

## ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ ПОДХОД К КОМПЛЕКСНОЙ КОРРЕКЦИОННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Вся история специальной педагогики может быть представлена как история развития теории и практики коррекционной работы. На рубеже XIX и XX веков широко были распространены уроки сенсомоторной культуры и психической ортопедии, что представляет собой пример прямого вида коррекции — проведение тренинга с использованием специальных дидактических материалов и приемов коррекционного воздействия, планирования содержания и прогнозирования результатов работы во времени. Во второй половине XX века коррекционная работа в специальных школах стала сливаться с учебно-воспитательным процессом, порой растворяясь в нем, а к концу столетия даже уходить, где-то «по-английски», а где-то и даже громко хлопнув дверью. В начале XXI века ситуация стала меняться: помимо традиционных форм и средств активно начинают использоваться альтернативные.

Модели коррекционной работы определялись двумя основными парадигмами инвалидности: *медицинская модель* (варианты модели: «Сегрегация», «Дискриминация», «Защищённость» и др.). В рамках этой модели основное направление деятельности – минимизация нарушений через медицинское вмешательство и терапию. От детей с инвалидностью ожидается приспособление к окружающей среде и социуму. Если ребенок не может выполнять некое функциональное действие из-за своего нарушения, проблема ищется не в том, как организованно это действие и как его лучше организовать, а в самом ребенке, который не может это действие произвести.

Несмотря на ряд негативных сторон медицинской модели инвалидности, человечество обязано ей научными открытиями, направленными на разработку методов диагностики многих патологических состояний, ведущих к тяжелой инвалидности, а также методов профилактики и медицинской коррекции, которые позволяют нивелировать действие первичного дефекта, вовремя обнаруживать реабилитационное ядро, что способствуют снижению степени инвалидности. Сегодня высокотехнологичные решения, лекарства и методы терапии носят куда более конструктивный характер, к примеру, слуховые аппараты на цифровой основе для лиц с нарушениями слуха.

*Социальная модель* (варианты: модель независимой жизни, интеграция и др.). Согласно этой модели человек рассматривается во всем многообразии его отношений с окружающим миром и основная задача – помочь ему научиться активно взаимодействовать с этим миром, почувствовать себя в нем комфортно. В центре внимания – мера социальной включенности ребенка, его социальные роли, функции, социальное положение. Социальная модель основывается на абсолютно разных определениях нарушения и инвалидности, пропагандирует равноправие всех детей и предоставление всем равных возможностей при получении образования. Акцент делается на обеспечение каждому ребенку максимально полноценного проживания жизни здесь и сейчас в соответствии с его возрастными и культурными потребностями. В контексте социальной модели стараются восстановить, развить, компенсировать не просто отдельную психофизическую функцию, а нормализовать деятельность в различных сферах (учебной, коммуникативной, обслуживающей и др.). Здесь в поле зрения специалиста попадают как раз таки ограничения жизнедеятельности, то, что ребенок не может делать самостоятельно или с помощью.

При этом социальная модель реабилитации переносит решение проблемы во вне, ставит во главу угла работу с условиями, изменение и приспособление которых призвано повысить функциональные способности человека. Педагог, ориентирующийся в работе на данную модель реабилитации, направляет свою работу, как на развитие психофизических функций ребенка, так и на создание адекватной его потребностям образовательной среды. Понимание и принятие социального подхода к инвалидности позволяет повышать самооценку людей с инвалидностью, что дает им возможность обрести социальную мобильность.

Модель независимой жизни лиц с ограниченными возможностями заключается в их в максимальном развитии и использовании способностей к самообслуживанию, самопомощи и самообеспечению. Независимая жизнь – это не только социально-психологическая установка на полноценную интеграцию инвалидов в социальное и творческое развитие. В философском понимании независимая жизнь – это способ мышления, психологическая ориентация личности, которая зависит от её взаимоотношений с другими людьми, обществом и окружающей средой. В социально-политическом значении независимая жизнь – это право человека быть неотъемлемой частью общества и принимать активное участие во всех аспектах его жизни, право на свободу выбора и самоопределение.

Основные различия между двумя моделями представлены в таблице «**Модели реабилитации**»

<i>Медицинская</i>	<i>Социальная</i>
Ребенок с особенностями развития рассматривается как больной.	Каждый ребенок ценен и принимается таким, какой он есть; различия приветствуются и принимаются.

В центре внимания нарушения и диагноз.	Подчеркиваются сильные стороны ребенка, выявляются его особенности.
Навешивание ярлыков	Определение особых потребностей и специальных условий для их удовлетворения.
«Если больной, надо лечить!» (амбулаторно или в стационаре).	Необходимо дать образование, которое позволит реализовать потенциал.
Изоляция, временная или постоянная.	Проживание в семье и приближение специальной помощи по месту жительства. Совместное обучение с нормально развивающимися детьми.
Сегрегация и предоставление отдельных, особых услуг (в основном уход и тренировка отдельных функций).	Доступность стандартных услуг с использованием дополнительных ресурсов.
Общество делится на полноценное большинство и неполноценное меньшинство.	Единое общество людей с разными проблемами.

Таким образом, различия в понимании механизмов возникновения и преодоления ограничений жизнедеятельности обусловили существование двух основных моделей реабилитации «медицинской», делающей ставку на лечение и тренировку отдельных функций, и «социальной», обеспечивающей нормализацию жизнедеятельности, в первую очередь, за счет активизации факторов среды. Однако в настоящее время делать однозначный выбор между ними нецелесообразно, эффективнее развивать **био-социальную модель (медико-социальную модель)**, которая базируется на представлении о том, что инвалидам для интеграции в общество необходима всесторонняя комплексная помощь. При этом предлагается как медицинская помощь, так и помощь социального характера, предоставляющая инвалиду возможность ресоциализации, восстановления старых социальных связей или создания новых согласно с возникшим социальным статусом. Во многом такая помощь направлена на формирование инвалида как личности, адаптированной к существующим социальным условиям, т.е. на изменение самого индивида. Это естественное желание, т.к. в человеке должны гармонично сочетаться физиологические, психологические и социальные качества. Новое физиологическое состояние изменяет сложившийся баланс и требует для приведения «в равновесие» изменение и других сторон.

Рассматривая функционирование детей с особенностями психофизического развития, акцентируют внимание не столько на нарушениях функций отдельных органов и систем (нарушения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, познавательной деятельности, волевой регуляции и т.д.), а сколько на их возможности деятельности и участия, а также связанные с ними ограничения. При описании такого ребенка наряду с клиническим диагнозом используют функциональный диагноз.

**Функциональный диагноз** – комплексная характеристика индивидуальных особенностей психосоциального развития, включающая в себя: оценку проявления нарушений, оценку сформированности основных социальных навыков (поведенческих, коммуникативных, учебно-познавательных).

Представление о ребенке с особенностями психофизического развития будет более адекватным, если его дополнить еще такими характеристиками как позитивные стороны физического, психического и личностного облика, а также социальный прогноз. Создание позитивного облика ребенка – это последовательная фиксация в сознании педагога реально сильных, привлекательных сторон его развития: физического (сила, подвижность, опрятность и др.), психического (внимательность, хорошая память, эмоциональность и др.), личностного (доброжелательность, послушность, вежливость и др.). Позитивные стороны физического, психического и личностного облика ребенка – это та основа, которая обеспечивает устойчивую положительную установку на взаимодействие с ним, веру в его потенциальные возможности и положительную динамику развития.

Социальный прогноз представляет собой оценку возможной степени самостоятельности ребенка в повседневной жизнедеятельности (в самообслуживании, быту, коммуникации и т.д.), перспектив его профессиональной подготовки, трудоустройства или трудовой занятости, а также вовлечения в творческую деятельность, спорт, досуг. Социальный прогноз – это осознанный результат, на который призваны работать семья и система образования.

Выбор коррекционных занятий, формы их проведения, количества часов на их проведение осуществляет учитель-дефектолог на основе изучения психофизиологических особенностей для каждого ребенка индивидуально – выбор должен быть психофизиологически обоснован, социально и педагогически целесообразен, иметь коррекционно-развивающий эффект.

Коррекционный цикл должен быть как можно более гибким и мобильным. Например, коррекционные занятия по двигательной мобильности могут включать в себя музыкально-ритмические занятия, сенсорному развитию – занятия по развитию познавательной деятельности.

Направления коррекционных занятий следует отбирать в зависимости от имеющихся у детей нарушений: преимущественно двигательных; преимущественно речевых; сочетания двигательных и речевых нарушений; недостатков общего психического развития и др.

Реализация задач коррекционно-развивающей работы осуществляется на основе *функционального подхода*, который является одним из новых концептуальных ориентиров развития содержания специального образования и заключается в формировании комплекса жизненных умений, необходимых для самостоятельного функционирования в социуме. Структурные компоненты данного подхода:

1. Функциональные области – сферы повседневной деятельности человека (режимные моменты связанные с самообслуживанием, социальное взаимодействие, коммуникация, досуг и пр.).

2. Уровни функционирования человека:

- функционирование на уровне организма человека: *функции органов и систем организма;*

- функционирование человека, отраженное в деятельности: *способность выполнять действия (деятельность);*

- функционирование человека в социальном окружении: *способность участвовать в социальном взаимодействии.*

3. Функциональные умения – конкретные действия, которые ежедневно осуществляются в различных функциональных областях для обеспечения нормальной жизнедеятельности.

4. Функциональные ограничения – трудности субъекта в выполнении действий и сохранении активности в ряде функциональных областей.

5. Функциональный статус – «портрет умелости» личности, который отражает уровень развития ее функциональных умений в различных областях.

Итак, коррекционно-реабилитационная направленность деятельности в работе с детьми, имеющими психофизические нарушения, представляет собой достаточно сложную систему связей и отношений на разных уровнях: физиологическом, педагогическом, психологическом и социальном. Достижение целей и выполнение задач в системе работы возможно при взаимосвязанном использовании традиционных и альтернативных средств коррекции. В настоящее время оба вида коррекции существуют на равных и взаимно дополняют друг друга, что позволяет более точно попадать в «терапевтические мишени».

Литература:

1. Варенова, Т.В. Коррекция развития детей с особыми образовательными потребностями: Учебно-методическое пособие / Т.В. Варенова. – М.: Форум, 2012. – 270 с.

2. Малофеев, Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа. В 2 частях, ч.2/ Н.Н. Малофеев. – М.: Просвещение, 2009. – 319 с.

3. Kevin, D. Functional literacy, educational attainment and earnings: a multi-country comparison / D. Kevin, H. Colm, V. O’Sullivan //University College Dublin. Institute for the study of social change – 2003.