

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

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

КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ

**АРТ-ТЕРАПИЯ В СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ НА МУНИЦИПАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Выпускная квалификационная работа
обучающегося по направлению подготовки 39.04.02 Социальная работа
очной формы обучения, группы 87001509
Ходыкиной Юлии Сергеевны

Научный руководитель
К.ф.н., доцент
О.В. Ковальчук

Рецензент
Социальный педагог
МКОУ ОШ №30 г. Белгорода
Е.В. Желтова

БЕЛГОРОД 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	12
1.1. Особенности социализации детей с ограниченными возможностями здоровья: сущность, этапы, механизмы, основные направления	12
1.2. Инклюзия детей с ограниченными возможностями здоровья в городской среде как социальная проблема	26
2. АРТ-ТЕРАПИЯ В СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ	47
2.1. Основные направления арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.	47
2.2. Диагностика проблемы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне.	64
2.3. Проект «Арт-кафе как форма инклюзивного пространства в городской среде»	76
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	86
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	89
ПРИЛОЖЕНИЕ	97

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования. В настоящее время социализация детей с ограниченными возможностями здоровья обладает определенной спецификой, которая определяется такими факторами, как: характер возможностей ребенка и объем реабилитационного ресурса общества. Социализация оказывает положительное воздействие как на определенные свойства и навыки детей с ограниченными возможностями здоровья (коммуникативные навыки, развитие мелкой моторики рук и т.д.), так и на самих детей с ограниченными возможностями в целом. Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют затруднения в общении, овладении профессиональными навыками, обучении, самообслуживании [16, с.52-53].

Одним из успешных средств, которое помогает в социализации детей с ограниченными возможностями, сегодня является арт-терапия, метод, характеризующийся психотерапевтическими и развивающими возможностями.

Несмотря на большое разнообразие методов арт-терапии и значительные различия между группами детей с ограниченными возможностями здоровья, необходимо учитывать некоторые особенности при проведении арт-терапии. Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют затруднения в вербализации своих переживаний и проблем. Невербальная форма коммуникации для них является более естественной. Дети с ограниченными возможностями обладают спонтанными действиями и не способны к рефлексии своих поступков и чувств. С помощью рисунков они способны изобразить свои переживания бессознательно. А различные направления арт-терапии (музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия, оригами, лепка и т.д.) способствуют реализации талантов, помогают

раскрыться, тем самым оказывают содействия при вхождении в социум [69, с.98-100].

В настоящее время производится поиск технологий, различных методов социального воспитания, средств, которые оказывают помощь в преодолении проблем развития детей с ограниченными возможностями здоровья: навыки социального взаимодействия, уверенность в действиях с опорой на отношения и собственные знания, при изменении социальной ситуации. Все это развивает социальную компетентность, которая необходима личности для оптимального входа в социальное общество. Одним из таких методов становится сегодня арт-терапия, что актуализирует тему магистерской диссертации [2, с.44-45].

Степень научной разработанности проблемы. Проблема социализации детей с ограниченными возможностями здоровья производится по нескольким направлениям:

- работы теоретико-методологического характера, в которых раскрываются особенности и сущность социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (А.И. Ковалева, П.С. Кузнецов, М.В. Ромма, Л.В. Корель, А.В. Петровский, Р. Парка, Р. Нисбетт и др.);

- работы, посвященные исследованию социальных и социально-психологических особенностей детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно: общее социальное положение детей с ограниченными возможностями, (С.В. Бесфамильная, Л.С. Васин, С.А. Васин, О.Ю. Голоден, Н.А. Демидов, Т.А. Добровольская, С.Н. Пузин, Н.Б. Шабалина), социальное положение детей с ограниченными возможностями здоровья в России (Е.Б. Бреева А.М. Нечаева,), социальные и социально-психологические особенности детей с ограниченными возможностями (Е.В. Конева, О.Н. Потапова, Л.А. Потылицына, С.Н. Пузин, В.К. Солондаев, В.П. Столбов, У.В. Ульенкова, О.Н. Усанова), образ жизни детей с ограниченными возможностями здоровья (Н.И. Гурвич, Н.А. Иорданская, В.С. Собкин);

- работы, посвященные раскрытию особенностей социализации детей с ограниченными возможностями (Б.В. Белявский, Ю.А. Блинков, Е.А. Губарев, Н.Ф. Дементьева, А.В. Кораблев, А.В. Лапотников, Е.Д. Худенко), факторам социализации (А.В. Иванов, Н.К. Смиронов), особенности социализации детей в семье с ограниченными возможностями здоровья (Л.А. Потылицын, Е.В. Кулагина). Также в данном направлении выделяют исследования, которые рассматривают отдельные аспекты социализации детей с ограниченными возможностями по следующим направлениям: медико-социальное (И.А. Камаев, М.А. Позднякова), психологическое (Г.Н. Багаева), социально-бытовое (Л.П. Гришина), образовательное (Н.А. Барышникова, И.И. Лошакова, П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова), трудовое (А.Р. Миллер), социально-статусное (Э.К. Наберушкина);

- исследования таких проблем, как: социальная защита детей с ограниченными возможностями здоровья (Н.В. Антипьева), социальная работа с детьми с ограниченными возможностями (Е.М. Бакулина, Н.В. Лукьянченко, О.Н. Юлдашева), социальная работа с молодежью с ограниченными возможностями (Б.Ф. Усманов, К.И. Фальковская), оказание помощи детям с ограниченными возможностями здоровья (А.Р. Миллер, М. Раттер), государственная поддержка детей с ОВЗ (О.Н. Юлдашева);

- управление социальной адаптацией детей с ограниченными возможностями здоровья, а именно общие и стратегические проблемы управления рассматриваются в работах Э.К. Наберушкиной, П.В. Романова, Т. И. Черняевой, Е.Р. Ярской-Смирновой. Анализ целей, функций и ресурсов управления нашли свое отражение в работах О.А. Герасименко, В.В. Дегтяревой, П. Дименштейна, В.А. Луковой, Е.М. Мастюковой.

Исследования возможностей светового воздействия и арт-терапии как оздоровление проводились такими учеными как Э. Крамер, Э. Крис, М. Люшер, Г. Рид, З.Фрейд, К. Юнг и др. Особенности восприятия искусства в арт-терапии изучались М.Г. Бетенски. Разрабатывалась

содержательной интерпретации арт-терапевтических рисунков детей занимался Г.М. Ферс.

Модификацию и адаптацию отечественного опыта арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья изучали Т.И. Бакланова, И.В. Вачков, Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Ю. Калошина, А.И. Копытин, Л.Д. Лебедева, И.Ю. Левченко, Е.А. Медведева, О.В. Платонова, Н.М. Сокольникова, Е.Б. Фанталова и др.

Возможности использования арт-терапии в образовательном процессе в качестве развивающего средства были рассмотрены Т.А.Добровольской, М.В. Киселевой, Л.Н. Комиссаровой, А.М. Копытиным, Л.Д. Лебедевой, И.Ю. Левченко, Е.А. Медведевой, А.В. Сизовой и др.

Большое значение педагогическому аспекту адаптации и социализации детей с ограниченными возможностями в процессе развития предавали Г.М. Андреева, А.А. Бодалев, И.С. Кон, А.В. Мудрик, Л.И. Новикова, А.В. Петровский и др.

В настоящее время изучается модель адаптивной школы, в которой происходит инклюзивное обучение (обучаются одновременно одаренные, обычные дети и дети с ограниченными возможностями здоровья) такими учеными как Н.П. Аникеева, Е.А. Лмбург и др.

В результате анализа литературы по теме исследования можно сделать вывод о том, что проблема социализации детей с ограниченными возможностями рассматривалась исследователями, однако она до сих пор не потеряла своей актуальности, и потому нуждается в дальнейшем изучении и разработке, в частности, в аспекте использования в социализации детей с ограниченными возможностями арт-терапии.

Объект исследования – социализация детей с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования – использование арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне.

Цель исследования – раскрыть сущность и специфику арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями и разработать социальный проект, направленный на улучшение социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне.

Для достижения поставленной цели исследования предполагается решение следующих **задач**:

1. Рассмотреть теоретические основы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.
2. Проанализировать особенности применения арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями.
3. Определить проблемы социализации детей с ограниченными возможностями и разработать социальный проект, направленный на улучшение социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне.

Гипотеза исследования: проект улучшения социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне через деятельность арт-кафе позволит повысить уровень социализации детей с ограниченными возможностями на муниципальном уровне при организации следующих условий:

1. Создание инклюзивного досугового пространства на муниципальном уровне.
2. Установление партнерских отношений с организациями, которые занимаются решением проблем социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.
3. Удовлетворение потребностей детей с ограниченными возможностями, повышение их интеграции в локальное сообщество.

Теоретико-методологическую основу исследования составили: основные положения концептуального подхода к исследованию и определению нормативной, интегральной, интерпреативной социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (П. Бурдые, М. Вебер,

Э. Гидденс, Э. Дюркгейм, Р. Нисбетт, Р. Мертон, Р. Парк, Т. Парсонс, Ю.М. Резник, Л. Росс, М.В. Ромм, Э. Фромм); теоретические положения об особенностях социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (Ф.В. Бородулина, Н.Ф. Дементьева, А.И. Ковалева, М.Н. Реут, А.З. Свердлов); социально-культурная концепция нетипичности, которая заложила гуманистические основы в социальную политику отношений детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей (Э.К. Наберушкина, П.В. Романов, Е.Р. Ярская-Смирнова); влияние методов арт-терапии на социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья (Т.И. Бакланова, А.И. Копытин, Т.Ю. Калошина, Л.Д. Лебедева, И.Ю. Левченко, О.В. Платонова, Е.Б. Фанталова и др.); модель адаптивной школы, в которой происходит инклюзивное обучение (обучаются одновременно одаренные, обычные дети и дети с ограниченными возможностями здоровья) (Н.П. Аникеева, Е.А. Лмбург).

В ходе научного исследования были применены следующие **методы** научного исследования:

- методы научного исследования: анализ периодических, статистических источников, позволивший осуществить теоретическое обоснование арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья;
- методы прикладной социологии: экспертный опрос, анкетирование, различные психодиагностические методики, с помощью которых были определены проблемы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья;
- методы социального проектирования, с применением которых была разработан проект улучшения социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном «Арт-кафе как форма инклюзивного пространства в городской среде».

Эмпирическая база исследования включает:

- законодательные и нормативные акты Российской Федерации, федеральные и региональные нормативно-правовые акты, которые определяют основные направления и принципы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ от 29 декабря 2012г., Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» № 181-ФЗ от 24 ноября 1995г., Закон РФ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» № 124-ФЗ от 24 июля 1998г., Национальная образовательная инициатива «Наша новая школа» Пр-271 от 04 февраля 2010г., Указ «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» № 761 от 01.06.2012г.);

- данные федеральной и региональной статистики о количестве детей с ограниченными возможностями здоровья (в России детей с ограниченными возможностями здоровья от 2,5 до 3,5 млн. А в Белгородской области детей в возрасте до 14 лет более 1500 человек);

- отчетные документы МКОУ ОШ №30 г.Белгорода;

- результаты социологического исследования «Диагностика проблем арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне», которое было проведено в 2015-2016 учебном году на базе МКОУ ОШ №30 г.Белгорода (N=20), также исследование включало опрос преподавательского состава учебного заведения и родителей детей с ограниченными возможностями здоровья (N=25).

Научная новизна исследования состоит в раскрытии особенностей применения арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями и разработке проекта улучшения социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном «Арт-кафе как форма инклюзивного пространства в городской среде».

На защиту выносится **следующее положение:** создание арт-терапевтического инклюзивного пространства в городской среде, является методом социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне, обеспечивающим создание оптимальных условий для повышения качества социализации детей с ограниченными возможностями здоровья.

В современном обществе для социализации детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо образовать инклюзивное пространство, которое будет характеризоваться следующие условия: учебно-образовательные, управленческо-правовые, коммуникативные, профессионально-образовательные, организационно-методические и организационно-средовые.

Одним из главных методов решения данной проблемы является разработка и реализация проекта «Арт-кафе как форма инклюзивного пространства в городской среде», деятельность которого направлена на социализацию детей с ограниченными возможностями на муниципальном уровне.

Научно-практическая значимость работы заключается в следующем: определены особенности применения арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья; диагностированы проблемы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне; обоснована необходимость реализации проекта улучшения социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном «Арт-кафе как форма инклюзивного пространства в городской среде».

Результаты проведенного исследования, сформулированные выводы и научно-обоснованные рекомендации диссертационного исследования могут быть использованы при организации работы органов социальной защиты населения, при развитии социального предпринимательства в социальной

сфере, а также при подготовке студентов по направлению «Социальная работа».

Апробация результатов исследования. Основные положения и выводы диссертационного исследования были представлены на Международной студенческой научно-практической конференции, проведенной в рамках Международного слёта студентов «Новое поколение. Новая энергия. Новая эра» (26-27 апреля 2017 года, Казахстан, Караганды) и на XVIII Международной научно-практической конференции «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире» (17 мая 2017 г., Россия, г. Санкт-Петербург). По теме диссертационного исследования опубликовано 4 статьи в сборниках материалов научных конференций международного и всероссийского уровней. Работа также прошла апробацию в ходе профессиональной деятельности магистранта.

Структура работы. Работа состоит из введения, двух глав, заключения и списка литературы, включающего 85 наименований. Содержание диссертационной работы изложено на 96 страницах и включает в себя 2 приложения.

1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Особенности социализации детей с ограниченными возможностями здоровья: сущность, этапы, механизмы, основные направления

В современном мире проблема социализации детей с ограниченными возможностями здоровья является актуальной. По официальным данным Минобрнауки, 1 млн. детей нуждаются в коррекционном образовании [85]. По данным ЮНЕСКО, в России детей с ограниченными возможностями здоровья от 2,5 до 3,5 млн. [86]. А в Белгородской области, согласно статистике Федеральной службы, детей в возрасте до 14 лет более 1500 человек [83].

В России социальная политика, которая ориентирована на людей с ограниченными возможностями, как взрослых, так и детей, сегодня строится на основании модели медицинского обслуживания. Данная модель рассматривает проблемы людей с ОВЗ как заболевание, патологию, недуг. Исходя из этой модели, производится ослабление социальной позиции ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Происходит снижение его значимости в социуме, обособление от «обычного» общества детей, усугубление неравного социального статуса, падение самооценки и признание неравенства при сравнении с другими. Вследствие этого у ребенка с ограниченными возможностями здоровья происходит процесс нарушения социализации [74, с.20-23].

Термин «дети с ограниченными возможностями здоровья» (дети с ОВЗ) в научной литературе подразумевает таких детей, имеющих какие-либо

отклонения в обычной жизнедеятельности, которые связаны с психическими, физическими или другими дефектами [94].

Выделяют следующие категории детей с ограниченными возможностями здоровья:

- 1) нарушение зрения (слабовидящие, слепые);
- 2) нарушение слуха (слабослышащие, глухие, позднооглохшие);
- 3) нарушение эмоционально-волевой сферы;
- 4) задержка психического развития (ЗПР);
- 5) нарушение речи (логопаты);
- 6) нарушение опорно-двигательного аппарата;
- 7) нарушение интеллекта (умственно отсталые дети);
- 8) множественные нарушения (сочетание 2-х или 3-х нарушений – слепоглухонемые, слепые или глухие дети, а также с умственной отсталостью) [48, с.17-19].

Термин «социализация» ранее употреблялся в политэкономии, там его первоначальное значение было как «обобществление» средств производства, земли и т.д. К человеку данный термин нашел применение в работе «Теория социализации» (1887г.), опубликованной американским социологом Ф.Г. Гиддинсом. В этой работе «социализация» трактуется в близком значении к современному: «развитие характера индивида или развитие социальной природы, подготовка человека к общественной жизни».

Социализация – процесс усвоения определенной системы обучения: знаний, норм, ценностей, установок, образцов поведения. Данная система является культурой, которая характеризует социум и помогает инвалиду адаптироваться в общественных отношениях как активный субъект. Благодаря социализации человек с особенными потребностями становится личностью [33, с.58-60].

Социализация включает в себя не только процесс образования и воспитания. Процесс социализации личности проходит под влиянием следующих условий:

- социально-контролируемые;
- направленно-организуемые;
- стихийны (возникают спонтанно).

Такие исследователи современности, как С.А. Козлова, А.В. Мудрик, рассматривали в триединстве социализацию ребенка и выделяли следующие проявления:

- адаптация к социальному обществу;
- принятие и интеграция социального общества как данность;
- дифференциация – потребность и способность преобразовывать, изменять социальный мир, социальную деятельность и стать индивидуумом в нем [61, с.58-61].

Социализация – неотъемлемая часть образа жизни личности. Она рассматривается в виде условия (само актуализация при активной работе над социальным совершенством) и результата (зависит от развития личности).

Традиционная отечественная социология рассматривает социализацию как процесс саморазвития личности, которая взаимодействует со следующими структурами: социальные группы, институты, организации. В результате личность вырабатывает активную жизненную позицию. Социализация – процесс, который продолжается в течение жизни личности. Поэтому выделяют конкретные этапы: дотрудовой (детство, обучение); трудовой; послетрудовой.

Тем не менее, существует и крайность, которая выходит за рамки обычного процесса социализации. Данная проблема связана с тем, что личность приобретает отрицательные виды приспособления в социуме: не находит своего места в обществе и нарушается ее социальная активность. Это явления можно назвать «конформизмом» - процесс пассивного, лишённого личностного содержания восприятия определенного порядка и мнений. Для него характерно отсутствие собственного мнения, беспрекословное выполнение указаний, подчинение авторитету [10, с.55-58].

Человек всегда имеет выбор и несет социальную ответственность. Общество устроено так, что оно личность несет ответственность перед обществом, а общество перед личностью.

В социальной культуре встречаются следующие элементы:

1. Реализация и деятельность социальных качеств. Проявляется в образе жизни: трудовой, общественно-политической, культурно-познавательной, социально-бытовой. Труд является центральным существенным звеном, которое определяет все элементы.

2. Социально-объективные потребности. Личность – это часть общества, в основу которой лежит общественная потребность. Иначе, личность является закономерностью, которая осуществляет развитие человека в обществе. Личность как осознает, так и не осознает потребности, которые определяют поведение.

3. Способность к творческой деятельности. Творческая деятельность (знания, навыки, творческие способности) отличает индивида, который находится на стадии формирования, от сформировавшийся личности. Способность к творчеству может проявляться не только таких сферах деятельности, где по своей природе требуется творческая деятельность (искусство, наука), но и так, где творчество, на первый взгляд, не имеет значения. Пример, монотонная работа в трудовой сфере. Творчество проявляется и в ней: создание различных машин и механизмов, которые облегчают работу людей, делает труд более эффективным и интересным. Творчество – одно из отличительных черт человека, как личности.

4. Мир духовности личности, или степень изученности культуры ценностей общества. Включает в себя три основных параметра личности при строении: разнообразие связей с миром; иерархизированность; общая структура.

5. Принципы и нравственные нормы. Руководство личности. Убеждение – одно из самых глубоких принципов, определяющий поведение человека, как основную линию. Убеждения связывают осознание личности с

их объективными (существующими от сознания независимо) потребностями, которые составляют ядро структуры личности [18, с.68-75].

Каждый человек принимает участие в общественной жизни, при этом она чем-то руководствуется. При изменении социального окружения («близкие» - друзья, родственники, знакомые и т.д. и «дальние» общество) меняется и личностная социальная структура. Личность постоянно получает новые знания и новую информацию. Данные знания переходят в убеждения. А убеждения характеризуют поступки человека. Исходя из этого, термин социализация означает использование знаний о социальной структуре личности в соответствии с общественными требованиями.

Процесс социализации – процесс, который включает в себя взаимодействие общества и личности. Это взаимодействие характеризуется способностью передачи социального опыта индивиду, или процесс изменения личности. Последнее значение является традиционным для современной социологической науки, в которой социализация имеет следующее значение: социальное становление человека, которое включает в себя понимание индивидом системы социальных связей, социального опыта и отношений. Основная черта социализации состоит в том, что человек при формировании как члена общества, соответствует тому обществу, к которому принадлежит [58, с.5-9].

Самым сложным, противоречивым процессом, который длится на протяжении всей жизни, является социализация личности.

Есть множество подходов социализации личности. Для ее периодизации основания различны. Они включают в себя: главный вид деятельности, главный институт социализации и т.д. Социализация по этапам возрастных периодизаций жизни человека является наиболее распространённой в современном обществе. Выделяют следующие этапы:

- младенчество (0-1 год);
- 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).

Большинство ученых выделяют особое значение в данном процессе первичным стадиям социализации, которые связаны с детскими периодами, с формированием простых форм существенного поведения и основных функций психики [22, с.10-15].

Для этапов социализации или возраста выделяют 3 группы основных задач:

1. Естественно-культурные. Задачи включают в себя достижения сексуального и физического развития на каждом этапе социализации. Пример: темп полового созревания, у каждого народа свое представление о мужчине и женщине и т.д.

2. Социально-культурные. Задачи познавательного, морально-нравственного и ценностно-смыслового характера. На каждом этапе социализации личность должна обладать определенными знаниями, умениями, навыками и принимать в общественно жизни определенное участие. Данные задачи определяются обществом по уровню развития человека, а именно близким и региональным окружением.

3. Социально-психологические. Задачи включают в себя процесс становления личности, ее самоопределение в жизни и перспективе, самоутверждение и самореализация [32, с.58-62].

Каждый этап социализации человека имеет свою задачу и различные средства реализации их.

Задержка в развитии человека, что влечет за собой его неполноту, возникает в случае, если какая либо группа задач или существенные задачи определенной группы являются нерешенными на одном из возрастных этапов.

С помощью различных механизмов происходит социализация человека. Среди социально-психологических механизмов социализации выделяют следующие направления: внушение, подражание, социальные институты: семья, школа и т.д. Все это складывается в основные механизмы социализации: рефлексивные, традиционные, институционные, межличностные, стилизованные.

Традиционные механизмы социализации – усвоение личностью норм взглядов, поведения и убеждений, присущие семье и близкому окружению человека.

Институционные механизмы – процесс взаимодействия человека с различными учреждениями и организациями. Определенные институты могут быть специализированными, создаются специально для того, чтобы осуществлять функции социализации (система образования, институт). Так же есть и неспециализированные институты, их деятельность происходит параллельно, попутно основным функциям (армия).

Стилизованные механизмы – механизмы, которые работают в рамках субкультуры. Субкультура представляет собой совокупность ценностей, норм, поведенческих направлений, которые характерны для конкретной группы, что создает для данной группы конкретный образ жизни.

Межличностные механизмы – взаимодействие человека с другими людьми, которые являются значимыми для него. К значимым лицам относятся: друзья, родители, учителя и т.д.

Рефлексивный механизм – механизм социализации, который осуществляется через индивидуальные переживания и осознание,

внутренний диалог. В этом «диалоге» человек принимает, оценивает, рассматривает или отвергает различные ценности, которые характерны тем ли иным институтам общества, обществу сверстников, семье и т.д.

С помощью данных механизмов происходит социализация каждого человека. Роль, «удельный» вес различен при реализации данных механизмов в ходе процесса социализации. Пример: традиционный механизм играет решающую роль на первой стадии социализации, институционный механизм выходит на первый план при социализации в подростковом возрасте [55, с.98-105].

Одной из главных проблем детей с ограниченными возможностями здоровья представляет собой нарушение связей с миром, бедность контактов с взрослыми и сверстниками, ограниченную мобильность, ограниченное общение с природой, недоступность ряда культурных ценностей и, иногда, отсутствие элементарного образования. Данная проблема – это результат сложившегося общественного мнения и социальной политики, санкционирующие образование недоступной среды для инвалида в таких средах как архитектура, транспорт, социальное обслуживание и т.д. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья, как и его сверстник, может быть талантлив и способен, но при обнаружении своих талантов, развить их и принести пользу обществу с их помощью он не сможет, так как происходит неравенство возможностей [1, с.65-69].

Ребенок – это развивающаяся личность, а не пассивный объект, которому требуется социальная помощь и он имеет право на удовлетворение своих социальных потребностей: общение, познание, творчество. Государство должно не просто предоставить ребенку с ограниченными возможностями здоровья конкретные привилегии и льготы, но и пойти навстречу социальным потребностям данного ребенка, тем самым создав определенную систему социальной службы, которая позволяет нивелировать ограничения. Данные ограничения препятствуют индивидуальному развитию и социализации ребенка.

Слабая заинтересованность познавательными процессами у детей с ОВЗ может быть связана с такими процессами, как незрелость высшей психической функции, нарушением памяти и координации движений, с функциональной недостаточностью слухового и зрительного восприятия.

У ребенка с ограниченными возможностями здоровья, в отличие от сверстников, происходит падение интереса к познавательной деятельности, которое выражается ограниченностью запаса знаний об окружающей среде и ограниченностью навыков практики, необходимые ребенку на первом этапе обучения в школе. Часто наблюдается и нарушение эмоционально-волевой сферы и поведения, характеризующиеся эмоциональной неустойчивостью, аффективной возбудимостью, слабостью волевых установок, импульсивностью, двигательной расторможенностью или вялостью, апатичностью.

Аномальное развитие имеет свои индивидуальные особенности, но такие отклонения как нарушение речи и способности к переработке и приему информации, являются доминирующими для всех видов. В связи с этим ребенок с отклонением в развитии испытывает оправленные трудности при обучении, особенно при освоении родного языка, чтении, развитии определенных навыков и умений, что отражается на их формировании коммуникативного качества и интеллектуального развития [23, с.58-60].

Процесс социализации – это взаимодействие личности с обществом. Человек – объект (воздействие различных социальных институтов, общества и т.д.) и субъект (постановка различных целей и выбор средств для достижения) процесса социализации. Он, также, может стать жертвой данного процесса. Существуют многочисленные виды неблагоприятных условий социализации. Данный процесс можно объяснить тем, что процесс социализации происходит под действием многих факторов, влияющих на личность неопределенно, иногда парадоксально. В связи с этим образуются различные виды жертв процесса социализации. Люди с ограниченными

возможностями здоровья – являются ярким примером жертвы процесса социализации.

Диагногенез – процесс «навешивания ярлыков». Человеку с какими-либо отклонениями в развитии или расстройствами приписывают данные отклонения, что влечет за собой усиление этих отклонений или может создавать расстройства и отклонения [12, с.65-68].

Классификация людей с ОВЗ и слова, употребляющие при описании этих людей, могут определять и отражать состояние умов социума. Предназначенная структура для них и практика при внедрении в наше сознание, создают определенный настрой в умах [62, с.69].

Социальные проблемы – это форма недостаточной социальной поддержки, недоступность образования, культуры, здравоохранения, отсутствие соответствующей архитектуры, бытового обслуживания и т.д. Данные проблемы разделяют на такие уровни как макро-, мезо-, микро-. Проблемы, которые затрагивают общество в целом, являются социальными проблемами первого порядка. Общество и государство решают комплекс проблем, создавая равные возможности для всех детей. Самая существенная проблема данного порядка это отношение государства и общества к лицам с ограниченными возможностями здоровья. Данное отношение проявляется во многих аспектах: обучение, создание специального образования, создание доступной системы здравоохранения, создание архитектурной среды и т.д.

Достаточно длительный период времени социальная политика государства была направлена на изоляцию детей с ограниченными возможностями здоровья, основываясь на содержании данной категории детей в стационарном учреждении интернатного типа. Такого рода подход характеризовался тем, что в специальном (коррекционном) образовательном учреждении создается оптимальная среда для развития, воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями. Подобное образовательное учреждение обозначалось как социализирующее. В действительности далеко не каждый выпускник этого учреждения продолжает обучение в

профессиональном учреждении. Но и при получении профессии в нем не все дети с ограниченными возможностями здоровья имеют возможность трудоустроиться, так как обучались в коррекционном учреждении [14, с.87-95]. При поступлении детей в специализированное учреждение, они с самого начала отстают в развитии от своих сверстников. Данная проблема происходит из-за того что у ребенка имеется тяжелое нарушение интеллектуального развития. При нахождении ребенка в коррекционном учреждении исчезает потребность принятия решений за самого себя, не происходит формирование навыков, которые необходимы в жизни, и правил поведения для определенных жизненных ситуаций [29, с.85].

К счастью, такая политика постепенно уходит в прошлое. Ведь еще Л.С. Выготский предложил новый подход, который направлен на изучении социализации особенного ребенка. Он считал, что общение детей с окружающими – это фактор, при котором происходит коррекция и развитие их недостатков. Ученый указывал на то что необходимо создать такую систему обучения, которая совмещала в себе специальное обучение с обучением нормальных в развитии детей. Специальная (коррекционная) школа имеет большое количество достоинств, но главным недостатком является то что, ребенок с ограниченными возможностями здоровья замыкается узкий круг своего школьного коллектива. Происходит образование замкнутого круга, который полностью приспособлен к дефекту школьника, его внимание фиксируется на недостатке и не происходит приспособление к настоящей жизни. В данных школах происходит развитие навыков, ведущих к более сильной изоляции и усилению сепаратизма, вместо того, чтобы развивать и выводить его из изолированного мира. По мнению Выготского Л.С. основной задачей развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья – это интеграция его в жизнь и формирование условий, которые будут компенсировать его недостатки, как биологические, так и социальные [25, с.54-60].

Социальная интеграция людей с ограниченными возможностями здоровья зависит от основных двух главных социально-психологических факторов:

- полнота и достоверность информации, включающая в себя проблемы и правовую грамотность, которые направлены на взаимоотношения учителя и учащихся разных типов учреждений образования;
- психологическая толерантность к людям с ограниченными возможностями здоровья и воспитание ее в образовательных учреждениях, а также умение и желание оказывать этим детям помощь при их самореализации в современном мире.

Необходимо учитывать эти факторы при создании таких систем, как психолого-педагогическая и медико-социальная реабилитация. Решая проблему социализации детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо определить социально-психологический и психолого-педагогический факторы. Также нужно изучить неблагоприятные индивидуальные и личностные особенности, которые затрудняют самореализацию и развитие данных детей.

Успешная социализация детей с ограниченными возможностями здоровья включает следующие мероприятия:

- развитие физических и духовных способностей: повышение, поддержка и постоянное поддержание моральных и физических сил, это относится и к душевному равновесию;
- облегчение жилищных и бытовых условий: проведение и организация свободного времени, участие в культурной и общественной жизни;
- установление более комфортного и реального контакта с окружающим миром [41, с.12-19].

Филонов Г.Н. считал, что одной из главных проблем в социализации детей с ограниченными возможностями, является то, что отсутствуют

специальные законы и нормативные акты, которые устанавливают ответственность органов управления и государственной власти, организаций и должностных лиц за реализацию прав: охрана здоровья, социальная реабилитация и независимое существование.

Решая социальные проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья, при включении их в общество должен применяться комплексный подход, совместно с органами управления социальной защиты населения, здравоохранения, образования, культуры, транспорта, архитектуры, строительства и экономики. Необходимо разработать единую, целостную систему социальной реабилитации [85, с.59-67].

Главное условие, при котором возникает межличностные отношения – это образование совместной деятельности. При объединении между детьми образуется симпатия друг к другу и отношения, с помощью которых выполняют те или иные задания. Ролевая игра помогает им изучить целостную систему отношений, которые характеризуются динамикой и структурой. В ходе развития становятся более заметными такие структурные компоненты как межличностные отношения: личностно-смысловые (взаимосвязь в группе, в которой мотивы ребенка имеют личностное значение («для меня») и переживание интересов и ценностей ребенка как собственные), функционально-ролевые (проявление в таких видах деятельности как трудовая, учебная, игровая, продуктивная и др, которые способствуют ребенку усвоить нормы и действовать под руководством взрослого или самостоятельно в неформальных группах) и эмоционально-оценочные(определение соответствия поведения детей в группе с социальными нормами и коррекция их поведения с соответствующими нормами совместной деятельности). Данные отношения выполняют роль регулятора взаимоотношений с людьми [39, с.78-82], [43, с.86-89].

При включении в разные виды деятельности и выполнения соответствующих ролей дети познают мир взрослого человека, и осваивают человеческие нормы отношений через взаимодействие с людьми.

При совместном взаимодействии общественных и государственных структур социализация детей с ограниченными возможностями здоровья может достичь высокого уровня адаптации (трудоустройство и помощь в развитии экономики страны) [77, с.89-96].

Социализация – это целенаправленный процесс, который направлен на передачу обществом социального опыта, учитывая особенности и потребности детей с ограниченными возможностями здоровья. Активное участие детей с ограниченными возможностями в деятельности общества и обеспечение соответствующих условий для социализации позволяет полное включение таких детей во все социальные системы, которые предназначены для обычных детей, подготовку к полноценной взрослой жизни, дети с ОВЗ раскрываются и самореализуются [15, с.36-39].

Эффективная социализация детей с ограниченными возможностями здоровья зависит от двух наиболее значимых социальных факторов:

- полнота и достоверность информации о проблемах и правовой грамотности в отношении общества к детям с ограниченными возможностями здоровья;
- социальная толерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья и желание и умения оказывать детям с ОВЗ помощь в их самореализации.

Процесс социализации детей с ограниченными возможностями здоровья является эффективным, если детей с ОВЗ интегрировать в общество для того, чтобы усвоить и приобрести определённые нормы поведения и ценности, которые необходимы для жизни в социальном обществе.

1.2. Инклюзия детей с ограниченными возможностями здоровья в городской среде как социальная проблема

Людей и детей с ограниченными возможностями не часто можно встретить на улицах города или в магазинах. Они не гуляют в парках и не встречаются с друзьями в кафе в выходные. Очень многие из них почти никогда не выходят из дома. Некоторые никогда не были в театре, не посещали библиотек и музеев. Не занимались спортом. Связано это с тем, что городская среда для них – одна сплошная преграда. Но качество их жизни снижается не столько от преград, сколько от того, что люди не готовы принять кого-то, кто отличается от них. Понятие «инклюзия» в отношении людей с ограниченными возможностями здоровья уже появляется в официальных документах, но путь к изменению восприятия людей с ограниченными возможностями здоровья в обществе пока не пройден.

Инклюзия – процесс увеличения степени участия детей с ограниченными возможностями здоровья в социальном обществе. Данный процесс включает в себя разработку и применение определенных решений, позволяющих всем членам общества равноправно принимать участие в общественной жизни. Процесс инклюзии направлен на то, чтобы все заинтересованные стороны принимали активное участие для получения нужного результата (инклюзия детей с ограниченными возможностями здоровья) [63, с.59]. Инклюзия представляет собой процесс включения детей с ограниченными возможностями здоровья в активную общественную жизнь и он в одинаковой степени необходим для всех членов социального общества. Ограниченные возможности здоровья – это определенный образ жизни, который может быть интересен социальному обществу, если он рассматривается в рамках социальной концепции [74, с.10].

Инклюзия по отношению к людям с ограниченными возможностями здоровья представляет собой на сегодняшний день недостаточно развитую систему. Можно сказать, что процесс находится в стадии становления и развития, но пока он достаточно разрозненный: есть примеры инклюзии в социальном обслуживании, есть в образовательной среде, есть в досуговой – но эти примеры не носят системный характер.

В рамках социального обслуживания она осуществляется через следующие формы поддержки:

- стационарная (специализированные интернаты и специально оборудованные дома, которые имеют комплекс социально-бытовых услуг);
- нестационарная (центр дневного пребывания, центры социального обеспечения и обслуживания, отделения обслуживания на дому и пансионаты) [62, с.45-49].

В России на данный период времени функционирует 1400 интернатов и 2025 центров социального обслуживания, также активизирована работа, которая направлена на создание реабилитационных центров и отделений для детей с ограниченными возможностями здоровья [80].

Согласно распоряжению Правительства РФ от 31 августа 2016г. № 839-Р «Об утверждении Концепции развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020» необходимо создать общество равных возможностей для всех граждан России с помощью минимизирования социальных неравенств. Благодаря этой Концепции должны решиться основные проблемы людей с ограниченными возможностями здоровья. Данная концепция обуславливает до 2020 года необходимо минимизацию социального неравенства и акцентировку внимания на создании общества равных возможностей для всех граждан России. Согласно ей, к 2020 году необходимо решить такие актуальные проблемы детей с ограниченными возможностями здоровья, как:

- развитие и поддержка общественных организаций людей с ограниченными возможностями здоровья;

- развитие системы комплексной медицинской, психологической, трудовой, культурной реабилитации;
- обеспечение доступности широкого спектра товаров и услуг, общественно значимых зданий и транспорта;
- выпуск инновационных технических средств реабилитации и коммуникации.

Такая программа как «Доступная среда», разработанная Правительством Российской Федерации, направлена на то, чтобы к 2020 году была создана система социальных, экономических и правовых мер, которые направлены на создание равных возможностей людей с ОВЗ с другими членами общества [6].

В настоящее время в более развитых странах социализация детей с ограниченными возможностями здоровья является социальной интеграцией. Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья обладает определенной спецификой, которая определяется как характером возможностей этих детей, так и количеством реабилитационных ресурсов в обществе [79, с.56-59].

Дети с ограниченными возможностями здоровья имеют определенные преграды, с которыми не сталкивается социальное общество. Качество жизни детей с ОВЗ становится более низким из-за того, что общество не готово принять того, кто имеет отличия от него. Понятие «инклюзия» по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья все чаще появляется в документах, но нет никаких действий, направленных на изменение восприятия социального общества по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья.

Чем раньше дети с ограниченными возможностями здоровья будут включены в общественную жизнь, тем лучше он будет социализироваться в будущем. Для достижения данных целей существует инклюзия как форма образования, которая позволяет детям с ограниченными возможностями почувствовать востребованность своих действия и дает возможность

реализоваться вне зависимости от обстоятельств, наравне с обычными детьми [26, с.63-69].

На сегодняшний день социализация детей с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в основном в рамках образовательного процесса, получившего название инклюзивного образования.

Инклюзивное образование – это процесс обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях, которые обладают доступностью образования для всех (приспособления к определенным нуждам детей с ограниченными возможностями здоровья) Основное правило инклюзивного образования – исключение любой дискриминации детей с ОВЗ [59, с.60-63].

В России инклюзивное образование регулируется Конституцией РФ, в состав которой входят два Федеральных закона – «Об образовании» и «О социальной защите инвалидов», а также Конвенцией о правах ребенка и Европейской конвенцией о защите прав человека и основных свобод [2,4].

Образовательная инклюзия – ключ к социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. Данная категория детей обладает необратимыми нарушениями в развитии, поэтому требует к себе определенного подхода. В процессе развития ребенка большую роль играет воспитание и обучение как организационные процессы, реализующие цели, поставленные обществом. Методы педагогики позволяют ускорить процесс социализации и улучшить качество работы с детьми с умственной отсталостью [63, с.69-72].

Образовательная инклюзия – это наука о воспитании человека. Ее задача раскрыть сущность, задачи и закономерность воспитания, роль человека в обществе и дальнейшее развитие личности в процессе обучения и образования.

Образовательная инклюзия – стержень в социализации. Методы образовательной инклюзии позволяют формировать знания об обществе,

отношения в группах, воспитывают защищенность. Главная роль инклюзивного образования это – развитие личности [47, с.79-85].

Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья от специалиста требует владения комплексом знаний о методах образовательной инклюзии. Методы образовательной инклюзии – средство, прием или действия, которые имеют определенную последовательность.

Выделяют 3 основных группы методов:

1. Метод формирования сознания личности. Данный метод помогает приобрести требуемые знания норм и правил поведения, формирует понятия и различные суждения, которые обеспечивают уверенность в обществе (пример: лекция, разъяснения, убеждение и т.д.).

2. Метод организации деятельности. Метод обеспечивает формирование нужной формы поведения и помогает перевести знания о социальном опыте в личный (пример: требования, воспитывающие ситуации и т.д.).

3. Метод стимулирования. Происходит ориентация на ускорение или торможение определенных действий личности (пример: поощрение, наказание, соревнование и т.д.).

Данные методы направлены на решение следующих проблем: целостности личности, стимулирование собственной активности и мобилизации жизненных ресурсов ребенка [62, 99-112].

Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья – это трудный процесс, который характеризуется самосовершенствованием, саморазвитием и самоподготовкой личности. Методики образовательной инклюзии позволяют раскрыть человека, дать новые возможности в реализации и помогают улучшить социальные качества ребенка. В связи с этим, образовательная инклюзия является неотъемлемой частью при процессе усвоения новых навыков и их закрепления [39, с.79-81].

При социализации детей с ограниченными возможностями здоровья могут применяться различные принципы образовательной инклюзии. Они

могут быть представлены в форме учебного процесса, который реализует обучение культуре, помогает овладеть навыками социального поведения (включение в материальные и общественные отношения). Все это можно включить в процесс социального научения, который имеет 2 принципа: систематичность и последовательность. Данные принципы эффективны в формировании знаний, умений и навыков. Социальное научение положительно влияет на социализацию в следующих условиях: дифференциации и индивидуализации. Примером данного учения, при котором оно становится более доступным и действующим является:

- агитация;
- организация труда и общественной жизни;
- наглядность;
- практическая направленность просвещения [27, с.112-115].

Социализация может быть представлена как учебный процесс. В ходе данного процесса дети с ограниченными возможностями здоровья смогут овладеть навыками социального поведения, смогут войти в социум.

Главным элементом образовательной инклюзии при социализации детей с ограниченными возможностями здоровья является формирование гуманистических ценностей. Они позволяют определить мировоззрение человека, который готовится к сотрудничеству с внешним миром, он должен уметь принимать информацию, правильно ее усвоить и реализовать.

Большая роль отдается навыкам инклюзивного образования, когда происходит формирование социальных действий у детей. При изучении личностного-деятельностного подхода происходит развитие социальных чувств, которые положительно сказываются на общем фоне ребенка, который сможет без страха реализовать себя в учебе, труде и общении со сверстниками [66, с.125-132].

Развитие личности – сверхзадача, с которой сталкиваются специалисты при решении проблемы социализации детей с ограниченными возможностями. В данном случае огромную роль играет активность самого

ребенка. Социальное научение может способствовать благоприятному развитию внутреннего мира при следующих условиях:

- интеллектуальное богатство окружения;
- доброжелательное отношение к человеку;
- общение в коллективе;
- включение в различные виды творчества.

Образовательная инклюзия имеет социальное воздействие на детей в различных сферах, включая все его возрастные периоды и различные микросреды (семья, школа, детская площадка и т.д.).

Деятельность образовательной инклюзии – это поиск решений, которые направлены на конкретных людей и конкретные ситуации. При решении проблем социализации детей с ОВЗ главную роль имеет образовательная инклюзия. Без методов образовательной инклюзии невозможно обучить ребенка и приспособить его к окружающему миру [79, с.96-102].

Благодаря инклюзивной образовательной модели люди с ОВЗ могут получать знания, осваивать новые виды деятельности, самосовершенствоваться. Модель инклюзивного образования начала реализовываться в развитых странах с середины 80-х годов [54, с.6-8], и сегодня активно развивается и в нашей стране. Взаимодействие здоровых подростков и детей с ограниченными возможностями здоровья носит интегрированный характер, который представляет собой совместное нахождение на конкретной территории в одно и то же время, и принятие участие в различных видах совместной деятельности. Данное образование является включенным или инклюзивным.

Основные правила инклюзивного образования представляют собой исключение любой дискриминации детей, обеспечение равного отношения и создание особых условий для детей, которые имеют особенные потребности в образовательной среде.

Инклюзивное образование представляет собой процесс развития, который имеет доступность в образовании для всех: приспособление к отличительным потребностям всех детей. Эта система предоставляет доступ к образовательной среде детям с ограниченными потребностями [55, с.23-27].

Существует восемь принципов инклюзивного образования:

- ценность человека не зависит от его способностей и достижений;
- каждый человек способен чувствовать и думать;
- каждый человек имеет право на общение и на то, чтобы быть услышанным;
- все люди нуждаются друг в друге;
- подлинное образование может осуществляться только в контексте реальных взаимоотношений;
- все люди нуждаются в поддержке и дружбе ровесников;
- для всех обучающихся достижение прогресса скорее может быть в том, что они могут делать, чем в том, что не могут;
- разнообразие усиливает все стороны жизни человека.

Все эти принципы позволяют адаптироваться ребенку с ОВЗ в классном коллективе и группе обычных детей. Это способствует свободному общению друг с другом, исключая непонимание [9, с.16].

Цель инклюзивного образования представляет собой новые социальные и образовательные достижения, активное участие в жизни общества, самореализацию, понимание конституционного права и гражданской свободы. Для достижения поставленных целей необходимо производить обучение ребенка с ограниченными возможностями здоровья в системе непрерывного подхода, т.е. инклюзия является целенаправленной и систематической. Все это нуждается в комплексных мероприятиях, который начинаются от формирования доступной среды (архи-планировочная среда), до создания различных учебных программ, технологий, методик, которые учитывают уровень и интересы обучающихся [16, с.59-64].

В России образовательная инклюзия включает в себя 2 вида инклюзии: интернальную и экстернальную. Интернальная – система объединения детей в специальном коррекционном образовательном учреждении с различными нарушениями физического или психического развития. В классах данного учреждения совместно находятся дети с нарушенным опорно-двигательным аппаратом и дети с умственной отсталостью. Данный вид инклюзии является вынужденным, потому что специализированные общеобразовательные учреждения находятся территориально далеко от места жительства. Экстернальная инклюзия – слияние систем специального и общего образования, происходит обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в классах общеобразовательных учреждений. Экстернальная инклюзия включает в себя четыре формы:

1. Временная. Объединение обычных детей с детьми с ограниченными возможностями здоровья (уровень психофизического развития не имеет значения) не чаще двух раз в месяц с целью организации всевозможных мероприятий воспитательного характера.

2. Частичная (фрагментарная). Данная форма инклюзии организуется в том случае, если ребенок с ограниченными возможностями здоровья не способен изучить общеобразовательную программу наравне с одноклассниками. Они могут посещать определенные уроки и занятия в образовательном учреждении, исходя из своих интересов и возможностей. Также характерно и домашнее (индивидуальное) обучение или обучение в специализированной коррекционной школе.

3. Комбинированная. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья находится в течение учебного дня в классе общеобразовательного учреждения, но обязан посещать коррекционно-развивающие занятия, которые проводит учитель-дефектолог.

4. Полная. Данный вид инклюзии характерен для детей, у которых имеется слабо выражено отклонение в развитии. Они полностью обучаются в классе общеобразовательного учреждения [36, с.99-105].

При обучении детей с ОВЗ в общеобразовательных учреждениях необходимо создать меньше по количеству учеников в классе (не более 12 человек), адаптировать их к учебной программе, специальное коррекционно-развивающего и дидактического оборудования, персонального ассистента, который будет оказывать помощь при выполнении заданий. Кроме этого необходимо проводить лечебно-восстановительные занятия. Они включают в себя массаж, ЛФК, медикаментозное лечение, физиотерапию. Штат учебного заведения укомплектовывается высококвалифицированными кадрами: воспитателями, логопедами, учителями-дефектологами, социальными педагогами, психологами, врачами (отоларинголог, офтальмолог, психоневролог), специалистами по лечебной физкультуре.

Любая форма, модель инклюзии дает ребенку с ограниченными возможностями здоровья необходимую помощь в коррекционном развитии. Данное обучение проходит или в самом учебном заведении, или специализированных коррекционных учреждениях, или на дому. Педагог-дефектолог поддерживает с точки зрения педагогики. Он создает положительную обстановку в общении ребенка с ОВЗ со сверстниками, оказывает помощь в образовательной и воспитательной деятельности, консультирует родителей или законных представителей по возникающим проблемам взаимопониманию с ребенком. Семья ребенка, его родители рассматриваются как партнеры, которые помогают реализовать программу интеграции и реабилитации [52, с.60-65].

В настоящее время Россия проводит улучшение системы образования детей с ограниченными возможностями. Цель данной системы – это развитие у детей с ОВЗ способностей к профессиональному труду. В связи с этим проводится изменение реформы, которое направлено на гуманизацию, демократизацию инклюзивного образования. Образование разно уровневой системы общеобразовательных заведений дает возможность получить достойное образование и профессиональные навыки людям с ограниченными потребностями.

Важная интеграция процессов в системе общеобразовательной деятельности отмечается в «Национальной доктрине образования РФ до 2025 года». В связи с этим были созданы наиболее важные условия на законодательном уровне для осуществления различных программ по инклюзивному образованию в учреждениях школьного, дополнительного и высшего образования [51, с.78-82].

Кроме образования детям с ограниченными возможностями здоровья важно организовать досуг в свободное время. В связи с этим образовались всевозможные досуговые центры. Досуговый центр – это пространство, специально организованное для досуговой деятельности конкретной группы людей. Как правило, это здание или помещение, используемое для реализации общественной досуговой активности. В России существует довольно много подобных центров. Некоторые из них рассмотрим ниже.

Центр психолого-медико-социального сопровождения «Живые потоки», который был создан в 1996 году. Основопологающее и главное назначение «Живых потоков» состоит в оказании разноплановой психологической помощи детям разного возраста. Данную «помощь» специалисты условно разделяют на диагностику, коррекцию и реабилитацию. Основная часть специалистов данного центра – это психологи, дефектологи и логопеды. Кроме оказания психологической помощи, в центре «Живые потоки» работают всевозможные «кружки» и «секции» определенной направленности. Среди них нет каких-то спортивных, в основном, все они связаны с художественно-эстетическими аспектами развития детей – лепка, рисование, бисероплетение, моделирование и т.д.

Направления деятельности центра «Живые потоки» охватывают практически все аспекты детской жизни в социуме. Это и подготовка детей к школе, и помощь в разрешении различных проблем от взаимоотношений со сверстниками до помощи в усвоении школьной программы. Кроме того, «Живые потоки» уделяют особое внимание детям с ограниченными

возможностями, а также психологическими и неврологическими нарушениями [82].

Интегрированный театр-студия «Круг II». В 1997 году при РОО социально-творческой реабилитации детей и молодежи с отклонениями в развитии и их семей «Круг» была создана интегрированная театральная студия «Круг II». Занимаясь в студии, все ее участники создают социальную и культурную среду, в которой для каждого есть место, есть возможность личностного роста и где каждый может внести свой вклад в общий процесс творчества. Участники студии – подростки, молодые люди и взрослые, как с особенностями развития (интеллектуальная недостаточность, психические заболевания, соматические заболевания, нарушения опорно-двигательного аппарата, генетические заболевания, нарушение слуха), так и без таковых. Актеры студии имеют большой опыт работы в различных театральных жанрах, выступали на многих профессиональных и любительских сценах, а также на нестандартных театральных площадках в России и за рубежом. Среди работ студии музыкально-пластические спектакли, вокальные номера и номера оригинального эстрадного жанра, ансамбль барабанов, уличные представления, перформансы-импровизации.

Интегрированный театр-студия «Круг II» предоставляет возможность подросткам, молодым людям и взрослым, как с ограниченными возможностями здоровья, так и без, расширять возможности восприятия, получать навыки разнообразной творческой деятельности, повышать уровень социальной компетентности и общий культурный уровень, выступать с театральными программами на различных российских и международных площадках [81, с. 96-98].

Развивающий инклюзивный центр «Мир вокруг». Это новый центр, рассчитанный на детей от 8-ми месяцев до 18-ти лет. Специалисты данного центра помогают детям с нарушениями поведения, речи, слуха, с аутизмом, ДЦП, задержкой в развитии. Зачисление детей в Организацию происходит на основании психолого-педагогической комиссии сотрудников.

Специалистами центра разработан алгоритм принятия детей с ограниченными возможностями здоровья, который помогает наиболее легкому переходу ребенка в социальную среду сверстников. Каждый этап перехода по данному алгоритму проводится по результатам наблюдения за ребенком специалистами Организации и соответствует его индивидуальному темпу развития и адаптации. Здесь у детей и их родителей есть возможность заниматься различными боевыми искусствами, обучаться языкам, танцам, заниматься музыкой. В центре работает студия «дизайнерских экспериментов». Также «Мир вокруг» готовит детей к школе, предоставляет такую услугу, как «няня на час», что дает родителям возможность оставить ребенка в центре на некоторое время и пойти заниматься своими делами. Каждое лето с начала июня инклюзивный центр «Мир вокруг» организует летний лагерь [90].

Инклюзивный досуг является один из главных инструментов при адаптации детей с ОВЗ в общество. Дети с особыми потребностями показывают более высокую степень умения общаться со своими сверстниками в инклюзивной среде, нежели дети, не посещающими подобные центры. В такой среде повышается социальная компетенция и умение взаимодействовать детей с ОВЗ с другими детьми. У детей с особыми потребностями возникает больше возможностей для коммуникации со своими здоровыми сверстниками, которые, в свою очередь являются примером модели социальной и коммуникативной компетенции, присущей данному возрасту. Толерантность к детям с ограниченными возможностями здоровья повышается с помощью отличительного для инклюзивных курсов обучения в малых группах. Дети «перешагивают» за черту инвалидности особого ребенка, занимаясь с ним в малой группе. Со временем здоровые дети понимают, что у них с их особыми товарищами много общего [62, с.89-95].

В инклюзивных группах дружба между детьми с ОВЗ и обычными детьми становится привычной. Наиболее видно это, когда дети с

особенностями развития ходят на занятия рядом со своим домом, и, в итоге, имеют больше возможностей общаться со своими друзьями вне занятий.

Помимо социальных навыков, дети с ограниченными возможностями здоровья получают возможность заниматься интересной для них деятельностью вроде рисования, или например, танцев под руководством специалистов, получая бытовые и даже профессиональные навыки. Так, в Москве существует проект под названием «Наивно? Очень», занимающийся обучением особых детей нескольким профессиям - керамике, столярному делу, полиграфии, текстилю и цветоводчеству [49, с.89-94].

В настоящее время в образовательной политике за рубежом получили развитие несколько подходов, в том числе: мейнстриминг, интеграция, инклюзия. Мейнстриминг подразумевает, что дети с особыми потребностями социализируются, общаясь со сверстниками на праздниках, в разных досуговых программах. Интеграция – это приведение потребностей детей с особыми потребностями в соответствие с системой образования, по-прежнему остающейся без изменений, не приспособленной для них. Включение, или инклюзия, подразумевает формирование учебных заведений так, чтобы они отвечали нуждам и потребностям всех детей.

В 1980 – 1990-х. гг. были проведены исследования экономической эффективности инклюзивного образования, которые показали положительные стороны интегрированного образования в терминах выгоды, пользы, достижений.

На данный момент во многих западных странах сложился определенный консенсус по поводу необходимости интеграции детей с особыми потребностями. Так как государственные и муниципальные школы получают бюджетное финансирование на детей с ОВЗ, они заинтересованы в увеличении числа учащихся, официально зарегистрированных как дети с ограниченными возможностями здоровья [19, с.9-15].

Многие ученые, социологи, политики рассматривают реформу образования как главный инструмент при достижении сплоченности

общества и социальной интеграции. При этом общество в большинстве стран состоит из многообразия в культурном и социальном отношении. Поиск решений, который связан с данной проблемой, производится не только в Западной Европе, Северной Америке и Австралии, но и в азиатских, латиноамериканских, восточноевропейских и африканских государствах. В наиболее развитых странах инклюзии и инклюзивное образование – ключевой принцип в развитии школы и образовательной системы. Данная система разрабатывается довольно активно благодаря помощи ООН, а именно благодаря проекту ЮНЕСКО «Образование для всех», который начал реализовываться в 2000 году.

Реализация инклюзивного образования включает в себя решение стратегических целей международного образовательного процесса: кардинальные изменения и модификации, которые направлены на образование инклюзивного общества и повышение качества образовательных услуг для детей с ограниченными возможностями здоровья [28, с.56-61].

В *США* инклюзивная школа представляет собой организацию, которая привержена демократическим принципам, принимает участие в жизни общества, имеет определенную школьную программу, релевантную жизнь детей и взаимопонимание.

Для достижения успеха в инклюзивном образовании были определены следующие условия:

- поддержание внешними силами первоначальной мотивации, необходимой для построения инклюзивных школьных сообществ;
- различия между учениками и персоналом являются ресурсами, а не препятствием;
- соблюдение командного духа и сотрудничества учащихся и педагогов школы;
- содействие в деятельности, которая направлена на поддержание развития;

- инклюзия понимается как социальная и политическая программа действий.

В США регуляция образовательной политики на федеральном уровне происходит с помощью законодательного документа «Ни один ребенок не останется вне закона» («No Child Left Behind Act» – NCLB) с 2001г. Согласно этому закону к 2014 году успеваемость всех школьников должна соответствовать образовательному стандарту. Если общеобразовательное учреждение не имеет данного результата, то оно лишается государственного финансирования.

Для детей с ограниченными возможностями здоровья в США функционируют разные стандарты. Но при неспособности определенной группы учащихся достичь определенных целей приводит к тому, что школа может попасть в «черный список» или быть под контролем соответствующих органов. Волнение у педагогов усиливается, как и непонимание по отношению к построению инклюзивного образования в учебном заведении.

За последние 6 лет под действием законодательного документа об образовании (NCLB) число выпускников с ограниченными возможностями здоровья значительно уменьшилось. Также было выявлено нарушение положения об образовании по отношению детям с ОВЗ. Дети с ограниченными возможностями обучались отдельно от основной группы. Это положение ущемляет права более 73,2% детей с ОВЗ, которые обучаются по формату частичной инклюзии или в специализированных школах.

В настоящее время построению инклюзивного общества в Американских школах препятствуют тенденции. В некоторых городах до сих пор характерно разделение учеников по признакам успеваемости и происхождения. Данная сортировка более тонкая и прозрачная, чем раньше, но все равно является главной частью в образовательном процессе. При упоре на успеваемость происходит фрустрация и педагоги, зачастую, не могут фокусироваться на проблеме инклюзивного образования, так как их

больше интересует, сможет ли школа осуществить заданные распоряжения органами образования [2].

В *Великобритании* сейчас наблюдается период быстрых перемен по отношению к детям с ограниченными возможностями здоровья. На данный момент в стране существует большое количество различных документов и актов, которые определяют политику и регулируют практику инклюзивного образования. В 2004 году министерством образования был разработан документ «Каждый ребенок важен» (Every Child Matters – ECM). Данная программа характеризуется профилактикой и помощью как меру, которая способна к 2020 году разрешить проблему с детской бедностью и поможет раскрыть ребенку потенциал. Борьба против «социальной инклюзии» находится в центре внимания данного документа. Самыми главными результатами этой программы для всех детей является следующее: безопасность, здоровья, реализация и самоактуализация личностного потенциала, экономическое благополучие и умение быть полезным обществу.

Благотворительные организации, родительские объединения и специалисты положительно отзываются о переменах в политике к детям с ОВЗ, которые образовались благодаря внедрению законодательного документа «ЕСМ». Но у данного документа есть и отрицательная сторона. Некоторые специалисты считают, что такие критерии как экономическое благополучие, реализация и самоактуализация личностного потенциала и умение быть полезным обществу, не могут быть реализованные детьми с ограниченными возможностями здоровья. В связи с этим происходит потеря социальной связи, ребенок теряет свое положение в обществе и не соответствует установленным стандартам.

Несмотря на положительную реакцию общества в отношении британской политики к детям с ограниченными возможностями здоровья, некоторые концепции являются недоработанными. Возникают проблемы с пониманием концептуальной политики и ее практическим преломлением в

деятельности определенных служб. Данная ситуация возникает из-за того, что такие понятия как «ребенок», «ограниченные возможности» и «родитель» являются недоработанными и не имеют конкретного значения.

Да недавнего времени главной целью педагогического подхода было развитие детей через игру, при этом происходило активное включение в общество, но коррекционные занятия, которые должны проводиться по расписанию, игнорировались, не брались во внимание. Совсем недавно этот подход был подвергнут критике из-за «неамбициозности» [5]

В настоящее время на территории *Дании* действует государственное правило, которое целенаправленно на инклюзию и одновременно ставит задачи, которые направлены на систематическую работу над персональными компетенциями детей и развитие их способностей к самоконтролю. Стратегия инклюзии строится из 2-х основных позиций: релятивистская и эссенциалистская. Каждая позиция по своему характеризует следующие параметры: ценностная ориентация, идентификация проблемы, выстраивание стратегии и методов разрешения проблем.

Релятивистская позиция направлена на рефлексивную педагогику и проведение переговоров об улучшении условий. Пример: пересмотр количественного отношения детей и педагогов в учебных заведениях. Релятивистская стратегия включает в себя следующие методы:

- критическая оценка собственного вклада во взаимодействие (построение социального пространства);
- ясность донесения ожиданий и требований от участников процесса;
- избегание обвинений и авторитарного стиля;
- проведение политики, которая направлена на то, чтобы дети были удовлетворены критериям «нормальности».

Эссенциалистическая позиция – изменение поведения и личности ребенка, если возникают проблемы, то ребенка изолируют. Методы, которые предлагает эссенциалистическая стратегия следующие:

- введение более строгих правил;
- донесение до родителей и детей своего видения о том как должен вести себя ребенок;
- организация наблюдения за ребенком так, чтобы можно было поставить диагноз;
- перевод ребенка в специализированную группу или специализированное учреждение.

В каждом учебном заведении присутствуют обе позиции, но их соотношение различно. На практике эссенциалистская позиция является главной. Но при постановке целей, принципов равенства, социальной справедливости и взаимного признания используется эссенциалистическая стратегия.

Органы образования успешно усовершенствовали работу, направленную на инклюзию, но это в идеологическом плане, но не в плане практической части [3].

В *Австралии* количество детей с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в коррекционных общеобразовательных учреждениях, за последние 15 лет значительно выросло. Основные проблемы, с которыми сталкивается инклюзия, это возникновение у детей девиации в поведении и случаи, когда для обучения ребенка требуется комплекс поддержки.

В общеобразовательных учреждениях детей с ограниченными возможностями здоровья составляет 6,7%. В существующей системе образования для детей с ОВЗ предусмотрены такие возможности как: обучение в обычном классе, обучение в специализированном классе («класс поддержки»), обучение в коррекционной школе.

Во всех общеобразовательных учреждениях имеет место проблема, связанная с детьми с ограниченными возможностями здоровья, но в школах, которые находятся в неблагополучных районах, данная проблема складывается сложнее. Данная проблема возникает из-за языковой и

этнической принадлежности семьи, также большое влияние имеет социально-экономический статус.

Развитие ребенка в инклюзивном классе полностью зависит от уровня его способностей. Для достижения этой цели разрабатываются модифицированные программы, происходит адаптация к учебной среде и т.д.

Особенности организации инклюзивного досуга заключается в том, что, как и в инклюзивном образовании, необходимо учитывать потребности всех участников, их пожелания и предпочтения. Организация инклюзивного досуга требует определения соотношения форм специального образования и интеграции в общеобразовательную среду, соответствующую особым образовательным потребностям детей с особенностями развития [4].

Подготовка общества и образовательной структуры к принятию детей с ограниченными возможностями здоровья как равноправных и полноценных граждан является одной из главных проблем современного общества.

Теоретические и практические знания в области инклюзивного образования в зарубежных странах (США, Великобритания, Дания, Австралия) обладают более ранней по сравнению с Россией историей инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями здоровья. В зарубежных странах реализуется эффективная стратегия обучения, которая отмечается массовой практикой инклюзивного образования детей с ограниченными возможностями здоровья и обычных детей и действенной технологией включения детей с ОВЗ в общеобразовательную деятельность, и выражена субъективной позицией всех учащихся инклюзивного образования [26, с.23-26].

В России инклюзивное образование развито в недостаточной степени по многим субъективным и объективным причинам. Данные проблемы необходимо изучать и использовать опыт других стран с учетом специфики отечественного образования. При сравнительном анализе инклюзивного образования в зарубежных странах (США, Великобритания, Дания, Австралия) и в России можно выделить следующие различия:

- система инклюзивного образования в зарубежных странах имеет определенные традиции, которые могут послужить положительным опытом для России с учетом специфики отечественного образования;
- зарубежные страны обладают четкой сформулированной позицией социальной субъектности, которая направлена на всех участников инклюзивного образования, что существенно повышает результат обучения в условиях инклюзивного образовательного процесса;
- зарубежные страны имеют мощный технологический арсенал для включения детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательную структуру, это может быть ориентиром при формировании определённых технологий инклюзивного образования в России [39, с.59-64].

Проблемы, возникающие в процессе инклюзии детей с ограниченными возможностями здоровья разнообразны: психологические, экономические, социальные и т.д. Благодаря инклюзивному образованию происходит формирование навыков, необходимых ребенку с ограниченными возможностями здоровья для развития, формирования и реализации его творческих потенциалов в жизни.

Особенности организации инклюзивного досуга заключается в том, что, как и в инклюзивном образовании, необходимо учитывать потребности всех участников, их пожелания и предпочтения. Организация инклюзивного досуга требует определения соотношения форм специального образования и интеграции в общеобразовательную среду, соответствующую особым образовательным потребностям детей с ограниченными возможностями здоровья.

2. АРТ-ТЕРАПИЯ В СОЦИАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ: ОСОБЕННОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ

2.1. Основные направления арт-терапии в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья

Арт-терапия берет свое начало в древности. Жрецы, врачи, педагоги и философы использовали разные виды искусства для лечения душевных и телесных недугов. Влияние живописи, театра, танца, музыки на психоэмоциональное состояние человека побуждало их к размышлениям о их роли в восстановлении функций организма и формировании духовного мира личности. Так, древние греки считали эффективными средствами воздействия изобразительное искусство, театр, танец, вокалотерапию. Особое значение они придавали музыкотерапии [57, с.98-99].

Современные культуры методы арт-терапии используют для восстановления людей, как физического, так и психологического здоровья. Племена Индии при излечении различных недугов используют специализированные песни и ритуальные танцы. В Тибете используется песочная терапия. Песочные круги в виде мандалы (магический круг) применяют для концентрации в медитации и молитвах. При концентрации на песочных кругах происходит духовное исцеление: душа освобождается от страданий.

В древнем мире шаманы заменяли современных психиатров и арт-терапевтов. Главной ролью шаманов было то, что нужно извлечь из души и сознания человека негативные элементы и вылечить душу при помощи художественного образа и ритуала. Шаманы использовали символические образы в собственной одежде для того, чтобы изменять у людей сознание и провести исцеление. Данная деятельность плотно связана с арт-терапией,

которая исцеляла и восстанавливала людей при помощи изображения художественного образа [39, с.8-10].

В начале 20 века известные психиатры стали применять арт-терапию в диагностике и лечении своих пациентов. В 1901 году французским психиатром Марселем Режа обнаружил, что художественные работы его пациентов имеют сходство с изображениями примитивистов. Психиатры Эмиль Крапелин и Карл Ясперс пришли к выводу, что рисунки больных помогают понять характер психопатологии.

Учение З. Фрейда о бессознательном позволило раскрыть взаимоотношение между психологическим состоянием и визуальной экспрессией. З. Фрейдом было замечено, что его пациенты могут передавать свои сновидения через изображения, а не словами. Это наблюдение показывает, что через художественные изображения можно увидеть внутренний мир человеческой психики. При анализе своих теорий Фрейд использовал художественные понятия в контексте анализа и различные произведения литературы и искусства.

Позже К. Юнгом было сформулированы понятия о коллективном бессознательном, архетипах и архетипических символах. На протяжении жизни К. Юнг изучал искусство, брал уроки рисования и живописи. Он сделал вывод, что отрицательные эмоции должны быть выведены из бессознательного. Если они там останутся, то будут оказывать только негативное воздействие на личность, заключающиеся в его поведении. С помощью искусства, воспоминаний, сновидений, истории можно извлечь скрытые данные в сознание. Большое значение Юнг выделял мандале или «магическим кругам» как в собственных изображениях, так и изображениях своих больных. Он выявил, что между образом и психикой есть взаимосвязь и с помощью этого развил основные понятия смысла символических образов в архетипах и их универсальных проявлениях в изображениях [51, с.5-8].

В России арт-терапия использовалась в коррекционных и лечебных целях начиная со второй половины XX века. Она использовалась как в

различных направлениях медицины, так и психологии, особенно в коррекционной психологии.

Вторая половина 1980-го – начало 1990-го года формирование и получение распространение оригинального психотерапевтического метода – терапия творческим самовыражением. Психотерапевты и врачи психиатры оказали большое значение на популяризацию терапевтических возможностей искусства в стране (Бурно Е.И., Бурковский Г.В., Хайкин Р.Б.).

Влияние арт-терапии на психически больных людей изучал П.И. Карпов, уделяя внимание проблемам творческих проявлений психических заболеваний не только в медицинском, но и в историческом и биологическом аспектах [44, с.9-14].

Цель арт-терапии заключается в развитии самопознания и самовыражения с помощью искусства, а также развивает способности к конструктивным действиям с учетом реальности окружающего мира. Принцип арт-терапии состоит в том, что нужно принимать и одобрять все продукты творческой изобразительной деятельности вне зависимости от качества, формы и содержания.

Современная отечественная школа достигла больших успехов в изучении влияния искусства на людей с ограниченными возможностями здоровья. Было выявлено, что применение специалистами различных средств в искусстве, особенно музыка, оказывают положительное воздействие при лечении и коррекционном воздействии (психофизиологическое, психологическое, психотерапевтическое, социально-педагогическое) на людей с ограниченными возможностями здоровья. Они влияют как на психоэмоциональное состояние человека, так и на физиологические процессы организма [33, с.21-26].

Художественные приемы арт-терапии, используемые в групповых занятиях с людьми с ограниченными возможностями здоровья, позволяют изучить воображение и фантазирование, разрешают конфликты, которые могут возникнуть между членами группы и помогают достичь им гармонии.

В ходе работы по арт-терапии с людьми с ОВЗ часто используется такой художественный прием, как *спонтанное рисование*. Занятия по изобразительному искусству имеют спонтанный характер, в отличие от детальной организации деятельности, направленной на обучение рукоделию или рисованию. При использовании изобразительного искусства специальная подготовка и художественные таланты не играют роли. При проведении приема важен сам процесс и особенности внутреннего мира, которые проявляются в ходе работы. Участники процесса должны выражать свои внутренние переживания спонтанно и произвольно и они не должны переживать за свои художественные достоинства в работе [45, с.59-65].

Одним из методов спонтанного рисования является сублимация. Сублимация – это механизм психологической защиты. «В процессе сублимации асоциальные импульсы трансформируются (преобразуются) и направляются на стимуляцию иных, социально приемлемых форм поведения, что приводит к компромиссному удовлетворению исходных (первичных) потребностей, являющихся причиной этих импульсов» Kramer, 1958. Все защитные механизмы могут помочь индивиду справиться с тревогой. Сублимация является более адаптивной, так как полученные результаты имеют социальное одобрение. Примером сублимации может быть творчество: в ходе работы художник превращает свои фантазии в художественные образы [21, с.33-36].

При работе с группой людей необходимо выполнять следующие условия:

1. Предоставление участниками арт-терапии все необходимое для творчества (материал, инструменты): набор красок, глина для лепки, камни, деревяшки, бумагу, лоскуты материи и т.д. Также участники могут приносить и свои материалы, которые им понравятся (ракушки, куски коры, пуговицы)

2. Место для занятий должно быть таким, чтобы у участников была возможность свободно передвигаться и шуметь. Ответственный за занятия не

должен вмешиваться в процесс, он должен предоставить свободу действий. Членам группы следует открыто выражать свои чувства и не беспокоиться о своих художественных возможностях. Если у кого либо из членов группы обнаруживается художественный талант, то это не имеет какого либо значения для самого процесса.

Специалисту, который проводит занятия по арт-терапии не обязательно быть художником, чтобы вести занятия по арт-терапии. Главное разбираться в групповой динамике и патопсихологии, и понимать художественное творчество.

Недостаток методов арт-терапии заключается в том, что форма заданий способна развить нарциссизм и участник занятия может уйти в себя, вместо того чтобы раскрыться и установить контакты с окружающими. Выражение внутреннего состояния через искусство самый безопасный способ, но есть люди, которые не способны выразить себя через него [54, с.59-64].

Методы арт-терапии направлены на коррекционную, терапевтическую и реабилитационную работу и применяется в таких сферах как:

- семейная, групповая и индивидуальная арт-терапия;
- социальные центры, арт-терапевтические центры;
- общеобразовательные школы, детские сады, специализированные школы, дома-интернаты, центры детского творчества, деятельность которых направлена на работу с детьми с ограниченными возможностями здоровья,
- дома престарелых, специализированные центры для пожилых;
- медицинские учреждения психиатрического и общесоматического назначения [26, с.125-130].

За последние десятилетия арт-терапия приобрела профессиональный характер. Все больше разрабатывается подготовительных программ и формируется четкое понятие данного подхода. Было доказано, что если использовать художественное творчество для выражения внутреннего состояния, то это оказывает положительное влияние повышение самооценки и развитие адекватного поведения. Кроме этого искусство приобретает и

образовательную ценность, если происходит развитие творческих и когнитивных умений [29, с.32-35].

Арт-терапия может использоваться как один из каналов коммуникации. Она дает такие возможности как:

- выражение агрессивных чувств в социально-приемлемой форме. Безопасным способом снятия раздражения является лепка, рисование, обработка материала;
- работа с чувствами и мыслями, кажущимися непреодолимыми;
- развитие чувства внутреннего порядка и самоконтроля;
- развитие и усиление внимания к чувствам;
- проведение диагностики и интерпретации в процессе работы;
- улучшение отношений между участником и преподавателем, ускорение развития сопереживания и положительных эмоций у членов группы;
- повышение чувства значимости, неповторимости, индивидуальности;
- улучшение художественных возможностей [39, с.52-29].

В арт-терапии выделяют два основных направления:

1. Динамически ориентированная арт-терапия. Это направление опирается на распознавание глубоких мыслей и чувств человека, которые были извлечены на бессознательном уровне в виде образов. Визуальная форма – способ выражения внутренних конфликтов. В данной форме легче объяснять переживания и вербализоваться. Динамическая ориентированная арт-терапия состоит из интегральной, деятельной, проектной, сублимационной арт-терапии. Примером данного метода является резьба по дереву, чеканка, мозаика, витраж, лепка, поделка из меха и ткани, рисунок, шитье, плетение, выжигание.

2. Гештальториентированная арт-терапия. Целями данного направления является: восстановление и извлечение соответствующей

формы «Я-функция»; оказание помощи в интерпретации и осознании внутреннего состояния с помощью образов; развитие творческого потенциала, оригинальности, спонтанности, способность раскрыться.

Гештальтоориентированная арт-терапия состоит из таких видов арт-терапии как: ваяние, рисование, написание рассказов, музыка, пение, моделирование с красками, бумагой, камнем, деревом, выразительное движение тела, образные разговоры [48, с. 150-156].

Арт-терапия включает в себя следующие виды: рисуночная терапия, библиотерапия, музыкотерапия, песочная терапия, танцевально-двигательная терапия, сказкотерапия, цветотерапия, фототерапия, куклотерапия, драматерапия, оригами, маскотерапия, этнотерапия, игротерапия. В настоящее время образуются новые направления, располагающиеся на стыке арт-терапии с другими направления психотерапии: фототерапия, коллажи, боди-арт, артсинтезтерапия, ландшафтотерапия и другие. Количество методов соответствует количеству специалистов. Каждый предоставляет новую интерпретацию и технология, которые были приобретены во время работы [50, с.169-174].

Среди многообразия видов арт-терапии наиболее популярные в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья следующие виды:

1. Рисуночная терапия (изотерапия). Это вид терапии позволяет выявлять фантазии и проблемы, которые сложно предьявить вербально. В ходе работы создаются условия, чтобы экспериментировать с кинестетическим и зрительным восприятием. С помощью рисунка можно развивать эстетический опыт, творческое самовыражение, художественные способности в целом.

Рисунок – один из способов безопасной разрядки от саморазрушительных и разрушительных тенденций. Он развивает чувство внутреннего самоконтроля. Также с помощью рисования снижается уровень утомления.

При использовании рисуночной терапии в своей работе, специалист должен выбрать тему рисунка так, чтобы участник занятия смог выразить свои мысли и чувства на бессознательном уровне.

Основные темы работы рисуночной терапии:

- отношение к семье, самому себе. Темы для работы: «Я такой, какой я есть», «Мой мир», «Моя главная проблема в общении с окружающими» и т.д.;
- абстрактные понятия. Темы для работы: «Страх», «Любовь», «Одиночество» и т.д.;
- отношение к группе. Темы для работы: «Что я дал группе», «Я котел и что я получил от группы».

На занятиях по рисуночной терапии используются различные методики: коллективное, индивидуальное и парное рисование.

При обсуждении рисунка необходимо учитывать следующие показатели: размер, цвет, повтор из работы в работу [30, с.184-190].

С помощью изотерапии в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья создается положительная мотивация, преодолеваются страхи детей с ОВЗ, которые возникают перед трудностями, создаются ситуации успеха, воспитывается чувство взаимовыручки, взаимопомощи, развивается фантазия при использовании различных цветовых гамм, различных материалов для работы. Изотерапия оказывает большое коррекционное значение, которое направлено на развитие мелкой моторики рук [41, с.69]

Рисуночная терапия является самой популярной формой занятия с детьми ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в МКОУ ОШ №30 г.Белгорода. Более 90% детей с ОВЗ с большим интересом приступают к художественным заданиям.

2. Музыкалотерапия. Музыкалотерапия – метод, который имеет лечебное воздействие музыки на внутренне состояние человека. Выделяют активную и пассивную форму музыкалотерапии.

Активная форма музыкотерапии – это вид деятельности, в которой участники сами принимают участие в производстве композиций (хор, музыкальный оркестр). Исполнение произведений происходит с помощью обычного способа (музыкальные инструменты), так и необычно (собственное тело: постукивание, хлопки и т.д.).

Главной целью данной формы музыкотерапии является интегрирование индивида в социум. С помощью музыкального творчества вырабатываются коммуникативные навыки, исчезает повышенная застенчивость, также формируется самоконтроль и выдержка.

Пассивная форма музыкотерапии представляет собой прослушивание различных музыкальных произведений, которые соответствуют улучшению внутреннего состояния. Цель – выявление эмоционального, эстетического переживания для дальнейшего снятия напряжения и достижение новых целей.

Музыкотерапия является эффективным методом при проведении занятий со слабоумными детьми, детьми с физическими нарушениями (глухота, слепота). Некоторые элементы, используемые в данном виде арт-терапии, используются на занятиях в музыкальных школах [20, с.198-204].

Музыкотерапия направлена на моделирование положительного эмоционального состояния детей с ограниченными возможностями здоровья. Восприятие музыки детей с ОВЗ совместно со специалистом, позволяет им перенестись в воображаемый мир, который наполнен причудливыми образами и настроением. Во время прослушивания дети с ограниченными возможностями здоровья представляют себе музыкальную картинку, которая отвлекает его от негативных переживаний, помогает раскрыть красоту природы и мира. В конце прослушивания, во время беседы со специалистом, дети с ОВЗ делятся своими впечатлениями: что они чувствовали, делали, видели в своем воображаемом мире. Данное восприятие музыки позволяет снять напряжение и улучшает психоэмоциональное состояние детей с ограниченными возможностями здоровья [34, с.89].

Большинство детей с ограниченными возможностями здоровья с удовольствием посещают занятия музыкотерапии, проходящих на базе МКОУ ОШ №30 г.Белгорода. Более 85% детей с ОВЗ посещают данные занятия. Особое положительное восприятие наблюдается у детей с аутизмом.

3. Танцевально-двигательная терапия (ТДТ). Танцевально-двигательная терапия – вид арт-терапии, инструментом которого является тело, а движение – это процесс, помогающий распознать, пережить и выразить свои конфликты и чувства. Кроме движений в танцевально-двигательной терапии используются такие определения, как время, пространство, вес.

Главная задача танцевально-двигательной терапии – это открытие чувств и осознание внутреннего «Я». Во время занятий участники, которые чувствуют себя отчужденными от своего тела, сами исследуют себя (принцип активности), свои движения и развиваются по личному пути. Специалист относится к изменению тела, как к эволюционирующему процессу. В танцевально-двигательной терапии идеальной модели тела нет, ее нужно достигать.

В танцевально-двигательной терапии движения используются с целью полного выражения внутреннего состояния и для сохранения личной действительности по отношению к другим [15, с.111-115].

Дети с ограниченными возможностями здоровья с помощью танца освобождаются от внутренней скованности, начинают познавать свое тело, осознают внутренние побуждения и принимает их. С помощью танцевально-двигательной терапии у детей с ОВЗ развивается способность к саморегуляции и гармоничной жизни, происходит физический и психологический рост [62, с.98].

Танцевально-двигательная терапия является популярной среди женской части МКОУ ОШ №30 г. Белгорода. Среди мальчиков только 30% готовы заниматься данным видом терапии.

4. Сценическая пластика (имаготерапия) и драматерапия. Драматерапия значительно влияет на воображение, внимание, память, мышление, волю, чувство. Она помогает формировать логику, овладевать телом и не стесняться его, избавиться от внутренних зажимов, воплощать с помощью игры все несбывшиеся мечты и идеи. Данный вид арт-терапии не рассматривает межличностные взаимодействия: я и другой, я и друг, я и родитель, друг и враг, слабый и сильный.

Сценическая пластика (имаготерапия) – воспроизведение конкретного комплекса характерных упражнений, направленных на улучшения состояния. Данный метод был предложен Вольпертом И.Е. в 1996 году.

Имаготерапия относится к методу игровой терапии, которая направлена на адекватное реагирование в трудных жизненных ситуациях, улучшение межличностных отношений, мобилизацию личного жизненного опыта, развитие способностей к воспроизведению «лечебных» образов [70, с.63-75].

Театрализованная деятельность детей с ограниченными возможностями здоровья направлена на улучшение динамики развития таких качеств как: развитие воображение; формирование творческого компонента; становление знаково-символической функции мышления и произвольного внимания; коррекция психоэмоционального состояния [54, с.59-60].

Дети с ограниченными возможностями здоровья, обучающиеся в МКОУ ОШ №30 г. Белгорода с большим желанием принимают участие в постановке различных спектаклей. Сценарий спектаклей подбирается специально для них, чтобы они с легкостью могли перевоплотиться в свою роль и они полностью справляются с поставленной целью.

5. Сказкотерапия. Сказкотерапия – самый древний психологический и педагогический метод. В настоящее время под сказкотерапией понимаются способы передачи знаний о социальной реабилитации и духовном пути человека.

Сказка является метафорой по своей природе. Дейли М. считал, что метафора является способом влияния на реальность, является движением: «Метафора – это функция слова, она сдвигает значение и соотносится с преобразующим действием. Порой метафоры изменяют значение не только слов, но и явлений окружающего мира»

Составляя сказки о своей настоящей, будущей и прошлой жизни, человек описывает метафорически свои реальные события. Д.С. Лихачев говорит: «Строительные материалы для построения внутреннего мира художественного произведения берутся из действительности, окружающей художника, но создает он свой мир в соответствии со своими представлениями о том, каким был это мир, есть или должен быть».

Внутренняя дисгармония человека оказывает отрицательно воздействия и является причиной многих проблем. При проведении мероприятий сказкотерапии, которые направлены на оказание помощи, происходит достижение внутренней гармонии. Человек с внутренней гармонией является и в жизни, и в сказке созидателем, и дисгармония – разрушителем. Внешний разрушитель оказывает дискомфорт и боль другим объектам мира, предметам, людям. Внешний созидатель создает вокруг себя благоприятные условия, оказывает бережное воздействие на окружающий мир. Внутренний разрушитель бессознательно и сознательно вредит своему развитию и здоровью. Внутренний созидатель дисциплинирует чувства, «очищает» мысли, оказывает заботу о здоровье [25, с.156-162].

При работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья специалисты в сказкотерапии ставят следующие задачи:

- использование сказок как метафор (образы сказок используются как ассоциации, качающиеся психосоциального состояния детей с ограниченными возможностями здоровья);
- рисование по мотивам сказок (проявление ассоциаций в рисунках)

- работа над вопросом: «Почему герой так поступил?» (обсуждение персонажей является поводом для обсуждения поведения и ценностей детей с ограниченными возможностями здоровья).

Специалисты считают, что сказкотерапия является многогранной, как и жизнь. Поэтому сказка является эффективным воспитательным, развивающим и психотерапевтическим средством, которое эффективно применяется в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья [34, с.49-51].

6. Библиотерапия. Библиотерапия – это наилучший вид терапии, он достаточно прост и эффективен в оказании помощи людям, которые имеют трудности, и находит правильные решения. При использовании специально подобранной литературы происходит существенное воздействие на эмоциональное состояние человека. В данном случае затрачиваются минимальные средства.

Библиотерапия направлена на улучшение внутреннего состояния детей с ограниченными возможностями здоровья, способствует их духовному росту. Данные способности образуются за счет того, что дети с ограниченными возможностями здоровья могут узнавать в тексте свою негативную ситуацию и как на нее отреагировал персонаж книги. При этом формируется активная самостоятельная жизненная позиция, которая помогает справиться с проблемами в будущем [29, с.69].

7. Игротерапия. Игротерапия – это вид арт-терапии, в котором специалист является ведущим, а роль группы выполняют «игрушки», включающие в себя любые ботовые мелочи и предметы. В наборе предметов у специалиста должны быть еще такие вещи, как пластилин, кубики, конструктор, краски, детские книги, головоломки и другие художественные принадлежности. Игротерапия через «игрушки» позволяет прожить проблемную ситуацию заново.

Игротерапия имеет широкий спектр применения и предусматривает возможность работы при хронификации печали, с синдромом

посттравматического стресса, с ранними детскими травмами с амнестическим компонентом.

Главная цель игротерапии – оказание помощи детям с ограниченными возможностями здоровья в выражении своих переживаний с помощью приемлемого для него способом – с помощью игры, также проявление творческой активности при разрешении трудных жизненных ситуаций, которые «отыгрываются» или моделируются в игровом процессе [56, с.89-95].

Игротерапия для облегчения психоэмоционального состояния детей с ограниченными возможностями здоровья ставит перед собой следующие задачи: улучшение собственного «Я»; развитие чувств самооценки; развитие эмоциональной саморегуляции; коррекция и предупреждение деформаций в формировании Я-концепции; коррекция и профилактика поведенческих отклонений [37, с.107].

Игротерапия является одним из распространенным способом арт-терапии при работе с детьми с ОВЗ, обучающихся в МКОУ ОШ №30 г.Белгорода. Большинство обучающихся с интересом приступают к выполнению поставленных задач.

8. Цветотерапия. Метод цветотерапии основан на том, что каждая биологическая активная зона организма реагирует на цветовой спектр. Определенные цвета могут, как снимать энергетическую блокаду, так и являться причиной функционального расстройства. «Вредных» и «полезных» цветов не существует. Значение имеет только состояние человека, которое создается при восприятии того или иного цвет [25, с.102-105].

При работе с методами цветотерапии с детьми с ограниченными возможностями здоровья решаются следующие задачи: улучшение коммуникации; развитие моторики; обучение детей с ограниченными возможностями здоровья расслаблению в зависимости от окружающего их цветового пространства; формирование навыков самоконтроля; стимуляции

интеллектуального и эмоционального развития детей с ограниченными возможностями здоровья [32, с.89].

Цветотерапия широко используется при обучении детей с глубокой умственной отсталостью в МКОУ ОШ №30 г. Белгорода. Данный метод позволяет им улучшать свои коммуникативные навыки, формировать самоконтроль и стимулировать интеллектуальное развитие.

9. Песочная терапия. Игра в песке является естественной деятельностью детей и оказывает благоприятное воздействие на их эмоциональное состояние. Этот вид терапии имеет профилактические и коррекционные свойства при проявлении агрессии у детей. Проведение традиционных занятий и развивающих уроков в песочнице образует дополнительный эффект, так как при работе с песком происходит тактильная чувствительность и «мануальный интеллект» учащихся. Также происходит повышение мотивации ребенка к занятию, а развитие познавательных процессов являются гармоничными и интенсивными. Использование песочной терапии в педагогической деятельности оказывает дополнительный образовательно-терапевтический эффект. Это эффект объясняется тем, что песок может «заземлять» негативную энергию, и ребенок имеет уравновешенное состояние на протяжении занятия.

Процесс работы песочной терапии не требует, каких либо художественных умений, в отличие от рисуночной терапии, что позволяет ребенку легче подходить к заданиям. В ходе работы невозможно ошибиться, выполнить не по правилам – это имеет большое значения для детей, которые строго оценивают свои возможности.

Песочная терапия оказывает благоприятное воздействие, если работа проходит в группе. При разделении песочницы на несколько сегментов (количество участников), образуется доверительная атмосфера, целостность группы и налаживаются взаимоотношения [68, с.201-206].

Песочная терапия развивает у детей с ограниченными возможностями здоровья мелкую моторику. Дети с ОВЗ во время занятия тренируют воображение и внимание, успокаиваются, укрепляют нервную систему.

С помощью песочной терапии происходит преодоление нежелания заниматься, негативизм. Это происходит благодаря тому, что занятия происходят в привычной и естественной среде детей с ограниченными возможностями здоровья [49, с.147].

На базе МКОУ ОШ №30 песочная терапия применяется в основном с обучающимися начальных классов. Дети с ограниченными возможностями много времени проводят в песочнице, их сложно отвлечь от своей работы с песком.

10. Оригами. Оригами – это новое направление арт-терапии.

В оригами бумага является инструментом, с помощью которого можно создать большое количество необычных моделей. Освоить данную технику можно в любом возрасте, а результат достигается довольно в краткие сроки. Во время занятия участник сам может контролировать процесс, он вносит дополнительные действия в построение фигуры, тем самым изобретает новые модели. В ходе работы возникает доверительная атмосфера между специалистом и участником процесса и образуется невербальный контакт.

Оригами включает в себя и другие виды арт-терапии: сказкотерапия (сказки оригами), игротерапия (игры с подвижными фигурками), музыкотерапию (хоровое пение), цветотерапия (использование цветной бумаги).

Вид арт-терапии оригами характеризуется следующими свойствами:

- повышение уровня интеллекта;
- активизация творческого мышления;
- повышение и стабилизация психоэмоционального состояния;
- снижение тревожности и оказание помощи в адаптированных к сложным ситуациям;

- улучшение двигательной активности рук, развитие мелкой моторики;
- улучшение памяти и глазомера [24, с.154-158].

Положительное воздействие оригами на детей с ограниченными возможностями здоровья заключается не только в развитии концентрации внимания и мелкой моторики рук, но и на развитие тактильной чувствительности и возможности одновременно воспринимать целостность образов предметов, стимулировать творческие возможности. Занимаясь оригами, дети с ограниченными возможностями здоровья отвлекаются от своих проблем, тем самым улучшается их внутреннее состояние [27, с.98].

Занятия оригами с большим интересом воспринимаются детьми с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся в МКОУ ОШ №30 г.Белгорода. Дети с ОВЗ быстро обучаются простым примерам изделий из бумаги и просят показать им более сложные изделия.

Проблемы, которые решаются с использованием видов арт-терапии, разнообразны: кризисное состояние (возрастные и экзистенциальные кризисы), потери, межличностные и внутренние конфликты, травмы и др. Арт-терапия используется при консультировании и терапии детей, подростков и взрослых, в группах и индивидуально. Главная задача арт-терапии – выявление внутренних проблем через творчество и развитие целостности человека.

Арт-терапия является способом социализации. Она имеет большое значение для детей с ограниченными возможностями здоровья, которые имеют ограничения в социальных контактах и социально дезадаптированы. Через творчество происходит осознание себя, развиваются новые навыки и умения, дети становятся более активными и могут самостоятельно участвовать в жизни социума, расширяется их диапазон профессионального и социального выбора, что способствует более успешному восприятию своей жизни [14, с.102-107].

2.2. Диагностика проблемы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне

Образование новых социальных отношений влекут за собой изменения основных требований от личности со стороны социума. Общество требует от личности быть компетентным в тех или иных сферах бытия, вместо привычных функций: умений и навыков.

В настоящее время производится поиск технологий, различных методов социального воспитания, средств, которые оказывают помощь в преодолении проблем развития детей с ограниченными возможностями здоровья: навыки социального взаимодействия, уверенность в действиях с опорой на отношения и собственные знания, при изменении социальной ситуации. Все это развивает социальную компетентность, которая необходима личности для оптимального входа в социальное общество. На сегодняшний день, происходящие социальные процессы усилили интерес к механизмам, факторам и условиям социализации, а также к развитию человека в определенной среде: образовательной и социокультурной [25, с.59-62].

Проблемы, которые возникают при социализации детей с ограниченными возможностями здоровья, хорошо известны. Они оказывают определенные ограничения в общественной жизни. Данные трудности возникают из-за неспособности личности к самообслуживанию, ориентации, передвижению, контролю собственного поведения, общению, обучению игровой деятельности (детство) и трудовой (взрослая жизнь).

Для решения проблем социализации детей с ограниченными возможностями здоровья необходимо:

- определиться с выбором собственной позиции и целей;

- управлять своей жизненной ситуацией (адаптация и социализация) [32, с.23-26].

Условия жизни в социальном обществе меняется и детям с ОВЗ сложно адаптироваться, они не могут самостоятельно усваивать накопленный человеком опыт, не способны воплотить в умениях, знаниях, в отношении к миру и творчеству. Для того чтобы ребенок с ограниченными возможностями здоровья смог адаптироваться к социуму, ему нужно достигнуть определённого уровня компетентности, направленного на усвоение способов жизнедеятельности в современном обществе.

И в этом может помочь арт-терапия, которая сегодня является одним из направлений, способствующих активной социализации и интеграции детей с ограниченными возможностями здоровья в современное общество. Методы арт-терапии формируют у детей практические и предметные действия. Творчество снижает эмоционально-психическое напряжение, активизирует мышление, корректирует недостатки. Это способствует сбережению и укреплению здоровья, повышает качество жизни [56, с.96-99].

Занятия арт-терапии имеют комплексный характер и включают в себя решение таких задач как:

- развитие познавательной деятельности и обогащение эмоциональной сферы;
- развитие способности воспринимать содержание и формы предметов;
- развитие мелкой моторики рук;
- формирование социализации детей с ограниченными возможностями здоровья через организацию работы в команде, участие в творческих конкурсах [77, с.89-92].

Методикой арт-терапии пользуются не только врачи-психотерапевты и психологи, но и других специалисты, которые применяют арт-терапию как самостоятельную форму, так и в качестве дополнения к другим методам при групповой терапии [28, с.124].

В 2015-2016 учебном году на базе Муниципального казенного общеобразовательного учреждения образовательной школы №30 города Белгорода, где обучаются дети с ограниченными возможностями, в основном дети с умственной отсталостью, нами проводилось исследование, целью которого было определение возможностей применения метода арт-терапии для решения как психологических, так и социальных проблем обучающихся (возрастная группа от 9 до 16 лет). Специфика работы с данными детьми определяется тем, что дети с умственной отсталостью обладают необратимыми нарушениями в развитии и не могут догнать сверстников.

Основная цель данного исследования была – выявление проблем социализации детей с ОВЗ и определение возможностей применения метода арт-терапии для решения как психологических, так и социальных проблем детей с ОВЗ.

Генеральная совокупность – дети с ОВЗ, обучающиеся в МКОУ ОШ №30 г. Белгорода. Выборочная совокупность – 20 детей с ограниченными возможностями здоровья.

Таблица 1.

Квотная выборка

Пол			
Мальчики		Девочки	
10		10	
Возраст			
9-10	11-13	13-14	15-16
5	5	6	4

Для изучения бессознательного эмоционального состояния детей с ограниченными возможностями здоровья (тревожность, самооценка, страх, актуальное состояние, агрессивность) использовалась методика «Автопортрет».

«Автопортрет» – изображение самого себя. В своей работе человек неосознанно изображает собственные телесные нужды и внутренние конфликты. Интерпретация автопортрета показывает соответствие полученной графической продукции физических и психологических переживаний, какие именно органы тела имеют смысл, каким образом обозначены и соматически закреплены желания, в также компенсации, конфликты и социальные установки [16, с.158-164].

При интерпретации автопортретов (автор Р. Бернс) были определены основные группы детей с ОВЗ, которые характеризуются следующими признаками:

1. недовольство своим интеллектом, самопоглощение, закрытость, слабый физический и психологический контакт с окружающим миром, потребность в независимости;
2. большие интеллектуальные претензии, недовольство своим интеллектом, гиперчувствительность к мнению окружающих, чувствительность к критике, замкнутость, потребность в независимости;
3. чувство социальной неадекватности, замкнутость, чувствительность к критике, вялость в общении, неэффективный контакт с окружающим миром.

При определении темперамента и характера детей с ограниченными возможностями здоровья использовалась методика «Нарисуй дом». Данная методика постоянно дорабатывается, расширяется благодаря новым анализирующим элементам [21, с.45-48].

Детям с ОВЗ предлагалась нарисовать то, что возникало в их воображении при слове «дом». Во время работы не задавалось вопросов, так как все элементы рисунка помогут выявить самые главные черты психологического состояния.

Анализируя рисунки, были выявлены следующие основные группы детей с ОВЗ, характеризующиеся такими признаками как:

- чрезмерная замкнутость в себе, нахождение в своем внутреннем мире, критическое отношение к себе, закрытость от внешнего мира;
- развитая фантазия, отсутствие внимания, готовность к общению, мечтательность, закрытость от внешнего мира.

Для выявления уровня социальной активности, адаптированности, нравственного воспитания и автономности использовалась методика «Изучение уровня социализированности» (Рожков М.И.).

В ходе работы детям с ограниченными возможностями здоровья предлагалось прочитать (прослушать) 20 суждений, которые они должны были оценить по степени своего согласия с данными вопросами. Самая высокая оценка, означающая высокий уровень развития качеств у детей с ОВЗ – 4 балла, самая низка – 0 баллов, соответственно самый низкий уровень развития качеств [77].

Средний результат уровня социализации детей с ограниченными возможностями ниже среднего (меньше 3-х баллов из 4-х максимальных баллов) (Таблица 2).

Таблица 2.

Результат уровня социализации детей с ограниченными
возможностями здоровья

Показатели социализированности	2015-2016 уч.год
Социальная адаптированность	2,7
Автономность	2,8
Социальная активность	3,0
Нравственность	2,5
Средний результат:	2,8

Анализируя результаты данной методики, были выявлены индивидуальные проблемы и достижения в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (Таблица 3).

Таблица 3.

Количественный показатель социализации детей с ограниченными
возможностями здоровья

Показатели социализированности	Количество обучающихся (% опрошенных)
Социальная адаптированность	15%
Автономность	13%
Социальная активность	8%
Нравственность	10%

Вопросов, которые были оценены детьми с ограниченными возможностями здоровья низкими баллами (предложенные модели поведения у детей с ОВЗ не проявляются или проявляются слабо) следующие:

- считаю, что всегда надо чем-то отличаться от других – 5%;
- за что бы я ни взялся – добиваюсь успеха – 10%;
- стараюсь доказать свою правоту, даже если с моим мнением не согласны окружающие – 5%;
- если я берусь за дело, то обязательно доведу его до конца – 5%
- стараюсь защищать тех, кого обижают – 10%

Высокие баллы (предложенные модели поведения у детей с ОВЗ имеют четкое проявление) были поставлены следующим вопросам:

- стараюсь поступать так, чтобы меня хвалили окружающие – 80%;
- мне хочется, чтобы со мной все дружили – 85%;
- если мне не нравятся люди, то я не буду с ними общаться – 75%;
- стремлюсь не ссориться с товарищами – 65%.

Проанализировав все ответы детей с ограниченными возможностями здоровья было выявлено, что 70% обучающихся имеют ниже среднего уровень социализации. Показатель выше среднего уровня социализации имели 20 % опрошенных, а низкий уровень имели 10% обучающихся.

Для характеристики сформированных качеств детей с ограниченными возможностями здоровья и определения проблемных аспектов использовалась методика «Показатели социализированности» (Мудрик А.В.) [47, с.89-93].

Данная методика выполнялась педагогами МКОУ ОШ №30 г.Белгорода и родителями детей с ограниченными возможностями здоровья.

Методика включает в себя 3 блока: инструментальный, психологический и коммуникативный блоки.

При анализе данных были выделены следующие проблемы (с точки зрения преподавателей и родителей детей с ОВЗ):

- дети с ограниченными возможностями здоровья имеют маленький запас слов, речь развита недостаточно;
- дети с ограниченными возможностями здоровья неуверенны в себе;
- наблюдается неуверенность в общении со сверстниками;
- практические навыки отсутствуют;
- низкий уровень самостоятельности;
- неумение поддерживать хорошее физическое состояние

В результате полученных данных по всем методикам («Автопортрет», «Нарисуй дом», «Изучение уровня социализированности», «Показатели социализированности») дети с ограниченными возможностями здоровья обладают следующими характеристиками:

- низкий уровень самоконтроля и самообладания;
- неспособность самостоятельно решать собственные проблемы;
- низкий уровень общения со сверстниками, узкий круг общения;
- неумение работать в группе;
- низкий уровень критического мышления.

При разработке методик по арт-терапии, направленных на эффективную помощь в социализации детей с ограниченными возможностями здоровья, испытуемым предлагалось заполнить анкету «Мне нравится...» (*Приложение 1*). С помощью этой анкеты выявлялись интересы детей, каким видом арт-терапии им больше нравится заниматься. Если учащийся не мог заполнить анкету самостоятельно (дети с глубокой умственной отсталостью), то с ним проводилась отдельная работа, которая

заклучалась в наблюдении (что им больше всего нравилось при совместной работе).

В результате было выявлено, что все дети любят заниматься рукоделием (15%), рисовать (25%), им нравится лепка из пластилина (25%), оригами (15) и другое (танец, пение, чтение) (20%). (Диаграмма 1).

На основе анкетирования и наблюдения для каждой группы учеников или конкретного обучающегося подбирались определенные методы арт-терапии: рисуночная терапия, музыкотерапия, танцевально-двигательная терапия, сказкотерапия, цветотерапия, лепка, оригами. Группы формировались по интересам и возможностям обучающихся в составе 5-6 человек. Занятия проводились еженедельно. Каждый испытуемый мог выбрать одно или несколько понравившихся направлений. Если ученик имел глубокую умственную отсталость, то работа проводилась в индивидуальном порядке с подбором соответствующих методик.

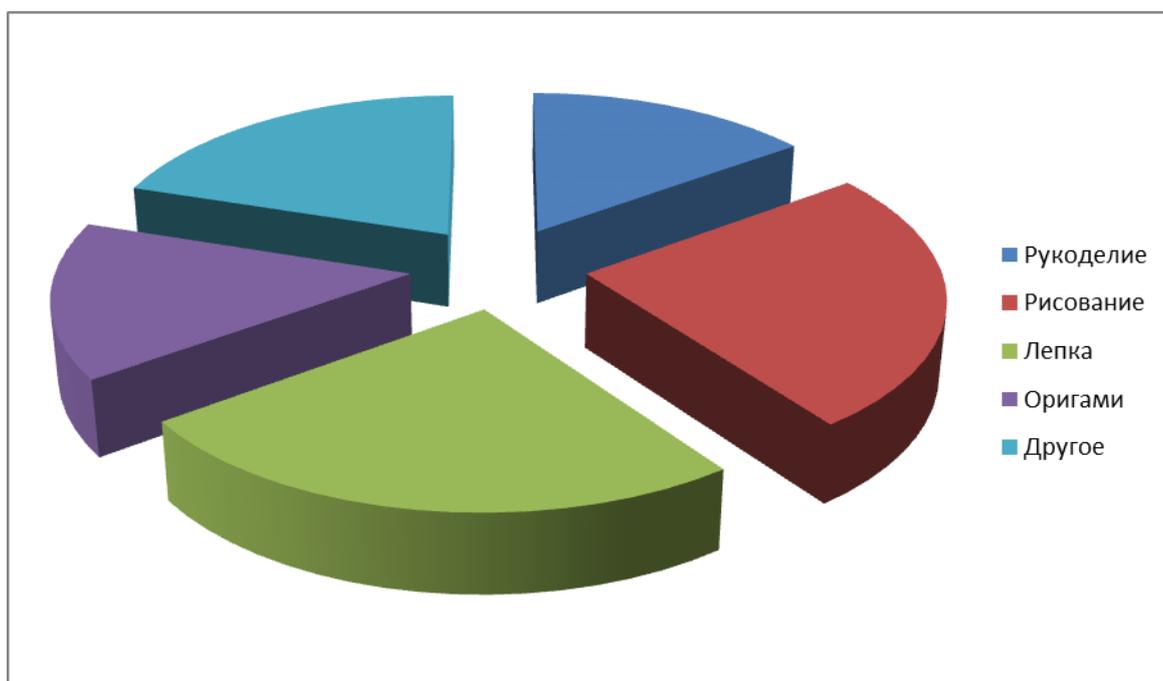


Диаграмма 1. Распределение ответов на вопросы анкеты «Мне нравится...»

На занятиях использовались следующие методики:

1. Рисуночная терапия. С помощью данной методики выявляются проблемы, и происходит развитие чувства внутреннего контроля обучающихся (Рисунок 1 и Рисунок 2).



Рис.1. Направления арт-терапии «Рисуночная терапия», 7 класс.



Рис.2. Направления арт-терапии «Рисуночная терапия», 5 класс

2. Лепка. Благодаря лепке обучающиеся показывают свои эмоции и развивают мелкую моторику рук. Данный метод позитивно воспринимается детьми, и они увлеченно занимались данным делом (*Рисунок 3 и Рисунок 4*).



Рис.3. Направления арт-терапии «Лепка», 3 класс.



Рис.4. Направления арт-терапии «Лепка», 8 класс

3. Оригами. Данный метод относительно новый в арт-терапии. При работе происходит размывание границ между педагогом и обучающимся: исчезновение чувства изолированности, налаживание общения (*Рисунок 5*).



Рис.5. Использование направление арт-терапии «Оригами», 4 класс.

В конце 2015-2016 учебного года были проведены повторные методики диагностики проблем социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. В результате было выявлено улучшения среди обучающихся (*Диаграмма 2*):

- повышение уровень самоконтроля и самообладания;
- повышение уровня критического мышления;
- повышение способностей самостоятельного решения собственных проблем;
- развитие устойчивого интереса к чему-либо;
- повышение уверенности в общении со сверстниками;
- повышение умения работать в группе.

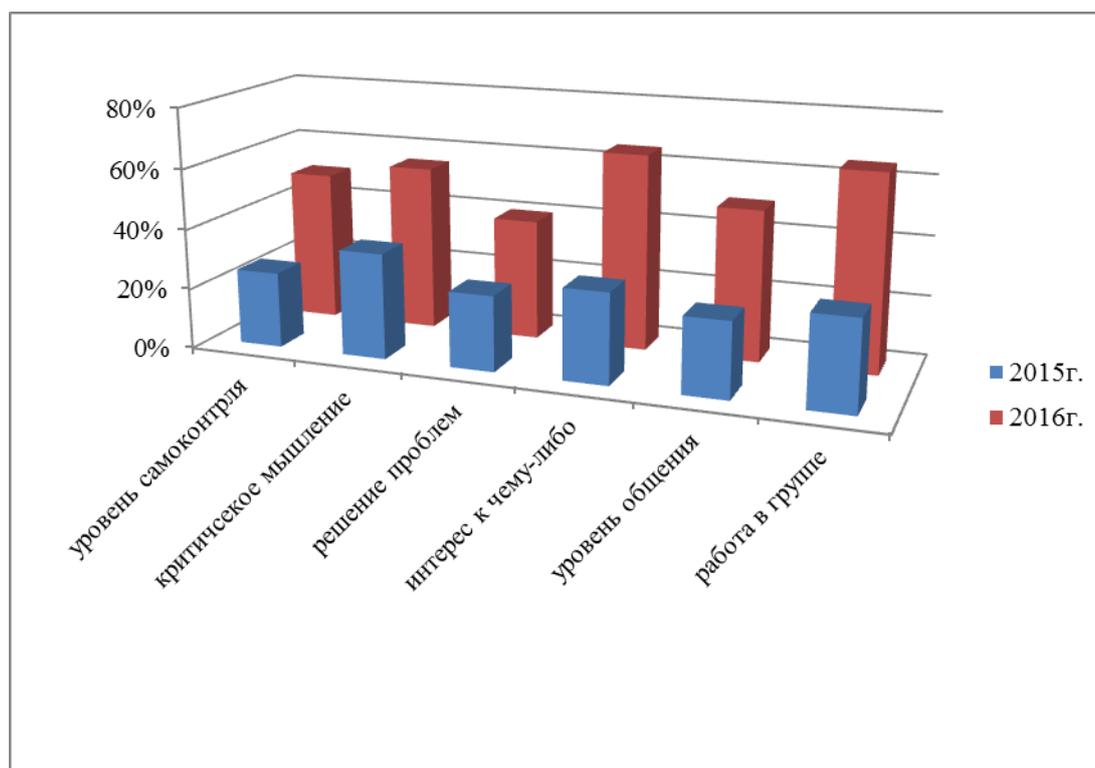


Диаграмма 2. Изменение основных характеристик детей с ограниченными возможностями здоровья

Благодаря арт-терапии дети заново знакомились, раскрывались, познавали новое. У обучающихся развивались новые творческие способности, основы творческого мышления и воображения. Формировалось стремление школьника в направлении «я - хочу» и «я - могу», они стремились к самостоятельному творчеству. Обучающиеся развивали такие навыки как самовыражение и самопознание, а также способность к конструктивным действиям.

Творчество помогло осознать себя, развить новые навыки и умения, позволило учащимся участвовать в жизни общества (ученики принимали участие в различных конкурсах и выставках), расширило диапазон восприятия окружающего мира (они стали более общительными не только с ровесниками, но и взрослыми людьми).

Таким образом, применение арт-терапии в обучении детей с ограниченными возможностями позволяет творчески подходить к решению проблемы их социализации. Искусство раскрывает все то, что дети не могут

выразить обычным способом. При дальнейшем развитии творческого потенциала, обучающиеся будут способны к принятию решений, которые позволят им воспринимать окружающих и не чувствовать себя отчужденными, иными словами успешно социализироваться в социум.

2.3. Проект «Арт-кафе как форма инклюзивного пространства в городской среде»

В настоящее время государство оказывает большое внимание проблеме социализации людей с ограниченными возможностями здоровья. К 2016 г. число людей с ограниченными возможностями здоровья, особенно детей, в России сильно увеличилось. Было официально признано с ограниченными возможностями здоровья 9% россиян, среди них 30% составляли люди трудоспособного возраста. А в Белгородской области, согласно статистике Федеральной службы, детей в возрасте до 14 лет более 1500 человек. Таким образом, образуется большой процент населения, который фактически оказывается исключенным из общества – это дети с ограниченными возможностями здоровья, которые хотят активно принимать участие в жизни общества. С целью устранения проблем людей с ОВЗ была создана государственная программа «Доступная среда» на 2011-2020 года.

«Доступная среда» – государственная программа, которая направлена на улучшение качества жизни людей с ОВЗ и предоставляет им во всех сферах жизни различные возможности, которые имеют обычные люди.

Государственная программа «Доступная среда» имеет две подпрограммы:

1. «Обеспечение доступности приоритетных объектов и услуг в приоритетных сферах жизнедеятельности людей с ограниченными возможностями здоровья и других маломобильных групп населения»;

2. «Совершенствование механизма предоставления услуг в сфере реабилитации и государственной системы медико-социальной экспертизы».

Основные задачи программы:

- повышение и оценка уровня доступности услуг и объектов для людей с ограниченными возможностями здоровья;
- предоставление равноценного доступа к реабилитационным услугам и средствам для людей с ограниченными возможностями здоровья;
- модернизация работы государственной системы медико-социальной экспертизы;
- формирование чувства толерантности по отношению к людям с ограниченными возможностями здоровья.

Инфраструктура г. Белгорода недостаточно приспособлена для реализации данной программы. На территории Белгородской области количество заведений общественного питания составляет примерно 1,6%. В области большое количество предприятий общепита: многообразие пиццерий и ресторанов быстрого питания. Что касается предприятий общественного питания, которое имеет семейную направленность, то их на территории только 2, но они не приспособлены для детей с ОВЗ.

Образование арт-кафе как формы инклюзивного пространства в городской среде позволит улучшить положение в социальном обществе детей с ограниченными возможностями здоровья, что является основной задачей государственной программы «Доступная среда».

Цель проекта: социализация детей с ограниченными возможностями здоровья с помощью создания инклюзивного арт-пространства в форме кафе на муниципальном уровне.

Задачи:

- 1) диагностика социально-психологических проблем детей с ограниченными возможностями здоровья;

2) разработка комплексной программы занятий по арт-терапии, направленной на социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья, которое будет проводиться на территории арт-кафе;

3) внедрение программы на городском уровне – открытие арт-кафе.

Методы реализации.

Для реализации проекта были выделены следующие методы:

- диагностика проблемы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне (анкетирование, опрос);
- разработка комплекса методик арт-терапии, направленных на улучшение и развитие социальных навыков, самоуважения, коммуникативных навыков и стрессоустойчивости детей с ограниченными возможностями здоровья.
- разработка плана мероприятий по арт-терапии;
- разработка памятки для семей о том, как вести себя с детьми с ограниченными возможностями здоровья;
- поиск спонсоров и единомышленников;
- поиск помещения;
- оформление арт-кафе;
- подведение итогов о проделанной работе;
- оформление отчета.

Планируемые результаты:

- уменьшение социальной изоляции и отчуждения детей с ограниченными возможностями здоровья;
- уменьшение социально-психологических проблем детей с ограниченными возможностями здоровья;
- увеличение круга общения детей с ограниченными возможностями здоровья;
- образование инклюзивного арт-пространства в городской среде для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Более подробные результаты и механизмы оценки результатов указаны в *Таблице 4.*

Таблица 4.

Ожидаемые результаты исследования

<i>Ожидаемые результаты</i>	<i>Механизмы оценки результатов</i>
<i>Положительные</i>	
Проведение мероприятий по арт-терапии по таким направлениям как: оригами, лепка, рисуночная терапия	Наблюдение, анкетирование, беседа
Создание условий для проведения занятий с детьми с ограниченными возможностями здоровья	Беседа, наблюдение, качественный анализ
Заинтересованность проектом населением города	Анкетирование, беседа
Поддержка и заинтересованность проектом городской администрацией г. Белгорода	Сотрудничество с городской администрацией г.Белгорода, письменные и устные отзывы
<i>Отрицательные</i>	
Отрицание проблемы, негативная реакция население и администрации города	Анкетирование, беседа, наблюдение, результаты мероприятий, индивидуальный подход

Полная смета проекта составляет 4,8 млн. рублей

Источники финансирования:

- целевые бюджетные средства администрации города Белгород;
- спонсорская помощь организаций, заинтересованных в осуществлении проекта;
- сбор средств на краудфандинговых платформах (Planeta, Boomstarter и т.д.).

Этапы реализации проекта.

I этап (Диагностический).

В ходе реализации диагностического этапа для открытия кафе проводится поиск спонсоров и помещения. Также заключение договоров на сотрудничество со специалистами Белгородской региональной общественной организации «Святое Белогорье против детского рака». Кроме этого, разрабатывается памятка для семей с детьми и с семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья, в которой отображены основные правила поведения с детьми с ограниченными возможностями здоровья (Приложение 2).

II этап (Реализация проекта).

На данном этапе происходит оформление арт-кафе, которое будет принимать и удовлетворять потребности в социализации различных категорий детей с ограниченными возможностями.

Арт-кафе разделено на 2 главных зоны:

- зона отдыха (основная зона, где располагаются столики кафе);
- зона работы (зона арт-кафе, где будут проводиться занятия: расположение бассейна с шарами, кинетического песка, полки с книги, рабочие столы) (Рисунок 6).

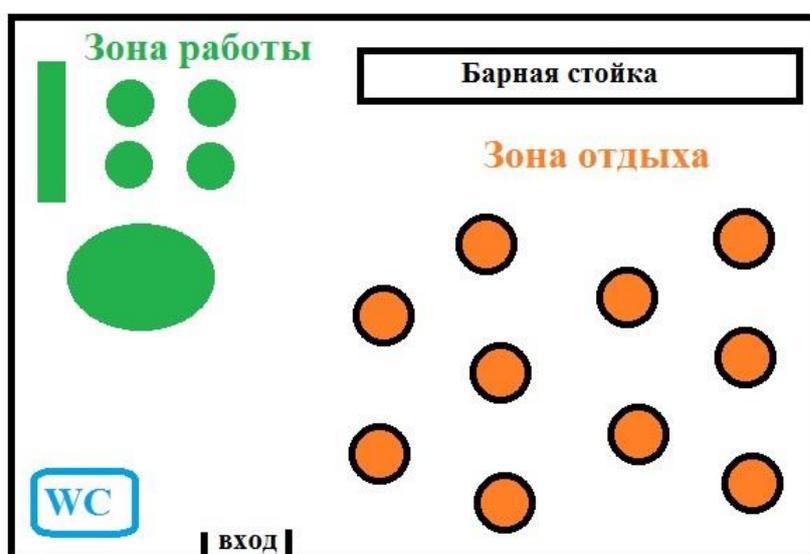


Рис. 6. План арт-кафе

Занятия будут проходить в смешанных группах, со здоровыми детьми. Кроме основных направлений арт-терапии, в программу инклюзии входят мастер классы по кулинарии, просмотр мультфильмов, проведение интеллектуальных игр.

В ходе реализации проекта разрабатывается план мероприятий по арт-терапии на год (Таблица 5).

Таблица 5.

Тематический план мероприятий по арт-терапии

№	Наименование разделов и тем	Всего часов
1	Введение	6
1.1	Набор в группу	4
1.2	Введение в образовательную программу	2
	Программа арт-терапевтических мероприятий	
2	Рисуночная терапия	68
2.1	Рисунок цветными карандашами	8
2.2	Рисунок цветными мелками	8
2.3	Рисунок акварельными красками	8
2.4	Рисунок гуашью	8
2.5	Рисунок с помощью ладошек	8
2.6	Рисунок песком	8
2.7	Рисунок из пшена	8
2.8	Рисунок кляксами	8
2.9	Итоговое занятие	4
3	Оригами	44
3.1	Цветы	8
3.2.	Птицы	8
3.3	Машинки	8
3.4	Самолетики	8
3.5	Геометрические фигуры	8
3.6	Итоговое занятие	4
4	Лепка	36

4.1	Пластилиновый мир животных	8
4.2	Пластилиновый мир растений	8
4.3	Животные из соленого теста	8
4.4	Растения из соленого теста	8
4.5	Итоговое занятие	4
5	Мультипликация	30
5.1	«МультТВ»	26
5.2	Просмотр мультфильма собственного производства	2
5.3	Итоговое занятие	2
6	Заключение	2
	Итого:	186

III этап (Оценка эффективности). На конечном этапе проекта проводится мониторинг эффективности проекта.

Целевые группы:

- дети;
- дети с ограниченными возможностями здоровья.

Рабочие группы:

- специалисты, которые проводят мероприятия в арт-кафе, которые направлены на социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья;

План-график проекта представлен в *Таблице 6.*

Таблица 6.

План-графика проекта

Вид мероприятия	Содержание мероприятий	Необходимые ресурсы	Ответствен. исполнители	Ожидаемые результаты	Сроки реализации
I этап (Предварительный)	Участие в конкурсе грандов, сбор средств на краудфандинговых платформах (Planeta,	Персональный компьютер, Интернет-ресурс, фотокамера.	Ходыкина Ю.С.	Сбор средств на реализацию проекта	01.06.16 31.08.17

	Boomstarter и т.д.)				
	Поиск спонсоров для реализации проекта	Договоры на сотрудничество	Ходыкина Ю.С.	Заключение договоров, сбор средств для реализации проекта	01.06.16 31.08.17
	Поиск помещения для арт-кафе	Интернет-ресурс,	Ходыкина Ю.С.	Аренда помещения для арт-кафе площадью 178 м ² .	01.06.17 31.08.17
	Разработка плана арт-кафе	Персональный компьютер	Ходыкина Ю.С.	План арт-кафе	01.09.16 31.05.17
	Разработка плана мероприятий на год	Персональный компьютер	Ходыкина Ю.С.	План мероприятий на год	01.04.17 31.04.17
	Разработка памятки «Правила поведения с детьми с ограниченными возможностями здоровья»	Персональный компьютер	Ходыкина Ю.С.	Памятка «Правила поведения с детьми с ограниченными возможностями здоровья»	01.05.17 30.05.17
II этап (Непосредственного осуществления намеченного)	Реклама арт-кафе	Персональный компьютер	Ходыкина Ю.С.	Освящение граждан г.Белгорода об открытии кафе	01.0.17 30.09.17
	Открытие арт-кафе	Участки открытия арт-кафе (художники, аниматоры, зрители)	Ходыкина Ю.С.	Работа арт-кафе	20.10.17
	Проведение мероприятий по арт-терапии, направленных на социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья	Канцелярские принадлежности (карандаши, краски, бумага, пластилин и т.д.)	Ходыкина Ю.С.	Организация мероприятий по арт-терапии, направленных на социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья	21.10.17 20.10.18
III этап (Подведение)	«Обратная связь» с семьями с детьми и	Опросный лист	Ходыкина Ю.С.	Оценка удовлетворит	21.10.18 21.11.18

ИТОГОВ)	с семьями с детьми с ограниченными возможностями здоровья			ельности семьями данного кафе	
	Подготовка и формирование отчета	Персональный компьютер	Ходыкина Ю.С.	Отчет о проделанной работе	21.11.18 21.12.18

Адресность. Мероприятия проекта направлены на семьи с детьми и семьи с детьми с ограниченными возможностями здоровья г. Белгорода. В реализации данного проекта заинтересованы, как сами дети с ОВЗ, так и администрация г. Белгорода (помощь в реализации программы «Доступная среда»). В качестве партнеров могут выступать как администрация г. Белгорода, так и неравнодушные люди к данной проблеме (сбор средств на краудфандинговых платформах (Planeta, Boomstarter и т.д.). В качестве потенциальных соискателей могут быть специалисты организации БРОО «Святое Белогорье против детского рака» и студенты НИУ «БелГУ».

Обоснование жизнеспособности и перспектив дальнейшего развития социального проекта. Социальный проект имеет положительную тенденцию развития после периода внедрения и завершения основного этапа реализации проекта, так как будет продолжаться деятельность и распространяться информация о деятельности арт-кафе после завершения основного этапа реализации проекта.

Ресурсы на реализацию проекта велики, но благодаря поддержки со стороны (поддержка администрацией г. Белгорода, спонсоры) вероятность достижения положительно эффекта велика.

При предварительном прогнозе можно выделить следующие риски проекта: недостаточное распространение информации; отрицание проблемы; негативная реакция население и администрации города.

Данные проблемы могут вызвать низкий процент вовлечения семей с детьми и с семей с детьми с ограниченными возможностями на муниципальном уровне.

Помощь в реализации мероприятий по арт-терапии, направленных на социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья могут оказать специалисты организации БРОО «Святое Белогорье против детского рака».

Создание инклюзивного арт-пространства в форме кафе, направленного на социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне, будет способствовать развитию тенденции к появлению подобных социальных проектов, разрушающих барьеры между обычными детьми и детьми с ограниченными возможностями здоровья и создающих доступную городскую среду.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья представляет собой комплекс мероприятий, деятельность которых направлена на реализацию мер социальной политики по созданию условий для независимой жизни детей с ограниченными возможностями здоровья, благодаря созданию широкого спектра услуг: информационных, социальных, образовательных, экономических, правовых и прочих услуг.

Процесс социализации детей с ограниченными возможностями здоровья является эффективным, если при интеграции в общество дети с ОВЗ приобретают социальные нормы поведения и ценности социального общества. С помощью процесса социализации детей с ограниченными возможностями здоровья решается комплекс проблем (социальные, экономические, психологические и др.). В связи с этим в работе рассмотрена инклюзия детей с ограниченными возможностями как социальная проблема.

Инклюзия – процесс увеличения степени участия детей с ограниченными возможностями здоровья в социальном обществе. Данный процесс включает в себя разработку и применение определенных решений, позволяющих всем членам общества равноправно принимать участие в общественной жизни. Инклюзия представляет собой процесс включения детей с ограниченными возможностями здоровья в активную общественную жизнь и он в одинаковой степени необходим для всех членов социального общества.

Однако инклюзия по отношению к людям с ограниченными возможностями здоровья представляет собой на сегодняшний день недостаточно развитую систему. Можно сказать, что процесс находится в стадии становления и развития, но пока он достаточно разрозненный: есть примеры инклюзии в социальном обслуживании, есть в образовательной среде, есть в досуговой – но эти примеры не носят системный характер.

Одним из оптимальных методов социализации детей с ограниченными возможностями здоровья является арт-терапия. Применение различных методик арт-терапии, направленных на социализацию детей с ОВЗ оказывает максимальное воздействие на все анализаторы, стимулирует функциональную активность мозга. В результате этого происходит формирование практических, предметных действий, что для детей с ограниченными возможностями здоровья имеет большое значение. Элементы арт-терапии (связь образа, символа и слова, интеграция с различными видами искусств, доступность разных технических средств и т.д.) положительно влияют на состояние детей с ограниченными возможностями здоровья: снижение эмоционально-психического напряжения, активизируется мышление и речь и т.д.

Благодаря арт-терапии дети с ограниченными возможностями здоровья знакомятся, раскрываются, познают новое. У детей с ОВЗ развиваются новые творческие способности, основы творческого мышления и воображения. Формируется стремление в направлении «я - хочу» и «я - могу», дети с ограниченными возможностями здоровья стремятся к самостоятельному творчеству. Развиваются такие навыки как самовыражение и самопознание, а также способность к конструктивным действиям.

Творчество помогает осознать себя, развивать новые навыки и умения, позволяет детям с ограниченными возможностями здоровья участвовать в жизни общества (принятие участия в различных конкурсах и выставках), расширяет диапазон восприятия окружающего мира (дети с ОВЗ общаются не только с ровесниками, но и взрослыми людьми).

Применение арт-терапии в обучении детей с ограниченными возможностями позволяет творчески подходить к решению проблемы их социализации. Искусство раскрывает все то, что дети не могут выразить обычным способом. При дальнейшем развитии творческого потенциала, обучающиеся будут способны к принятию решений, которые позволят им

воспринимать окружающих и не чувствовать себя отчужденными, иными словами успешно социализироваться в социум.

Именно поэтому нами предложен социальный проект, направленный на улучшение социализации детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне «Арт-кафе как форма инклюзивного пространства в городской среде», который может быть реализован в г.Белгороде в рамках государственной программы «Доступная среда» на 2011-2020 года. Основным методом реализации проекта является разработка комплекса методик арт-терапии, направленных на улучшение и развитие социальных навыков, самоуважения, коммуникативных навыков и стрессоустойчивости детей с ограниченными возможностями здоровья.

Планируемые результаты предлагаемого проекта состоят в уменьшении социальной изоляции и отчуждения детей с ограниченными возможностями здоровья; уменьшении социально-психологических проблем детей с ограниченными возможностями здоровья; увеличении круга общения детей с ограниченными возможностями здоровья; образовании инклюзивного арт-пространства в городской среде для детей с ограниченными возможностями здоровья.

Создание инклюзивного арт-пространства в форме кафе, направленного на социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья на муниципальном уровне, будет способствовать улучшению положения детей с ограниченными возможностями в социуме, развитию тенденции к появлению подобных социальных проектов, разрушающих барьеры между обычными детьми и детьми с ограниченными возможностями здоровья и создающих доступную городскую среду.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Акатов, Л. И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Акатов – М.: ВЛАДОС, 2003. – 368 с.
2. Ахметова, Д.З. Педагогика и психология инклюзивного образования / Д.З. Ахметова – Казаньяяя: Изд-во «Познание» Института экономики, управления и права, 2013. – 204 с.
3. Багаева, Г.Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Г.Н. Багаева, Т.А. Исаева. – М.: ВЛАДОС, 2005. – 451 с.
4. Бгажнокова, И.М. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития / И.М. Бгажнокова – М.: Педагогика, 2007. – 247 с.
5. Бондаренко, Б.С. Комплексная реабилитация детей с ограниченными возможностями вследствие заболевания нервной системы: методические рекомендации / Б.С. Бондаренко – М.: Владос, 2009. – 300 с.
6. Бурно, М.Е. Терапия творческим самовыражением / М.Е. Бурно – М.: Медицина, 1989. – 304с.
7. Буянов, М.И. Об узловых вопросах организации психотерапевтической помощи детям и подросткам / М.И. Буянов. – М.: Педагогика, 1971. –349 с.
8. Вартапетова, Г.М. Новые подходы к коррекционной работе с детьми с нарушением речи и опорно-двигательного аппарата в процессе подготовки к школе / Г.М. Вартапетова – Новосибирск: Изд-во НИПКИПРО, 2005. – 118 с.
9. Венгер, А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство / А.Л. Венгер – М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. – 265 с.
10. Выготский, Л. С. Основы дефектологии / Л.С. Выготский – Под ред. Т. А. Власовой. М., 1983. – 354 с.
11. Грабенко, Т.Н. Коррекционные, развивающие и адаптирующие игры. Методическое пособие для педагогов, психологов и родителей / Т.Н. Грабенко – Спб.: Изд-во: Детство-Пресс, 2004.-64 с.

12. Грегг, М. Ф. Тайный мир рисунка / М.Ф. Грегг – СПб.: Деметра, 2003. – 129 с.
13. Григорьева, Л.Г. Дети с проблемами в развитии / Л.Г. Григорьева – М.: Академкнига, 2002. – 213 с.
14. Гулинка, О.В. Геометрия жизни. Влияние формы упаковки на человека и ространство / О.В. Гулинка – Раскагин, №1(15), 2008. – с.56-62
15. Гусейнова, А.А. Детский церебральный паралич: Коррекционно-развивающая работа с дошкольниками / А.А. Гусейнова – М.: Книголюб, 2008. - 176 с.
16. Дементьева, Н.Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Н.Ф. Дементьева, Г.Н. Багаева, Т.А. Исаева. – М.: Академкнига, 2005. – 247 с.
17. Егорова, Т.В. Социальная интеграция детей с ограниченными возможностями / Т.В. Егорова – Балашов: Николаев, 2002. – 80 с.
18. Зинкевич–Евстигнеева, Т.Д. Основы сказкотерапии / Т.Д. Зинкевич–Евстигнеева – СПб.: Речь, 2007 – 196 с.
19. Зинкевич–Евстигнеева Т.Д. Путь к волшебству / Т.Д. Зинкевич–Евстигнеева – Спб.: Златоуст, 1998 – 355 с.
20. Исаев, Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции / Д.Н. Исаев – СПб.: Издательство ППМИ, 2003. – 186 с.
21. Киселева, М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей / М.В. Киселева – Спб.: Изд-во: Речь, 2008 – 159с.
22. Киселева, Н.А. Психологическое изучение детей с отклонениями в развитии / Н.А. Киселева, И.Ю. Левченко. – М.: Коррекционная педагогика, 2005. – 210 с.
23. Копытин, А.И. Арт-терапия. Хрестоматия / А.И. Копытин – Спб.: Изд-во: Питер, 2002.- 320с.
24. Копытин, А.И. Руководство по групповой арт-терапии / А.И. Копытин – Спб.: Изд-во: Речь, 2003 г.-320 с.

- 25.Копытин, А.И. Арт-терапия – новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. – М.:Когито-Центр, 2006. – 336с.
- 26.Копытин, А.И. Арт-терапия / ред.-сост. А. И. Копытин. – СПб., 2001. – 320с.
- 27.Копытин, А.И. Практикум по арт-терапии / Под ред. А. И. Копытина – СПб.: Питер, 2001. – 256 с.
- 28.Копытин, А.И. Системная арт-терапия [Текст] / А.И. Копытин – изд. «Питер». – 2001. – 216с.
- 29.Ланина, Е.А. Оценка развития сферы общественного питания белгородской области / Научное сообщество студентов XXI столетия. экономические науки: сб. ст. по мат. XXV междунар. студ. науч.-практ. конф. № 10(25).
- 30.Лебединская, К.С. Задержка психического развития / К.С. Лебединская – М.: Педагогика. – 2007. – 280 с.
- 31.Лебединский, В.В. Нарушение психического развития / В.В. Лебединский – М.: Педагогика. – 2004. – 306 с.
- 32.Левченко, И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько – М.: Изд-во Академия, 2001. -192 с.
- 33.Левченко, И.Ю. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании / И.Ю. Левченко – М.: Изд-во: Академия, 2001. – 248 с.
- 34.Лошакова, И. И. Интеграция в условиях дифференциации: проблемы инклюзивного обучения детей / И.И. Лошакова, Е.Р. Ярская-Смирнова – Саратов: Изд-во Педагогического института СГУ, 2002. – 136 с.
- 35.Маллер, А.Р. Воспитание и обучение детей с тяжелой интеллектуальной недостаточностью / А.Р. Миллер – М.: Издательский центр «Академии», 20010. – 208 с.
- 36.Маллер, А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями: Книга для родителей / А.Р. Миллер – М.: Педагогика – Пресс, 2006. – 284 с.

- 37.Мамайчук, И. М. Психокоррекция детей и подростков с нарушениями в развитии: Учебное пособие / И.М. Мамайчук – СПб., 2000. – 256 с.
- 38.Мардахаев, Л.В. Социально-педагогическая реабилитация детей с ДЦП / Л.В. Мардахаев – М.: Изд-во: МГСУ, 2001. - 195 с.
- 39.Мастюкова, Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии / Е. М. Мастюкова – М.: ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
- 40.Мудрик А. В. Социальная педагогика: Учебник для студ. пед. Вузов /А.В. Мудрик – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательский центр «Академия», 2000. – 264 с.
- 41.Мудрик, А. В. Социализация человека. / А. В. Мудрик. — М.: Академия, 2005. – 356 с.
- 42.Мухина, В. С. Психологическая помощь детям, воспитывающимся в учреждениях интернатного типа / В.С. Мухина – М.: ВЛАДОС, 1988. – 354 с.
- 43.Назарова, Н.М. Специальная педагогика / Н.М. Назарова – М.: Академия, 2010. – 356с.
- 44.Петкевича, О.М. Использование рисования при работе с детьми в травматических ситуациях / О.М. Петкевич – Школьный психолог. № 12, 2008. – С. 56-60
45. Пугачев, А.С. Инклюзивное образование / А.С. Пугачев – Молодой ученый. №10, 2012 – С. 374 - 377 .
- 46.Розанова, Л.В. Изучение психического развития аномальных детей /Л.В. Розанова – Дефектология №6, 1983. – С. 59-63
- 47.Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов / С.Я. Рубинштейн – М.: Просвещение, 1986. – 192 с.
- 48.Рувинский, Л.И.,. Психология самовоспитания / Л.И. Рувинский, А. Е. Соловьева. – М.: Просвещение, 1982. – 354 с.
- 49.Рудестам, К. Групповая психотерапия / К.Г. Рудестам – М.: Прогресс, 1990 – 250 с.
- 50.Семаго, Н.Я.Инклюзия как новая философия образования и практика / Н. Я. Семаго – Аутизм и нарушения развития. №4, 2010. С.1 – 9.

51. Слостенин, В. А. Психология и педагогика / В.А. Слостенин, В.П. Каширин – М.: Просвещение, 2001. – 364 с.
52. Соколова, Н.Д. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании / Н.Д. Соколова, Л.В. Калиникова. – М.: Академия, 2005. – 180 с.
53. Солодянкина, О.В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье / О.В. Солодянкина – М.: АРКТИ, 2007. – 80 с.
54. Сорокин, В.М. Специальная психология / В.М. Сорокин– СПб.: Речь, 2003. – 216 с.
55. Страхов, И. В. Психологические основы педагогического такта / И.В. Страхов – М.: Просвещение, 1972. – 324 с.
56. Стребелева, Е.А. Специальная дошкольная педагогика: Учебное пособие / Е.А. Стребелева, А.Л. Венгер, Е.А. Екжанова. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 312 с.
57. Сунцова, А.С. Теории и технологии инклюзивного образования: учебное пособие / А.С. Сунцова – Ижевск: Изд-во «Удмуртский университет», 2013. – 110 с.
58. Ульенкова, У. В. Проблемы изучения и коррекции задержки психического развития у детей / У.В. Ульенкова – М.: Просвещение, 1995. – 298 с.
59. Ушинский, К. Д. Избранные педагогические произведения / К.Д. Ушинский – М.: Просвещение, 1988. – 268 с.
60. Фадина, Г.В. Специальная дошкольная педагогика / Г.В. Фадина – Балашов: Николаев, 2004. – 80 с.
61. Фатихова, Л.Ф. Диагностика социального интеллекта детей с отклонениями в развитии. / Л.Ф. Фатихова – Научное творчество XXI века: материалы II Всероссийской научной конференции. – Красноярск // В мире научных открытий. – 2010. № 4 (10). Часть 8. – С. 82-84.

62.Филонов, Г. Н. Социальная педагогика. Управляемый потенциал и прикладные функции / Г.Н. Филонов – М.: ЦСП РАО, 1995. – 354 с.

63.Фирсов, М. В., Студенова Е. Г. Теория социальной работы / М.В. Фирсов, Е.Г. Студенова – М.: ВЛАДОС, 2001. – 198 с.

64.Ходыкина, Ю.С. Арт-терапия как метод социализации детей с умственной отсталостью / Ю.С. Ходыкина, О.В. Ковальчук // Социальная работа в современном мире: взаимодействие науки, образования и практика. Материалы VIII Международной научно-практической конференции, 2016 – С. 315-317

65.Ходыкина, Ю.С. Арт-кафе как форма инклюзивного пространства в городской среде / Ю.С. Ходыкина // Международная студенческая научно-практическая конференция «Новое поколение. Новая энергия. Новая эра», 2017. – С. 77-80

66.Ходыкина, Ю.С. Роль педагогики в социализации детей с умственной отсталостью / Ю.С. Ходыкина // XI Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы гуманитарных и социально-экономических наук», 2017. – С. 37-39

67.Ходыкина, Ю.С. Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья: проблемы и пути их решения / Ю.С. Ходыкина // XVIII Международная практическая конференция «Фундаментальные и прикладные исследования в современном мире», 2017. – С. 169-171

68.Ярская-Смирнова, Е.Р. Социальное конструирование инвалидности / Е.Р. Ярская-Смирнова – Социологические исследования. 1999. №4. – С. 38-45

69.Austin, V.L. Teachers' beliefs about co-teaching [Text] // Remedial and Special Education. - 2001. - № 22. - p. 245-255.

70. Detraux, J. and Dens, A. Special Education in Belgium [Text] // European Journal of Special Needs Education. - 1992. - Vol. 7. - №1. - p. 63-79.

71. Ghesquiere, P., Moors,G., Maes, B. Implementation of Inclusive Education in Flemish Primary Schools: a multiple case study [Text] // Educational Review. 2002. Vol. 54 (1). P. 47 - 56.

72. Giangreggio, M., Doyle, M. B. Integrazion scolastica in Italy: A Compilation of English-Language Resources [Text] // International journal of whole schooling. 2012. Vol. 8 (1). P. 63-105.

73. Kuglemas, J. Sustaining cultures of inclusion: The value and limitations of cultural analyses [Text] // European Journal of Psychology and Educatio. - 2006. - Vol. 21. - №3. - p.279-292.

74. McLesckey, J., Waldron, N.L. School change and inclusive schools: Lessons learned from practice // Phi Delta Kapan.-2002. - Vol.84. - №1. - p.65-72.

75. Nevin, A.I., Thousand, J.S., Villa, R.A. Collaborative teaching for teacher educators: What does the research say? [Text] // Teaching and teacher education. 2009. №25. P.569-574.

76. Petriwskyj, A. Diversity and inclusion in the early years [Text] // International Journal of Inclusive Education. -2009. -Vol.14.- №2. - p. 195-212.

77. Qi, H., Rabren, K. An examination of co-teaching: Perspectives and efficacy indicators [Text] // Remedial and Special Education. 2009. Vol. 30(5). P.259-268.

78. Г. М. Ферс Тайный мир рисунка. Исцеление через искусство / Г.М. Ферс – СПб Деметра, 2003. – 176 с [Электронный ресурс] – http://lib.druzya.org/art-ter/.view-fers_art.txt.full.html

79. Государственная программа «Доступная среда» на 2011–2020 годы [Электронный ресурс] – <http://government.ru/programs/215/events/>

80. Государственная программа РФ «Развитие образования на 2013-2020годы от 15.05.2013 №792-Р» [Электронный ресурс] – <http://legalacts.ru/doc/rasporjazhenie-pravitelstva-rf-ot-15052013-n-792-r/>

81. Карвасарский, Б.Д. Психотерапевтическая энциклопедия [Электронный ресурс] / Б.Д. Карвасарский – СПб.: Питер, 2000.

82. Ланина Е.А. Оценка развития сферы общественного питания Белгородской области / Е.А. Ланина - XXV международная студенческая научно-практическая конференция «Научное сообщество студентов XXI

столетия», № 10(25) – С. 125-127 [Электронный ресурс] – <https://sibac.info/studconf/econom/xxv/39538>

83. Т. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Игра с песком. Практикум по песочной терапии / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева – СПб.: Речь, 1998. – 245 с. [Электронный ресурс] – <http://zabolel.info/books/zinkevich-evstigneeva-td-chudesa-na-peske-metodicheskiy-praktikum-po-pesochnoy-igroterapii>

84. Шевченко, М.А. Психологические цветовые и рисуночные тесты для взрослых и детей / М.А. Шевченко – АСТ: Москва, 2015. – 144с. [Электронный ресурс] – <http://fictionbook.ru/static/trials/10423381.a4.pdf>

85. Юнеско [Электронный ресурс] – <http://ru.unesco.org/>

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА «МНЕ НРАВИТСЯ...»

1. Ф.И.О.
2. Сколько тебе лет?
3. В каком классе учишься?
4. Нравится рисовать?
5. Любишь делать поделки из пластилина?
6. Любишь заниматься рукоделием?
7. Нравится складывать из бумаги фигурки?
8. Любишь петь?
9. Нравится танцевать?
10. Любишь читать сказки?

Спасибо за ответы!

Памятка «Правила поведения с детьми с ограниченными возможностями здоровья»

1. Используйте доступный язык, выражайтесь точно и по делу. Обращайтесь непосредственно к ребенку. Избегайте словесных штампов и образных выражений, если только вы не уверены в том, что ваш собеседник с ними знаком.
2. Говоря о целях и задачах совместной деятельности, рассказывайте все «по шагам». Дайте ребенку возможность обыграть каждый шаг после того, как вы объяснили ему последовательность работы.
3. Обращайтесь с ребенком с ограниченными возможностями здоровья точно так же, как вы бы обращались с любым другим. В беседе обсуждайте те же темы, какие вы обсуждаете с другими ребятами. Например, планы на день, погода, важные события.
4. При встрече с человеком с ослабленным зрением обязательно называйте себя и всех, кто с вами. Если у вас общая беседа в группе, не забывайте пояснить, к кому в данный момент вы обращаетесь и назвать себя.
5. Обращайтесь с детьми с ограниченными возможностями здоровья по имени, а уже с подростками – как со взрослыми.
6. Предлагая помощь, подождите, пока ее примут, а затем спрашивайте, что и как делать. Если не поняли, не стесняйтесь – переспросите.
7. Опирайтесь или повиснуть на чьей-то инвалидной коляске – то же самое, что опираться или повиснуть на ее обладателе.
8. Разговаривая с человеком, испытывающим трудности в общении, слушайте его внимательно. Будьте терпеливы, ждите, пока он сам закончит фразу. Не поправляйте и не договаривайте за него. Не стесняйтесь переспрашивать, если вы не поняли собеседника.
9. Чтобы привлечь внимание человека, который плохо слышит, помашите ему рукой или похлопайте по плечу. Смотрите ему прямо в глаза и говорите четко.

10. Не смущайтесь, если случайно сказали: «Увидимся» или: «Вы слышали об этом...?» тому, кто на самом деле не может видеть или слышать.