, школе в целом и вне ее, нейропсихолог – действуя на биологические составляющие.

Особенность и специфика работы реабилитации, по сути научно-исследовательское учреждение, в котором исследовательская сторона присутствует и проводит работу в каждом отдельном случае, и в деятельности специалиста в целом, и без сосредоточения на данном аспекте эта работа становится простой формальностью.

Движение от болезни, как от тягостного, но временного состояния личности ведет в нормальную жизненную среду.

Ребенок – личность во всей полноте ее взаимоотношений с окрашенным миром и акцентом на эти отношения.

Должна быть реабилитирована собственная потенциальная активность ребенка.

Эффективность реабилитации определяется не мерой соответствия заранее заложенным эталоном «нормы», как это принято в клинической практике, а становлением его способности к дальнейшей самореализации, саморазвитию.

Личность, умеющая проявлять независимость от болезни и обстоятельств, сделать при необходимости свой жизненный выбор, вполне соотносимый с ее собственными, а не заданными и диктуемыми извне намерениями, мотивами, установками.

Следовательно, важен диалог и подлинное сотрудничество с ребенком.

Атмосфера совершенствования поведения ребенка с ограниченными возможностями предполагает развитие системы инновационных социологических служб, ориентированных на детей с ограниченными возможностями, открывающих им доступ к образованию, труду, спорту, искусству, широкому общению.

Развитие опыта социального партнерства в реализации государственной социальной программы («Дети России», направленная программа «Дети-инвалиды»)

Осуществление прорыва в практике поддержки людей с ограниченными возможностями, демонстрация современных инновационных технологий, содействующих интеграции их в общество.

Цель – «выравнивание» возможностей ребенка, имеющего инвалидность, приближая их к возможностям других детей, возможность полного и активного участия в жизни общества.

1. Гуманистический характер
2. Деятельностный подход
3. Инновационный характер

Социальная политика в России, ориентированная на инвалидов, взрослых и детей, строится сегодня на основе медицинской модели инвалидности. Исходя и этой модели, инвалидность рассматривается, как недуг, заболевание, патология. Такая модель вольно или невольно ослабляет социальную позицию ребенка, имеющего инвалидность, ослабляет его социальную значимость, обособляя его от нормального здорового детского сообщества, усугубляет его неравный социальный статус, обрекая на признание своего неравенства, неконкурентоспособности по сравнению с другими детьми.

Медицинская модель определяет и методику работы с инвалидом, которая имеет патерналистский характер и предлагает лечение, трудотерапию, создание служб, помогающих человеку выжить, заметим – не жить полнокровной жизнью, а именно выжить.

Следствием ориентации общества и Государства на эту модель является изоляция ребенка с ограниченными возможностями от общества в специализированном учебном заведении, развитие у него пассивно-иждивенческих ориентаций.

Термин «инвалид» в силу сложившейся традиции несет в себе дискриминационную идею, выражает отношение общества, выражает отношение к инвалиду, как к социально бесполезной категории. Понятие «человек с ограниченными возможностями» в традиционном подходе ярко выражает дефицит видения социальной сущности ребенка. Проблема инвалидности не ограничивается медицинским аспектом, это социальная проблема неравных возможностей.

Такая парадигма в корне меняет подход к триаде «ребенок – общество - государство». Суть этого изменения состоит в следующем:

Главная проблема ребенка с ограниченными возможностями заключается в его связи с миром, а ограничении мобильности, бедности контактов со сверстниками и взрослыми, в ограниченности общения с природой, доступа к культурным ценностям, а иногда – и к элементарному образованию. Эта проблема является не только субъективного фактора, каковым является социальное, физическое и психическое здоровье, но и результатом социальной политики и сложившегося общественного сознания, которое санкционируют существование недоступной для инвалида архитектурной среды, общественного транспорта, отсутствие специальных социальных служб.

* Ребенок, имеющий инвалидность – часть и член общества, он хочет, должен и может участвовать во всей многогранной жизни.
* Ребенок, имеющий инвалидность может быть так же способен и талантлив, как и его сверстники, не имеющие проблем со здоровьем, но обнаружить свои дарования, развить их, приносить с их помощью пользу обществу, ему мешает неравенство возможностей.
* Ребенок – не пассивный объект социальной помощи, а развивающийся человек, который имеет право на удовлетворение разносторонних социальных потребностей в познании, общении, творчестве.
* Государство призвано не просто предоставить ребенку, имеющему инвалидность, определенные льготы и привилегии, оно должно пойти навстречу его социальным потребностям и создать систему социальных служб, позволяющих нивелировать ограничения, препятствующие процессам его социализации и индивидуального развития.

Исходя из этой парадигмы, цель работы – содействие в улучшении качества жизни ребенка, имеющего инвалидность, защита и представление его интересов, в различных кругах, создание условий для выравнивания возможностей детей и подростков, что отличает их интеграцию в общество и создает предпосылки для независимой жизни.

Задачи:

* Развитие творческих возможностей
* Пробуждение социальной активности, деятельности подростка, который традиционно воспринимался обществом, как больной, нуждающийся в милосердном отношении людей.
* Воспитание чувства собственного достоинства.
* Стремление к самоопределению
* Формирование способности к выбору жизненной позиции, а не довольствование ролью пассивных потребителей льгот и привилегий, стремление к активному участию в преобразованиях, направленных на улучшение жизни общества.

Выдвигается концепция независимой жизни.

Основание:

* Неприятие медицинской проблемы инвалидности, которая воспринимается инвалидами лишь в двух социальных ролях – «пациента» и «потребителя определенных льгот».
* Анализ жизнедеятельности детей и семей, имеющих детей – инвалидов.

Специальное изучение навыков самообслуживания и бытового труда детей обнаружило их весьма сниженный характер. Значительно страдает коммуникативная деятельность детей с ограниченными возможностями: практика их общения со сверстниками взрослыми чрезвычайно бедна и замыкается на близких родственниках.

Обследования, проведенные в 250 семьях, показали, что 20% обследованных детей может вполне активно участвовать в общественной жизни, наравне со здоровыми.

53% для этого необходимо создать определенные условия, 25, к сожалению, не смогут возродиться в социальном плане из-за тяжелой формы болезни.

Суть идеи:

Человек, имеющий инвалидность, имеет право на включение во все аспекты жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, как все другие люди.

Помочь ему реализовать это право призвана система социальных служб, которой пока в государстве нет, но которая создается и апробируется.

Независимая жизнь - предполагает снятие зависимости от проявлений недуга, ослабление ограничений, им порождаемых, становление и развитие самостоятельности ребенка, формирование у него умений и навыков, необходимых в повседневной жизни, что должно дать возможность интеграции, а затем активного участия в социальной практике, полноценной жизнедеятельности в обществе.

Человек с ограниченными возможностями должен рассматриваться, как эксперт, активно участвующий в реализации программ собственной реабилитации. Выравнивание возможностей обеспечивается с помощью социальных служб, помогающих преодолеть специфические трудности ребенка, имеющего инвалидность, на пути к активной самореализации творчеству, благополучному эмоциональному состоянию в детском сообществе.

В основе:

1. Компенсация возможностей, недостающих от рождения, либо утраченных вследствие болезни или травмы. За счет делигированности другим людям недостающих ребенку функций, и создания ему условий для преодоления неприступных ранее препятствий окружающей среды. (создание спецслужб «Персональный ассистент» и «Транспортная служба»).
2. Организация работы со всеми участниками взаимодействия: С ребенком, его семьей, ближайшим окружением через службы, ориентированные как на детей, так и на их родителей и близких.
3. Интеграция в совместную деятельность детей с ограниченными возможностями, и детей, не имеющих проблем со здоровьем. Этот принцип должен быть реализован практически во всех видах служб.
4. Взаимопомощь – широкое участие в работе добровольных помощников и добровольная взаимная поддержка.

Скорректировать существующую социальную политику, в которой в соответствии с медицинской моделью инвалидности акцент сделан на методах сегрегации, в виде специальных учебных заведений, специальных санаториев, которые изолируют детей с инвалидностью от детского сообщества, превращают их в меньшинство, права которых дискриминируются. Проблема интеграции детей, имеющих инвалидность, в сферу образования, ощущаются особенно остро.

Необходимо снять страх ребенка перед недоступной средой, раскрепощая его и высвобождая его духовные и физические силы, направляя их на развитие и проявление способностей и талантов.

Родители, получая такую поддержку, становятся более объективными в оценке проблемы, связанной с инвалидностью.

Они начинают проявлять социальную активность, не замыкаясь на своем ребенке.

Технологическая цепочка: (Программа «Лидер»)

1. Вначале обучается родитель: получает информацию о социальной политике, социальных программах, знакомится с кругом друзей, участвует в определении приоритетных аспектов работы с его ребенком, ориентированный на воспитание у него качеств, необходимых для организации других детей.
2. Культурно-просветительные мероприятия, где создаются условия для приобретения ребенком опыта общения, организуются клубные мероприятия, авторами которых становятся родители и их дети.
3. Организуются мероприятия, авторами которых выступает ребенок (помощь родителей носит скрытый характер).

Накапливается опыт организаторской деятельности подростков не только в работе с небольшими группами детей, имеющих инвалидность, но и в условиях культурно-просветительных и социальных мероприятий, в которых задействованы и здоровые сверстники.

Разрабатывается методика формирования у детей и молодых людей организующих умений и навыков.

В задачи социального развития также входят:

* Умственное развитие детей
* Формирование навыков правильного поведения
* Трудовое обучение и подготовка к посильным видам труда.
* Физвоспитание
* Самообслуживание
* Бытовая ориентировка и социальная адаптация
* Приобретать навыки внимательного отношения к окружающим, чувство дружбы, товарищества, коллективизма, знания о правилах поведения в общественных местах
* Знания об умении одеваться в соответствии с ситуацией, об оформлении жилых комнат, сервировке праздничного стола и о приеме гостей.
* Получение сведений о музыке, художественной литературе, живописи, кино и других видах искусства.

Таким образом, проблемы социализации детей-инвалидов имеют порой четко выраженный региональный характер.

# Глава 6. Родители и дети.

Социальные проблемы третьего порядка - это проблемы, затрагивающие ближайшее окружение ребенка-инвалида и, прежде всего его семью.

Трудности семей, в которых воспитываются дети-инвалиды, существенно отличаются от тех забот, которые волнуют обычную семью Больной ребенок требует несравни­мо больше, чем здоровый, материальных, духовных и физиче­ских затрат. Люди из семей этой категории становятся малообщительными, избирательными в общении Они сужают кругсвоих знакомых и ограничивают общение с родственниками.Это связано с состоянием ребенка, а также с личностными установками родителей.

По этим же причинам матери больных детей более чем в 30% случаев оставляют работу по избранным до рождения ребенка специальностям, чтобы обеспечить необходимый уход, или переходят на низкооплачиваемую, неквалифициро­ванную работу, но находящуюся рядом с домом Часто женщины пытаются найти надомную работу. Таким образом, общество теряет работника определенной квалификации, который на долгие годы, а иногда и навсегда оставляет свою специальность.

Рождение аномального ребенка структурно деформирует семью. Большинство семей распадается (58%), часть семей существует с искаженными межличностными отношениями (30%), сохраняя семью формально - «ради ребенка», и только 12% семей, преодолев кризис, сохраняют гармоничные отношения.

25% женщин отмечают, что кризисная ситуация в семье спровоцирована усилением пьянства своих мужей. Это не может не сказаться на психическом развитии и социальной адаптации больного ребенка.

Кроме того, как отмечают специалисты, психотравмирующая ситуация, обусловленная рождением в семье умственно отсталого ребенка, оказывает воздействие на состояние здоровья членов семьи. Так, у 60% матерей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом, появляется де­прессивная симптоматика в различных формах (депрессивный невроз, затяжные невротические депрессии, депрессивное, невротическое развитие личности).

К детям-инвалидам в семьях, как правило, предъявля­ется заниженные требования, санкции, запросы. Проявляется гиперопека, гиперпротекция. Ребенку обычно не предоставля­ется возможности проявить собственную активность. Это спо­собствует закреплению инфантильности, неуверенности в се­бе, несамостоятельности и т. д., что влечет за собой трудности общения, установления межполовых контактов и т.д.

Таким образом, проблемы, которые возникают в процессе социализации детей инвалидов в семье, многообразны:

социальные, экономические, психологические и другие.

Проблемы, возникающие в семье, как правило, отражают в себе проблемы более широкого характера. Но семье самой трудно, справиться с целым комплексом проблем, связанных с воспитанием ребенка-инвалида. Поэтому необходима помощь спе­циалистов: реабилитологов, психологов, медиков, социальных работников, которые могут оказать помощь и поддержку, как родителям, так и детям в кризисных ситуациях.

Психологические исследования показали, что у детей-инвалидов обычная психика развивается по тем же психологическим законам, что и у детей, которых мы называем нормальными. У инвалидов те же духовные потребности, но их жизненная ситуация совершенно иная.

1. В каждом обществе и в каждую эпоху существуют свои каноны красоты физического и духовного. Сейчас эти каноны строги, как никогда. По сравнению с такими нормами инвалид сегодня особенно проигрывает и это усиливает опасность возникновения комплекса неполноценности.

Чувство неполноценности у ребенка возникает в зависимости от восприятия этих норм воспитателями: «Какую ценность представляет здоровое и физическое совершенство для детей семьи в рамках детского общества?».

Это зависит от социально-экономического положения семьи, обусловленного уровнем образованности отдельных ее членов, их доходами, общественным престижем, от состава семьи, количества детей в семье, от того, каким по счету является ребенок-инвалид среди братьев и сестер, есть ли бабушки и дедушки, каковы их качества и возможности; эмоциональной значимости этого ребенка для родителей, то есть желанный он или нет, чего от него ожидали, какие надежды возлагали, и т. д.

2. Важен возраст ребенка, точнее, уровень его развития в период, когда произошло несчастье, или когда родители заметили дефект.

Каждый вид инвалидности, отставание в развитии имеют особые последствия.

Дефективный с рождения ребенок со временем «искривляется», а приобретенный позже дефект «ломает» его.

Ранний дефект создает угрозу, прежде всего, интеллектуальному развитию, а более поздний – осложняет духовное и социальное становление.

С 3-х лет детский коллектив становится важнейшим фактором социализации ребенка. Если ребенок, вследствие своего дефекта, не может не может войти по-настоящему в детский коллектив, у него рождается неуверенность в себе, тревоги, чувство неполноценности.

Нависает угроза здоровому развитию личности, сознанию собственного «Я», своей общественной значимости.

Кроме того, в средней школьном возрасте, примерно с 8 до 11-12 лет, формируется сознание принадлежности к определенному полу. Если в этот период ребенок лишен контактов с другими детьми, такая принадлежность может быть им до конца не осознана.

Если ребенок родился калекой, семья с самого начала должна примириться с этим фактом, научиться жить с таким ребенком, и она скорее врастает в свою роль.

Степень приспособления к новым условиям тоже индивидуальна у каждой семьи. Она равна адаптационным способностям самого слабого, уязвимого члена семьи (Если у матери, к примеру, большие адаптационные возможности, а у отца – маленькие, то семья как целое выдержит столько невзгод, сколько выдержит отец. Если трудности станут для него непосильными, в семье появится тенденция к распаду, который может вскоре наступить.)

3) Психологически наиболее тяжёлыми считаются поражения лица, затем следует дефект рук и шеи, потом остальных частей тела.

Социальный аспект инвалидности, заметны ли поражения или дефект как они воспринимаются окружающими, не ограничивает ли его в социальном смысле, не делает ли отверженным.

Есть виды деятельности, необходимые для контакта меж людьми, например, речь, мимика, подавание руки, культура поведения за столом и пр.

Есть иные функции, которым придают огромное значение в обществе и потому скрывают. Это своего рода табу, о которых стыдятся говорить даже при врачебных анализах (к таким табу относятся выделения экскрементов, интимная гигиена, сексуальная активность и т. п.). Общественные предрассудки в этих сферах человеческой жизни больно затрагивают тех, кто страдает нарушением деятельности функций. Ни они, ни их семьи не имеют возможности поделиться своими трудностями, посоветоваться, найти сочувствие, отклик, поэтому всю жизнь они служат предметом недоброжелательного любопытства.

4) Ещё одним фактором, обусловливающим положение ребёнка-инвалида в семье и обществе, является его индивидуальность. Имеются в виду основные характеристики личности: темперамент, или особенности нервной системы:

раздражительность, ранимость, сопротивляемость, и т. д.

Соотношение личностных характеристик влияет на то, как свыкается ребенок и его семья с инвалидностью.

Тревога и беспокойство родителей неблагоприятно отражаются на их контактах с ребенком.

Запоздалое развитие не бывает правильно понято окружением, по-своему растолковывающим отдельные проявления, включающим их в неправильные взаимосвязи и потому переутомляющим детей раздражителями, которые не приносят пользы, лишь вызывают в детях с отклонениями развития оборонительный механизм.

Осознание того, что с ребенком что-то неладно и надежды на лучшие изменения

нет, вызывает настоящее потрясение. Рушится заветный идеал, готовый образ, и это крушение приносит тоску, безнадежность, горе.

Для нормального духовного развития ребенка надо удовлетворять его основные психические потребности. Эти и потребность в соответствующей по количеству и качеству стимуляции, потребность в осмысленном порядке стимуляции, чтобы ребенок мог учиться и приобретать жизненный опыт, потребность в опоре, поддержке, потребность осознать собственное «Я» в системе общественных ценностей, и, наконец, потребность перспективы будущего. Эти потребности присущи не только ребенку, они неотъемлемы от человека на протяжении всей его жизни. Взрослые удовлетворяют их в большей степени при воспитании детей.

В нормальных условиях ребенок является источником большого числа стимулов, благодаря своей подвижности, забавности, и т. п. Ребенок-инвалид – тоже неиссякаемый источник стимулов для своего воспитателя, только качество их совершенно иное, чем в первом случае. Здесь больше чисто механической работы, монотонного ухода и присмотра – а отклика со стороны ребенка, радостной удовлетворенности гораздо меньше. Это приводит к одностороннему утомлению, даже изнурению. Надо разделить обязанности в семье, и общество должно внести свою лепту.

На 2-м месте потребность в упорядоченном мире, дающем знания и опыт.

И вновь родители инвалидов с детства поставлены неравные с другими условия: их жизненный опыт несравним с опытом остальных. Сколько в нем рухнувших надежд, невероятных трудностей, непреодолимых преград. Исключительность ситуации приводит к изоляции в обществе, ил, напротив, заставляет родителей, чуть ли не силком вынуждать понимание к себе и ребенку.

По реакции окружения родители должны понять, что они не одиноки в своей беде. Специалисты должны внушать им, что их постигло отнюдь не несчастье, а всего лишь трудное испытание, которое при желании и настойчивости можно преодолеть.

Страдает родительское самолюбие воспитателей детей-инвалидов, под угрозой

жизненная перспектива, а это очень важно для семьи. Здесь и детям. И родителям надо говорить об их возможностях, а не о том, что им недоступно.

Родителям становится легче, если отмечены и оценены по достоинству их усилия.

Главное, чтобы родители детей с дефектами понимали свое положение и воспринимали его нормально. Важно понимание родителей здоровых детей и общества в целом. Цель, которую мы преследуем – общественное признание людей с физическими и умственными недостатками. Мы целенаправленно приближаемся к тому, чтобы их жизнь ни в чем не отличалась от жизни нормального ребенка в семье и нормального человека в обществе.

Психологические исследования показали, что у детей-инвалидов обычная психика развивается по тем же психологическим законам, что и у детей, которых мы называем нормальными. У инвалидов те же духовные потребности, но их жизненная ситуация совершенно иная.

1. В каждом обществе и в каждую эпоху существуют свои каноны красоты физического и духовного. Сейчас эти каноны строги, как никогда. По сравнению с такими нормами инвалид сегодня особенно проигрывает и это усиливает опасность возникновения комплекса неполноценности.

Чувство неполноценности у ребенка возникает в зависимости от восприятия этих норм воспитателями: «Какую ценность представляет здоровое и физическое совершенство для детей семьи в рамках детского общества?».

Это зависит от социально-экономического положения семьи, обусловленного уровнем образованности отдельных ее членов, их доходами, общественным престижем, от состава семьи, количества детей в семье, от того, каким по счету является ребенок-инвалид среди братьев и сестер, есть ли бабушки и дедушки, каковы их качества и возможности; эмоциональной значимости этого ребенка для родителей, то есть желанный он или нет, чего от него ожидали, какие надежды возлагали, и т. д.

2. Важен возраст ребенка, точнее, уровень его развития в период, когда произошло несчастье, или когда родители заметили дефект.

Каждый вид инвалидности, отставание в развитии имеют особые последствия.

Дефективный с рождения ребенок со временем «искривляется», а приобретенный позже дефект «ломает» его.

Ранний дефект создает угрозу, прежде всего, интеллектуальному развитию, а более поздний – осложняет духовное и социальное становление.

С 3-х лет детский коллектив становится важнейшим фактором социализации ребенка. Если ребенок, вследствие своего дефекта, не может не может войти по-настоящему в детский коллектив, у него рождается неуверенность в себе, тревоги, чувство неполноценности.

Нависает угроза здоровому развитию личности, сознанию собственного «Я», своей общественной значимости.

Кроме того, в средней школьном возрасте, примерно с 8 до 11-12 лет, формируется сознание принадлежности к определенному полу. Если в этот период ребенок лишен контактов с другими детьми, такая принадлежность может быть им до конца не осознана.

Если ребенок родился калекой, семья с самого начала должна примириться с этим фактом, научиться жить с таким ребенком, и она скорее врастает в свою роль.

Степень приспособления к новым условиям тоже индивидуальна у каждой семьи. Она равна адаптационным способностям самого слабого, уязвимого члена семьи (Если у матери, к примеру, большие адаптационные возможности, а у отца – маленькие, то семья как целое выдержит столько невзгод, сколько выдержит отец. Если трудности станут для него непосильными, в семье появится тенденция к распаду, который может вскоре наступить.)

3) Психологически наиболее тяжёлыми считаются поражения лица, затем следует дефект рук и шеи, потом остальных частей тела.

Социальный аспект инвалидности, заметны ли поражения или дефект как они воспринимаются окружающими, не ограничивает ли его в социальном смысле, не делает ли отверженным.

Есть виды деятельности, необходимые для контакта меж людьми, например, речь, мимика, подавание руки, культура поведения за столом и пр.

Есть иные функции, которым придают огромное значение в обществе и потому скрывают. Это своего рода табу, о которых стыдятся говорить даже при врачебных анализах (к таким табу относятся выделения экскрементов, интимная гигиена, сексуальная активность и т. п.). Общественные предрассудки в этих сферах человеческой жизни больно затрагивают тех, кто страдает нарушением деятельности функций. Ни они, ни их семьи не имеют возможности поделиться своими трудностями, посоветоваться, найти сочувствие, отклик, поэтому всю жизнь они служат предметом недоброжелательного любопытства.

4) Ещё одним фактором, обусловливающим положение ребёнка-инвалида в семье и обществе, является его индивидуальность. Имеются в виду основные характеристики личности: темперамент, или особенности нервной системы:

раздражительность, ранимость, сопротивляемость, и т. д.

Соотношение личностных характеристик влияет на то, как свыкается ребенок и его семья с инвалидностью.

Тревога и беспокойство родителей неблагоприятно отражаются на их контактах с ребенком.

Запоздалое развитие не бывает правильно понято окружением, по-своему растолковывающим отдельные проявления, включающим их в неправильные взаимосвязи и потому переутомляющим детей раздражителями, которые не приносят пользы, лишь вызывают в детях с отклонениями развития оборонительный механизм.

Осознание того, что с ребенком что-то неладно и надежды на лучшие изменения

нет, вызывает настоящее потрясение. Рушится заветный идеал, готовый образ, и это крушение приносит тоску, безнадежность, горе.

Для нормального духовного развития ребенка надо удовлетворять его основные психические потребности. Эти и потребность в соответствующей по количеству и качеству стимуляции, потребность в осмысленном порядке стимуляции, чтобы ребенок мог учиться и приобретать жизненный опыт, потребность в опоре, поддержке, потребность осознать собственное «Я» в системе общественных ценностей, и, наконец, потребность перспективы будущего. Эти потребности присущи не только ребенку, они неотъемлемы от человека на протяжении всей его жизни. Взрослые удовлетворяют их в большей степени при воспитании детей.

В нормальных условиях ребенок является источником большого числа стимулов, благодаря своей подвижности, забавности, и т. п. Ребенок-инвалид – тоже неиссякаемый источник стимулов для своего воспитателя, только качество их совершенно иное, чем в первом случае. Здесь больше чисто механической работы, монотонного ухода и присмотра – а отклика со стороны ребенка, радостной удовлетворенности гораздо меньше. Это приводит к одностороннему утомлению, даже изнурению. Надо разделить обязанности в семье, и общество должно внести свою лепту.

На 2-м месте потребность в упорядоченном мире, дающем знания и опыт.

И вновь родители инвалидов с детства поставлены неравные с другими условия: их жизненный опыт несравним с опытом остальных. Сколько в нем рухнувших надежд, невероятных трудностей, непреодолимых преград. Исключительность ситуации приводит к изоляции в обществе, ил, напротив, заставляет родителей, чуть ли не силком вынуждать понимание к себе и ребенку.

По реакции окружения родители должны понять, что они не одиноки в своей беде. Специалисты должны внушать им, что их постигло отнюдь не несчастье, а всего лишь трудное испытание, которое при желании и настойчивости можно преодолеть.

Страдает родительское самолюбие воспитателей детей-инвалидов, под угрозой

жизненная перспектива, а это очень важно для семьи. Здесь и детям. И родителям надо говорить об их возможностях, а не о том, что им недоступно.

Родителям становится легче, если отмечены и оценены по достоинству их усилия.

Главное, чтобы родители детей с дефектами понимали свое положение и воспринимали его нормально. Важно понимание родителей здоровых детей и общества в целом. Цель, которую мы преследуем – общественное признание людей с физическими и умственными недостатками. Мы целенаправленно приближаемся к тому, чтобы их жизнь ни в чем не отличалась от жизни нормального ребенка в семье и нормального человека в обществе.

# Глава 7. Раннее вмешательство в развитие.

В идеале при первом консультировании родителей детей с ограниченными возможностями, следовало бы говорить о позитивных моментах, позволяющих надеяться на достижение поставленных целей, и о том, что уже достигнуто.

Основополагающим в этом отношении является доброжелательная, наполненная любовью и стимулирующая развитие атмосфера в семье.

Эффект раннего вмешательства в развитие

Программа по развитию детей и руководство в помощь родителям.

Овладение базовыми навыками (двигательными) уже на самых ранних стадиях развития взаимодействия со средой осуществляется посредством движения. Без этих навыков может быть сорвано формирование поведенческих блоков, необходимых для осуществления более сложных навыков, возникающих при нормальном развитии на более поздних этапах жизни.

Требование, которое предъявляет к нам независимое существование - уход за собой, пользование одеждой и едой, в значительной степени связано с контролем микро- и макро-движений. То, как мы движемся, в значительной степени сказывается на успешности социального взаимодействия.

Речь - наше основное средство общения - требует координации, поразительно сложной последовательности движений, на этом основывается наше познавательное и социальное взаимодействие с окружающей средой.

Программирование физической активности

Детям, подросткам и взрослым с ограниченными возможностями необходимо освоить различные виды деятельности, связанные с проведением свободного времени: нормальные знакомства с искусством и ремеслами, до занятий музыкой (активным отдыхом совместно с другими людьми и физическими упражнениями, овладение с их помощью новыми двигательными навыками).

Плавание, езда на велосипеде, гимнастика не только улучшают физическое самочувствие, но и создают благоприятные условия для социального взаимодействия.

Однако, несмотря на то, что детям с ограниченными возможностями постоянно необходимо заниматься по программам, действительно улучшающим их двигательную активность, не так просто создать условия, при которых они занимались бы плаванием и другими видами хотя бы раз в неделю.

Их следует обучать таким образом, чтобы число двигательных навыков постоянно росло.

Только при такой установке в обучении дети с ограниченными возможностями овладеют двигательными навыками, необходимыми для обслуживания себя, для самостоятельного и эффективного выполнения своих профессиональных обязанностей, а это увеличивает возможность их социальных и эмоциональных контактов.

Непрерывность перехода от долингвистического к лингвистическому общению важность эмоций, контакта и обратной связи, - все это означает, что взаимодействие с родителями или лицом, осуществляющим уход за ребенком, оказывается решающим фактором уже с момента рождения.

Это взаимодействие должно стать частью усилий по вмешательству в развитие.

Основной функцией программы вмешательства в речевое развитие являются не овладение системой слов, жестов или символов, а обучение личности общению с помощью этих факторов эффективные программы развития детей, включать в среду обучения межличностные факторы.

Следует позаботиться, чтобы в любом возрасте совершенствовались навыки общения. Овладение знаниями и чувство собственного достоинства важны на протяжении всей жизни.

Программы обращали внимание на то, что ребенок не мог делать, а не на его умение, и на то, что он делал с удовольствием. Главный упор на овладение новыми навыками, отобранными не ребенком, а составителями программы.

Могущество самообучения

Общество начало признавать ценность человеческих чувств и важность отношений между людьми.

Игра - это жизнь. Она интенсивна, добровольна, спонтанна, естественна.

Она связана с исследованием, общением и выражением себя. Она сочетает в себе действие и мысль. Она приносит удовлетворение и обучает успеху. (Декларация прав ребенка на игру. Международная ассоциация игр на воздухе, 1977)

Типы игр и проведение досуга

Существует тесная связь между символическими и межличностными умениями. Связь между аффективной игрой и способностями детей к игре.

Социальная игра (между группами детей или между ребенком и взрослым).

Пик "энтузиазма" родителей переводит на игровое общение.

Значение игры в приобретении и совершенствовании новых навыков (игра отражает качество жизни).

Как мы можем развить игру детей?

Овладение навыками самообслуживания

Специальные игрушки и оборудование, позволяющие лучше использовать целевую игру.

Влияние на детей моделирующей игры взрослых.

Структурированное обучение.

Использование адаптированных и специально придуманных игрушек представляется особенно заманчивым способом вмешательства в игру детей.

Моделирование.

Игровой опыт предоставил детям длительную практику в образовании связей между знакомыми словами и обозначениями, или предметами (условия для овладения правилами построения предложения).

"Игра есть вершинная фаза развития ребенка… ибо она есть самоактивное представление внутреннего мира". (Фридрих Фребель, 1826 год).

Овидий: "В своей игре мы открываем, какого рода люди мы".

Джером Брунер, 1972 г. "Игра… это средство учения в менее рискованной ситуации".

Приобретение базовых учебных навыков: чтение, письмо, счет…

Чтение является важным способом "вхождения" в речевую деятельность, приводит к относительному развитию когнитивных навыков.

# Глава 8. Шансы на полноценную жизнь.

Все родители начинают с осознания того, что означает диагноз для ребенка, для них самих и для всей семьи.

Первейшей необходимостью для родителей является выработка новой системы понятия для осознания происходящего с их ребенком. В такой системе есть несколько точек отсчета:

1. Ребенок: На что похоже то, что здесь происходит, в чем он нуждается?
2. Мы сами, как родители ребенка с недостатками развития (ситуация могла выбить из колеи, привести к пересмотру представлений о себе, своей системы ценностей, своих установок и устремлений).
3. Семья (реакция членов семьи, друзей). Перестройка системы представлений (помощь, квалифицированная консультация, как регулярная поддержка, которую родители воспринимают, как связанную с их проблемами и практически важную для них.)

Важно: 1. Индивидуальные способности и опыт решения проблем.

1. 2. Поддержка семьи, друзей и социальных служб
2. 3. Практические моменты (финансовое положение семьи, ее мобильность)

4. Наличие системы ценностей, убеждений и ощущение своей нужности.

Для большинства родителей наиболее терапевтическим средством оказывается информация о практических мерах, которые вполне обоснованно могут помочь развитию младенца.

Поддержка семьи должна начинаться в годы, когда способы взаимодействия семьи с окружающим миром еще только складываются.

Социальная служба относится к семье, как к целому.

Обучение должно проводится в группах, включающих не только разных специалистов, но и родителей, ведь специфических особенностей развития, которыми мог бы заняться только один специалист, не так уж много (Mittler P.J., 1983 г.)

Обычно используемые итоговые показатели затрагивают лишь возрастные нормы стандартных тестов, но, возможно, что более широкие и более точные способы измерения по таким поведенческим параметрам, как инициативность, пытливость, творчество и социальное взаимодействие, дадут требуемое различие, особенно если ключевые переменные будут сведены со взаимодействием «родитель-ребенок».

Целью большинства программ вмешательства в развитие является обеспечение родителей советами о том, как расширить умение их ребенка.

На 2-м году жизни взаимодействие матери и ребенка нарушается, материнское поведение становится более навязчивым и директивным.

Выделение взаимодействия «родитель-ребенок», как основного фактора лечебно-педагогической программы, подтверждает, что в центре внимания раннего вмешательства в развитие детей находятся родители и экология семьи, и если родители не обеспечены социальной поддержкой соответствующего уровня, то маловероятно, чтобы воспитание их младенца доставило им большое удовольствие, сами они оказались восприимчивы к принятию идей раннего вмешательства в развитие семьи, чтобы использовать в домашних условиях программу поддержки, должны действовать при минимальном уровне здорового согласия, взаимопонимания и баланса возможностей и потребностей.

Младенец рассматривается, как активный участник процесса учения, а не как пассивный или ущербный реципиент предельно контролируемых событий.

Отношения партнерства Акцент делается на раннем взаимодействии родитель-ребенок и, в частности, на способах, усиливающих восприимчивость родителей к ключевым особенностям поведения младенца.

Необходимо создать систему поддержки, образующую здоровую основу для оказания помощи младенцу.

Вмешательство в развитие должно быть регулярным, непрерывным и отвечающим потребностям семьи.

Чтобы заслужить доверие семьи, специалист при консультировании должен уметь продемонстрировать свою компетентность в понимании ребенка, его развития и стратегий, способствующих развитию.

Нам необходимо переосмыслить способы вовлечения родителей методы раннего вмешательства в развитие и развивать более педагогические методики.

Социальный критерий - "способность радоваться жизни", играя важную роль в беседе специалиста с родителями.

- Если неявно учитывается присущий таким детям недостаток развития и определённая ограниченность их будущего, то врачам и родителям легче добиться взаимопонимания, сосредоточив свои усилия на социальной адаптации ребёнка.

- Консультация выходит за рамки медицинских критериев.

- Мы имеем дело с ребёнком, состояние здоровья которого никогда не будет "благополучным", но тем не менее по социальным критериям способностью жить в семье счастливой жизнью.

- Вырабатываются внемедицинские критерии состояния здоровья ребёнка, социальный взгляд на его, в чём-то удовлетворительное будущее.

- Использование социальной оценки настоящего и будущего положения ребёнка.

Наиболее активное привлечение родителей к принятию решения, когда им предлагается неформальный выбор.

- Во внимание принимаются многочисленные социальные и моральные проблемы, которые, как понимают врачи, следует решать семье.

- Ребёнок - это не просто социальный объект, но в равной степени клинический, моральный, политический и юридический субъект.

- Диагностика ребёнка, при которой переформируется обычно принятая в клинике интерпретация заболевания, когда предварительному клиническому диагнозу придаётся социальное содержание.

- Процесс будет успешен настолько, насколько удастся избежать стереотипных реакций на индивидуальные потребности.

Сопричастность других людей к принятию решения уникальна.

- Способность к самостоятельной жизни при специальном обучении и помощи способны работать, как на обычных работах, так и в специально оборудованных приютских мастерских.

Число людей, направленных на обычные работы, может быть, значительно возрастёт.

Задачи центров - обучение социальным навыкам, оказание помощи в раскрытии своих способностей, подготовка к жизни в сообществе людей с недостатками развития и те, кто отвечает за них, - это забота.

- Личность с недостатками развития должна жить в сообществе людей на равных правах с другими. Важным компонентом этой философии является трудоустройство.

Акцент должен делаться на нормализации отношений между проблемными и "обычными". Люди с проблемами должны учиться тому, как исполнить обязанности, связанные с отношениями с людьми, равными по положению и с людьми, обладающими властью. Они должны оказываться в ситуациях (нередко рискованных), в которых они могут учиться, делая ошибки.

"Социальное поведение" поведению учатся, оно не обусловлено аномалией.

Как только человек с недостатком развития усвоит, что он отличается от других, он окажется в положении, когда может учиться формам поведения, которые доступны ему для подражания.

* Проблема, однако, в инертности и консерватизме существующих социальных институтов, зачастую не просматривающих до конца возможности и достижения социального развития проблемных детей.

# Глава 9. Выводы.

Идея ***"независимой жизни*** является ядром концепции программы социализации, которой руководствуются реабилитационные центры. Суть этой идеи можно выразить двумя тезисами:

- человек, имеющий инвалидность, имеет право на включение во все аспекты жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, как все другие люди.

- помочь ему реализовать это право призвана система инновационных социальных служб, открывающая доступ детям - инвалидам во все сферы жизнедеятельности.

# Список литературы:

1. Карвялис В. Специальное образование детей с ограничен­ными возможностями и подготовка педагогов-дефектологов //Дефектология. 199''. №1.
2. Панов А.М. Центры социальной реабилитации детей с ог­раниченными возможностями - эффективная форма соци­ального обслуживания семьи и детей // Реабилитационные центры для детей с ограниченными возможностями: опыт и проблемы. М.,1997.
3. Мудрик А.В. Введение в социальную педагогику. М., 1997.
4. Малофеев Н.Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России. (Результаты исследо­вания, как основа для построения проблемы развития) // Дефектология. №4, 1997.
5. Ткачева В. В. О некоторых проблемах семей, воспитываю­щих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1998. №1
6. Горячева Т.Г. Психологическая помощь детям с врожден­ными пороками сердца и их семьям // Мир психологии. 1998. №2.
7. Цукерман И.В. Проблема социализации выпускников спе­циальных школ для детей с нарушениями слуха // Дефек­тология. 1998. №1
8. Бондаренко Г.И. Социально-эстетическая реабилитация аномальных детей //Дефектология. 1998. №3.
9. Базоев В.3. Поддержка профессионального образования глухих в Великобритании //Дефектология. №3, 1997.
10. Г. М. Иващенко, Е. Н. Ким. «Об опыте работы по социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в Московском клубе «Контакты-1». Президентская программа "Дети России"
11. «Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями» Н. Ф. Дементьева, Г. Н. Багаева, Т. А. Исаева, Институт социальной работы, М., 1996 г.
12. З. Матейчек «Родители и дети» М., «Просвещение», 1992 год.
13. "Современные подходы к болезни Дауна" по ред. Д. Лейна, Б. Стрэтфорда. М., "Педагогика", 1992 год.
14. Л. С. Алексеева и др. "Об опыте организации социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями в школе - комплексе "Детская личность". Президентская программа "Дети России". М., 1997 год.
15. Р. С. Немов "Психология" Книга 1. М., 1998 год.