

Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Северо-Осетинский государственный университет
имени Коста Левановича Хетагурова»

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«История и философия образования лиц с ОВЗ»

Направление подготовки 44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность (профиль)

программа: «Обучение и реабилитация детей с расстройствами аутистического спектра»

Составитель: профессор кафедры педагогического образования Л.Б. Гацалова

Методические материалы, определяющие процедуры оценивания знаний, умений, навыков и (или) опыта деятельности

Методические рекомендации по дисциплине

Вид работ	Методические рекомендации
лекции	В ходе лекционных занятий вести конспектирование учебного материала. Обращать внимание на категории, формулировки, раскрывающие суть тех или иных явлений и процессов, научные выводы и практические рекомендации, положительный опыт в ораторском искусстве. Желательно оставить в рабочих конспектах поля для пометок.
практические занятия	Работа на практических занятиях предполагает активное участие в дискуссиях. Важной формой самостоятельной работы обучающегося является систематическая и планомерная подготовка к практическому занятию. После лекции следует познакомиться с планом практических занятий и списком обязательной и дополнительной литературы, которую необходимо прочитать, изучить и законспектировать. Разъяснение по вопросам новой темы даются преподавателем в конце предыдущего практического занятия.
самостоятельная работа	САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА требует, прежде всего, чтения рекомендуемых источников и монографических работ, их реферирования, подготовки докладов и сообщений. Важным этапом в самостоятельной работе является повторение материала по конспекту лекции. Одна из главных составляющих внеаудиторной подготовки – работа с книгой. Она предполагает: внимательное прочтение, критическое осмысление содержания, обоснование собственной позиции по дискуссионным моментам, постановки интересующих вопросов, которые могут стать предметом обсуждения на семинаре. При работе с терминами необходимо обращаться к словарям, в том числе доступным в Интернете, например, на сайте http://dic.academic.ru .
Сообщение	<p>Подготовка и выступление с сообщением является важной частью самостоятельной работы студента. Каждый студент должен выступить с сообщением два раза за период изучения дисциплины. Темы сообщений распределяются преподавателем, ведущим практические занятия, в начале семестра с учетом профиля специальности и интересов студентов. Преподаватель и студенты могут предложить собственные темы.</p> <p>Оптимальная продолжительность устного выступления – 7-8 минут, оптимальный объем текста сообщения – 8-10 страниц. В этом случае не весь текст должен быть зачитан, необходимо выделить наиболее важные, узловые проблемы и сосредоточить на них внимание.</p> <p>Поскольку тематика сообщений различна, трудно выработать единые рекомендации по их написанию. Обратите, однако, внимание, на следующее:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подготовка сообщения должна вестись преимущественно на основе научной, а не учебной литературы; при подборе литературы пользуйтесь списком литературы к программе курса «Этнология Юга России», а также каталогами университетской и краевой научной библиотек; • старайтесь привнести поисковый элемент в подготовку сообщения; привлекайте дополнительную, не указанную в учебных материалах кафедры литературу, формулируйте и аргументируйте собственную позицию, приводите новые факты. Только проблемное сообщение может получить высшую оценку. <p><i>Требования к оформлению сообщения</i></p> <p>Сообщение должно быть оформлено с использованием компьютера и принтера на одной стороне бумаги формата А4 через полтора интервала. Цвет шрифта должен быть черным, высота букв, цифр и других знаков не менее 1.8 (шрифт Times New Roman, 14 пт.). Текст следует печатать, соблюдая следующие размеры полей: верхнее и нижнее — 20 мм, левое — 30 мм, правое — 10 мм. Абзацный отступ должен быть одинаковым по</p>

	<p>всему тексту и составлять 1,27 см. Выравнивание текста по ширине. Разрешается использовать компьютерные возможности акцентирования внимания на определенных терминах, формулах, применяя выделение жирным шрифтом, курсив, подчеркивание. Перенос слов недопустим. Точку в конце заголовка не ставят. Если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой. Подчеркивание заголовка не допускается. Расстояние между заголовками раздела, подраздела и последующим текстом так же, как и расстояние между заголовками и предыдущим текстом, должно быть равно 15мм (2 пробела).</p> <p>Название каждой главы и параграфа в тексте работы можно писать более крупным шрифтом, жирным шрифтом, чем весь остальной текст. Каждая глава начинается с новой страницы, параграфы (подразделы) располагаются друг за другом.</p> <p>В тексте сообщения рекомендуется чаще применять красную строку, выделяя законченную мысль в самостоятельный абзац. Перечисления, встречающиеся в тексте сообщения, должны быть оформлены в виде маркированного или нумерованного списка.</p> <p>Все страницы обязательно должны быть пронумерованы. Нумерация листов должна быть сквозной. Номер листа проставляется арабскими цифрами. Нумерация листов начинается с третьего листа (после содержания) и заканчивается последним. На третьем листе ставится номер «3». Номер страницы на титульном листе не проставляется. Номера страниц проставляются в центре нижней части листа без точки. Список использованной литературы и приложения включаются в общую нумерацию листов.</p> <p>Рисунки и таблицы, расположенные на отдельных листах, включают в общую нумерацию листов и помещают по возможности следом за листами, на которых приведены ссылки на эти таблицы или иллюстрации. Таблицы и иллюстрации нумеруются последовательно арабскими цифрами сквозной нумерацией. Допускается нумеровать рисунки и таблицы в пределах раздела. В этом случае номер таблицы (рисунка) состоит из номера раздела и порядкового номера таблицы, разделенных точкой.</p>
Оформление литературы (к сообщению, докладу, реферату, курсовой работе, ВКР и др.	<p>Каждый источник должен содержать следующие обязательные реквизиты:</p> <ul style="list-style-type: none"> - фамилия и инициалы автора; - наименование; - издательство; - место издания; - год издания; - страницы.
Оформление приложения (к сообщению, докладу, реферату, курсовой работе, ВКР и др.	<p>В конце работы размещаются приложения. В тексте на все приложения должны быть даны ссылки. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием наверху посередине страницы слова «Приложение» и его номера. Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой.</p>
доклад	<p>Доклад - краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определённой научной (учебно-исследовательской) темы, в рамках которой автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на неё. Тема доклада (его объем - от 10 до 15 машинописных страниц без учета приложений) соответствует одному из вопросов, номер которого совпадает с последней цифрой номера студента в списке группы. На основе реферативного обзора готовится выступление по рассматриваемой проблеме на 5-7 минут.</p> <p>Структура доклада включает в себя: титульный лист, содержание, введение, разделы основной части, заключение, список использованных источников и возможно приложения.</p> <p>Текст доклада необходимо набирать на компьютере на одной стороне</p>

	<p>листа. Размер левого поля 20 мм, правого -10мм, верхнего -20мм нижнего - 20мм. Шрифт Times New Roman, размер -14, межстрочный интервал -1,5. Фразы, начинающиеся на с новой строки, печатаются с абзацным отступом от начала строки. Доклад, выполненный небрежно, неразборчиво, без соблюдения требований по оформлению, возвращается студенту без проверки с указанием причин возврата на титульном листе.</p>
реферат	<p>Реферат – продукт самостоятельной работы аспиранта, представляющий собой краткое изложение в письменном виде полученных результатов теоретического анализа определенной научной (учебно-исследовательской) темы, где автор раскрывает суть исследуемой проблемы, приводит различные точки зрения. В РПД приводится перечень тем, среди которых аспирант может выбрать тему реферата. С защитой своего реферата аспирант выступает на семинарском занятии (время выступления – 10 мин.). При оценке реферата (собственно текста и процедуры защиты) критериями выступают:</p> <ul style="list-style-type: none"> – информационная достаточность; – соответствие материала теме и плану; – стиль и язык изложения (целесообразное использование терминологии, пояснение новых понятий, лаконичность, логичность, правильность применения и оформления цитат и др.); – наличие выраженной собственной позиции; – адекватность и количество использованных источников (7– 10); – владение материалом.
конспект	<p>Конспект позволяет формировать и оценивать умения аспирантов по переработке информации. При оценке конспекта критериями выступают:</p> <ul style="list-style-type: none"> – оптимальный объем текста (не более одной трети оригинала); – логическое построение и связность текста; – полнота/ глубина изложения материала (наличие ключевых положений, мыслей); – визуализация информации как результат её обработки (таблицы, схемы, рисунки); – оформление (аккуратность, соблюдение структуры оригинала).
презентация	<ol style="list-style-type: none"> 1) Не перегружать слайды текстом. 2) Наиболее важный материал лучше выделить. 3) Не следует использовать много мультимедийных эффектов анимации. Особенно нежелательны такие эффекты, как вылет, вращение, побуквенное появление текста. Оптимальная настройка эффектов анимации – появление, в первую очередь, заголовка слайда, а затем текста по абзацам. При этом если несколько слайдов имеют одинаковое название, то заголовок слайда должен постоянно оставаться на экране. 4) Чтобы обеспечить хорошую читаемость презентации необходимо подобрать темный цвет фона и светлый цвет шрифта. 5) Текст презентации должен быть написан без орфографических и пунктуационных ошибок.
Аналитический обзор литературы	<p>документ, который содержит информацию, полученную на основе анализа, систематизации и обобщения источников по определенной теме, позволяющий оценить способность аспиранта систематизировать, обобщать, анализировать источники по теме и применять их при решении конкретных исследовательских задач.</p> <p>Во введении к аналитическому обзору должно быть подчеркнуто значение и приведена краткая история вопроса, указана его взаимосвязь со смежными областями, определено назначение обзора.</p> <p>Текст аналитического обзора, который представляет собой последовательное, логически связанное изложение идей и фактов, должен быть не механическим пересказом источников, а творческим синтезом, обобщением содержащихся в них важнейших сведений. При необходимости обзор иллюстрируется фотографиями, графиками, диаграммами и т.п.</p> <p>В заключении должен быть подведен сравнительный итог главных</p>

	положений и сведений, дана критическая оценка. Обзор заканчивается списком использованных источников, расположенных в той последовательности, в которой они упоминались в тексте.
Аннотированный список литературы	документ, содержащий краткое содержание рукописи, монографии, статьи или книги по определенной теме, позволяющий оценить способность систематизировать и обобщать источники, применять их при решении конкретных исследовательских задач
Составление аннотации на статью	<p>Фамилия автора И.О. Название статьи // Название сборника. Город: Издательство, год. С. ...-... (вариант: Фамилия автора И.О. Название статьи // Название журнала. Год. № ... С....-...)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Статья посвящена (предмет исследования или основной исследовательский вопрос). 2. Фраза по существу предмета исследования. 3. На основе таких-то подходов ИЛИ анализируя такие-то данные (или и то и другое), автор показывает(конкретно, что получилось у автора в результате размышлений и исследований). 4. Фраза по существу находок, выводов, открытий. 5. Автор полагает, что ... (о финальных выводах или рекомендациях, содержащиеся в статье). <p>Аннотация на каждую статью должна иметь лаконичную, конкретную языковую форму, при этом содержать емкую характеристику научной статьи, без второстепенной и посторонней информации. Не рекомендуется приводить цитаты из статьи.</p> <p>В аннотации должна использоваться общепринятая лексика и терминология, простые языковые конструкции. Малопонятные слова должны быть разъяснены в аннотации.</p> <p>В тексте аннотации допускаются только общепринятые сокращения слов</p> <p>Объем издательской аннотации, как правило, не превышает 500-600 печатных знаков, или абзац, содержащий 10-12 строк.</p>
Творческий проект	<p>Форма контроля, нацеленная на проверку информационно-коммуникативных компетенций студента.</p> <p>Творческий проект – это самостоятельная исследовательская работа, в которой автор раскрывает суть исследуемой проблемы; приводит различные точки зрения, а также собственные взгляды на нее. Содержание творческого проекта должно быть логичным; изложение материала должно носить проблемно-тематический характер; в тексте должна прослеживаться самостоятельная авторская позиция.</p> <p>Творческий проект стимулирует раскрытие исследовательского потенциала студента, способность к творческому поиску, сотрудничеству, самораскрытию и проявлению возможностей.</p> <p>Автор творческого проекта должен продемонстрировать уровень достигнутой мировоззренческой, общекультурной компетенции, т.е. продемонстрировать знания о реальном мире, о существующих в нем связях и зависимостях, проблемах, о ведущих мировоззренческих теориях, умении проявлять оценочные знания, изучать теоретические работы, использовать различные методы исследования, применять различные приемы творческой деятельности.</p> <p>Структура проекта. Творческий проект должен состоять из следующих частей: введение, первая часть (реферативная), вторая часть (исследовательская), заключение.</p> <p>Введение – это постановка проблемы, обоснование актуальности темы, определение цели и задач исследования.</p> <p>Первая часть – это степень разработанности проблемы в социогуманитарном знании и вывод, что осталось за рамками этих исследований.</p> <p>Вторая часть – собственное исследование, обоснование своей точки зрения на анализируемую проблему.</p>

	<p>Заключение – выводы, к которым пришел студент в результате изучения состояния вопроса и собственного исследования.</p> <p>В конце проекта обязательно должен быть представлен список использованной литературы (не менее пяти источников).</p> <p>Объем работы – 1 печатный лист (24 страницы машинописного текста). Время отведенное на защиту проекта 10 минут, время на обсуждение проекта – 5 минут. Выступление и защита проекта должна сопровождаться презентацией.</p> <p>При оценке творческого проекта учитывается объем проделанной работы, компетентность студента в избранной области, самостоятельность в подходах, суждениях, выводах; творческий подход к решению проблемы, культура оформления работы, грамотность.</p> <p>Целью выполнения творческого проекта выступает формирование навыков критического анализа текстов как классиков этнологии, так и современных ученых-мыслителей, выражение своего отношения к изложенным в них точкам зрения на основные проблемы, умение применять полученные знания для постановки и решения исследовательских задач, связанных с изучением студентами той или иной области знания.</p> <p>Процедура проведения этой формы учебной деятельности включает в себя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - знакомство обучающегося с темами проектов - подбор и анализ литературы по теме проекта - создание мультимедийной презентации проекта - подготовка к выступлению с докладом по теме проекта на занятии - выступление с докладом по теме проекта - оценка содержания выступления студентами и преподавателем. <p>Темы проектов повышенного уровня дают возможность обучающимся самостоятельно провести расширенный анализ проблемы с использованием научной и иной литературы по теме, сделать выводы, обобщающие как научные взгляды, так и авторскую позицию по проблеме. Базовый уровень нацелен на изложение имеющихся научных исследований по теме доклада.</p> <p>Для подготовки к данному оценочному мероприятию необходимо проанализировать предложенную тему проекта, подобрать литературу, продумать содержание, оформить проект.</p> <p>При проверке задания, оцениваются:</p> <ul style="list-style-type: none"> - соответствие содержания теме проекта - соответствие требованиям к структуре доклада и объему - самостоятельность выполнения - обоснованность, четкость, лаконичность ответа по теме проекта - уровень освоения темы и изложения материала -правильность (уместность и достаточность) используемой информации - научность и самостоятельность устного и письменного изложения проекта.
Тематическая презентация к проекту	<p>При подготовке тематической презентации следует помнить, что существуют требования к созданию и предъявлению слайдов. Слайды в презентации должны быть простыми и не содержать более чем семь строчек текста в каждом. Перегрузка текстом приводит к тому, что слайды становятся трудночитаемыми, особенно для тех, кто сидит далеко: это вызывает у людей разочарование и антипатию к лектору или его выступлению.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Требования к тексту <ul style="list-style-type: none"> • не пишите длинно; • разбивайте текстовую информацию на слайды; • используйте заголовки и подзаголовки; • для повышения удобочитаемости используйте: форматирование, списки, подбор шрифтов. 2. Требования к фону

	<p>Рекомендуется использовать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • синий на белом, • черный на желтом, • зеленый на белом, • черный на белом, • белый на синем, • зеленый на красном, • красный на желтом, • красный на белом, • оранжевый на черном, • черный на красном, • оранжевый на белом, • красный на зеленом. <p>3. Требования к иллюстрациям</p> <ul style="list-style-type: none"> • Чем абстрактнее материал, тем действеннее иллюстрация. • Что можно изобразить, лучше не описывать словами. • Изображать то, что трудно или невозможно описать словами. • Используйте анимацию, как одно из эффективных средств привлечения внимания пользователя и управления им. • Используйте видеоинформацию, позволяющую в динамике демонстрировать информацию в режиме реального времени, что недоступно при традиционном обучении. • Помните, что видеоинформация требует больших затрат вычислительных ресурсов и значительных затрат на доставку и воспроизведение изображения. <p>4. Требования к звуку</p> <ul style="list-style-type: none"> • Избыток звука недопустим, т.к. может раздражать обучаемого. • Наилучший результат достигается при использовании коротких озвученных текстов, усиливающих ключевые моменты курса. • Одновременное наличие речевого сопровождения и читаемого текста на экране, как правило, воспринимается негативно. Большинство обучаемых читают текст гораздо быстрее, чем говорит диктор, что быстро начинает раздражать. • Наличие длинных текстов, которые читаются диктором не дословно, с различными вариациями, очень сильно отвлекает обучаемого от собственно темы обучения на поиск несоответствий, что крайне вредно для процесса обучения. • Использование текстов, произносимых от первого или второго лица, в значительной степени способствует вовлечению обучаемого в процесс. • Если есть возможность использовать в курсе виртуальных персонажей (агентов), способных «общаться» с обучаемым от первого лица, то эффективность восприятия темы значительно возрастает. <p>Критерии оценки презентации</p> <p>1. Содержательный критерий: правильный выбор темы, знание предмета и свободное владение текстом, импровизация, речевой этикет.</p> <p>2. Логический критерий: стройное логико-композиционное построение речи, доказательность, аргументированность.</p> <p>3. Речевой критерий: использование языковых (метафоры, фразеологизмы, пословицы, поговорки и т.д.) и неязыковых (поза, манеры и пр.) средств выразительности; фонетическая организация речи, правильность ударения, четкая дикция, логические ударения и пр.</p> <p>4. Психологический критерий: взаимодействие с аудиторией (прямая и обратная связь), знание и учет законов восприятия речи, использование различных приемов привлечения и активизации внимания.</p> <p>5. Критерий соблюдения дизайн-эргономических требований к</p>
--	---

	<p>компьютерной презентации:</p> <p>соблюдены требования к первому и последним слайдам, прослеживается обоснованная последовательность слайдов и информация на слайдах, необходимое и достаточное количество фото-и видеоматериалов, учет особенностей восприятия графической (иллюстративной) информации, корректное сочетание фона и графики, дизайн презентации не противоречит ее содержанию, грамотное соотнесение устного выступления и компьютерного сопровождения, общее впечатление от мультимедийной презентации.</p>
Собеседование	<p>Собеседование – средство контроля, организованное как специальная беседа преподавателя с обучающимся на темы, связанные с изучаемой дисциплиной и рассчитанное на выяснение объема знаний аспиранта по определенному вопросу (из перечня вопросов к зачету. При оценивании результатов собеседования критериями оценки результатов выступают:</p> <ul style="list-style-type: none"> – усвоения знаний (глубина, прочность, систематичность знаний); – умений применять знания (адекватность применяемых знаний в конкретной ситуации); – рациональность используемых подходов, умение логически выстроить ответ; – сформированность профессионально значимых личностных качеств; – коммуникативные навыки (умение поддерживать и активизировать беседу).
контрольная работа	<p>Контрольная работа -письменная работа, выполняемая по дисциплине, в рамках которой раскрываются конкретные темы с целью оценки качества усвоения студентами отдельных, наиболее важных разделов, тем и проблем изучаемой дисциплины. Оценить умение обучающегося письменно излагать материал по конкретной теме, аргументировано и структурировано излагать суть поставленной проблемы, анализировать представленные позиции, делать выводы и уметь представить собственную позицию по поставленной проблеме.</p> <p>Студенты заочной формы обучения в соответствии с учебным планом и программой выполняют по курсу дисциплины одну контрольную работу. Контрольная работа включает один теоретический вопрос. Вариант задания на контрольную работу определяется преподавателем.</p> <p>Выполняя контрольную работу, необходимо показать умение правильно, коротко и четко излагать усвоенный материал. В процессе подготовки к выполнению контрольной работы следует изучить рекомендованную литературу, а также новые публикации в области дисциплины в периодической печати. При написании ответов на вопросы желательно приводить цитаты, которые должны иметь ссылки на информационный источник (фамилия, инициалы автора, название цитируемого источника, том, часть, выпуск, издательство, год, страница). При выполнении контрольной работы следует творчески подходить к имеющейся информации, уметь выразить свое мнение по исследуемому вопросу.</p> <p>Контрольная работа должна быть аккуратно оформлена (формат А4, машинописный текст, размер левого поля 20 мм, правого -10мм, верхнего - 20мм, нижнего 20мм, отступ красной строки 1,5, межстрочный интервал 1,5 шрифт 14, Times New Roman) иметь нумерацию страниц и список использованных источников, в котором указываются все использованные студентом литературные источники, расположенные в алфавитном порядке и пронумерованные.</p>
эссе	<p>Эссе студента -это самостоятельная письменная работа на тему, предложенную преподавателем (тема может быть предложена и студентом, но обязательно должна быть согласована с преподавателем). Цель эссе состоит в развитии навыков самостоятельного творческого мышления и письменного изложения собственных мыслей. Эссе позволяет автору научиться четко и грамотно формулировать мысли, структурировать информацию,</p>

	<p>использовать основные категории анализа, выделять причинно-следственные связи, иллюстрировать понятия соответствующими примерами, аргументировать свои выводы; овладеть научным стилем речи. Эссе должно содержать: четкое изложение сути поставленной проблемы, включать самостоятельно проведенный анализ этой проблемы с использованием концепций и аналитического инструментария, рассматриваемого в рамках дисциплины, выводы, обобщающие авторскую позицию по поставленной проблеме. В зависимости от специфики дисциплины формы эссе могут значительно дифференцироваться. В некоторых случаях это может быть анализ имеющихся статистических данных по изучаемой проблеме, анализ материалов из средств массовой информации и использованием изучаемых моделей, подробный разбор предложенной задачи с развернутыми мнениями, подбор и детальный анализ примеров, иллюстрирующих проблему и т.д.</p> <p>Структура эссе:</p> <ul style="list-style-type: none"> -введение (суть и обоснование выбора выбранной темы, краткие определения ключевых терминов); -основная часть (аргументированное раскрытие темы на основе собранного материала); -заключение (обобщения и выводы). <p>Эссе оцениваются по нескольким направлениям: содержание, стиль, способность изложить свои мысли.</p> <p>Основные требования к написанию эссе.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Обозначение круга понятий и теорий, необходимых для ответа на вопрос. – Понимание и правильное использование терминов и понятий. – Использование основных категорий анализа. – Выделение причинно-следственных связей. – Применение аппарата сравнительных характеристик. – Аргументация основных положений эссе. – Наличие промежуточных и конечных выводов. – Личная субъективная оценка по данной проблеме.
экзамен / зачет	<p>При подготовке к экзамену/зачету необходимо опираться, прежде всего, на лекции, а также на источники, которые разбирались на семинарах в течение семестра. В каждом билете содержится два вопроса. Ответ предполагает полное и последовательное изложение изученного материала, а также демонстрацию способности и готовности применить полученные теоретические знания к предлагаемым практическим заданиям.</p>

Методические рекомендации по подготовке к практическим занятиям

Практическое занятие 1.

Тема: Образование лиц с ОВЗ в историко-философском контексте

Цель -формирование представлений студентов о развитии образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в историко-философском контексте

Формируемые компетенции: ОПК-4 способен создавать и реализовывать условия и принципы духовно-нравственного воспитания обучающихся на основе базовых национальных ценностей.

Учебные вопросы

- 1.Роль истории и философии в развитии образования.
- 2.Ключевые подходы и категории философии образования.
- 3.Основные категории специальной педагогики и психологии. 4.Предпосылки отношения общества к лицам с ОВЗ. Материально-техническое обеспечение занятия

Ноутбук, проектор.

Теоретическая часть (аннотация)

В 1989 г. решением ЮНЕСКО проблема «Философия образования в перспективе

XXI века» была названа приоритетной. Одним из первых дать определение понятию «философия воспитания и образования» попытался русский философ В.В.Розанов. Он характеризовал ее как обсуждение самого образования, самого воспитания в ряду остальных культурных факторов и также в отношении к вечным чертам человеческой природы и постоянным задачам истории. Решающий вклад в развитие философии образования (воспитания) внесли американец Дж.Дьюи и наш соотечественник С.И.Гессен, соответственно выпустившие книги «Введение в философию воспитания» (1921) и «Основы педагогики. Введение в прикладную философию» (1923). В 1920-е и в начале 1930-х гг. мощным толчком к возникновению интереса к философско-педагогической проблематике в нашей стране послужила потребность в развитии новой педагогики. В 1930—1950-е гг. осуществляется процесс закрепления марксистской философии как методологической основы образования. Прямой механический перенос ее положений на образовательную область постепенно уступает место научному обоснованию необходимости и целесообразности использования марксистской философии в качестве такой основы. С опорой на нее разрабатываются собственные теоретические основы педагогики. В этот же период закладываются философско-психологические основания советской педагогики (Л.С.Выготский, С.Л.Рубинштейн, А.Н.Леонтьев).

В 1960—1970-е гг. философско-педагогические проблемы разрабатываются в рамках приобретшей статус самостоятельной дисциплины — педагогической методологии. Одной из таких проблем стали взаимоотношения субъекта и объекта (М.А.Данилов). Новый интерес к философии образования возник у нас в конце 1980-х — начале 1990-х гг. В 1992—1993 гг. изданы коллективная монография «Философия образования для XXI века» и книга В.Д.Шадрикова «Философия образования и образовательная политика». В 1995 г. в РАО проводится «круглый стол» «Философия образования». Тогда же курс

«Философия образования» начинает внедряться в учебный процесс педвузов. В 1998 г. выходит фундаментальная монография Б.С.Гершунского «Философия образования для XXI века». Сегодня имеется довольно много определений понятия «философия образования». Так, философами оно характеризуется как система представлений о мире и месте человека в нем, из которой далее можно выделить цели образования, его содержательную структуру, основные организационные принципы, взаимоотношения учителя и ученика и т. д. К.А.Шварцман, используя понятие «философия воспитания», выделяет две ее модели. В.В. Краевский и Г.Г. Гранатов дают определение непосредственно самому предмету философии образования. Первый таковым объявляет связь наиболее широких представлений о мире, обществе и месте человека в нем с педагогической действительностью и ее отражением в этой специальной науке. Второй главным предметом философии образования считает мышление человека, направленное на развивающее образование и самообразование. Таким образом, есть основания говорить о наличии различных подходов к пониманию сути и предмета философии образования (воспитания). Однако в любом случае речь должна идти о синтезе философских и педагогических составляющих в составе вновь образуемого интегрального целого — философии образования. Соответственно философия образования содержит в себе темы, раскрывающие:

а) сущность, феноменологию, роль, место, основные направления и парадигмы развития образования в современном мире; проблемы образовательной глобалистики;

б) вопросы педагогического науковедения, педагогической методологии, включая философско-методологические проблемы развития человека;

в) проблемы ценностно-целевого обеспечения образования. в истинности формулировки немецкого социолога К.Мангейма: образование формирует не человека вообще, а человека в данном обществе и для данного общества. Личность в ходе воспитания впитывает в себя определенные ценности определенного сообщества. Сегодня мы формируем демократические ценности, как когда-то коммунистические. Сегодня мы учимся капитализму, как когда-то коммунизму. Ведь, по сути, целью

образования стал

«человек рыночный» (Э.Фромм). Ценностно-целевые основания — это исходные интеллектуально-духовные установки, обуславливающие характер, содержание и процесс образовательной деятельности. Среди таковых авторы учебника выделяют марксизм, прагматизм, экзистенциализм, бихевиоризм, а также идеи ментального развития личности в русской педагогической культуре.

Практическая часть

- 1.Подготовьте тезаурус по теме занятия.
- 2.Составить схему связей различных мировоззренческих концепций образования лиц с ОВЗ.

Вопросы и задания для самоконтроля

- 1.Каковы аксиологические основы специального образования?

Практическое занятие 2.

Тема: Религиозные и мифологические предпосылки развития образования лиц с ОВЗ

Цель: формирование представлений студентов о религиозных и мифологических предпосылок развития образования лиц с ОВЗ.

Знания и умения, приобретаемые студентом в результате освоения темы: знание студентов о религиозных и мифологических предпосылок развития образования лиц с ОВЗ; умений анализировать научные основы изучаемой проблемы, осуществлять междисциплинарный анализ изучаемой проблемы.

Формируемые компетенции или их части: способность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (ОК-1); способность демонстрировать знания фундаментальных и прикладных дисциплин магистерской программы, осознавать основные проблемы своей предметной области (ОПК-2).

Актуальность темы: формирование знаний и умений междисциплинарного анализа религиозных и мифологических предпосылок развития образования лиц с ОВЗ.

Теоретическая часть:

Посланник Аллаха очень хорошо относился к инвалидам, угощал их. Своей политикой милосердия он освободил инвалидов, не имеющих никакого социального статуса, от этого тяжелого бремени. Он шутил с людьми с ограниченными возможностями, создавал условия для их участия в социальной жизни, а также для их трудовой деятельности. Способствовал в обретении успеха в повседневной жизни.

В одном хадисе посланник Аллаха (да благословит его Аллах и приветствует) сказал: «Помощь слепому, общение с глухим и немым таким образом, чтобы он

понял; провожание нуждающегося в то место, где он сможет получить то, в чем нуждается; оказание помощи страдающему, который ищет средство избавления от своего недуга; помощь слабому, беря его за руки; помогать человеку, который испытывает сложности при общении – все это разновидности садака». (Ахмед бин Ханбал, Муснад, 5/168-169)

Некоторые сахабы с ограниченными возможностями

Хотя во время посланника Аллаха (да благословит его Аллах и приветствует) количество инвалидов и не было точно известно, но их не было настолько много. Однако не так-то легко было узнать, что у некоторых сахабов имеются какие-либо ограничения возможностей. Причина этому в том, что они не жаловались на свои недостатки, с довольством принимали всё, чем испытывает их Аллах.

Самый известный незрячий сподвижник посланника Аллаха – это Абдулла бин Умм Мактум. Относительно него даже были ниспосланы аяты Корана (Абаса 80/1-12). Посланник Аллаха возложил на него обязанность муаззина. Тринадцать раз по велению пророка он был имамом во время намаза. Дом Абдуллы бин Умм Мактума находился далеко от мечети. По причине того, что не было человека, кто мог бы провожать его в мечеть для намаза, Умм Мактум попросил у пророка выполнять намазы дома. В ответ на

это пророк сказал ему, что если он хочет призыва на молитву, то непременно должен ответить на него. Тем самым пророк указал на важность совершения коллективного намаза, вне зависимости от ограничений возможности.

Абдулла бин Масуд привлекал внимание низким ростом и худыми ногами. Несмотря на свою худобу, он пошел в Каабу еще в те времена, когда ей обладали многобожники племени Курайш, и читал там Коран. После всевозможных пыток, выздоровев наполовину, несмотря на все предупреждения, он вновь приступал к подобным действиям, что непременно говорит о его героизме.

Среди сахабов также была Насиба ханум. Во время битвы при Ухуде она в тылу врага ухаживала за ранеными воинами Аллаха. Однако, когда она увидела, что пророк остался в трудном положении, несмотря, что она женщина, тут же побежала его защищать. Во время столкновения с многобожниками была ранена в нескольких местах. После возвращения в Медину она на протяжении года вылечивалась от полученной тяжелой раны. Посланник Аллаха частенько навещал её, хорошо относился к ней, совершал особые мольбы за неё.

Таким же образом Насиба ханум во время праведного халифа Абу Бакра, несмотря на свои годы, приняла активное участие в сражении при Йамаме. Там она получила ранения в 12-и местах и потеряла руку. После возвращения мусульманской армии в Медину халиф Абу Бакр навещил её и назначил ей заработную плату из государственной казны.

Абдуррахман бин Ауф – один из десяти человек, кому был обещан рай при жизни. Вследствие ранения, полученного в сражении при горе Ухуд, он остался инвалидом. У Муаза бин Джабаля была повреждена нога. Посланник Аллаха назначил его наместником Йемена. У Амра бин Джамуха были повреждены обе ноги. В то же время он был в числе первых, кто принял мученическую смерть в битве при горе Ухуд, что очень потрясло посланника Аллаха (да благословит его Аллах и приветствует). Амр бин Туфейль и Бера бин Малик проживали свои жизни с больным организмом. Имран бин Хусейн годами был прикован к постели. О Муайлибе говорят, что он был болен проказой. Муаз бин Амр потерял руку. Обрадованный раем Талха потерял пальцы.

Незрячими сахабами были: Аббан бин Абдульмутталиб, Абдулла бин Аббан, Абдулла бин Джахш, Умейя бин аль-Аскар, Абдулла бин аль-Акрам, Умейр бин Адий, Абу Абдуррахман аль-Йербу, Ибн Аби Эвфа, дед Абу Бакра – Абу Кухафа, Хариза бин Нуман, Сад бин Аби Ваккас.

Еще при жизни пророка был такой сахаба по имени Захир. Этот сподвижник был с ограниченными возможностями, и поэтому стеснялся появляться на людях. Он жил в пустыне. Посланник Аллаха собрал некоторые фрукты и растения пустыни и предложил Захиру вместе продавать их на рынке Медины. Посланник Аллаха помогал Захиру продавать фрукты и наряду с этим делал ему комплименты. Однажды пророк сказал:

«Захир – наша пустыня, а мы его город». (Тирмизи, Шемаил, 120, Бейрут, 1406)

Посланник Аллаха советовал нам хорошо относиться к людям с ограниченными возможностями, проявлять по отношению к ним милость, не стыдить их. Пророк предостерегал сподвижников не смотреть долго на инвалида и не исследовать его изъяны. Западноевропейская христианская цивилизация выработала устойчивую религиозно-догматическую установку, которая четко прописывала место и значение особого человека в земном мире. Квинтэссенцией католического вероучения о природе инвалидности является книга Якова Шпренгера и Генриха Инститориса «Молот ведьм». Согласно этому авторитетному источнику средневековой богословской мысли, колдовство ассоциировалось с инвалидами, а матери, родившие инвалидов, сжигались на кострах как ведьмы. Приведу некоторые тексты.

«Если спросят, случаются ли при помощи демонов подмены детей и может ли демон переносить с места на место людей, даже против их воли, то на первый вопрос нужно ответить утвердительно, ибо и Вильгельм Парижский, в последней части сочинения “О Вселенной”, говорит, что при допущении Божиим демон может подменить ребенка и перенести с места на место. Такие дети всегда ужасно плачут, и молока

четырёх или пяти матерей едва ли хватило бы накормить их; они нисколько не толстеют, но делаются необычайно тяжелыми. Из-за чрезмерного ужаса, какой они могут испытать, матерям этого не следует ни утверждать, ни отрицать, но указывать, чтобы они искали совета у сведущих людей. Бог же допускает подобное за грехи родителей, когда, например, мужья проклинаят своих беременных жен, говоря: “Хотел бы, чтобы ты черта носила” и подобное; нечто подобное иногда произносят и несдержанные женщины» (Я. Шпренгер, Г. Инститорис. Молот ведьм // Амфора, 2007.— с. 41: Глава III. О способе, коим ведьмы переносятся с места на место).

«Бывают еще другие ужасные попущения Господни: у матерей отнимают родных детей и подкидывают чужих. Некоторые из этих подкидышей всегда остаются тощими и плачут. Четыре мамки не в состоянии утолить голода этих детей. Другие дети появляются на свет через посредство демонов-инкубов. Эти демоны, как известно, не являются их отцами. Их отцы – это те, чье семя получили демоны в облике суккубов. Таких детей демоны подкидывают матерям, унося родных детей этих последних. Случается также, что демоны являются мамкам во сне и, принимая облик грудных детей, совершают с ними половое соитие.

Почему все это допускается Божьей любовью? На это имеется два основания:

1) потому что родители слишком сильно любят детей; на пользу таких родителей и совершается подобное;

2) потому что женщины, с которыми это происходит, в большинстве случаев суеверны и совращались уже демонами до того много раз.

Так же как ревнивый муж не может терпеть даже признаков прелюбодеяния, так и Христос, искупивший таких суеверных женщин своей драгоценной кровью и обручившийся с ними через веру, не может терпеть даже признаков их прелюбодеяний с демоном, с противником спасения. Нет поэтому ничего удивительного в том, что у таких женщин выкрадываются их собственные дети и подкидываются дети, зачатые в прелюбодеянии» (Я. Шпренгер, Г. Инститорис. Молот ведьм // Амфора, 2007 – Стр. 70: Глава VIII. Некоторые сокровенные средства против некоторых тайных искушений дьявола).

Негативным отношением к особым людям пропитаны тексты из ветхозаветной еврейской истории, содержащие много негативных упоминаний о людях с инвалидностью. Например, в Главе 21 Книги Левит говорится, что человек, «у которого на теле есть недостаток, не должен приступать, чтобы приносить жертвы Господу; недостаток на нем, поэтому не должен он приступать, чтобы приносить хлеб Богу своему» (Лев. 21, 21).

Новая страница истории социальной защиты особых людей началась после земного Пришествия Богочеловека. Отцы неразделенной Церкви, восточные пустынножители, святители первых веков оставили бесценное сокровище – святоотческую литературу, пронизанную светом милосердного служения особым людям. Христианизация населения мировой Римской Империи и варварских народов Старого Света породила многочисленные культурные варианты отношений к особым людям, в которых переплелись старые языческие традиции, ветхозаветный догматизм и новое христианское мироощущение.

Отношение православных христиан к инвалидности иное: Новый Завет удивительно часто говорит о людях с различными физическими и душевными недугами, калеках, «расслабленных», прокаженных — именно к ним чаще всего приходит Иисус Христос в евангельском повествовании. Вероятно, большая часть евангельских чудес, совершенных Христом за время его земной жизни, были исцелениями больных. Сам Он называет себя Врачом и говорит, что «...не здоровые имеют нужду во враче, но больные», подобные аллегории часто встречаются в Священном Писании, поэтому Церковь называется «духовной лечебницей», а грехи – болезнями, лекарство от которых – покаяние и смирение, которым всячески способствуют недуги телесные. Христос же говорит о том, что болезни даются нам по ¹³трем причинам: либо в наказание за грехи, либо для предупреждения более серьезных последствий, либо для прославления Бога.

Такое отношение к людям, имеющим физические недостатки, появляется именно с христианством, так как даже такая гуманистическая дохристианская религия, как буддизм, признает болезни с одной стороны неотъемлемой частью нашего мира, но одновременно и следствием плохой кармы, то есть, вины самого же ее обладателя. Ветхий Завет устанавливает нормы терпимого отношения к инвалидам, например, запрещает их обижать: «не злословь глухого и пред слепым не клади ничего, чтобы преткнуться ему; бойся Бога твоего», однако при этом священники с физическими недостатками не должны были священнодействовать: «ни один человек из семени Аарона священника, у которого на теле есть недостаток, не должен приступать, чтобы приносить жертвы Господу». Ветхозаветная история Иова демонстрирует взгляд на болезнь как испытание и показывает ложность мнения о том, что недуг обязательно является наказанием за грех, однако только в Евангелии раскрывается удивительное богатство учения о болезни и исцелении, которые дает Бог. «Христианство предложило относиться ко вчерашним париям как к людям, находящимся под особой защитой Бога — «убогим» в буквальном смысле слова... Тело человека, его жизнь меняют свое значение, поскольку противопоставляются духовным ценностям. Слабость, которую язычники считали пороком, христиане осмысливают как символ смирения — все мы «слабы» пред Всевышним. Презрительное, нетерпимое, агрессивное отношение к нищему или калеке, являвшееся нормой в языческом мире на протяжении многих столетий, становится неприемлемым». Христиане верят, что все, происходящее с ними: печали и радости, болезни и страдания, удачи и беды — все способствует высшему благу — спасению «...знаем, что любящим Бога, призванным по Его изволению, все содействует ко благу».

Отношение православных христиан к инвалидности иное: Новый Завет удивительно часто говорит о людях с различными физическими и душевными недугами, калек, «расслабленных», прокаженных — именно к ним чаще всего приходит Иисус Христос в евангельском повествовании. Вероятно, большая часть евангельских чудес, совершенных Христом за время его земной жизни, были исцелениями больных. Сам Он называет себя Врачом и говорит, что «...не здоровые имеют нужду во враче, но больные», подобные аллегории часто встречаются в Священном Писании, поэтому Церковь называется «духовной лечебницей», а грехи — болезнями, лекарство от которых — покаяние и смирение, которым всячески способствуют недуги телесные. Христос же говорит о том, что болезни даются нам по трем причинам: либо в наказание за грехи, либо для предупреждения более серьезных последствий, либо для прославления Бога.

Такое отношение к людям, имеющим физические недостатки, появляется именно с христианством, так как даже такая гуманистическая дохристианская религия, как буддизм, признает болезни с одной стороны неотъемлемой частью нашего мира, но одновременно и следствием плохой кармы, то есть, вины самого же ее обладателя. Ветхий Завет устанавливает нормы терпимого отношения к инвалидам, например, запрещает их обижать: «не злословь глухого и пред слепым не клади ничего, чтобы преткнуться ему; бойся Бога твоего», однако при этом священники с физическими недостатками не должны были священнодействовать: «ни один человек из семени Аарона священника, у которого на теле есть недостаток, не должен приступать, чтобы приносить жертвы Господу». Ветхозаветная история Иова демонстрирует взгляд на болезнь как испытание и показывает ложность мнения о том, что недуг обязательно является наказанием за грех, однако только в Евангелии раскрывается удивительное богатство учения о болезни и исцелении, которые дает Бог. «Христианство предложило относиться ко вчерашним париям как к людям, находящимся под особой защитой Бога — «убогим» в буквальном смысле слова... Тело человека, его жизнь меняют свое значение, поскольку противопоставляются духовным ценностям. Слабость, которую язычники считали пороком, христиане осмысливают как символ смирения — все мы «слабы» пред Всевышним. Презрительное, нетерпимое, агрессивное отношение к нищему или калеке, являвшееся нормой в языческом мире на протяжении многих столетий, становится неприемлемым». Христиане верят, что все, происходящее с ними: печали и радости, болезни и страдания, удачи и беды — все способствует высшему благу — спасению:

«...знаем, что любящим Бога, призванным по Его изволению, все содействует ко благу».

В старинных русских легендах и былинах встречаются сюжеты, когда именно «калики» приносят исцеление богатырю, или даже Христос с апостолами странствует под видом юродивого или калеки. Так народные русские легенды живо иллюстрируют евангельские слова о том, что добро или зло, сделанное одному из них, сделаны Христу. Любопытно, что у фольклорных персонажей, имеющих дохристианское происхождение, таких, как Баба-Яга и Кашей Бессмертный, наличие физических уродств говорит об inferнальности персонажа, а в фольклоре христианского периода «калики» приобретают положительное значение. Илья Муромец, который тридцать лет «сидел на печи», а затем был исцелен тремя странниками (напоминающих о явлении Троицы Аврааму) и прославился как защитник Отечества, а затем ушедший в монастырь, является и поныне не только излюбленным героем былин и легенд, но и канонизированным православным святым, мощи которого находятся в Киево-Печерской Лавре.

Ярчайший пример почитаемой святой, близкой нам по времени, которой инвалидность не просто не помешала, но и, вероятно, помогла в аскетическом подвиге — святая блаженная Матрона Московская, незрячая от рождения, которая также с юности имела парализованными ноги. Похожей была судьба святой Матроны Анемнясевской, которая была практически обездвижена из-за тяжелого заболевания и детской травмы в результате жестокого обращения с ней матери. Почитание этих святых, большое при их жизни и многократно увеличившееся в наши дни, не требует, чтобы они прежде исцелили себя сами: наоборот, в их собственном смирении и страданиях верующие видят залог дара исцелять чужие. Преподобный Серафим Саровский, изображаемый на иконах согбенным и опирающимся на посох, страдал от последствий жестокого избиения, которому подвергся от пытавшихся ограбить его жителей деревни, располагавшейся недалеко от его одинокой «пустыньки», как он называл свою избушку в лесу.

Продолжателями православно-христианского наследия в классической литературе общепризнанны Ф.М.Достоевский и Н.С.Лесков, в творчестве которых немало примеров людей с инвалидностью, таких как очаровательная своей полудетской хитринкой и душевной чистотой Lise из «Братьев Карамазовых».

Интереснейший пример верующего человека, который, обладая редкой особенностью — практически полной редукцией конечностей, стал образованным и признанным в свое время художником-иконописцем и не просто прославился лично, но и стал спонсором благоустройства родного села, стал Григорий Журавлев (1858-1916).

Решение такого популярного ныне вопроса о толерантности также возможно на устойчивых нравственных основах, которые способна дать Православное Христианство. В этом контексте проблематика принятия инвалидности как самими людьми с ограниченными физическими возможностями, так и социумом в целом и преодоления социальной инвалидизации затрагивает вопрос толерантности в ее широком понимании как признания ценности индивидуальности каждого человека и способности к эффективному диалогу в условиях личностного многообразия. В современном обществе широко идет дискуссия о пределах толерантности и распространено обыденное представление о ней как о терпимости ко всему на свете, и к самым асоциальным явлениям в том числе. На наш взгляд, становление духовно-нравственного компонента образования в России может существенно способствовать развитию оптимальной, подлинной формы толерантности — просоциальной конструктивной межличностной и межгрупповой активности, взаимоуважения и взаимоподдержки во всех сферах общества.

Сам вопрос о толерантности к людям с инвалидностью отчасти упраздняется христианским отношением к ним в том смысле, что оно не просто провозглашает необходимость относиться к ним терпимо, но открывает их духовную ценность для них самих, их близких и всего общества в целом. По словам Патриарха Московского и всея Руси Кирилла, «для нас, людей физически¹ здоровых, очевидно только, что инвалиды нуждаются в нашей помощи. Но очень большой вопрос, кто кому больше нужен — мы

инвалидам или инвалиды нам?... Может быть, для того чтобы общество наше не теряло человеческого лица, Господь являет нам Свои раны — в лице людей, лишенных тех возможностей, которые имеем мы».

Вопросы и задания:

1. Религиозные взгляды на проблему инвалидности и отношения к лицам с ОВЗ (ислам, католическое христианство, православное христианство).
2. Философские основания образования лиц с ОВЗ.

Практическое занятие 3.

Тема: Философско-методологические подходы в образовании лиц с ОВЗ

Цель - формирование представлений студентов о развитии образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в историко-философском контексте. Формируемые компетенции: ОПК-4 способен создавать и реализовывать условия и принципы духовно-нравственного воспитания обучающихся на основе базовых национальных ценностей.

Учебные вопросы

1. Основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.
2. Экзистенциалистические основы специального образования.
3. Феноменологическое направление философии о личностном развитии.
4. Современные подходы к организации системы специального образования. Материально-техническое обеспечение занятия

Ноутбук, проектор.

Теоретическая часть (аннотация)

Философское осмысление феномена образовательной интеграции, а также общенаучный и научно-научный уровни теоретических и методологических основ ее развития являются в настоящее время чрезвычайно актуальными.

В специальной педагогике накоплен обширный материал, который обладает высоким мировоззренческим потенциалом, оказывает заметное влияние на установки общественного сознания, в частности на отношение к людям с ограниченными возможностями.

Философское исследование предельных оснований специальной педагогики и инклюзивного образования, в частности, предполагает:

- выявление и анализ предпосылок специально-педагогической деятельности;
- обоснование и критический разбор коррекционно-образовательных моделей и идей;
- определение перспектив и приоритетов развития системы образования детей с ограниченными возможностями.

Философия по отношению к специальному и инклюзивному образованию выступает:

- во-первых, как мировоззренческий фундамент, включающий систему наиболее общих представлений о человеке и его социоприродном бытии, которые детерминируют эволюцию педагогических явлений;
- во-вторых, как методологическая основа, предполагающая применение универсальных принципов и способов при изучении процессов специального и инклюзивного образования.

В соответствии с разделами философии в исследовании проблем специальной педагогики и инклюзивного образования можно выделить следующие основные мировоззренческие аспекты:

- онтологический;
- гносеологический;
- аксиологический;
- философско-антропологический;
- историко-философский;
- социально-философский.

Онтологический аспект направлен на общее описание универсума; бытие, которое определяется как полнота и единство всех видов реальности: объективной, физической, субъективной, социальной и виртуальной.

Гносеологический аспект направлен на исследование возможности познания человеком мира и самого себя, исследуется движение познания от незнания к знанию, природа знаний самих по себе и в соотношении с познаваемыми предметами.

Выбор аксиологического подхода в качестве методологической основы современной педагогики позволяет рассматривать образование как социально-педагогический феномен, который в центр аксиологического мышления ставит концепцию взаимозависимого и взаимодействующего мира, утверждающую, что наш мир – это мир целостного человека, поэтому важно научиться видеть то общее, что не только объединяет человечество, но и характеризует каждого отдельного человека с ценностных позиций.

С позиций философско-антропологического аспекта проводится обобщение научных данных о человеке с ограниченными возможностями жизнедеятельности, что стимулирует углубленное познание качеств, состояний, внутреннего мира, интенций развития, своеобразия жизнедеятельности и социализации этого человека.

В историко-философском аспекте осуществляется реконструкция взглядов философов прошлого на специальнопедагогическую проблематику.

Растущая озабоченность отечественного образования необходимостью внедрения интегрированного (инклюзивного) обучения и незначительность успехов двадцатилетнего периода с начала этого процесса (с 90-х годов XX в.) в нашей стране, делают актуальной проблему анализа истории становления и развития интегрированного образования в мире и выявления причин неудач образовательной интеграции в России.

В педагогике термин «социальная интеграция» появился в XX в. и применялся первоначально преимущественно в США применительно к проблемам расовых, этнических меньшинств, позднее – к детям эмигрантов и лишь в последние десятилетия (с 60-х годов XX в.) термин вошел в речевой оборот на Европейском континенте и стал применяться в контексте проблем лиц с ограниченными возможностями (инвалидов).

В истории педагогики возникновение феномена совместного обучения (именно так, а не «интеграция» он назывался сначала) обычных детей и детей с проблемами в развитии (XIX в.) было подготовлено широким распространением и внедрением в европейскую образовательную практику педагогических идей И.Г.Песталоцци (1746-1827). Идея совместного обучения обычных детей и детей с нарушениями зрения, слуха, умственного развития занимала умы передового европейского учительства первой половины XIX века (Франция, Германия, Австрия и др.). В пользу совместного обучения прогрессивная педагогическая общественность приводила целый ряд аргументов: возможность более широкого охвата обучением детей с нарушениями в развитии (глухих, слепых и др.), так как для детей этой категории было крайне мало специальных учреждений; возможность использования воспитательного потенциала семьи, который исключается при обучении детей в условиях закрытой школы-интерната (В.А. Егер); возможность сделать общедоступными особые, весьма эффективные способы и приемы, применяемые в практике обучения детей с отклонениями в развитии, которые нередко оставались семейной, коммерческой тайной учредителя той или иной частной школы-интерната для детей с нарушенным развитием.

Обучение детей с нарушением в развитии в условиях народной школы рассматривалось как возможность установления контактов и упражнений в общении с окружающим миром, в котором ребенку с нарушенным развитием все равно придется жить по окончании школы. Руководители учительских семинарий видели возможность повышения качества методической подготовки учителей народной школы за счет овладения ими специфическими технологиями обучения детей с нарушениями в развитии. Так, немецкий педагог Фридрих Х.К. Шварц в своей работе «Теория воспитания в трех томах» писал в 1829 г.: «Существуют очень хорошие образовательные учреждения для глухих и слепых, и важным шагом вперед в настоящее время будет

включение их достижений в народные школы, и тем самым их обогащение».

В то время предполагалось, что обучение глухих или слепых детей в массовой школе будет дешевле, чем в специальной школе-интернате (институте), если с ними будет работать специально подготовленный учитель. Опыт такой подготовки известен в прусской провинции Саксония. При школах-интернатах (институтах) для глухих детей в городах Эрфурте и Хальберштадте, позднее - в городах Магдебурге и Вайсенфельсе (Германия) были открыты учительские семинары, где только за два года (1832-1834) было подготовлено более 100 семинаристов, которые могли работать также и с детьми с проблемами в развитии. Известны многочисленные факты включения детей с нарушением умственного развития в массовую народную школу (школы для бедных) на территории европейских стран. Во Франции широко известен был опыт А. Бланше, организовавшего при поддержке министерства образования успешное обучение детей с нарушениями в развитии в народной школе.

Практическая часть

1. Составить схему связей специальной педагогики и специальной психологии с другими науками
2. Подготовить доклады по следующим темам: «Роль религии и христианской церкви в возникновении и развитии специального образования», «Человек с ограниченными возможностями жизнедеятельности в Древнем мире», «Роль христианской этики в формировании современных гуманистических взглядов на человека с ОВЗ»

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Какие ученые и мыслители Древнего мира рассматривали вопросы положения инвалидов в обществе?
2. Сравните отношение к инвалидам в разных религиозных учениях.

Практическое занятие 4.

Тема: Научные основы развития образования лиц с ОВЗ

Цель - формирование представлений студентов о развитии образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в историко-философском контексте. Формируемые компетенции: ОПК-4 способен создавать и реализовывать условия и принципы духовно-нравственного воспитания обучающихся на основе базовых национальных ценностей.

Учебные вопросы

1. Основные методологические подходы к образованию лиц с ОВЗ.
 2. Экзистенциалистические основы специального образования.
 3. Феноменологическое направление философии о личностном развитии.
 4. Современные подходы к организации системы специального образования.
- Материально-техническое обеспечение занятия

Ноутбук, проектор.

Теоретическая часть (аннотация)

Чтобы охарактеризовать современное понимание феномена "специальная педагогика" и реализовать потребность в интегрированном знании, раскрывающем наиболее общие закономерности обучения и воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья, необходимо выделить несколько альтернативных подходов к исследованию научных основ (внутреннего единства) содержания специальной педагогики.

1. Философский подход позволяет интегрировать необходимые для реализации задач специальной педагогики знания из разных наук, являясь теоретическим фундаментом любой из них. Данный подход обладает интегрированным знанием о

человеке, а также универсальными принципами и способами изучения человеческого бытия с точки зрения онтологического, гносеологического, аксиологического, антропологического, исторического и социального аспектов. Онтологический аспект позволяет выявить место специальной педагогики, тогда как гносеологический определяет связи обучения и познания. Аксиологический аспект способствует установлению приоритетов специального образования, а антропологический содействует углубленному познанию развития, жизнедеятельности и социализации ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Реконструкция предшествующего опыта специального образования осуществляется в историко-философском аспекте. Так как специальное образование является особым социальным институтом, большое значение имеет социальный аспект, открывающий новые перспективы для человека с ограниченными возможностями в области социальных отношений.

Сложные проблемы специального образования можно решить с помощью междисциплинарного (интегрального) подхода, лежащего в основе философского исследования и обеспечивающего привлечение концептуальных схем, моделей изучения образования, методов развития и социализации человека с ограниченными возможностями здоровья из разных областей конкретных наук. Основное направление разработки философских проблем специальной педагогики сегодня связано с гуманизацией, что обусловлено целью специального образования: подготовить ребенка с ограниченными возможностями здоровья к достойной жизни в социуме. Достижение указанной цели возможно через переосмысление важнейших базовых положений специальной педагогики, таких, как норма и аномалии в развитии ребенка, проблема распознавания патологии, ее качественная и количественная оценка, диагностика аномальности, в том числе уровня частного проявления биологического, психического и социального развития ребенка.

Философский подход в изучении научных основ специального образования обеспечивает поиск реализации насущных задач специальной педагогики как науки с позиций гуманизма по отношению к человеку с ограниченными возможностями здоровья.

3. Клинический подход обуславливается тесной связью специальной педагогики с биологией человека, медициной и ее различными отраслями (анатомией, физиологией, нейрофизиологией, невропатологией, психопатологией, психиатрией, генетикой, офтальмологией, ортопедией, педиатрией, оториноларингологией, сурдологией и др.) и необходимостью видеть и понимать биологические и социальные причины возникновения отклонений в развитии, сущность произошедших нарушений, особенности психофизиологического развития ребенка с отклонениями, обходные (компенсаторные) пути развития ребенка на основе сохранных органов, анализаторов, систем, основы создания специальной педагогической симптоматики и педагогической классификации конкретной области специальной педагогики, необходимые условия для квалифицированного коррекционно-развивающего процесса сопровождения человека с ограниченными возможностями здоровья. Клинические основы значимы и необходимы для организации согласованного взаимодействия педагогического, психологического и медицинского сопровождения абилитации, реабилитации, оздоровления, коррекции, компенсации, обучения, воспитания и социализации ребенка с особыми потребностями. Взаимодействие медицины, психологии и педагогики имеет непрерывный и многоэлементный характер, позволяющий получить системное видение проблемы развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья вследствие интерпретации полученных фактов с медицинской и педагогической точек зрения. Медицина устанавливает характер и причину нарушения; специальная педагогика определяет педагогические возможности и перспективы развития ребенка, основные направления его обучения и воспитания на основе знания сущности, причин и времени возникновения нарушений в конкретных системах организма, что позволяет представителям специальной педагогики правильно строить индивидуальную коррекционно-образовательную программу для каждого ребенка с особыми потребностями.

4. Психологический подход определяется тем, что на основе данных специальной психологии о характере отклонения от нормального психического развития, связанного с врожденными или приобретенными нарушениями формирования нервной системы, строится специальная педагогическая система обучения, воспитания и социальной адаптации детей, имеющих различные типы нарушений психического развития, определяются наиболее эффективные методы и приемы обучения. Психологические основы специальной педагогики обеспечивают решение основной проблемы как специальной психологии, так и специальной педагогики – поиска эффективных путей компенсации нарушения функций, т.е. возмещение недоразвитых либо нарушенных функций посредством использования сохранных или перестройки частично нарушенных функций. Компенсация также предполагает вовлечение в действие новых структур, ранее не участвовавших в осуществлении данных функций, но выполняющих другие роли. Внутрисистемная компенсация предполагает активизацию сохранных нервных элементов пострадавших структур. Межсистемная компенсация происходит посредством перестройки функциональных систем через включение в работу новых элементов из других структур и выполнение ими новых, ранее несвойственных им функций. В связи с этим компенсация обеспечивает как возможность овладения знаниями, навыками, умениями, так и развитие нравственных личностных качеств ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Определяя компенсацию психических функций как симбиоз биологических и социальных факторов, Л. С. Выготский свел воедино понятия "структура дефекта", "первичный дефект", "вторичное отклонение", "отклонение третьего порядка", "так как сами по себе слепота, глухота и т.п. частные дефекты не делают еще носителя их дефективным". Психологический подход к организации специального обучения и развития детей с особыми потребностями заключается, с одной стороны, в выявлении и раскрытии характера и степени выраженности дефекта, а с другой – в учете внешних социальных условий, которые легли в основу выделенных параметров, определяющих тип нарушения психического развития: функциональная локализация нарушения – общий дефект, время поражения, связь первичного и вторичного дефектов, нарушения межфункциональных взаимодействий – диспропорция в психическом развитии. Возможные варианты перечисленных параметров показывают нарушения в развитии познавательной, моторной и эмоциональной сфер, являясь, таким образом, основанием для выделения следующих типов нарушений психического развития: недоразвитие, задержанное развитие, поврежденное развитие, дефицитарное развитие, искаженное развитие, дисгармоничное развитие.

Основополагающим для специальной педагогики является заключение Л. С. Выготского о том, что развитие психики детей с ограниченными возможностями подчиняется тем же основным закономерностям, которые присущи развитию нормального ребенка. Это обусловлено цикличностью, неравномерностью развития, пластичностью нервной системы. Однако наряду с общими для нормального и аномального развития закономерностями выделены специфические закономерности для всех типов аномального развития: снижение способности к приему, переработке, хранению и использованию информации; трудность словесного опосредствования; замедленный процесс формирования понятий.

Психологическая основа специальной педагогики – опора на знание психического развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья, которое позволяет построить эффективную систему развития, обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями.

Социокультурный подход в организации специального образования выражается в концепции воспитания лиц с ограниченными возможностями здоровья как полезных членов общества. Многие десятилетия в связи с приоритетом интересов общества над интересами личности люди с ограниченными возможностями в нашей стране фактически имели статус социальной "малоценности", и на практике отношение к ним со стороны общества было патерналистское (покровительственное). Это выражалось во всем: характер образования не способствовал достижению достаточного уровня социальной

адаптированности, получению престижной профессии и т.д. Патерналистские отношения государства привели к маргинализации – практической ликвидации возможности участвовать в социальной жизни, осуществлять социокультурные функции, взаимодействовать внутри социума. Снижая социальную активность людей с особыми потребностями, патерналистская позиция государства ограничивала участие лиц с ограниченными возможностями здоровья в создании семьи и вырабатывала иждивенческие настроения. Начиная с принятия Всеобщей декларации прав человека 1948 г., мировое сообщество строит взаимоотношения с людьми, имеющими ограниченные возможности здоровья, на основе приоритета интересов личности по отношению к интересам общества. Современный процесс социокультурного включения лиц с ограниченными возможностями здоровья предполагает преодоление существующих проблем их социальной и культурной интеграции в общество.

Социокультурные основы специальной педагогики обеспечивают формирование необходимых базовых навыков в сферах жизнеобеспечения, самообслуживания, социализации и коммуникации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Социокультурный подход в специальном обучении предусматривает включение, приучение и посильное участие детей, имеющих отклонения в развитии, в различных формах учебной и досуговой деятельности, обеспечивая социальную реабилитацию человека с ограниченными возможностями здоровья, в центре которой находится сам человек, его особые образовательные или иные потребности, права и интересы.

Экономический подход в области специального образования получил обоснование после Октябрьской революции 1917 г. в связи с ликвидацией частной собственности и закрытием всевозможных источников благотворительной деятельности, которая поддерживала существование учебных заведений для лиц с ограниченными возможностями здоровья. До этого благотворительная деятельность, существовавшая на Руси с незапамятных времен, была характерной чертой жизни российского общества. После смены общественного строя в начале XX в. государство приняло на себя решение экономических вопросов в области образования. Однако восстановить систему специального образования в СССР удалось только к началу 1940-х гг. При этом финансирование учреждений специального образования (интернатов) осуществлялось из местных бюджетов, что заметно снижало статус специальных учреждений образования и работавших в них педагогов. После Великой Отечественной войны было восстановлено государственное финансирование спецшкол-интернатов, сохранявшееся до второй половины 1990-х гг. Затяжной кризис со второй половины 1980-х до конца 1990-х гг. способствовал передаче финансирования спецшкол-интернатов на региональный и местный уровни. Тем не менее, именно в конце 1990-х гг. происходят позитивные перемены в отношении к лицам с ограниченными возможностями. Система специального образования получает материальную поддержку внутри страны (благотворительная деятельность церкви), а также из-за рубежа (благотворительные организации через совместные проекты со специальными образовательными учреждениями России). В рамках Федеральной программы "Дети России" на протяжении 1990-х гг. финансировалась в первую очередь система специального образования и медицинской помощи детям-инвалидам. Закон РФ от 10 июля 1992 г. № 3266-1 "Об образовании" имел большое значение в укреплении экономических позиций спецшкол.

Современный экономический подход к организации специального образования обусловлен экономической стабильностью страны, которая гарантирует плановое финансирование специального образования, закрепленное федеральным законодательством, содержащим адресность и вариативность, гибкость финансирования системы специального образования в соответствии с особенностями различных категорий детей с особыми образовательными потребностями, с учетом права выбора образовательного учреждения родителями и самим ребенком. В этом проявляется закрепление начавшегося в новой России на рубеже веков процесса деинституционализации, основным содержанием которого является воспитание ребенка в семье с соответствующим изменением²¹ направления денежных потоков (от

финансирования школ-интернатов к финансированию государством именного образовательного обязательства), когда средства на образование ребенка с ограниченными возможностями здоровья следуют за ребенком в то образовательное учреждение, которое выбрано родителями или самим ребенком.

Правовой подход обеспечивает признание безусловной ценности каждой личности для социума, необходимости соблюдения гарантий ее права на развитие и реализацию себя в обществе.

Право всех детей на образование закреплено в ряде международных документов: во Всеобщей декларации прав человека 1948 г., Конвенции о правах ребенка 1989 г. и др. Законодательные акты РФ отражают основные положения международных правовых документов, они гарантируются государством в основном законе – Конституции РФ.

Современный этап в становлении правового поля – это совершенствование законодательной базы нашей страны в соответствии с уровнем экономического и политического развития. В конце XX в. международным сообществом был принят ряд актов, касающихся лиц с ограниченными возможностями здоровья: Всеобщая декларация прав человека 1948 г., Декларация о правах инвалидов 1975 г., Декларация о правах умственно отсталых лиц 1971 г., Конвенция о правах ребенка 1989 г., Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов 1993 г. Содержание указанных международных правовых документов обеспечивает равенство с правами других членов общества прав лиц с ограниченными возможностями здоровья, а также наделение последних особыми правами (например, лица с нарушением слуха могут пользоваться во время судебного процесса услугами сурдопереводчика).

Законодательная политика России направлена на создание через конкретизацию международных правовых документов правовой базы в области социальной защиты наиболее уязвимой категории населения – лиц с ограниченными возможностями здоровья как особой социальной группы, обладающей специфическими особенностями и потребностями. Важными, значимыми решениями здесь являются закрепление прав детей в главных сферах их жизнедеятельности в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка 1989 г.; разработка и принятие мер, направленных на улучшение здоровья населения, в том числе и лиц с ограниченными возможностями здоровья; меры, направленные на улучшение обучения и воспитания данной категории детей; определение системы компенсаций семьям, имеющим детей-инвалидов, а также поддержка детей-сирот. Правовая основа специального образования обеспечивает создание механизмов формирования и реализации государственной политики в интересах детей с ограниченными возможностями здоровья, которые функционируют благодаря эффективной профессиональной деятельности специалистов в области специального образования и социальной защиты населения.

Практическая часть

1. Составить модели образования детей с ограниченными возможностями здоровья, на разных исторических этапах.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Естественные-научные и медицинские основания образования лиц с ОВЗ.
2. Психолого-педагогические основания образования лиц с ОВЗ.
3. Специальная педагогика и психология (дефектология) как самостоятельные науки.

Практическое занятие 5

Тема: Современные концепции жизнедеятельности лиц с ОВЗ

Цель - формирование представлений студентов о развитии образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в историко-философском контексте. Формируемые компетенции: ОПК-4 способен создавать и реализовывать условия и принципы духовно-нравственного воспитания обучающихся на основе базовых национальных ценностей

Учебные вопросы

1. Концепции нормализации жизнедеятельности инвалидов (Б. Нирье, В. Волфенсбергер). 2. Философия независимой жизни инвалидов.

3. Концепция независимой жизни инвалидов в социальной политике государства
Материально-техническое обеспечение занятия

Ноутбук, проектор.

Теоретическая часть (аннотация)

Принцип нормализации впервые был разработан в начале 1960-х годов в сотрудничестве датских и шведских специалистов служб по уходу за людьми с интеллектуальными нарушениями. Международное признание этот принцип получил после выхода работы Бенгта Нирье в 1969 году. С этого момента принцип нормализации стал основополагающим для служб по уходу за людьми с интеллектуальными нарушениями во всем западном мире. Затем Эрик Банк-Миккелсен дал конкретное определение принципов организации ухода за людьми с различными отклонениями. В течение 1970 года понятие «нормализация жизни» широко использовалось в американской и английской литературе. Идея нормализации оставила особый отпечаток в мировой дискуссии по вопросу организации ухода, а также уровня жизни людей с различного рода психическими и физическими отклонениями, в том числе инвалидов. Вместе с принципом интеграции нормализация сегодня является одним из наиболее важных нормативных понятий в работе по формированию новой социальной политики в области организации социальной защиты людей с ограниченными возможностями. В конечном итоге шестилетие концепции нормализации приводит к тому, что во все большем количестве стран (с разной степенью интенсивности и сопротивления) утверждается мысль о том, что люди с функциональными нарушениями обладают такой же ценностью, как и другие люди.

Согласно определению Б. Нирье, «принцип нормализации означает, что для людей с интеллектуальными нарушениями и для всех других людей с функциональными нарушениями делаются доступными такие формы повседневного существования и условия жизни, которые являются как можно более близкими к общепринятым или фактически полностью совпадают с ними». Составной частью или одним из аспектов нормальной повседневной жизни, на которую люди с инвалидностью имеют точно такое же право, как и другие, являются нормальные для данного общества требования к окружающей среде и жилищным стандартам. Взаимодействие между человеком и окружающей его средой в доме, где он живет, или на улице, куда он выходит, зависит и от возможностей самого человека и от факторов этой среды. Окружающая среда предстает перед нами в виде физических и социальных явлений. Физическую среду человек наблюдает, занимаясь различными ежедневными делами, такими как передвижение по квартире, поездка на общественном транспорте, приготовление пищи у себя на кухне. Физическую среду человек может изменять и конструировать по-новому. Позиция теоретиков и практиков, принявших философию нормализации, заключается в том, что биологическая система является необходимым условием, а формирование самого человека обусловлено факторами внешней среды (физической и социальной). Очередной важной теорией, направленной на новое понимание ограниченных возможностей, стала появившаяся в 1983 году теория SRV В. Волфенсбергера, которая раскрывала перспективы нормализации взаимодействия между субъектами социальных сервисов. В. Волфенсбергер предложил теорию валоризации социальной роли, то есть повышения значимости и ценности социальной роли тех, кого общество обычно недооценивает (Social Role Valorization), где валоризация понимается как установление ценности, значимости путем государственных мероприятий. Теория развивает идею повышения ценности людей с ограниченными возможностями и направлена на достижение позитивных изменений в ситуации социальной интеграции и включения инвалидов в общество. Единственный способ избежать порочного круга воспроизводства социальной изоляции и угнетения таких людей Волфенсбергер видит в том, чтобы добиться восприятия их роли и ценности как более значимых для общества. С позиции

теории валоризации, реальной и самой главной проблемой, с которой сталкиваются инвалиды, является их социальное обесценивание и притеснение, предубежденное отношение к ним. Все остальные трудности и негативные практики – это производные от первой.

Теория Волфенсбергера в широком ее рассмотрении заключалась в том, что люди с умственными и физическими отклонениями должны жить в наиболее нормальных условиях, таких же, как у большинства членов общества. Первоначально сторонники концепции нормализации и валоризации упоминали и развивали принцип повышения значимости и ценности людей с нарушениями только относительно учреждений (в основном закрытых), требования к окружающей среде ограничивались в их концепциях условиями переоборудования помещений интернатов так, чтобы они были более человечными и оснащенными специальными техническими средствами. Однако в общих чертах философия нормализации содержит идею о необходимости сделать жизнь каждого максимально приближенной к общепринятым стандартам жизнедеятельности. В социологии тематика нетипичности, инаковости чаще всего рассматривается через теорию М. Фуко о власти и безумии, теорию стигматизации, разработанную И. Гофманом, а также предложенную Т. Парсонсом «модель больного». Мишель Фуко поставил вопрос о том, насколько мир психически больного человека (в нашей трактовке – инвалида по психическому заболеванию) патологичен, и предположил, что этот мир может иметь право на существование и даже равное значение с миром других людей. Проблема состоит в том, чтобы «согласовать» эти миры. «Модель больного», которую выдвинул Т. Парсонс как эпизод в его теории социальных систем, иллюстрирует шаблоны поведения актора с определенными качествами, находящегося в строго очерченных условиях общественного взаимодействия. Ключевые положения здесь – желание больного выздороветь и снова стать прежним участником социальной системы, а также уверенность других членов социальной системы, что такого результата можно достичь. Однако теории структурно-функционалистского порядка фактически игнорируют понимание того, что для инвалида нормальным состоянием является его болезнь или дефект, а его функциональные ограничения – это его свойства, особенности, постоянные характеристики. Теория стигматизации И. Гофмана позволяет анализировать механизмы взаимоотношений в социуме. По И. Гофману, человек приобретает «стигму» в том случае, если не соответствует устоявшимся общественным представлениям о нормах и порядке. Это несоответствие описывается Гофманом посредством понятий виртуальной и актуальной идентичности. Социальные ожидания лежат в основе виртуальной социальной идентичности и выступают гарантами нормальности. Когда актуальная социальная идентичность не вписывается в рамки виртуальных ожиданий, происходит стигматизация личности: «как правило мы вырабатываем определенные представления – неважно, объективно основанные или нет – относительно того, для какой сферы жизнедеятельности данная стигма делает настоящего индивида непригодным». Гофман говорит о том, что в то или иное время либо в той или иной обстановке все мы имеем стигмы. Все эти теории рассматривают взаимоотношения не в сфере инвалидности, а в сфере общественного взаимодействия и социального порядка. Инвалидность — это ограничения в возможностях, обусловленные физическими, психологическими, сенсорными, культурными, законодательными и иными барьерами, которые не позволяют человеку, имеющему ее, быть интегрированным в общество на таких же основаниях, как и другие члены общества. Общество обязано адаптировать существующие в нем стандарты к особым нуждам людей, имеющих инвалидность, чтобы те могли жить независимой жизнью. Понятие независимая жизнь в концептуальном смысле подразумевает два взаимосвязанных аспекта. В социально-политическом плане — это право человека быть неотъемлемой частью жизни общества и принимать активное участие в социальных, политических и экономических процессах; это свобода выбора и доступа к жилым и общественным зданиям, транспорту, средствам коммуникации, страхованию, труду и образованию. Независимая жизнь — возможность самому определять и выбирать, принимать решения²⁴ и управлять жизненными ситуациями. В

социально-политическом смысле независимая жизнь не связана с необходимостью человека прибегать к посторонней помощи или вспомогательным средствам, которые требуются для его физического функционирования. В философском понимании независимая жизнь — это способ мышления, психологическая ориентация личности, которая зависит от ее взаимоотношений с другими личностями, от физических возможностей, от окружающей среды и степени развития систем служб поддержки. Философия независимой жизни ориентирует человека, имеющего инвалидность, на то, чтобы он ставил перед собой такие же задачи, как и любой другой член общества. Согласно философии независимой жизни, инвалидность рассматривается с позиций неумения человека ходить, слышать, видеть, говорить или мыслить обычными категориями. Таким образом, имеющий инвалидность, попадает в ту же сферу взаимосвязанных отношений между членами общества. Чтобы он сам мог принимать решения и определять свои действия, создаются социальные службы, которые, как мастерская по ремонту автомобилей или ателье, компенсируют его неумение делать что-либо. Включение в инфраструктуру общества системы социальных служб, которым человек с инвалидностью мог бы делегировать свои ограниченные возможности, сделало бы его равноправным членом общества, самостоятельно принимающим решения и ответственность за свои поступки, приносящим пользу государству. Именно такие службы освободили бы его от унижающей человеческое достоинство зависимости от окружающей среды и высвободили бы бесценные человеческие ресурсы (родителей и родственников) для свободного труда на благо общества. Независимая жизнь означает право и возможность выбирать самим, как жить. Это значит — жить так же, как и другие, имея возможность самим решать, что делать, с кем встречаться и куда пойти, будучи ограниченным лишь в той степени, в которой ограничены другие люди, не имеющие инвалидности. Это и право ошибаться так же, как любой другой человек. Чтобы стать действительно независимыми, инвалиды должны противостоять множеству преград и преодолеть их. Последние бывают явными (физическая среда), а также скрытыми (отношение людей). Если их преодолеть, можно добиться многих преимуществ для себя. Это — первый шаг на пути к тому, чтобы жить полноценной жизнью, выступая в роли работников, работодателей, супругов, родителей, спортсменов, политиков и налогоплательщиков, иначе говоря, чтобы в полной мере участвовать в жизни общества и быть его активным членом.

Независимая жизнь инвалидов — это: возможность самим определять и выбирать такой образ жизни, который позволяет самостоятельно принимать решения и свободно управлять обстоятельствами в разных жизненных ситуациях; право человека быть неотъемлемой частью современного общества и, принимая активное участие в социальных и политических процессах, иметь свободу выбора; возможность иметь право полного участия в процессах медицинской и социальной реабилитации и быть главным экспертом в оценке их качества; право человека иметь свободный доступ к жилью и среде обитания, социальной инфраструктуре и транспорту, работе и образованию, медицинскому обслуживанию и социальным услугам; все то, что дает возможность инвалиду считать себя Личностью и быть независимым человеком. Философия независимой жизни в широком смысле представляет собой движение в защиту гражданских прав миллионов инвалидов по всему миру. Это — волна протеста против сегрегации и дискриминации, а также поддержка прав инвалидов и их способностей в полной мере разделить обязанности и радости нашего общества. Во всем мире философия независимой жизни определяется таким образом: это возможность полностью контролировать свою жизнь на основе приемлемого выбора, который сводит к минимуму зависимость от других людей в принятии решений и осуществлении повседневной деятельности. Это понятие предполагает контроль над собственными делами, участие в повседневной жизни общества, исполнение целого ряда социальных ролей и принятие решений, ведущих к самоопределению и уменьшению психологической или физической зависимости от других. Независимость — понятие относительное, которое каждый человек определяет по-своему. Философия независимой жизни проводит четкое различие

между лишенным смысла пребыванием в изоляции и приносящим удовлетворение участием в жизни общества

Практическая часть

1. Подготовить сообщения на тему «Социокультурная концепция образа жизни человека с ОВЗ», «Социокультурная интеграция лиц с ОВЗ», «Понятие субкультуры применительно к лицам с ОВЗ».
2. Опишите суть концепции независимой жизни при инвалидности.

Практическое занятие 6

Тема: Традиционные и посттрадиционные модели инвалидности

Цель - формирование представлений студентов о развитии образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в историко-философском контексте. Формируемые компетенции: ОПК-4 способен создавать и реализовывать условия и принципы духовно-нравственного воспитания обучающихся на основе базовых национальных ценностей.

Учебные вопросы

1. Традиционные модели инвалидности: моральная (религиозную) модель, медицинская модель, экономическая модель, реабилитационная модель, модель функциональной ограниченности.
2. Посттрадиционные модели инвалидности: британские модели инвалидности, американские модели инвалидности.

Материально-техническое обеспечение занятия

Ноутбук, проектор.

Теоретическая часть (аннотация)

Моральная модель инвалидности, вытекающая из базовых постулатов христианской религии, с одной стороны, рассматривала инвалидность как «наказание за грехи», а с другой -причисляла инвалидов к мученикам. Некоторые культуры и субкультуры до сих пор связывают инвалидность с чувствами религиозного наказания или вины, стыда, низким социальным статусом и эксклюзией как самого инвалида, так и всей его семьи, даже если подобные чувства уже не базируются на религиозной доктрине [Ali, 2002]. Для людей с ограниченными возможностями данная модель является особенно тягостной, поскольку порождает социальный ostracism и самоненависть. Данная модель сегодня практически не используется в реальной социальной политике стран, что не мешает ей оставаться неким способом видения инвалидности, распространенным в обществе. Медицинская модель инвалидности в течение длительного времени была доминантной и претендовала на особую научность и гуманность (иногда ее еще называют «административной моделью», поскольку она зародилась в недрах систем здравоохранения и социального обеспечения) [Ярская-Смирнова, Наберушкина, 2003]. Медицинская модель инвалидности рассматривает физические и психические отличия между людьми в терминах патологических отклонений и дефектов, то есть «неполноценности» [Preiffer, 2001]. Идеология медицинской модели до сих пор оказывает определенное влияние на законодательство, социальную политику и организацию социального обслуживания. Отличительным подходом медицинской модели являлось то, что она рассматривала людей с ограниченными возможностями как некомпетентных, неспособных отвечать за себя и трудиться, нуждающихся в присмотре и, возможно, опасных для общества. Медицинское определение инвалидности в значительной мере довлеет и над самим явлением инвалидности, и над теми, кого оно затрагивает, как и над всей социальной политикой и социальной работой. При таком подходе недуги автоматически исключают участие инвалидов в обычной социальной деятельности, в связи с чем необходимо создавать особые медицинские центры, изолированные специализированные интернаты и коррекционные школы. Кроме того, они нуждаются в специальных социальных льготах, пособиях, удовлетворяющих, как правило, только минимальный уровень их материального благополучия [Волгин, 2003]. Такой подход способствовал закреплению

низкого социального статуса людей с ограниченными возможностями и усиливал социальные стереотипы относительно их несамостоятельности и неуверенности [Campbell, 2001]. Инвалиды в данной модели рассматривались как объект социальной политики, а не ее субъект. Экономическая модель инвалидности во многом является закономерным продолжением медицинской модели, предполагает перераспределение доходов между различными слоями общества там, где в качестве методологической основы принимается медицинское определение инвалидности. Поскольку лица с ограниченными возможностями рассматриваются как физически неполноценные или психически больные, то отсюда делается вывод о том, что они могут работать с гораздо «меньшей нагрузкой, чем здоровые люди, или неспособные работать вообще. Таким образом, лица, страдающие неполноценностью, изначально рассматриваются как менее производительные и экономически ущербные», они не могут производить достаточное количество ресурсов, чтобы обеспечивать себя, и, следовательно, являются обузой для общества. Влияние экономической модели инвалидности весьма четко прослеживается на тех примерах национальных концепций социальной политики, когда инвалидность определяется прежде всего как нетрудоспособность, и вводятся ограничения на виды занятости инвалидов. Если индивид способен соответствовать нормам производительности труда и тем не менее имеет стойкие нарушения здоровья, его инвалидность с юридической точки зрения может быть «снята». Из медицинской модели инвалидности выводится и определение функциональной ограниченности, описывающей неполноценность как неспособность лица выполнять те или иные функции наряду со здоровыми людьми. В частности, в Законе США от 1975 года «О правах лиц с недостатками развития» говорится о том, что функциональная ограниченность инвалидов может проявляться в трех или более областях человеческой деятельности: невозможность ухода за собой, ограничения в общении, ограничения в обучении, передвижении, самоконтроле, экономическая несамостоятельность в силу ущерба, невозможность независимого существования и др. Современное функциональное определение неполноценного развития затрагивает большинство людей, страдающих серьезными недостатками здоровья, и, как следствие, не учитывает огромного количества людей, страдающих более легкими формами недугов. Из модели функциональной ограниченности вытекает и реабилитационная модель, которая видит главную проблему инвалида в наличии больного, «ненормального» тела или психики, нуждающихся в медицинском лечении и реабилитации, цель которых -устранение или компенсация возникших функциональных расстройств. Подразумевается, что такие социальные институты, как служба занятости и госслужба созданы, прежде всего, для нужд здоровых людей. Вместо того, чтобы адаптировать эти институты для нужд всех людей, общество идет по другому пути, отделяя инвалидов в специально созданное параллельное пространство, мало пересекающееся с «мэйнстримом» не-инвалидов. В этом параллельном пространстве люди с ограниченными возможностями -это либо в большинстве своем неработающие пенсионеры, либо те, кто занимают сегрегированные, как правило, «специальные» рабочие места для инвалидов, характеризующиеся малой оплатой и низким престижем. Суть реабилитационной модели состоит в том, чтобы адаптировать, приспособить инвалида к социуму, задача же изменения социума в интересах инвалида и поднятие его социального статуса не рассматриваются. Стоит отметить родственную связь моделей функциональной ограниченности, реабилитационной и медицинской. Многие исследователи, говоря о медицинской модели инвалидности, подразумевают смешанный характер этих трех моделей. В конечном итоге рассмотренные модели -религиозная, медицинская, экономическая и функциональной ограниченности -делают упор на то, что у данного лица лимитировано или отсутствует. Религиозная модель акцентирует внимание на неспособности инвалидов к социальной адаптации по моральным основаниям («божье наказание»), медицинская -на нездоровье, экономическая -на неспособности к экономическому труду, модель функциональной ограниченности -на неспособности в широком смысле этого слова. В связи с этим, данные модели инвалидности можно отнести к «старой» парадигме инвалидности,

оказавшей воздействие как на определение самой инвалидности и социальное к ней отношение, так и на конструирование национальных концепций социальной политики в области инвалидности. Эти концепции были направлены на то, чтобы создать для инвалидов отдельные социальные ниши, не пытаясь полноценно вписать их в социум, что вело, в свою очередь, к созданию барьеров общения между здоровыми членами общества и инвалидами, поощрению пассивного социально-профессионального поведения инвалидов и снижению их статуса на рынке труда. Посттрадиционная парадигма инвалидности обращала внимание не на «недостатки» лиц с ограниченными возможностями, а на такой контекстуальный аспект инвалидности, как динамическое взаимодействие между инвалидом и окружающей средой, обществом в целом. «Новая», или посттрадиционная, парадигма инвалидности включает ряд социальных моделей инвалидности, которые, в свою очередь, условно были разделены на британские и американские модели инвалидности. Так называемые британские модели инвалидности включали материалистическую и независимой жизни. К американским моделям относятся следующие модели: психосоциальная, социально-политическая, культурная, человеческого разнообразия. Широкое распространение в мировой практике инвалидности получили так называемые британские модели инвалидности, которые различались между собой по таким важным параметрам, как отношение к трансформации общественного устройства и стратегии освобождения от социального угнетения. Британская материалистическая модель представляла собой социальную модель инвалидности, вытекающую из учения К. Маркса, и в качестве методологической базы использовала марксистскую социологию и марксистскую политическую экономию. Материалистическая модель инвалидности впервые была открыта в Великобритании и названа «великой идеей» британского социального движения инвалидов [Pfeiffer, 2002]. Развита в 1970-е годы активистами «Союза физически поврежденных против сегрегации» (UPIAS), она получила академическое обоснование в работах таких ученых, как Вик Финкелштейн, Колин Барнес, отчасти Майк Оливер, и до сих пор успешно используется и учеными других стран [Ярская-Смирнова, Наберушкина, 2003]. Материалистическая модель инвалидности содержит несколько ключевых элементов: а) провозглашает, что люди с ограниченными возможностями являются угнетенной социальной группой; б) делает различия между повреждениями, которыми обладают люди, и угнетением, с которым они сталкиваются; в) определяет инвалидность (что наиболее важно) как социальное угнетение, которое испытывают инвалиды. Многие прогрессивно настроенные социологи считают, что именно марксистская теория не только дает наиболее адекватный методологический базис для описания и объяснения социального положения инвалидов, но и обладает гораздо большим трансформирующим потенциалом для преодоления угнетения людей с ограниченными возможностями, чем функционалистская социология и интеракционизм, вооружая инвалидов стратегиями освобождения от дискриминации [Oliver, 1999]. При этом отмечается, что именно политэкономия марксизма дает удовлетворительные объяснения того, почему инвалиды являются социально «проигравшими» (social losers). Согласно этой версии социальной модели инвалидности, угнетение, с которыми сталкиваются индивиды, вытекает из экономической и социальной структуры капитализма. Сама организация общества продуцирует институциональную сепарацию инвалидов, а значит и их тотальную дискриминацию. Общество, с его социальными институтами, представлено в данной модели таким образом, что оно делает инвалидов из людей, у которых есть проблемы со здоровьем. Ключевая роль в продуцировании категории «инвалидность» посредством действий на рынке труда и социальной организации занятости принадлежит экономике. Поскольку главной целью капиталистического производства является получение прибыли, то оно мало заинтересовано в более медленных и менее продуктивных темпах работы лиц со стойким нарушением здоровья, определяя их как инвалидов. Британская модель независимой жизни вытекала из теории нормализации и социальной валоризации. Данная модель оказала значительное влияние на формирование концепций социальной политики в области инвалидности во многих западных странах, таких, например, как

Великобритания, Швеция и США [Рамон, 2001]. Свое конкретное отражение она нашла в официально взятом курсе на деинституционализацию и декарцерацию, то есть на свертывание сети специализированных интернатов для людей с ограниченными возможностями, и на развитие разнообразных форм обслуживания и поддержки инвалидов непосредственно по месту жительства - вначале в Скандинавских странах, затем в Великобритании и США. Идея нормализации, лежащая в основе данной модели, предусматривает определенные преобразования именно в этом направлении. Кроме того, она включает развитие самопомощи, что согласуется с идеологией независимой жизни [Ярская-Смирнова, Наберушкина, 2003]. Включение в инфраструктуру общества системы социальных служб, которым человек, имеющий инвалидность, мог бы делегировать свои ограниченные возможности, сделало бы его равноправным членом общества, самостоятельно принимающим решения и обладающим ответственностью за свои поступки. Сторонники идеологии независимой жизни, вытекающей из теории нормализации, рассматривают самопомощь как ключевой и весьма полезный элемент, способствующий более эффективным процессам самореализации инвалида. Теория нормализации и социальной валоризации была весьма притягательна для многих людей с ограниченными возможностями, поскольку позволяла самостоятельно существовать в открытом социуме и ощущать себя менее дискриминируемыми. Однако опора на самопомощь, на близких родственников и местное сообщество означала в каком-то смысле возвращение к традиционным формам ухода за нуждающимися. Альтернативное направление заключалось в развитии частного сектора социальных и медицинских услуг как на платной, так и на бесплатной основе. Считалось, что по сравнению с крупными государственными учреждениями небольшие агентства данного типа окажутся более рентабельными и будут более чутко реагировать на запросы своих клиентов. Нормальные условия жизни лиц с ограниченными возможностями подразумевали обладание собственным жильем, образование, трудоустройство, досуг, средства к существованию, возможность воспользоваться разнообразными социальными благами, навыки самообслуживания и общения [Рамон, 2001]. Оппоненты данной модели инвалидности отмечают следующее: • во-первых, теория нормализации, базирующаяся на функционалистской и интеракционистской социологии, не предлагает удовлетворительного объяснения, почему инвалиды угнетены и дискриминируемы в капиталистическом обществе; • во-вторых, в данной модели не представлено адекватной всеохватывающей стратегии освобождения от этой дискриминации, существуют лишь отдельные тактики «независимой жизни»; • в-третьих, отмечается расплывчатость дихотомии «нормальность / ненормальность», которая конструируется обществом и потому не должна применяться при оценке состояния лиц с ограниченными возможностями [Finkelstein, Morrison, 1993]. Анализ и описание так называемых американских моделей инвалидности можно начать с базовой психосоциальной модели инвалидности, вытекающей из учения Гофмана, и в качестве методологической базы, использующей социологию символического интеракционизма и постмодернистские концепции. Эта модель, разработанная вначале в США, приобрела широкое признание в научном сообществе и стала методологической базой, на основе которой развивались большинство из последующих американских моделей инвалидности: социально-политическая модель инвалидности как группы угнетаемого меньшинства, культурная модель инвалидности, модель человеческого разнообразия. Гофман рассматривал разрыв между тем, чем человек должен быть - «виртуальной социальной идентичностью», и тем, что он на самом деле собой представляет - «актуальной социальной идентичностью». Любой человек, имеющий между этими двумя идентичностями разрыв, «заклеймен», «стигматизирован». С помощью понятия «стигма» рассматриваются театрализованные взаимодействия между нормальными и заклеяменными людьми, к которым можно отнести и лиц с ограниченными возможностями [Goffman, 1997]. Природа такого взаимодействия зависит от того, к какой из двух категорий принадлежит человек - дискредитированной или дискредитируемой. Согласно драматургическому подходу Гофмана, инвалидность определяется как ²⁹результат действия стигмы - неожиданных

различий или «нетипичности» [Ярская-Смирнова, 1997]. Таким образом, граница между здоровыми и инвалидами, то есть между «нормой» и «аномалией» является социальной конструкцией. Причем стоит отметить нестатичный характер этой границы, она меняется в двух плоскостях -пространстве и времени. «В силу этого, инвалидность можно понимать не только как физиологическую патологию организма, дефект внешнего вида или поведения человека, но и как социальное определение, стигму, ярлык. Этот ярлык - знание об инвалидности -может приклеить человеку какая-то конкретная социальная система, в которой данное состояние принято считать отклонением от нормы. Получается, что изменив социальное окружение, перейдя в другую социальную группу, можно снять с себя этот ярлык или сменить его на другой, который в меньшей степени будет ограничивать возможности индивида» [Ярская-Смирнова, Наберушкина, 2003]. Поэтому, проанализировав социальные роли и аттитюды в отношении инвалидов, как и их стигматизирующий эффект, необходимо расширить понятие «нормы», включив в нее людей с ограниченными возможностями, сформировать в общественном сознании позитивный образ инвалидности и донести до людей, что инвалидность -это всеобщий эксперимент [Тарасенко, 2003].

Теоретическая модель угнетения инвалидов, или социально-политическая модель инвалидности, была предложена активистом движения инвалидов в США и преподавателем Харланом Ханом в 1994 году [Hahn, 1994]. В качестве теоретического основания были использованы идеи и принципы философии прав инвалидов и идеологии гражданских прав, получивших мощное развитие в США и Западной Европе, начиная с 60-70-х годов прошлого века. В отличие от медицинских моделей инвалидности (напомним, что речь идет о сочетании собственно медицинской, функциональной, реабилитационной и экономической моделей), помещавших проблему инвалидности внутрь пространства человеческого тела, модель Хана является одной из социальных моделей инвалидности. Он рассматривает инвалидов как группу угнетаемого меньшинства в современном обществе и помещает инвалидность внутрь плоскости взаимоотношений между инвалидом и общественными условиями. Специфически инвалидность является результатом неподходящих условий между индивидом и окружающей средой. Согласно данной концепции, инвалидность не стоит рассматривать как нечто присущее индивиду: это следствие инвалидизирующей, не поддерживающей данного индивида окружающей среды. В частности, если окружающая среда предоставляет все ресурсы для выполнения каких-либо задач или иной активности по частному индивидуальному требованию, то для такого индивида уже не существует инвалидности как проблемы. В социально-политической модели инвалидности как угнетаемого меньшинства есть три базовых постулата: а) источник большинства проблем, с которыми сталкиваются инвалиды, в первую очередь, является следствием социальных аттитюдов; б) многие необходимые условия окружающей среды могут быть сформированы благодаря подходящей публичной политике; в) в конечном счете, в демократическом обществе политика должна не только быть рефлексией распространяемых установок и ценностей, но и активно влиять на их формирование. Хан считает, что изменение публичной политики, в частности государственной политики, есть необходимое условие, во-первых, ликвидации несправедливого для инвалидов физического и социального устройства окружающей среды, и, во-вторых, предотвращения негативных аттитюдов в отношении инвалидов. Этот автор соглашается, что с точки зрения представлений об инвалидах как о меньшинстве, основные ограничения, с которыми сталкиваются инвалиды, являются в большей степени результатом действия социальных установок и дискриминации, чем органической патологии. Следовательно, решение проблем инвалидности должно быть внешним, а не внутренним, «прежде всего делом не медицинским, а политическим, целью которого будет продвижение нормативных стандартов равенства и свобод гораздо в большей степени, чем клинических процедур» [Hahn, 1994]. Одним из результатов социально-политического определения инвалидности и развития модели инвалидности как группы меньшинства стало развитие способности инвалидов самостоятельно интерпретировать казалось бы дискредитирующие атрибуты собственной телесности в терминах

политической идентичности. Тем самым инвалиды из объектов становятся динамичными субъектами, акторами социальной политики в области инвалидности. Однако Хан полагает, что движение в защиту прав инвалидов все-таки продолжительное время остается довольно слабым политически. Ученые видят причину низкого общественно-политического участия инвалидов в недостаточно развитых чувствах сплоченности и самоидентификации. Источник же недостатка солидарности лежит, прежде всего, в отсутствии хорошо развитой субкультуры инвалидности. Таким образом, динамическая составляющая социального движения инвалидов в США и Великобритании в 1980-1990-х годах XX века, социально-политическая модель инвалидности как группы угнетаемого меньшинства, идеи Харлана Хана, Паула Лонгморе, Вика Финкелштейна, Елспета Моррисона, Ирвинга Золы и других исследователей послужили основанием для разработки во второй половине 90-х годов прошлого века культурной модели инвалидности. Согласно этой модели, инвалидность можно рассматривать как совершенно особый культурный феномен, отличный от других культурных феноменов. Дискуссия о культурной модели инвалидности ведется о том, каким образом социальная идентичность сплачивает людей, каким образом культура и искусство инвалидов дают возможность людям с ограниченными возможностями не только войти в «мэйнстрим» доминантной культуры, но и создавать собственный позитивный публичный имидж в обществе [Finkelstein, 1993]. Развитие культуры инвалидности дает понимание инвалидам особенностей своей жизни как группы людей с ограниченными возможностями, показывает, что инвалидность приносит особую уникальность и групповую идентичность. Культура инвалидности включает гордость за принадлежность к коллективу, группе, организации, объединяет разных инвалидов вместе, укрепляет их общественную позицию. Самоидентификация представляет собой одну из наиболее устойчивых характеристик для групповой идентичности, однако суть указанной идеологии создает понимание того, что самоидентификация инвалидов требует комплексного решения и, прежде всего, преодоления зависимости лиц с ограниченными возможностями от иерархии культурных предпочтений господствующих в социуме властных групп, создания особой субкультуры инвалидности и активной культурной интервенции людей с ограниченными возможностями в доминантную на данный момент в обществе культуру [Finkelstein, 1987]. Исследователи инвалидности пишут о том, что сейчас наступает вторая фаза в мировом социальном движении инвалидов [Longmore, 2003]. Если в течение последних тридцати лет люди с ограниченными возможностями боролись за равные права, то вторая фаза означает борьбу за коллективную идентичность. Поскольку ряд задач первой фазы движения инвалидов продолжает оставаться полностью нерешенным, базовой целью второй его фазы должно стать, прежде всего, создание культуры инвалидности, поскольку она подразумевает активное участие в культурной жизни собственной страны, необходимое для более полной интеграции в социум, более четкую артикуляцию и продвижение собственных целей и интересов, активное изменение негативных установок общества и самоопределение инвалидов как решающий компонент защиты прав инвалидов [Putnam, 2001]. Наиболее полно, на наш взгляд, это стремление выражается в трех современных лозунгах американского движения в защиту прав инвалидов, взятых на вооружение мировым социальным движением инвалидов [Brown, 2003]: «Ничего о нас без нас!», «Прославляйте свое отличие!», «Я инвалид, но я горд!» Так, Вик Финкелштейн - психолог и исследователь Центра исследований инвалидности Университета г. Лидса (Великобритания), отмечая позитивное влияние культуры инвалидности на психологическое самочувствие людей с ограниченными возможностями, говорит:

«Довольно сложно ответить на вопрос, что такое культура инвалидности. Что я мог бы сказать? Прежде всего, мы должны помнить, что это культура не отдельных индивидов, это культура о стиле жизни отдельно взятой группы населения, независимо от ее размеров, расположения в пространстве, национальности. По крайней мере, ясно, что если мы вносим свой уникальный вклад в общество, то это должен быть прежде всего коллективный вклад, а не вклад лидеров инвалидного движения, или еще того хуже,

психологов-терапевтов или арт-терапевтов». Модель человеческого разнообразия в качестве методологической базы использует социологию постмодернизма и феминистскую социологию. В рамках данной модели дискуссия об определении инвалидности помещается не в смысловое пространство аномалии, а в смысловое пространство, в котором инвалидность является одной из многих индивидуальных особенностей стиля жизни, свидетельством человеческого разнообразия, разнообразия человеческой телесности без оценочного компонента и построения иерархии нормы и уродства [Caldwell-Cobbett, Fassinger, 1998]. При таком подходе инвалидность -это, по сути дела, нормальное состояние человека [Garland-Thomson, 2002]. Для методологической поддержки данной точки зрения американские исследователи инвалидности ссылаются, в частности, на труды индийского философа Саркара, который доказывает, что телесные различия не должны маскировать нашу человеческую сущность, поскольку все мы произошли из единого источника [Sarkar, 1996]. На уровне нашего физического существования разнообразие является абсолютно естественным условием и нуждается в нашем тотальном принятии вне иерархической констатации различий, то есть без того, чтобы помещать людей с иными характеристиками тела и мышления, отличными от принятой обществом нормы, на более низкую ступень и приклеивать им ярлык патологии. На другом уровне рассмотрения различие является просто идеологической конструкцией, а не реальностью, поскольку все человечество связано между собой. Данная точка зрения нашла и свое юридическое выражение, например, в Законе США об инвалидах и Билле о правовых действиях от 1993 года сказано: «Инвалидность является естественной частью человеческого опыта...». Рассмотренные британские и американские модели инвалидности наглядно демонстрируют процесс постепенного переосмысления идеи инвалидности, отказ от стереотипных подходов, попытку рассмотреть возможности оптимальной адаптации инвалидов к социуму как за счет их собственных усилий и пересмотра собственного отношения к инвалидности, так и за счет пересмотра отношения общества к инвалидности.

Практическая часть

1. Подготовьте сообщение на тему «Роль работ П.К. Анохина в современном представлении и строении и функционировании мозга».
2. Опишите суть функциональной организации работы мозга.

Практическое занятие 7

Тема: Современная парадигма образования лиц с ОВЗ

Цель -формирование представлений студентов о развитии образования лиц с ограниченными возможностями здоровья на современном этапе

Формируемые компетенции: ОПК-4 способен создавать и реализовывать условия и принципы духовно-нравственного воспитания обучающихся на основе базовых национальных ценностей.

Учебные вопросы

1. Обоснование изменения парадигмы образования лиц с ОВЗ.
2. Цель, задачи и принципы образования лиц с ОВЗ на современном этапе.
3. Направления и формы организации инклюзивного образования

Материально-техническое обеспечение занятия

Ноутбук, проектор.

Теоретическая часть (аннотация)

Разработка новых подходов к образованию детей с ОВЗ вызвана необходимостью решения важных вопросов по обеспечению прав детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) на качественное образование, что является неотъемлемой частью государственной политики и национальной стратегии защиты прав и интересов детей в Российской Федерации. Присоединившись к основным международным договорам в

области прав человека (Декларации ООН о правах человека, Конвенции ООН о правах инвалидов, о правах ребенка) наша страна в целом, и все ее субъекты в частности, взяли на себя обязательства по соблюдению общечеловеческих прав, в том числе права на образование, детей с ОВЗ. Актуальность и своевременность этих действий очевидна, но при этом требуются существенные изменения во всех сферах общественной жизни, начиная с образовательной политики и заканчивая финансово-экономическим обеспечением данного процесса. В Ставропольском крае проживает 15 тыс. детей с ограниченными возможностями здоровья, 26 % из которых составляют дети с инвалидностью. В целях раннего выявления отклонений в развитии детей и оказания им коррекционной помощи в крае создано 28 психолого-медико-педагогических комиссий, которые ежегодно обследуют около 13 тыс. детей, имеющих проблемы в развитии, обучении, социальной адаптации и нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. Развивается сеть восстановительно-лечебных учреждений для детей-инвалидов (более 250 специализированных детских садов и интернатов, в том числе санаторного типа, 461 компенсирующая группа, 31 специальное (коррекционное) образовательное учреждение, в том числе 3 школы-интерната для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, 395 коррекционных классов и индивидуальное (семейное) надомное обучение). Кроме этого, в системе социальной защиты населения и здравоохранения функционируют 2 специализированных дома ребенка, социально-реабилитационные центры, государственное образовательно-оздоровительное реабилитационное учреждение «Ессентукское профессиональное училище -центр реабилитации детей-инвалидов и молодых инвалидов» и «Кисловодский медицинский колледж». В крае на базе отдельных образовательных учреждений созданы лекотеки, мобильные бригады и отделения сопровождения семей, которые воспитывают детей-инвалидов. Ведётся активная работа по созданию системы дистанционного обучения детей-инвалидов, обучающихся на дому. В рамках реализации мероприятия «Развитие дистанционного образования детей-инвалидов» приоритетного национального проекта

«Образование» услугами дистанционного обучения пользуются 540 детей, получая знания по 16 предметам. Особое внимание министерство образования Ставропольского края уделяет организации работы по поддержке семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Новым направлением стало обучение родителей методам и технологиям психокоррекционной и психопрофилактической работы. За 2009-2012 годы обучено свыше 1 тыс. родителей, что позволило обеспечить преемственность психокоррекционной и психопрофилактической работы между коррекционным образовательным учреждением и семьёй. В крае растёт финансирование данной сферы. Так, если в 2011 году на эти цели было выделено 553,3 млн. рублей, то в 2012 году сумма возросла почти на 32% и составила 729 млн. руб. Все перечисленные формы помощи данной категории населения дополняют и расширяют систему специального образования. Вместе с тем создание условий для полноценного образования детей с ограниченными возможностями, адекватного их состоянию и здоровью, в частности, введения инклюзивной формы обучения выделено в один из приоритетов социальной политики государства.

В настоящее время более 3-х тысяч детей с ограниченными возможностями здоровья обучаются и воспитываются вместе с нормально развивающимися детьми в классах и группах детских садов. Однако этот процесс осуществляется вынужденно, стихийно, что обусловлено рядом факторов:

- недостаточным количеством специальных образовательных учреждений для детей с ограниченными возможностями (как правило, в маленьких городах и сельской местности);
- отказом родителей от посещения их детьми специальных (коррекционных) учреждений, который связан с отдаленностью их от места проживания семьи, трудностями транспортировки детей к ним, нежеланием воспитывать ребенка в условиях интерната, особенностями общественного мнения и др.;
- стремлением родителей обучать³³ детей среди нормально развивающихся сверстников. Благодаря работе по своевременному выявлению и коррекции нарушений в

развитии более 80% детей дошкольного возраста, прошедших коррекцию в детских садах, могут продолжать обучение в общеобразовательных школах. Однако организационно-методические основы учебного процесса в общеобразовательных школах ориентированы на детей с типичным развитием и не учитывают особенности учебно-познавательной деятельности детей с ограниченными возможностями здоровья. Дети с ОВЗ, обучающиеся в массовых учреждениях образования при таких условиях, испытывают значительные трудности в усвоении учебного материала и овладении социальными навыками вследствие отсутствия индивидуального подхода, специальной коррекционно-педагогической, психологической и социальной поддержки, учета специальных образовательных потребностей. Педагоги массовых школ не имеют соответствующих знаний об особенностях взаимодействия и способах обучения детей с ограниченными возможностями, поскольку эта информация не является содержанием их вузовской подготовки. В результате эта категория детей часто попадает в число стойко неуспевающих и социально дезадаптированных, а у педагогов и родителей формируется негативное отношение к инклюзивному образованию. В настоящее время инклюзивный подход представляет собой социальный заказ достигшего определенного уровня экономического, культурного, правового развития общества и государства. Этот этап связан с переосмыслением обществом и государством своего отношения к людям с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), с признанием не только равенства их прав, но и осознанием своей обязанности обеспечить таким людям равные со всеми другими людьми возможности. Инклюзивное обучение – закономерный этап развития системы образования в любой стране мира, процесс, в который вовлечены все высокоразвитые страны, в том числе и Россия. В основе практики инклюзивной формы обучения лежит идея принятия индивидуальности каждого отдельного учащегося и, следовательно, обучение должно быть организовано таким образом, чтобы удовлетворить особые потребности каждого ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Практическая часть

1. Составьте схему «Система специального образования лиц с ОВЗ в РФ»
2. Составьте таблицу «Характеристика особых образовательных потребностей лиц с ОВЗ»

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Каковы структурные компоненты системы специального образования лиц с ОВЗ в РФ? 2. Проанализируйте статистику численности лиц с ОВЗ в региона (покатегориально) за последние 5 лет. Сопоставьте с числом специальных образовательных учреждений в регионе.

Практическое занятие 8

Тема: Этические и деонтологические основания образования лиц с ОВЗ

Цель - формирование представлений студентов о развитии образования лиц с ограниченными возможностями здоровья в историко-философском контексте

Формируемые компетенции: ОПК-4 -способен создавать и реализовывать условия и принципы духовно-нравственного воспитания обучающихся на основе базовых национальных ценностей.

Учебные вопросы

1. Этика и деонтология в области взаимодействия с лицами с ОВЗ.
2. Этические и деонтологические основы образования лиц с ОВЗ в зарубежной науке. науке.
3. Этические и деонтологические основы образования лиц с ОВЗ в отечественной

Материально-техническое обеспечение занятия

Ноутбук, проектор.

Теоретическая часть (аннотация)

Новые подходы к образованию 34людей с ОВЗ, развитие инклюзивного

образования, обеспечение права равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия их особых образовательных потребностей определены на государственном уровне в Федеральном Законе «Об образовании в Российской Федерации» (2012) и требуют разработки и внедрения новых подходов в подготовке педагогов. В Федеральном Законе указывается, что педагогический работник должен не только применять педагогически обоснованные и обеспечивающие высокое качество образования формы, методы обучения и воспитания, в том числе специальные, но и соблюдать правовые, нравственные и этические нормы, следовать требованиям профессиональной этики. Возникновение понятия «этика» как области научного знания исторически обусловлено потребностью человека в структурировании и регулировании социального поведения в соответствии с имеющимися нравственными нормами и канонами, присущими обществу в текущий момент времени. По определению А.В. Разина (2006), этика (греч. *ethiká*, от *ethikós* — касающийся нравственности, выражающий нравственные убеждения, *ethos* — привычка, обыкновение, нрав)-философская наука, объектом изучения которой является мораль и нравственность как форма общественного сознания, как одна из важнейших сторон жизнедеятельности человека, специфическое явление общественно-исторической жизни. Объектом научного исследования этика стала в результате формирования системы философских знаний о морали как сфере общественно-социальной жизни, реализуемой в соответствии с определенными нормами и ценностями, регулирующими поведение людей. Основными категориями, в которых этика как наука раскрывает сущность морали и моральной деятельности человека, традиционно являлись следующие: добро и зло, совесть, честь, ответственность, самопожертвование и долг. В преломлении к профессиональной деятельности человека принято оперировать термином

«профессиональная этика», который очерчивает совокупность морально-этических и нравственных норм и модель поведения специалиста в соответствующей профессиональной сфере. Профессиональная, или так называемая деловая этика призвана регулировать деятельность специалиста в сфере служебных отношений, в том числе к субъектам своего труда. Позже, в результате потребности морально-нормативного структурирования профессиональной деятельности в узко специализированных трудовых сферах, родился термин «деонтология», который впервые был предложен английским философом Бентамом (J. Bentham) в 19 веке, в философском контексте, применительно к теории нравственности. Термин деонтология (греч. -*deon*, *deontos* «должное, надлежащее»

+ *logos* учение) означает совокупность нравственных норм и «должного профессионального поведения» работника (т.е. такого, какое оно должно быть) в соответствии с потребностями отрасли, в которой данный работник трудится. В приложении к медицинской практике современные литературные источники определяют данный термин как наиболее актуальную проблему медицинской этики вообще, и в ее прикладном значении к специализированной деятельности врача в частности, характеризующую и очерчивающую нравственно-моральные координаты и границы специфики его профессиональных действий и поступков. По мнению Б.В. Петровского (1988) «Медицинская деонтология -это совокупность этических норм при выполнении медицинским работником своих профессиональных обязанностей, а также принципов поведения профессиональных приемов психологического общения с обратившимися к врачу людьми». Действительно, невозможно представить себе профессиональную деятельность таких врачей как психиатр, психотерапевт (работающих с тяжелыми психическими патологиями), онколог (взаимодействующий с умирающим больным, а также его родственниками), или хирург, например, трансплантолог (решающий проблему трансплантации органа одного человека другому), без соблюдения деонтологических принципов, нарушающих общечеловеческие морально-этические нормы в угоду личным (не всегда гуманистичным) потребностям и мотивам. Несмотря на то, что основы медицинской деонтологии возникли задолго до формулировки и точного определения данного термина, и определялись исходя из ³⁵уровня развития медицинского знания и социально-культурных, морально-этических принципов текущего времени, можно

сказать, что общечеловеческие, гуманитарно-этические нормы врачебной деятельности во все исторические эпохи обуславливались самой идеей и основной врачебной функцией -лечением, а именно, стремлением облегчить участь страдающего, больного человека. Врачебная этика в последнее время стала серьезным объектом для общественного обсуждения в виду участившихся случаев ее низкого уровня (либо отсутствия вообще). Клаус Дернер, автор замечательной книги «Хороший врач», пишет: «Призрак бродит по медицине. Это – этика!». Далее автор рассуждает о том, что «внезапный взрыв «моды» на медицинскую этику раздражает...», объясняя это тем, что исторически врач в принципе обязан задумываться над этической стороной лечебного процесса. При этом в повседневной жизни, несмотря на обилие литературы и даже специализированных курсов в медицинских университетах, случаи нарушения врачебной этики и незтичного поведения врачей по-прежнему нередки. К сожалению, данное явление можно наблюдать и в учреждениях медико-социальной экспертизы, что подтверждают проводимые за последнее время исследования и анализ жалоб граждан в субъектах РФ и в ФГУ ФБ МСЭ Минтруда России. Анализ жалоб выявил их значительное количество, преимущественно связанное с неудовлетворенностью экспертным решением, а также качеством отношения специалистов учреждений к гражданам, характеризуемое больными (и их родственниками) как «поверхностное», «некомпетентное», «невнимательное», «грубое», «жестокое» и даже как «оскорбительно-хамское»..., что напрямую относится к профессиональной культуре и этике общения и слабо согласуется с вышеозвученной функцией «стремлением облегчить участь страдающего, больного человека...». Очевидно, что субъективная оценка гражданами качества предоставления услуг медико-социальной экспертизы, свидетельствует о значительных недоработках на местах и необходимости срочной корректировки сложившейся ситуации, влияющей на формирование негативного общественного мнения о службе медико-социальной экспертизы в целом. Однако, также очевидно, что целевая аудитория, которой оказывается государственная услуга по проведению медико-социальной экспертизы, является одной из наиболее сложных в психологическом смысле. Данная ситуация обусловлена множественной взаимосвязью социально-экономических, социально-бытовых и индивидуально-психологических факторов, формирующих высокий уровень эмоциональной напряженности людей, которые нуждаются в социальной поддержке на государственном уровне. Учитывая сложный в психологическом смысле контингент, обращающийся в учреждения медико-социальной экспертизы, и требование времени, акцентирующее внимание всей социальной общественности и профессиональных сообществ, на повышении уровня оказываемых гражданам социальных услуг и совершенствовании социальной политики в целом, необходимость освоения данной области знаний и их внедрение в поле практической деятельности специалистов медико-социальной экспертизы очевидны. Основными «мишенями» коррекции существующей ситуации, порождающей неудовлетворенность граждан, может быть недостаточная компетентность специалистов, как в области медико-социальной экспертизы, так и в области социально-психологических взаимодействий с гражданами, которые обращаются в учреждения МСЭ за установлением инвалидности. Важным для понимания моментом в определении причины недовольства граждан, является именно тот факт, что разделение этих двух составляющих профессиональной компетентности (и знаний по МСЭ, и психосоциальных знаний) практически невозможно! Объясняется это тем, что в экспертной процедуре ее участники

-«специалист» и «освидетельствуемый» взаимодействуют целостно, применяя всю совокупность знаний, умений и навыков, привнося в контакт свои индивидуально-психологические особенности. Необходимо отметить, что обучение всех специалистов на циклах повышения квалификации (что означает повышение уровня профессиональной подготовки по медико-социальной экспертизе) осуществляется непрерывно. И здесь ситуация, что называется «под контролем». В отношении обучения специалистов основам деонтологической этики в приложении к узкоспециализированной и достаточно молодой специальности «медико-социальная экспертиза», ситуация не однозначная и

пока ограничивается лишь единичными случаями затрагивания данных вопросов в статьях и на отраслевых научно-практических конференциях (Шабалина Н.Б. 2010, Науменко Л.Л., 2011; Морозова Е.В., 2011, 2012, 2013). Методологические основы деонтологии в профессиональной деятельности, именно такого специалиста как врач (специалист по медико-социальной экспертизе), на данном этапе не достаточно разработаны. Из литературных источников известен ряд работ в области деонтологического знания и принципов врачебной этики, касающихся медицинских специальностей по другим отраслям. В приложении к экспертной практике известные разработки, в основном, посвящены профессиональной деятельности судмедэкспертов, специфика деятельности которых (а значит и специфика этических аспектов) лишь отчасти, может быть экстраполирована на медико-социальную экспертизу. В области медико-социальной экспертизы предприняты попытки анализа данной проблемы (Шабалина Н.Б., Герсамя А.Г.; Морозова Е.В.; Волобоева Т.В.) в ракурсе изучения психосоциальной природы возникновения конфликтов в медико-социальной экспертизе и способов преодоления конфликтных ситуаций в экспертной практике. Изложенное, обуславливает необходимость создания четких векторов, очерчивающих предмет деонтологической проблематики в практике специалистов учреждений медико-социальной экспертизы, который по нашему мнению должен касаться: -морально-этических аспектов взаимоотношений специалистов, участвующих в оказании государственной услуги по медико-социальной экспертизе и граждан, обращающихся в государственные учреждения медико-социальной экспертизы; -морально-этических аспектов взаимоотношений между специалистами учреждений медико-социальной экспертизы и родственниками граждан, обращающихся в службу медико-социальной экспертизы; -морально-этических аспектов допущения экспертных ошибок, возникающих в ходе проведения процедуры медико-социальной экспертизы, влекущих за собой ущемление прав больных и инвалидов; -морально-этических аспектов ятрогений (высказываний и действий специалистов, влекущих за собой эмоционально-разрушающие последствия для человека); -морально-этических аспектов межпрофессиональных взаимодействий в коллективе специалистов учреждений службы медико-социальной экспертизы. Выше очерченные области изучения согласуются с общедисциплинарными деонтологическими принципами и кодексами, декларируемыми международным медицинским сообществом, и полностью отвечают современным общественно-политическим тенденциям, направленным на преодоление формального, антигуманного отношения к лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам. Исходя из очерченного круга вопросов, для повышения качества предоставления государственной услуги по медико-социальной экспертизе, в пособии предусмотрено рассмотрение проблем этики и деонтологии, в их прикладном применении к профессиональной деятельности специалистов с учетом психологии личности больного, личностных и профессиональных факторов специалистов, а также специфических психосоциальных факторов организации и ведения процедуры медико-социальной экспертизы с деонтологических позиций. Ключевые проблемы, существующей неудовлетворительной ситуации, обусловленной недовольством граждан качеством оказания государственной услуги по медико-социальной экспертизе лежат в плоскости: -сниженного уровня психологической компетентности специалистов, включая (знания психосоциальных аспектов инвалидности и психологии личности; знания психологических аспектов экспертной процедуры, правил эффективной коммуникации и бесконфликтного общения, умения эффективного изложения информации и вопросов формирования имиджа специалиста учреждения медико-социальной экспертизы). -индивидуально-психологических (личностных) аспектов специалистов (включая обладание профессионально значимыми для эффективной деятельности операциональными и личностными характеристиками; высокие интеллектуально-когнитивные способности, осознанность мотивации профессиональной деятельности информированность профессиональной идентичности врача-эксперта /специалиста учреждения медико-социальной экспертизы³⁷, стрессоустойчивость, владение навыками

психоэмоциональной саморегуляции, профилактики и коррекции стресса и эмоционального выгорания). -организационно-управленческих аспектов, включая (знание психологических особенностей организации процедуры, навык подбора специалистов и формирования «экспертной команды»; создание эффективной культуры организации окружающего пространства, влияющего на психоэмоциональное состояние человека, обеспечение мониторинга эффективности деятельности специалистов с учетом соблюдения этико-деонтологических принципов процедуры медико-социальной экспертизы). Очевидно, что для организации доступной и качественной экспертной среды, необходимы определенные материальные ресурсы и теоретические знания для того чтобы правильно, с деонтологических и психологических позиций организовать процесс (особенно в случае наличия наглядных и вполне достойных примеров уже имеющихся в некоторых регионах). Однако освоить психологическую компетентность и проработать индивидуально-психологические аспекты, в смысле наработки «навыков и умений» в теоретическом формате, невозможно! Данный факт принципиально важен, с точки зрения прогнозирования эффективности от прочтения специалистами настоящего пособия и внедрения полученных из него знаний в экспертную практику. Подобное представление, подразумевающее свершившийся «акт учения» в результате ознакомления с новой, пусть даже интересной информацией, ошибочно, так как не гарантирует применения человеком этих знаний на практике. Жизненный опыт многих людей свидетельствует о том, что услышанные (либо прочитанные) рекомендации «о том как надо...», не всегда приводят к их использованию в реальной жизни. Руководителям учреждений медико-социальной экспертизы необходимо осознать, что освоение и наработка навыков эффективной коммуникации бесконфликтного общения и методов психоэмоциональной регуляции, а также проработка личностных (мотивационных) проблем профессионального становления и самореализации, возможна лишь при организации систематизированной тренинговой работы (т.е. практически ориентированной на обучение специалистов и их «тренировку»), дающей большую вероятность прикладного воплощения сформированных умений в последующей профессиональной жизни специалиста. В эпоху Просвещения (XVIII век) главными силами прогресса стали считаться разум, наука и образование. Великий французский мыслитель Жан-Жак Руссо (1712– 1778) ввел так называемый «культ природы», согласно которому природа дает человеку инстинкт свободы, цельность характера, нравственность, доброту, великодушие, мягкость, деликатность и чуткость:

«Сердце покорно лишь собственным законам, оно бежит рабства, отдает себя по своей воле». В то же время идеи Ж.-Ж. Руссо, подчеркивающие эмоциональную природную активность человека, не преодолели рационалистического характера просветительства, которое, не сумев понять человека во всех сторонах его жизни и деятельности, считалось только с уровнем развития сознания. Данные взгляды проявились в педагогических воззрениях автора, утверждавшего, что воспитатель должен вылепить личность ученика по своему образу и подобию, должен быть лишен человеческих пороков и в нравственном отношении должен стоять выше общества. В романе Ж.-Ж. Руссо «Эмил, или О воспитании», который стал педагогической энциклопедией эпохи Просвещения, выразилось рациональное отношение педагогики того времени к проблеме обучения ребенка с нарушением развития: «Кто берет в свои руки слабого и хилого питомца, тот меняет звание воспитателя на звание сиделки; он тратит на охранение бесполезной жизни время, которое предназначал на увеличение ее ценности Я не взялся бы за воспитание ребенка болезненного и худосочного Мне не надо воспитанника, всегда бесполезного и для себя самого, и для других, который занят единственно самосохранением, и в котором тело вредит воспитанию души. Пусть другой вместо меня берется за этого немощного — я соглашаюсь на это и одобряю его человеколюбие; но у меня — не таков мой талант: я не умею учить жить того, кто только и думает о том, как бы спасти себя от смерти». Педагогические идеи Просвещения наиболее существенно развили выдающиеся педагоги Иоганн Генрих Песталотци (1746–1827) и Адольф Дистервег (1790–1866). И.³⁸Р. Песталотци одним из первых внес идеи

развивающего обучения не только в отношении здоровых, но и в отношении «неполноценных» детей. Он рассматривал воспитание как спасение забытых в величайшей нужде детей и открытие для них окружающего мира. И. Г. Песталоцци указывал, что педагог должен заниматься не только со здоровым «идеальным» учеником, как полагал Ж.-Ж. Руссо, но и с любым ребенком, даже физически и духовно неполноценным, должен помочь стать этому ребенку полезным обществу гражданином. Продолжил развитие педагогических взглядов на образование «неполноценных» детей И. А. Дистервег, который выступал против опеки церкви над школой, развивая педагогические принципы природосообразности и культуросообразности воспитания, ратовал за повышение статуса учителя и сформулировал четкие требования к педагогу: в совершенстве владеть преподаваемым предметом; любить свою профессию и детей; постоянно заниматься самосовершенствованием; быть гражданином и отстаивать прогрессивные убеждения; быть бодрым, энергичным, волевым, оптимистичным, строгим, требовательным и справедливым. Несмотря на прогрессивные взгляды европейских педагогов, следует отметить, что педагогика описываемого периода так и не смогла полностью развить и реализовать идеи гуманизма в отношении больных, неспособных, «аномальных» детей, так как отсутствовала соответствующая социокультурная установка, не было средств, знаний и квалифицированных педагогических кадров, чтобы профессионально заниматься социально бесперспективными детьми. В первой половине XIX века появляется первая самостоятельная педагогическая теория, касающаяся особых воспитательных потребностей неполноценных детей, которая реализовалась в понятии «лечебная педагогика». Авторами этой теории были немецкие педагоги Я. Д. Георгенс (1823–1886) и Г. М. Дейнхард (1821–1880), которые подвергли критике общую педагогику за то, что она не уделяла внимания обучению детей с нарушениями в развитии и не привлекала для этого медицинские знания. Лечебная педагогика была осмыслена ими как научная отрасль общей педагогики, задачей которой являлось воспитание физически, душевно и нравственно больных детей. Большое значение в лечебной педагогике придавалось знаниям из области медицины и педиатрии и отношению к неполноценному ребенку как к индивидуальности. При этом не ставилась цель преодолеть органические нарушения, имевшие место у детей. Считалось, что педагог должен уметь их «обойти» или «выровнять». Я. Д. Георгенс и Г. М. Дейнхард впервые в истории педагогики четко обозначили проблемы подготовки педагогов для работы с особыми детьми, обращая в первую очередь внимание на междисциплинарный характер их знаний. Можно сделать вывод о начале внедрения в педагогическую практику концепции медицинской помощи детям с нарушениями в развитии. Полагаем, что данная концепция, нашедшая свое выражение в исследованиях Я. Д. Георгенса, А. И. Герцена, И. Я. Гугенбюля, Г. М. Дейнхарда, Ж. М. Г. Итара, Э. Сегена, И. Г. Песталоцци, оказала значительное влияние на формирование образа человека с ограниченными возможностями здоровья в массовом и в педагогическом сознании, на осознание обществом необходимости оказания помощи таким людям и предъявила первые и особые требования к педагогам в отношении междисциплинарного педагогического знания, профессиональных качеств и выполнения педагогического долга перед «неполноценными» людьми. Изменение отношения общества и государства к лицам с отклонениями в развитии и к их правам стало закрепляться и в правовых документах. В 1817 году в Дании был принят первый в истории закон о специальном образовании, что положило начало определению правовых норм поведения специального педагога (Н. Н. Малофеев).

2. В процессе анализа исследований отечественных представителей педагогической мысли было выявлено, что значительный вклад в развитие педагогики гуманизма и формирование педагогической этики внесли представители русской демократии XIX века А. И. Герцен (1812–1870), Н. А. Добролюбов (1836–1861), Н. Г. Чернышевский (1828–1889), чьи труды стали впоследствии одними из источников педагогической деонтологии. Они выступали за разумность воспитания, уважение педагогом прав и достоинства ребенка, предоставление ему свободы и самостоятельности при разумном руководстве

действиями. Изучение литературных источников и педагогической публицистики показало, что А. И. Герцен в повести «Доктор Крупов» одним из первых начинает защищать право на самобытность человека с нарушениями интеллектуального развития, говоря, что «... официальные, патентованные сумасшедшие в сущности и не глупее и не поврежденнее всех остальных...». Говоря о требованиях к труду и к личности учителя, нельзя обойти вниманием и педагогические взгляды Л. Н. Толстого (1828–1910). Пропагандируя теорию непротivления злу насилием, писатель и философ доказывает важность таких качеств человека, как незлобивость, смирение, любовь к ближнему. В его достаточно противоречивой теории свободного воспитания большое значение придается нравственности педагога и нравственному воспитанию детей, любви педагога к своему делу и к детям. Л. Н. Толстой пишет: «Призвание учителя есть призвание высокое и благородное. Но не тот учитель, кто получает воспитание и образование учителя, а тот, у кого есть внутренняя уверенность в том, что он есть, должен быть и не может быть иным». Особое значение в понимании высокой миссии учителя и важности формирования его профессионального поведения до сих пор имеет педагогическое наследие К. Д. Ушинского (1824–1870). В творчестве великого русского педагога немалое внимание уделено нравственному анализу чувств доброты и любви. Нравственное и эстетическое чувства К. Д. Ушинский рассматривает как одну из великих особенностей человека, находящуюся в тесной связи с самосознанием. Он вводит требования к поведению педагогов и воспитанников: «не делай другим того, чем бы ты был сам огорчен», доказывая, что гуманное отношение к людям основано на врожденном человеку чувстве полного равенства, на совести, на стремлении человека быть правым перед самим собою. Гуманные отношения, по мнению К. Д. Ушинского, есть именно та сфера, в которой воспитывается в ребенке чувство правды и справедливости, а стремление к истинному благу, не идущему вразрез с историей человечества, к совершенству, к прогрессу, являясь врожденными, во многом зависят от воспитания и личности воспитателя. Одну из главнейших задач всего образования великий российский педагог видит в постоянном введении новых поколений в общее дело человечества, в его бесконечном стремлении к абсолютному добру. Дефектолог (в широком смысле трактовки этого термина) — специалист в области изучения, обучения, воспитания и социализации детей с отклонениями в развитии. Если говорить непосредственно о нашей стране, то долгое время, единственным научно-исследовательским центром в области дефектологии был Экспериментальный Дефектологический Институт, открытый в 1929 году на базе созданной В.П.Кащенко Медико-педагогической Станции. Спустя годы, он был переименован в Научно-исследовательский Институт Дефектологии АПН СССР, а сейчас он носит название Института коррекционной педагогики РАО. Штат института составляют специалисты самых различных профилей: медики, физиологи, психологи и педагоги и областей дефектологии :сурдо-, тифло-, олиго-, лого-и др. в решении проблем изучения и обучения разных категорий детей с нарушениями психо-физического развития. Стоит отметить тот неоценимый вклад этого учреждения, в развитие теории и практики дефектологии как интегративной области научного знания, органично соединяющей клинико-физиологическое и психолого-педагогическое направления исследований процессов развития и обучения детей. Если перейти на личности, стоит отметить некоторых людей, чья роль в создании и закреплении интегративного характера и целостности дефектологии непомерно велика. Прежде всего необходимо сказать о Л.С.Выготском, в чьих работах еще в начале 20 века были сформулированы и обоснованы общие для всех разделов дефектологии положения о природе и сущности аномального развития, основанные на культурно-исторической теории развития высших психических функций. Ведущие учёные – дефектологи Развитие отечественной дефектологии связано с такими именами ученых-психологов, как Выготский Л.С., Власова Т.А., Левина Р.Е., Лурия А.Р., Певзнер М.С., Сухарева Г.Е., Ястребова В, Бессонова Т.П., Шевченко С.Г., Капустина Г.М., Эк В.В., Речицкая Е.Г., Яхнина Е.З. На данный момент профессия дефектолога, специального преподавателя или дошкольного педагога и психолога преподается во многих вузах нашей страны

Практическая часть

1. Назовите несколько терминов, которые следует избегать при обсуждении проблем, связанных с людьми/детьми с инвалидностью.

2. Обоснуйте принципы и правила использования компетентностного, деятельностного, антропологического, гуманистического подходов в решении задач организации взаимодействия детей с особыми образовательными потребностями и обычных детей в условиях образовательной инклюзии. Сформулируйте собственное профессиональное кредо как педагога инклюзивной школы. Прокомментируйте его.

3. Какой должна быть школа, способная научить сотрудничеству и поддержке каждого ученика? Каковы особенности организации педагогического процесса, приоритетные воспитательные задачи, взаимодействие участников педагогического процесса в такой школе? Составьте «Устав» такой школы, отражающей взаимодействие всех участников образовательного процесса.

Вопросы и задания для самоконтроля

1. Дайте определение понятия «этика»

2. Определите этические привила взаимодействия с инвалидами.

Примерные темы докладов

1. Предпосылки отношение к лицам с ОВЗ в Исламе.
2. Предпосылки отношение к лицам с ОВЗ в Католическом христианстве.
3. Предпосылки отношение к лицам с ОВЗ в Православном христианстве.
4. Онтологический подход к образованию лиц с ОВЗ.
5. Аксиологический подход к образованию лиц с ОВЗ.
6. Философско-антропологический подход к образованию лиц с ОВЗ.
7. Историко-философский подход к образованию лиц с ОВЗ.
8. Социально-философский подход к образованию лиц с ОВЗ.
9. Личностно-деятельностный подход к образованию лиц с ОВЗ.
10. Отношения в ритуальном обществе к людям с ограниченными возможностями.
11. Отношения к людям с ограниченными возможностями в античном обществе.
12. Феномен детской эвтаназии в Древней Греции.
13. Права лиц с ограниченными возможностями в документах Древнего мира.
14. Объяснение причин аномального развития в трудах мыслителей античного мира.
15. Особенности развития науки, культуры, образования и их влияние на специальное образование в Западной Европе в период раннего Средневековья.
16. Влияние христианства на социальное положение людей с ограниченными возможностями.
17. Исторические источники о жизни и деятельности слепых людей до эпохи Возрождения.
18. Исторические источники о жизни и деятельности глухих людей до эпохи Возрождения.
19. Исторические источники о жизни и деятельности людей с нарушениями опорно-двигательного аппарата до эпохи Возрождения.
20. Исторические источники о жизни и деятельности людей с нарушениями интеллектуального развития до эпохи Возрождения.
21. Светская и церковная благотворительная помощь людям с ограниченными возможностями в период раннего Средневековья.
22. Общественное положение людей с ограниченными возможностями в эпоху раннего Средневековья.
23. Причины, препятствовавшие обучению детей с отклонениями в развитии в средние века в странах Европы.
24. Человек с проблемами в развитии и церковные догматы, суеверия, схоластика.
25. Идеология призрания церковью лиц с нарушениями в развитии.

26. Значимость трудов ученых-просветителей эпохи Просвещения в становлении специального образования.
27. Ведущие положения в обучении глухих С. Гейнике и слепых В. Гаюи.
28. 33. Влияние деятельности В.Н. Татищева, М.В. Ломоносова, И.И. Бецкого, А.И. Новикова, А.Н. Радищева на становление системы общественного призрения людей с нарушениями в развитии.
29. Педагогические направления оказания помощи детям с нарушениями интеллектуального развития в 18-19-ом веках.
30. Основные этапы становления системы специального образования в России.
31. Образование детей с нарушениями в развитии в 19-ом-начале двадцатого века в России.
32. Образование детей с нарушениями в развитии в Западной Европе, Америке в 19-ом – начале двадцатого века.
33. Становление системы психолого-медико-педагогического обеспечения специального образования в России и на Западе.
34. Становление систем специального образования в России и на Западе.
35. Становление психолого-педагогических технологий обучения, воспитания и коррекции детей с нарушениями в развитии.

Вопросы к экзамену

1. Роль истории педагогики в развитии образования лиц с ОВЗ.
2. Роль философии в развитии образования лиц с ОВЗ.
3. Ключевые подходы и категории философии образования.
4. Основные категории специальной педагогики и психологии.
5. Предпосылки отношения общества к лицам с ОВЗ.
6. Методологические принципы образования лиц с ОВЗ.
7. Естественно-научные и медицинские основания образования лиц с ОВЗ.
8. Психолого-педагогические основания образования лиц с ОВЗ.
9. Специальная педагогика и психология (дефектология) как самостоятельные науки.
10. Методы научного познания в современной специальной педагогике и специальной психологии.
11. Концепция нормализации жизни инвалидов (Б. Нирье, В. Вольфенсбергер).
12. Философия независимой жизни инвалидов.
13. Традиционные модели инвалидности.
14. Посттрадиционные модели инвалидности.
15. На пути к исчезновению понятия инвалидности.
16. Векторы социальной политики в отношении лиц с инвалидностью.
17. Обоснование изменения парадигмы образования лиц с ОВЗ.
18. Цель, задачи и принципы образования лиц с ОВЗ на современном этапе.
19. Направления и формы организации инклюзивного образования.
20. Учебно-методическое обеспечение образовательного процесса в условиях инклюзивного образования.
21. Структура и содержание программ коррекционной работы в процессе инклюзивного образования.
22. Прогнозы результатов внедрения инклюзивного образования.
23. Этика и деонтология в области взаимодействия с лицами с ОВЗ.
24. Этические и деонтологические основы образования лиц с ОВЗ в зарубежной науке.
25. Этические и деонтологические основы образования лиц с ОВЗ в отечественной науке.
26. Вопросы подготовки педагогов-дефектологов.

а) основная литература:

1. Михальчи, Е. В. Инклюзивное образование: учебник и практикум для вузов / Е. В. Михальчи. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 177 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-04943-5. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/493142>.

б) дополнительная литература:

2. Попова, Т. М. Теоретико-методологические основы обучения и воспитания лиц с нарушениями развития в зарубежной науке: учебное пособие / Т. М. Попова. – 2-е изд. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 125 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-14793-3. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/481947>.

3. Глухов, В. П. Специальная педагогика и специальная психология: учебник для вузов / В. П. Глухов. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 323 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-13096-6. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/489650>.

4. Глухов, В. П. Основы специальной педагогики и специальной психологии: учебник для среднего профессионального образования / В. П. Глухов. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 323 с. – (Профессиональное образование). – ISBN 978-5-534-13973-0. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/494823>.

5. Бессонов, Б. Н. История педагогики и образования: учебник и практикум для вузов / Б. Н. Бессонов. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 208 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-9916-9932-7. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/490047>.

6. История и философия науки: учебник для вузов / А. С. Мамзин [и др.]; под общей редакцией А. С. Мамзина, Е. Ю. Сиверцева. – 2-е изд., перераб. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 360 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-00443-4. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/488967>.

7. Старикова, Л. Д. История педагогики и философия образования: учебник и практикум для вузов / Л. Д. Старикова. – 3-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 435 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-02886-7. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/490466>.

8. Грехнев, В. С. Философия образования: учебник для вузов / В. С. Грехнев. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 311 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-00461-8. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: <https://urait.ru/bcode/490538>.

в) программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

-электронные библиотечные системы, с которыми у СОГУ имеется действующий договор, современные профессиональные базы, информационные справочные системы:

– eLIBRARY.RU [Электронный ресурс]: научная электронная библиотека. – URL: <http://www.elibrary.ru>.

– База данных «ЭБС elibrary»: <http://elibrary.ru>

– Издательство «Юрайт» [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://biblio-online.ru>.

– Университетская библиотека online [Электронный ресурс]: электронно-библиотечная система. – URL: <http://www.biblioclub.ru>.

– Университетская информационная система РОССИЯ. URL: <http://www.cir.ru/>;

Профессиональные базы:

<http://www.pedlib.ru>. Педагогическая библиотека

<http://window.edu.ru>. Информационная система «Единое окно доступа к образовательным

ресурсам»

Интернет-ресурсы

Ссылки на базы данных, сайты, справочные системы, электронные словари и сетевые ресурсы

1. Министерство образования и науки РФ <http://www.mon.gov.ru>
2. Федеральное агентство по образованию <http://www.ed.gov.ru>
3. http://www.gnpbu.ru/katalog/kat_0.htm -ГНПБ -каталог интернет-ресурсов. Каталог библиотеки им. К.Д. Ушинского и ссылок в Интернет
4. <http://www.pedlib.ru/> -педагогическая библиотека. Книги и статьи. Литература по педагогике и ее прикладным отраслям
5. <http://www.informika.ru/windows/magaz/higher/> -"Высшее образование в России". Научно-педагогический журнал Министерства образования и науки РФ
6. <http://www.dvgu.ru/umu/didjest/spisjour.htm> -дайджест по страницам педагогических журналов.
7. <http://aupam.narod.ru/biblioteka.htm> Подборка книг об инвалидах и для инвалидов. Книги написанные инвалидами (спинальниками) на основе личного опыта и примеров из жизни других инвалидов -колясочников.
8. <http://www.livelib.ru/book/1000331967> Подборка художественной литературы о детях с инвалидностью.
9. <http://perspektiva-inva.ru/userfiles/publication/k-nezavisimoi-zhizni.pdf> К независимой жизни (пособие для инвалидов)
10. http://www.inclusive-edu.ru/content/File/knigi/maket_8.pdf. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2012.
11. http://www.inclusive-edu.ru/content/File/knigi/maket_7.pdf Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях: Методические рекомендации / Отв. ред. С.В. Алехина. -М.: МГППУ, 2012.