

Д.А. Леонтьев,
Л.А. Александрова,
А.А. Лебедева

**РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ПОДДЕРЖКА УЧАЩИХСЯ
С ОВЗ**

**В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО
ОБРАЗОВАНИЯ**



УДК 159.922.7(075.8)
ББК 88.8
Л 478

Издание подготовлено
лабораторией проблем развития личности лиц с ОВЗ
Института проблем инклюзивного образования
Московского государственного психолого-педагогического университета
в ходе выполнения государственной работы
Департамента образования г. Москвы по теме
«Разработка и апробация методов психологической диагностики
и моделей психологической поддержки лиц с ОВЗ
в условиях профессионального образования» в 2010–2012 гг.

Предисловие *С.В. Алехиной*

Леонтьев Д.А., Александрова Л.А., Лебедева А.А.

Л 478 Развитие личности и психологическая поддержка учащихся
с ОВЗ в условиях инклюзивного профессионального образова-
ния. — М.: Смысл, 2017. — 79 с.

ISBN 978-5-89357-357-2

УДК 159.922.7(075.8)
ББК 88.8

ISBN 978-5-89357-357-2

©

Издательство «Смысл», 2017

Содержание

Предисловие. С.В. Алехина.....	4
Введение	6
Особенности личности учащихся с ОВЗ	
Ограниченные возможности здоровья как затрудненные условия развития.....	9
Классификация ресурсов развития.....	11
Психологические условия и механизмы компенсации неблагоприятных условий развития.....	13
Вызовы инвалидности и ответы личности	16
Компенсаторные механизмы развития у лиц с ОВЗ.....	18
Методы исследования личностных ресурсов и субъективного благополучия учащихся с ОВЗ.....	21
Факторы субъективного благополучия у лиц с ОВЗ.....	28
Психологические особенности личности и механизмов ее развития у лиц с ОВЗ	30
Самовосприятие и жизненная позиция лиц с ОВЗ.....	33
Психологическая помощь и развивающая работа с учащимися с ОВЗ в инклюзивном контексте	
Методологические основания психолого- педагогической работы с личностью	37
Теоретические и практические проблемы психолого-педагогической работы с учащимися с ОВЗ.....	41
Специфика психодиагностической работы с лицами с ОВЗ	43
Развитие саморегуляции и самодетерминации как основа инклюзивного обучения студентов с ОВЗ	47
Основные мишени психолого-педагогической работы в условиях инклюзии в вузе	49
Проблемы социальной поддержки учащихся с ОВЗ	52
Модель психологической помощи учащимся с ОВЗ в условиях СПО и ВПО.....	54
Опыт консультативной работы с учащимися с ОВЗ.....	61
Особенности групповой работы с учащимися с ОВЗ.....	63
Общие и нозоспецифические проблемы отдельных групп студентов и направления психолого-педагогической работы с ними.....	66
Проблемы неподготовленности преподавателей в условиях инклюзии и пути их решения	73
Список литературы	76

Предисловие

Идея включающего общества получила свое оформление в нашей стране. Инклюзивное образование законодательно закреплено как приоритетное направление в образовании людей с ограниченными возможностями здоровья. Непрерывность образовательной траектории и доступность образования на всех его уровнях, от детского сада до получения профессии, выступают основными принципами изменений в современном образовании.

Получение профессии становится для людей с инвалидностью необходимым ресурсом для воплощения своих жизненных планов и возможностей. Каждый второй выпускник школы, имеющий инвалидность, стремится сегодня поступить в вуз, каждый пятый планирует окончить колледж. Сфера профессионального образования претерпевает глубокие изменения в целях создания необходимых условий получения качественного образования для ребят с инвалидностью.

Одним из таких условий является психолого-педагогическое сопровождение. В основе включающей практики образования лежит принцип поддержки, требующий организации психологического сопровождения как студента с инвалидностью, так и всех тех, кто работает с ним. Из всех возможных способов решения этой задачи наиболее эффективными оказываются те, в которых актуализирован личностный потенциал студента, его внутренние ресурсы преодоления.

Пособие, которое вы держите в руках, — один из многих текстов, адресованных специалистам, реализую-

щим инклюзивное образование в вузе. Оно создано как осмысление и исследование самой практики обучения и психологического сопровождения студентов с инвалидностью, обучающихся в условиях инклюзивного образования. В этом его главная ценность и несомненный успех.

В центре рассмотрения вопросов психологического сопровождения заложена парадигма развития, требующая глубокого психологического анализа ресурсов самой личности. Тот вызов, который бросают человеку с инвалидностью его жизненные обстоятельства, становится, по мнению авторов, основной причиной «приложения интенсивных усилий для ответа» личности. Именно этот ответ определяется как жизнестойкость. Благодаря ей многие из имеющих инвалидность преодолели ее проявления силой своей личности.

Личностные ресурсы преодоления стали предметом изучения и анализа в представленном пособии. Результаты этого исследования открывают психологам и педагогам много нового в понимании природы «ограниченных возможностей» и работы с человеком, который хочет их преодолеть.

Я искренне верю, что модель психологической поддержки в условиях инклюзии, представленная в пособии, поможет не только по-новому осмыслить свои профессиональные задачи специалистам, но и по-другому воспринять всех тех, кто принял вызов своей жизни.

*Светлана Алехина,
проректор по инклюзивному образованию МГППУ,
директор Института проблем
инклюзивного образования МГППУ*

Введение

В последние годы как в нашей стране, так и за рубежом меняются подходы к осмыслению инвалидности и организации психологической работы, адресованной людям с ограниченными возможностями здоровья. Ключевые подходы, касающиеся инвалидности, сформировались в 20-х годах прошлого века в рамках медицинской модели, которая до сих пор является доминирующей. Она делает акцент на выявлении симптомов и работе с ними. Фактически, она усматривает источник инвалидности в дефицитности самого человека и его индивидуальных возможностей, а способы работы с ней — в институциональных формах социальной поддержки инвалидов со стороны государства и общества.

Параллельно с этим давно назрела необходимость в собственно психологическом подходе к проблеме инвалидности, строящемся на понимании инвалидности в контексте не «эффективности», а человеческого здоровья и благополучия. Такой подход рассматривает человека с «ограниченными возможностями здоровья» (ОВЗ)¹ в рамках той же теоретической парадигмы, что и здоровых, то есть в терминах психологии личности и психологии нормы. То же касается и методов практической работы. В результате медико-реабилитационная модель понимания ключевых вопросов, касающихся теории и практики работы с людьми, имеющими ограничения по здоровью, получает

¹ Мы вынуждены пользоваться этим официально принятым термином, несмотря на его очевидные недостатки — у кого возможности здоровья не ограничены?

дополнение в виде модели позитивно-психологической. Позитивный подход переносит акцент с нарушений здоровья и функционирования на сохранные ресурсы личности, которые позволяют человеку, хоть и с напряжением усилий, достаточно успешно справляться с затрудненными условиями развития.

Традиционно механизмы развития личности изучаются в психологии как механизмы роста и созревания в силу естественной динамики психологических структур и взаимодействия индивида с окружающей средой. Об этом идет речь во всех ведущих теориях и периодизациях развития. Менее изучены и систематизированы механизмы развития в неблагоприятных условиях, когда не все ключевые факторы развития действуют в одном и том же направлении. Хотя изучение подобного затрудненного развития имеет также давнюю традицию в психологии, работы на эту тему во многом разрознены и сохраняется дефицит обобщающих теоретических моделей.

Проблема специфики личности, ее функционирования и развития у лиц с ОВЗ до настоящего времени была слабо отражена в литературе, как отечественной, так и зарубежной. У лиц с ОВЗ нарушенными оказываются не столько центральные функции, обеспечивающие адекватное функционирование психической деятельности, сколько периферические — сенсорные и моторные — функции, обеспечивающие взаимодействие субъекта с миром, организацию его предметно-практической деятельности; личность же зачастую остается сохранным ресурсом, роль которого даже повышена по сравнению с физически сохранными индивидами. Большая часть имеющихся исследований лиц с ОВЗ как определенной нозологической группы учитывает только количественную специфику, выраженную в значимых отличиях выраженности у них тех или иных психологических характеристик. Вместе с тем даже применительно к лицам с различными психическими заболеваниями было показано, что особенности

их личности носят неспецифический по отношению к нозологии характер, личность больного — не обязательно больная личность, и именно степень сохранности основ личности выступает главным предиктором успешности выздоровления или существенного улучшения состояния при самых разных нозологиях.

На основе этих идей, сравнительно новых для психологии и смежных областей науки и практики, в 2009 году в Московском городском психолого-педагогическом университете (МГППУ) был создан сначала временный творческий коллектив, а вскоре после этого — лаборатория, которой была поставлена задача разработать основы психологической поддержки личности учащихся. Лаборатория проработала всего три с небольшим года. За это время, однако, было выполнено немало оригинальных работ, наиболее полным концентрированным выражением которых, помимо отдельных публикаций в журналах и сборниках, стало данное пособие. В него вложен труд не только его авторов, но и всех остальных сотрудников лаборатории. Мы выражаем свою признательность Т.А. Силантьевой, М.Д. Сбитневу, С.А. Баринову, М.А. Черняевой, С.В. Алдонину, В.В. Евдокимовой (Бобожей), а также участвовавшей в некоторых проектах лаборатории Е.И. Рассказовой. Мы также выражаем благодарность ректору МГППУ В.В. Рубцову, директору Института проблем инклюзивного образования МГППУ, проректору по инклюзивному образованию С.В. Алехиной, заместителю директора ИПИО МГППУ Е.Н. Кутеповой, помощнику ректора МГППУ по инклюзивному образованию Ю.Н. Баусову, декану факультета информационных технологий МГППУ Л.С. Куравскому, декану факультета дистанционного обучения МГППУ Б.Б. Айсмонтасу и директору социально-психологического колледжа МГППУ М.А. Шумских, понимание и поддержка которых сделали возможной эту работу.

ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ УЧАЩИХСЯ С ОВЗ

Ограниченные возможности здоровья как затрудненные условия развития

В психологии развития традиционно рассматривали две основные силы, или фактора, влияющие на ход и результаты развития. Первый фактор — то в самом индивиду, что можно рассматривать как данность или заданность; сюда относится в первую очередь генотип, а также, если мы рассматриваем развитие индивида не с момента его появления на свет, а с какого-то более позднего времени, — его уже оформившийся на данный момент телесный субстрат во всех его аспектах, включая мозговые основы психики. Можно сказать, что речь идет о задатках, в том числе частично реализовавшихся. Второй фактор — среда в самом широком смысле слова. Третий фактор развития личности (*Dabrowski, 1964*), не сводимый ни к «внутреннему», ни к «внешнему», — сама личность, ее позиция, отношение и активность.

Действие каждого из этих трех факторов может оцениваться в свете того, насколько он способствует развитию. Те или иные задатки могут быть выражены сильнее или слабее. Более существенным моментом является наличие изначальных морфофункциональных нарушений, описываемое понятием ограниченных возможностей здоровья (ОВЗ). В психологии давно проводили оправданную параллель между процессами развития и выздоровления, между здоровьем и зрелостью; вполне очевидно, что ограниченные возможности здоровья одновременно выступают в качестве *затрудненных условий развития* (ЗУР). Задача нормального развития личности — стать самостоятель-

ной личностью в психологическом и юридическом смысле слова, полноправным субъектом юридических отношений и отношений с другими людьми, обладающим правами и способным принимать на себя обязательства, нести ответственность и получать соответствующие этой ответственности права. В этом смысле развитие личности лиц с ОВЗ является разновидностью нормального, а не аномального развития (Семаго, 2010). Однако отличие состоит в том, что по сравнению с сохранным во всех отношениях (условно здоровым) человеком, те же задачи развития человека с ОВЗ решает в иных условиях, в условиях дефицита ресурсов.

Понятие ресурсов, заимствованное из экономики и теории управления, в последние десятилетия начинает занимать в психологии личности все более и более важное место. Это связано с постепенным переходом от образа пассивной личности, управляемой диспозициями и внешней стимуляцией, к образу активной личности, ставящей цели и стремящейся к их достижению. Ресурсы соотносятся с задачами, это то, наличие чего облегчает, а отсутствие или недостаток — затрудняет решение задачи. Ресурсы есть только там, где есть задача, цель. Для того, у кого нет никаких целей и задач, ресурсы не существуют.

Дефицит ресурсов создает трудности в достижении целей. Понятие «трудность» является в данном контексте ключевым. Оно означает, что решение трудной задачи сопряжено с большей затратой разного рода ресурсов и меньшей уверенностью в успехе, чем решение нетрудной задачи.

Соотношение возможностей человека и тех задач, которые он решает, оказывается крайне важным фактором психологического развития. М. Чиксентмихайи обратил внимание на соотношение способностей и задач как на то, что влияет на развитие. Если способности человека сильно превышают задачи, которые приходится выполнять, то он испытывает состояние скуки, пассивности и апатии.

Если задачи сильно превышают по своей сложности те возможности, которые он ощущает, доминирует состояние тревоги, также не очень благоприятное. Но если задачи, которые перед человеком стоят или которые он сам себе ставит, находятся на грани его возможностей, заставляют человека напрягаться, но в то же время не вызывают ощущение невозможности и безнадёжности, они помогают человеку подняться над собой и дальше развивать свои навыки и свои возможности, свои силы. Происходит развитие, связанное с наращиванием и углублением внутренней сложности, что позволяет соответствовать сложности окружающего мира, повышает уровень взаимодействия с окружающим миром, и возникает оптимальное психологическое состояние, состояние потока. Природа, таким образом, вознаграждает за развитие, за приложение усилий, за рост внутренней сложности и внутренних возможностей (Csikszentmihalyi, 1975; Чиксентмихайи, 2011).

Классификация ресурсов развития

По отношению к человеку, преследующему свои цели, сравнительно общепринято различие (1) физиологических, или телесных, ресурсов, (2) социальных ресурсов и (3) психологических ресурсов. К первым относятся возможности организма (например, общее состояние здоровья или тип нервной системы, от которого зависит физиологическая «цена» адаптации к стрессу), ко вторым — помощь и поддержка (реальная или виртуальная), которую можно получить от других людей, социальных групп и институтов, и к третьим — особенности личности, характера, способностей, психических процессов, связанные со степенью развитости психологических механизмов регуляции и саморегуляции, определенными чертами личности.

В свою очередь, в числе психологических ресурсов выделяются: (1) психологические ресурсы устойчивости,

наличие которых дает субъекту чувство опоры и уверенности в себе, устойчивую самооценку и внутреннее право на активность и принятие решений; (2) психологические ресурсы саморегуляции, отражающие устойчивые, но выбранные из ряда альтернатив стратегии саморегуляции как способа построения динамического взаимодействия с обстоятельствами жизни; (3) мотивационно-смысловые ресурсы, отражающие энергетическое обеспечение действий индивида по преодолению стрессовой ситуации, и (4) инструментальные ресурсы, к которым относятся выученные (приобретенные) инструментальные навыки и компетенции, например, навыки и стереотипы организации операциональной стороны деятельности, а также стереотипные тактики реагирования на те или иные ситуации (в том числе психологические защиты, или механизмы совладания в узком смысле) (Леонтьев, 2010).

Физиологические, телесные ресурсы, возможности организма — это самые базовые ресурсы, общие с другими живыми существами. Они развиваются с момента рождения, достигают своего максимума в период ранней взрослости, после чего происходит их плавное снижение. Отношение к собственной телесности как к ресурсу, средству, инструменту решения задач свойственно западной ментальности; восточному сознанию свойствен несколько иной взгляд, но развитие данной темы не является целью этого пособия.

Любые задатки могут быть выражены сильнее или слабее. Наиболее существенным моментом является наличие изначальных морфофункциональных нарушений, описываемое понятием ограниченных возможностей здоровья. Ограниченные возможности здоровья сами по себе неминуемо порождают *затрудненные условия развития*, предъявляющие повышенные требования к ресурсам: то, что для человека без ОВЗ происходит легко и «на автомате», от человека с ОВЗ требует больших усилий, большего вклада, любая задача для него труднее. Затрудненные условия раз-

вития можно определить как *неоптимальное состояние биологических и/или социальных предпосылок личностного развития, требующее существенно повышенных усилий для решения задач развития и предъявляющее в силу этого повышенные требования к личности* (Леонтьев, 2014).

Важно подчеркнуть, что речь идет о характеристике именно условий, или предпосылок, но не самого развития. ОВЗ не столько ставит границы возможностям развития, сколько требует вложения повышенных усилий и затраты больших ресурсов, чем в ситуации обычного, незатрудненного развития. Станет ли повышенный уровень требований действительно ограничением возможностей, зависит от двух остальных факторов — от того, насколько среда будет поддерживать развитие и предоставлять необходимые ресурсы, и от того, насколько индивид окажется готов, мотивирован и способен к приложению интенсивных усилий для ответа на вызовы социальной и индивидуальной ситуации развития.

Психологические условия и механизмы компенсации неблагоприятных условий развития

Вопрос о неоднозначных психологических следствиях дефицита телесных ресурсов впервые поставил А. Адлер в своем классическом исследовании органической неполноценности (Adler, 1977), открыв и описав явления компенсации и сверхкомпенсации. При этом компенсация и сверхкомпенсация могут осуществляться как за счет альтернативных телесных ресурсов (сверхразвитые слух и обоняние у незрячих, сила рук у людей с опорно-двигательными нарушениями), так и за счет ресурсов психологических (повышенное честолюбие, мотивация достижения и власти у людей низкого роста).

По мере развития общества формировались и механизмы компенсации телесной неполноценности со-

циальными ресурсами. На ранних этапах телесная неполноценность компенсации не подлежала: в античной Спарте, как известно, хилых детей бросали со скалы, в средневековой Японии стариков отводили умирать на священную гору и т.д. Но постепенно близкие люди и общество в целом стали заботиться о тех, кто сам о себе заботиться не может.

Социальную ситуацию и ее влияние на личность человека с ОВЗ можно рассматривать по меньшей мере в двух аспектах. Первый аспект — макросоциальная ситуация в обществе, проявляющаяся в общей политике государства и отношении общества к лицам с ОВЗ. Сюда относятся механизмы установления инвалидности, пенсии по инвалидности, другие механизмы адресной социальной помощи, возможности и механизмы трудоустройства, получения среднего и высшего образования, специальное обустройство городской среды (пандусы и т.п.) или же его отсутствие. Второй аспект — микросоциальная ситуация в окружении данного конкретного человека, наличие в его окружении людей, способных выполнять по отношению к нему функции социальной поддержки, как в морально-психологическом, так и в практическом отношении. Ограничение возможностей здоровья повышает степень зависимости человека от социальной поддержки (причем эта зависимость может быть для него тягостной), а не вполне благоприятная макросоциальная ситуация повышает зависимость индивида от микросоциальной ситуации. Если и последняя оставляет желать лучшего, есть все основания говорить о затрудненных социальных условиях развития, даже при благоприятной макросоциальной ситуации; как и во всех других ситуациях социальных влияний на личность, влияния контактных малых групп всегда сильнее, чем влияние общих макросоциальных условий, и опосредуют влияние этих условий на личность. Сочетание затруднений, порождаемых биологическими предпосылками развития (ОВЗ), и затруднений, порождаемых со-

циальными (особенно микросоциальными) контекстами, создает колоссальное давление на личность; единственными ее ресурсами остаются личностные ресурсы, на которые в этом случае ложится особая нагрузка.

В ситуации инклюзивного образования сама по себе инклюзивная среда выступает и как макросоциальный, и как микросоциальный ресурс социальной компенсации органической недостаточности: макросоциальный — в силу обеспечиваемых государством и местными властями законодательных гарантий (например, возможности поступления в вуз) и материальных ресурсов для обеспечения полноценной социализации лиц с ОВЗ, микросоциальный — на основе неравнодушного отношения и поддержки обучающихся лиц с ОВЗ на межличностном уровне со стороны администрации инклюзивного учреждения, педагогов и психологов, а также других учащихся; без создания поддерживающего микросоциального окружения любые макросоциальные меры рискуют легко выродиться в казенщину.

Даже в развитом обществе, исходящем из представления о социальной полноценности лиц с ОВЗ и активно поддерживающем их на макро- и микросоциальном уровнях, нормативные требования социальной ситуации развития по отношению к ним ниже, чем по отношению к остальным, что дает им возможность ставить самим себе разную планку притязаний. Они могут либо осознанно принимать позицию инвалида, принимая как должное снижение ожиданий по отношению к ним по сравнению с остальными и пользуясь привилегией экономии усилий, либо отказываться от этой привилегии, претендуя на отношение, не отличающееся от отношения к остальным членам общества, пусть даже ценой затраты усилий, намного превышающих те, которые приходится прилагать для решения тех же задач другим людям.

Поэтому решающим фактором, определяющим траекторию развития лиц с ОВЗ, является, в конечном счете,

именно «третий фактор» — психологические ресурсы, наиболее концентрированным выражением которых является позиция личности по отношению к своей социальной ситуации. Следует отметить, что этот выбор, который осознанно или неосознанно делает каждый человек с ОВЗ, является частным случаем выбора, стоящего перед любым человеком, переходящим от решения нормативных задач «социальной ситуации развития» к постановке и решению не обязательных, но возможных задач «личной ситуации развития». Безусловно, для лиц с ОВЗ эта ситуация выбора стоит гораздо более остро, как в силу своей критичности, неизбежности, так и по значимости последствий того или иного выбора.

Вызовы инвалидности и ответы личности

В истории и в психологической практике немало примеров компенсации дефицита телесных ресурсов за счет силы духа, силы воли и способности построить свою жизнь так, чтобы минимизировать последствия нарушений. Известны писатели и поэты (Гомер, Дж. Мильтон), политики (Ф.Д. Рузвельт), ученые (С. Хокинг, М.М. Бахтин), которые, невзирая на инвалидность, достигли таких успехов в своем деле, что по отношению к ним слово «ограниченный» было бы кощунством. Доктор технических наук А.К. Белопухов, который был в Советском Союзе известным альпинистом, попав в автомобильную аварию, практически лишился обеих ног. Через какое-то время в команде с другими альпинистами он совершил специально подготовленное восхождение на Эльбрус (Белопухов, 1993). Известный психолог Е.Ю. Артемьева, душа факультета психологии МГУ в 1980-е годы, по причине серьезных гормональных нарушений также лишилась обеих ног, что отягощалось избыточным весом. В этих условиях она не только руководила работой большого числа сту-

дентов и аспирантов, но и написала и защитила докторскую диссертацию, ставшую новым словом в психологии, значимость которой за четверть века, прошедшие после ее защиты и смерти ученого несколько месяцев спустя, продолжает расти.

Эти и многие другие примеры говорят о том, что к вызову, которым выступает для личности ситуация инвалидности, можно относиться по-разному. Вызов представляет собой такую значимую жизненную ситуацию, которая допускает разные варианты осознаваемых действий, как активную конфронтацию с ситуацией (принятие вызова), так и уклонение и дистанцирование от нее. Еще в 1980-е годы в исследованиях Сьюзен Кобейсы и Сальваторе Мадди было установлено, что принятие вызова, то есть готовность действовать в отсутствие гарантии успеха, есть существенная составная часть комплекса личностных характеристик, получившего название «hardiness», или «жизнестойкость» (см.: *Леонтьев, Рассказова, 2006*). Было подтверждено, что жизнестойкость выступает наиболее сильным предиктором успешного сопротивления стрессовым обстоятельствам: у людей с высокой жизнестойкостью не развиваются известные медицинские последствия длительных устойчивых стрессов, которые в полной мере проявляются у лиц с низкой жизнестойкостью. Таким образом, различное отношение к этим вызовам может приводить к совершенно разным не только психологическим, но и медицинским последствиям.

Априори неблагоприятная для индивида ситуация инвалидности, даже врожденной, с точки зрения современных взглядов на психологию личности и на психологию здоровья, не может рассматриваться как однозначно детерминирующая проблемы адаптации и развития. Сегодня вполне определенно можно утверждать, что к факту установленного медицинского диагноза, на основании которого общество диагностирует инвалидность, сам человек, которому этот диагноз поставлен, может относиться

по-разному. Инвалидность создает особую структуру вызовов для этой категории людей, существенно отличающуюся от структуры вызовов, с которыми имеют дело их условно здоровые сверстники. В отличие от психологических реакций, которые могут осуществляться с использованием «готовых» сформировавшихся и автоматически срабатывающих механизмов такого реагирования, например, защитных механизмов или стратегий совладания, ответ на вызов дает целостная личность всем своим существом, без опоры на сложившиеся автоматизмы.

Следует различать возможное отношение к вызову инвалидности как к проблеме и как к задаче. Восприятие вызова как проблемы проявляется, прежде всего, в осознании себя как проблемного, как представителя особой категории («Да, я не такой, как все, мои возможности ограничены, и это создает проблемы и трудности»). Если вызов принимается как задача, то, напротив, человек отказывается считать себя другим (инвалидом) и относить себя в отдельную категорию («Я такой же, как все»). Он стремится в большей степени опираться на внутренние ресурсы и более конструктивно использовать внешние.

Компенсаторные механизмы развития у лиц с ОВЗ

Сказанное выше развивает взгляд на психологическую ситуацию лиц с ОВЗ как на ситуацию постоянного решения человеком с ограниченными ресурсами жизненных задач и преодоления ситуации ограниченности этих ресурсов на основе принятия вызова инвалидности.

Как здоровье, так и болезнь представляют собой способы функционирования индивида, которые он выстраивает, отталкиваясь от имеющихся предпосылок, но которые однозначно этими предпосылками не определяются и могут принимать различные формы в зависимости от интерпретации человеком стоящих перед ним вызовов и

сознательно либо бессознательно выбираемой им стратегии ответа.

Инвалидность может выступать как конструктивный ресурс построения качественно своеобразной системы саморегуляции, которая не обнаружена у условно здоровых студентов: сама травма выступает в ней не просто как негативное событие, а как опора, центр, вокруг которого строится жизнь, главный ресурс в построении системы саморегуляции. Парадоксальным образом оказывается, что чем сильнее травма и ограничения, тем больше положительные сдвиги, более выражен рост. Иными словами, ограничения возможностей здоровья и травма трансформируются в ресурс личности.

Телесные ресурсы у лиц с ОВЗ дефицитарны по определению. Социальные ресурсы могут быть разными; однако их недостаточность можно компенсировать дополнительной социальной поддержкой. Напротив, личностные ресурсы нельзя дать человеку в случае их недостаточности. Можно лишь попытаться их активизировать, фасилитировать, обеспечить моральную, психологическую и методическую поддержку развивающих стратегий и ответов на жизненные вызовы, если личность готова их выбрать.

Общий принцип, который необходимо применять в работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья (но не только с ними), — *принцип совместной деятельности, предполагающий, что нельзя дать человеку дефицитарные личностные ресурсы, но можно помочь их развить*. Для этого необходимо, первое, создать или актуализировать для них возможность выбора и, второе, поддерживать тот выбор, который ведет к позитивным последствиям для них самих.

Универсальный тезис, что решение жизненных задач и развитие личности представляет собой трудоемкую работу, для молодых людей с ОВЗ наполнен весьма конкретным содержанием — ведь для них решение даже обычных повседневных шаблонных ситуаций требует мобилизации

многих ресурсов — внимания, сознания, повышенного вложения себя. В то же время условно здоровые студенты аналогичные проблемы, в том числе психологические, часто решают благодаря использованию стереотипных приемов защиты и совладания и с опорой на сохранный ресурс здоровья, который дефицитарен у студентов с ОВЗ.

Компенсирующая роль личностных ресурсов по отношению к дефицитарным физическим обусловлена тем, что телесные функции в условиях их сохранности работают как «функциональные органы» человека, обеспечивающие гладкое и автоматическое срабатывание определенных операций; в случае же их дефицитарности операции деавтоматизируются и требуют включенности личности и сознания. С одной стороны, инвалидам гораздо тяжелее, с другой стороны, это дает им определенные психологические преимущества, поскольку процессы, протекающие при сознательном контроле, во-первых, нередко приводят к переживанию потока, во-вторых, стимулируют активность и тем самым способствуют развитию.

Как телесные, так и социальные ресурсы выступают как функциональные органы расширения возможностей индивида. «Личность как открытая система испытывает неутолимую, в силу своей универсальной природы, потребность в амплификации (А.В. Запорожец), в расширении и обогащении рельефа своих границ, в формировании “органов”, усиливающих жизненную компетентность личности» (Анциферова, 2006, с. 243). В роли таких «функциональных органов», расширяющих индивидуальные возможности, выступают и социальные отношения, группы и институты: «личность как открытая система может сделать своим функциональным “органом” и социальную общность, и целое общество» (Там же). Дефицитарность социальных ресурсов может порождаться не только индивидуальными обстоятельствами, но и нарушениями социальной ткани общества, его социального функционирования.

Методы исследования личностных ресурсов и субъективного благополучия учащихся с ОВЗ

Одним из важнейших критериев успешности преодоления трудностей и решения жизненных задач и задач развития является субъективное благополучие человека.

На основе нашего опыта диагностической и консультативной работы со студентами с ОВЗ на базе факультета информационных технологий и социально-педагогического колледжа Московского городского психолого-педагогического университета мы предлагаем следующий набор психодиагностических методов, которые можно использовать для оценки сформированности личностных и социальных ресурсов студентов с ОВЗ и инвалидностью, уровня их субъективного благополучия, а также для мониторинга этих показателей у студентов в процессе обучения.

1. *Шкала удовлетворенности жизнью / SWLS (Satisfaction with Life Scale)* Э. Динера и др. (Diener et al., 1985) в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.Н. Осина (Осин, Леонтьев, 2008) предназначена для изучения когнитивной оценки соответствия жизненных обстоятельств ожиданиям индивида. Содержит 5 пунктов, оцениваемых по 7-балльной шкале, которые дают один показатель интегральной оценки удовлетворенности жизнью в целом.

2. *Шкала субъективного счастья* С. Любомирски (Lyubomirsky, Lepper, 1999) в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.Н. Осина (Осин, Леонтьев, 2008) измеряет эмоциональное переживание индивидом собственной жизни и ее течения. Содержит 5 пунктов, оцениваемых по 7-балльной шкале, которые дают один показатель субъективной оценки общего переживания счастья.

3. *Шкала диспозициональной витальности* Р. Райана и С. Фредерик (Ryan, Frederick, 1997) в адаптации Л.А. Александровой (Александрова, 2014) диагностирует

осознанное переживание человеком своей наполненности энергией и жизнью. Шкала состоит из 7 пунктов, оцениваемых по 7-балльной шкале, и дает один суммарный показатель.

4. *Тест смысловых ориентаций (СЖО)* Д.А. Леонтьева (Леонтьев, 1992). Авторская модификация, разработанная на основе теста «Purpose in Life» Дж. Крамбо и Л. Махолика (Crumbaugh, Maholick, 1981) с существенными изменениями. Опубликована полностью. Содержит 20 пар утверждений, предлагающих выбор между двумя утверждениями с оценкой степени определенности этого выбора по 7-балльной шкале. Помимо общего показателя осмысленности жизни содержит 5 субшкал, отражающих отдельные его компоненты (смысловые ориентиры), а именно: 1) процесс, или эмоциональная насыщенность настоящего; 2) цели, или наличие осмысленной перспективы будущего; 3) результат, или удовлетворенность самореализацией в прошлом; 4) локус контроля — жизнь, или убежденность в принципиальной возможности влиять на события; 5) локус контроля — Я, или убежденность в собственной способности влиять на события.

5. *Тест жизнестойкости* С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой (Леонтьев, Рассказова, 2006) направлен на изучение ресурса жизнестойкости, позволяющего эффективно справляться со стрессовыми и сложными жизненными ситуациями. Методика диагностирует компоненты жизнестойкости: вовлеченность (установка на участие в происходящих событиях), контроль (установка на активность по отношению к событиям жизни) и принятие риска (установки по отношению к трудным или новым ситуациям как возможности получить новый опыт).

6. *Опросник толерантности к неопределенности* Д. Маклейна (McLain, 1993) в адаптации Е.Г. Луковицкой (Леонтьев, Осин, Луковицкая, 2016) измеряет готовность субъекта включаться в неопределенные, новые или не

имеющие однозначной интерпретации ситуации и представление о способности успешно действовать в них. Содержит 22 пункта, отражающих позитивное и негативное отношение к новизне, сложным задачам и неопределенным ситуациям, которые испытуемые оценивают по 7-балльной шкале.

7. *Шкала общей самооффективности* Р. Шварцера и М. Ерусалема в адаптации В.Г. Ромека (*Шварцер, Ерусалем, Ромек, 1996*) диагностирует веру в себя и в свой личностный и интеллектуальный потенциал, а также представления о собственной эффективности. Под самооффективностью понимается генерализованное убеждение индивида в его способности достигать целей в различных ситуациях. Опросник содержит 10 утверждений, которые оцениваются по 4-балльной шкале.

8. *Опросник копинг-стратегий COPE* (Carver, Scheier, Weintraub, 1989) в адаптации Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина (2013) предназначен для диагностики диспозиционных стилей преодоления трудностей. Полная версия опросника состоит из 60 пунктов, объединенных в 15 шкал, каждая из которых содержит 4 пункта: позитивное переформулирование и личностный рост, мысленный уход от проблемы, концентрация на эмоциях и их активное выражение, использование инструментальной социальной поддержки, активное совладание, отрицание, обращение к религии, юмор, поведенческий уход от проблемы, сдерживание, использование эмоциональной социальной поддержки, принятие «успокоительных», подавление конкурирующей деятельности, планирование.

9. *Опросник посттравматического роста (ПТР)* (Tedeschi, Calhoun, 1996; Calhoun, Tedeschi, 2006) в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова (Магомед-Эминов, 2008) направлен на измерение уровня посттравматического роста. Посттравматический рост понимается как рост личности, возникающий у человека, испытавшего трав-

матический стресс. Опросник содержит 21 утверждение, шкала ответов строится по 6-балльной схеме (от 0 до 5 баллов). Методика включает в себя 5 шкал: 1) отношение к другим; 2) новые возможности; 3) сила личности; 4) духовные изменения; 5) повышение ценности жизни. Количественная оценка посттравматического роста по каждой шкале осуществляется путем суммарного подсчета баллов. Обработка производится по «сырому» баллу. С помощью нормативной таблицы определяется индекс и интенсивность посттравматического роста по каждому фактору в отдельности и суммарному баллу всего опросника.

10. *Методика СМОЛ* (Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности) в адаптации В.П. Зайцева (Зайцев, 1981, 2004) на основе модифицированной методики ММРІ (Березин, Мирошников, Рожанец, 1967). Методика содержит 71 вопрос. Вопросы образуют 11 шкал, из которых три — оценочные, измеряющие искренность (L), степень достоверности результатов теста (F) и величину коррекции (K), вносимую чрезмерной осторожностью испытуемого. Остальные восемь шкал являются базисными и оценивают свойства личности по показателям ипохондрии (Hs), депрессии (D), истерии (Hy), психопатии (Pd), паранойяльности (Pa), психастении (Pt), шизоидности (Sc), гипомании (Ma). В методике СМОЛ свойства личности по показателям «мужественности — женственности» и социальной инверсии не оцениваются.

11. *Анкета, направленная на выявление в личном опыте испытуемых психотравмирующих ситуаций.* В анкете задавались следующие вопросы:

- Попадали ли Вы в прошлом в серьезную аварию?
- Ставился ли Вам диагноз тяжелой или неизлечимой болезни?
- Переживали ли Вы внезапную утрату?

- Сталкивались ли Вы с угрозой серьезного ранения или смерти?
- Были ли Вы свидетелем того, как подобные события переживали другие люди?
- Было ли в Вашей жизни что-то еще, что переживалось очень сильно, но о чем не хотелось бы говорить?

Полученные баллы суммировались.

12. *Анкета, направленная на выявление значимых целей испытуемых.* В анкете задавался вопрос: «Чего бы Вы хотели добиться в жизни?» Инструкцией допускалось, чтобы испытуемый мог выбрать несколько вариантов ответов, а также был предусмотрен пункт для самостоятельного заполнения «Другое». Испытуемому предлагался следующий перечень целей: экономическая самостоятельность, высокий общественный статус, интересные знакомства, возможность посмотреть мир, свобода, высокий профессионализм, самосовершенствование, творческая самореализация, счастливая семья, душевная гармония, общественное признание, материальное благополучие. Полученные баллы суммировались.

13. *Опросник социальной поддержки SSQ (Sarason et al., 1983).* Методика направлена на измерение помощи, ожидаемой личностью от членов своей социальной сети в трудных жизненных ситуациях. Методика выясняет число, инициалы или имена участников сети, которые предоставили бы данные типы поддержки. Следовательно, SSQ дает информацию о нескольких участниках сети, но единый подход к оценке удовлетворительности их помощи устраняет важные различия среди источников поддержки. Авторы методики обнаружили, что лица с высоким уровнем ожидаемой помощи более точно и позитивно оценивают себя и других, используют более эффективные стратегии совладания и более успешны в межличностном

плане. Если ожидаемую поддержку рассматривать в качестве проявления социального оптимизма или как особый аттитюд к членам социальной сети, то ее можно считать личностной характеристикой (Дёмин и др., 2003). Мы использовали краткую форму SSQ6 (Sarason et al., 1987), которая включает шесть вопросов, имеет три итоговых показателя (как и полная версия): общее количество указанных членов сети, близость сети и общую удовлетворенность полученной или получаемой помощью.

14. Опросник «Ориентация на действие или состояние» (ОДС) представляет собой русскоязычную адаптацию опросника НАКЕМР Ю. Куля (Kuhl, 1987; Васильев, Митина, Шапкин, 2011) и включает в себя три шкалы, которые служат для оценки диспозиционной ориентации человека на действие или состояние в ситуации реализации намерения, неудачи и принятия решения. Снижение показателей по этим шкалам отражает ориентацию на состояние, повышение шкал — ориентацию на действие. При ориентации на состояние человек застревает на своих эмоциях, а при ориентации на действие проявляет инициативу, способность отключаться от посторонних воздействий, блокировать действие внутренних и внешних раздражителей, ориентацию на конструктивное преодоление трудностей. При ориентации на состояние характерны трудности при инициации действия, мысли о незавершенных действиях или о свершившихся неудачах.

Данные методы можно использовать и в целях «разовой» диагностики, и в целях проведения психологического мониторинга, который целесообразно проводить с частотой не менее чем один раз в год. Наши данные свидетельствуют о том, что существует несколько вариантов динамики этих показателей у студентов с ОВЗ, которые можно было бы обозначить как 1) восходящая динамика; 2) нисходящая динамика; 3) смешанная динамика; 4) стабильность. На основе этого становится возможным осу-

ществование адресной психологической поддержки и помощи студентам с ОВЗ не только по запросу, исходящему от них самих или администрации учебного заведения, но и на основе данных психодиагностики. Так, например, даже если у конкретного студента результаты психодиагностики находятся на уровне «средних», может оказаться, что в сравнении с самим собой он либо вырос, либо, наоборот, по каким-то причинам «сдал позиции». Либо мы видим, что часть показателей демонстрирует положительную динамику, а часть — отрицательную. Следовательно, на этой основе можно выделять целевые группы, группы риска и группы развития, и подходить к работе с ними в соответствии с этим. Особенность работы психолога здесь состоит в том, что «много» ресурсов никогда не бывает, соответственно, работа психолога не ограничивается группами риска и проблемными студентами, а включает всех учащихся с ОВЗ. При этом необходимо учитывать, что опубликованные диагностические нормы по перечисленным психодиагностическим методикам являются принципиально общими, без деления на условно здоровых и лиц с ОВЗ.

Приведение в методическом руководстве самих текстов диагностических методик невозможно в связи с действующими нормами авторского права РФ и профессиональными ограничениями на неконтролируемое распространение профессиональных диагностических методик, рекомендуемыми Российским психологическим обществом.

Приведенный список психодиагностических методов носит ориентировочный характер. При подборе методик мы предлагаем ориентироваться на схему ресурсов, которая была разработана нами на основе исследований личностного потенциала учащихся с ОВЗ, проведенных на базе факультета информационных технологий и социально-педагогического колледжа при МГППУ в 2009–2012 годах (см. рис. 1).

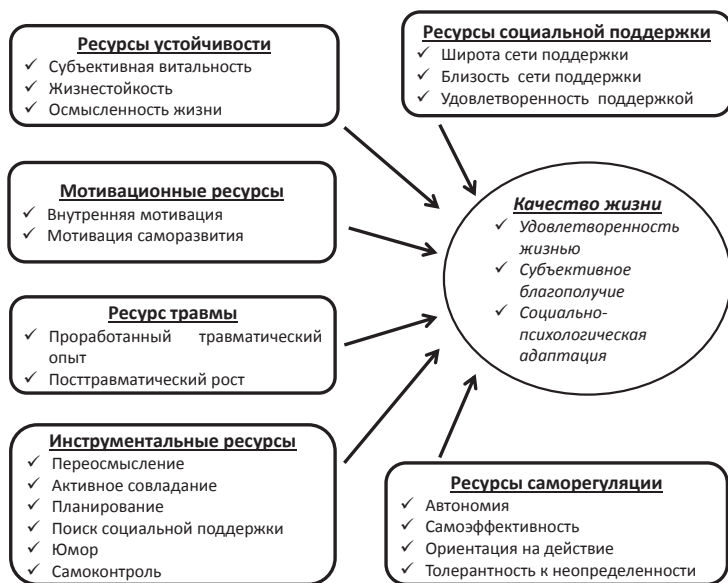


Рис. 1. Психологические ресурсы учащихся с ОВЗ

Факторы субъективного благополучия у лиц с ОВЗ

Инвалидность может выступать и реально выступает (не у всех и не всегда, но у ряда людей, которые принимают этот вызов) как конструктивный ресурс построения особой системы саморегуляции, которая не типична для условно здоровых студентов: травма и ограниченные возможности здоровья выступают как опора, центр, вокруг которого строится жизнь, становятся ключевым ресурсом в построении системы саморегуляции. Парадоксальным образом оказывается, что чем сильнее травма и ограничения, тем больше положительные сдвиги, более выражен рост. Иными словами, ограничения возможностей здоровья и психологическая травма трансформируются в ресурс личности.

Важнейшим критерием качества жизни и субъективного благополучия студентов с ОВЗ является удовлетворенность жизнью. Росту удовлетворенности жизнью способствует эффективная «работа» ресурсов устойчивости личности, что характерно как для лиц с ОВЗ, так и для условно здоровых испытуемых. Однако роль когнитивного компонента субъективного благополучия в процессе совладания с неблагоприятными ситуациями неодинакова в исследуемых группах. Так, для условно здоровых испытуемых удовлетворенность жизнью связана с применением стратегий активного преодоления трудностей, а для лиц с ОВЗ уже само по себе принятие «вызова», выраженное в готовности к действию по преодолению, вносит вклад в субъективное благополучие (Лебедева, 2012б). Наиболее важным является обнаруженный нами факт, что субъективное благополучие, становясь личностным ресурсом, оказывается относительно независимым от негативных психологических последствий инвалидности.

Субъективное благополучие обладает двояким статусом в системе адаптации лиц с ОВЗ: с одной стороны, является эффектом (результатом) «работы» личностных ресурсов, а также активной позиции личности по отношению к жизни, с другой — обуславливает дальнейшее развитие личности.

Основными факторами субъективного благополучия выступают личностные усилия и активная позиция по отношению к собственной ситуации, стремление к саморазвитию, особым образом организованная социальная поддержка (учитывающая принципы наставничества и совместно разделенной деятельности).

Как правило, не наблюдается значимых различий по шкале когнитивной оценки благополучия между лицами с ОВЗ и условно здоровыми студентами. Незначительные снижения показателей удовлетворенности жизнью у лиц с ОВЗ обычно обусловлены влиянием других переменных, таких как пол или место учебы.

Удовлетворенность жизнью в группе лиц с ОВЗ проявляет себя не только как следствие осмысленной жизни, но и как независимая переменная, как особый ресурс для такой личностной особенности, как жизнестойкость. Такого мы не наблюдаем у условно здоровых, и согласно анализу регрессионных моделей, полученных в обеих выборках, ресурсы личности в группе лиц с ОВЗ организуются «в обход» последствий инвалидности. При этом одним из главных «обходных путей» развития личности взрослого человека с ОВЗ является его умение опереться на собственную позитивную оценку своей жизни, осмыслить ее как результат своей активности, оттолкнуться от этого и стать более устойчивым.

Психологические особенности личности и механизмов ее развития у лиц с ОВЗ

Таким образом, три группы факторов, вносящих вклад в процессы развития личности, находятся между собой во взаимодополнительных отношениях, частично компенсируя друг друга. В исследованиях нашей лаборатории нашли, в частности, эмпирическое подтверждение следующие выводы.

1. У лиц с ОВЗ психологическое благополучие в большей степени зависит от наличия социальной поддержки и удовлетворенности ею, чем у условно здоровых (УЗ).

2. У лиц с ОВЗ психологическое благополучие в большей степени зависит от выраженности личностных ресурсов устойчивости, чем у УЗ.

3. У лиц с ОВЗ потребность в социальной поддержке более выражена, чем у УЗ. При этом она не всегда адекватно осознана и не любая форма социальной поддержки может эту потребность удовлетворить.

4. У лиц с ОВЗ может доминировать либо стратегия преимущественной опоры на социальную поддержку,

либо стратегия преимущественной опоры на личностные ресурсы саморегуляции как главные ресурсы компенсации ограниченных возможностей здоровья. Это зависит прежде всего от доступности ресурсов социальной поддержки, а также от личностной позиции такого студента и, конечно, от степени серьезности ограничений по здоровью, которые ему «даны».

5. У лиц с ОВЗ более выражены, чем у УЗ, эффекты посттравматического роста, которые играют роль ресурса совладания с трудной ситуацией. Под посттравматическим ростом понимаются парадоксальные эффекты позитивных изменений определенных аспектов личности под воздействием психотравмирующей ситуации; такие эффекты наблюдаются не вместо негативных изменений, характерных для ПТСР, а одновременно с ними, и в состоянии компенсировать значительную часть негативных последствий травмы (*Calhoun, Tedeschi, 2006*). Единственный тип травмы, в переработке которой этим студентам нужна направленная помощь, — это травма инвалидности. Посттравматический рост является следствием принятия вызова этой ситуации в виде готовности к осуществлению внутренней работы личности.

6. У студентов с ОВЗ несколько иная, нежели у здоровых, структура эффективных стратегий совладания (инструментальных ресурсов личности). Особенно важную роль для них играет желание и умение использовать эмоциональную и инструментальную социальную поддержку.

7. У лиц с ОВЗ напряженность адаптационных механизмов не всегда является сигналом психологического неблагополучия и дезадаптации. При высоком уровне выраженности личностных ресурсов это, скорее, одно из проявлений индивидуальной стратегии «обхода дефекта» на характерологическом и личностном уровне.

Необходимо сделать оговорку, что выборка студентов с ОВЗ, обучающихся в МГППУ на факультете информа-

ционных технологий и в социально-педагогическом колледже, не может рассматриваться как репрезентативная для всех лиц с ОВЗ соответствующего возраста. В стенах университета мы имеем дело уже с теми, кто решился на инклюзивное образование, проявив определенное мужество, кто имеет за спиной достаточный уровень социальной поддержки (семья, друзья), материальных, личностных ресурсов и навыков совладания с жизненными трудностями. Другими словами, это как раз те лица с ОВЗ, которые обладают достаточным уровнем ресурсов, чтобы браться за совладание с жизненными трудностями (решение жизненных задач), одной из которых, несомненно, становится само инклюзивное высшее образование таких студентов как проявление принятия ими вызова равных возможностей.

Отталкиваясь от положений культурно-исторической теории Л.С. Выготского о возможностях компенсации органического дефекта за счет более полного развития высших психических функций, мы делаем вывод о том, что по мере развития личности задачи улучшения качества жизни лиц с ОВЗ состоят уже не только и не столько в компенсации органических недостатков, сколько в реализации возможностей развития личности, в движении от «не обходимых» трудностей адаптационной организации психики к актуализации возможностей самой личности (Лебедева, 2012а).

Анализ формирования особенностей личности в затрудненных условиях дает нам принципиально иную картину «дефекта», открывает перед психологом, работающим с инвалидами, иные, свободные от ярлыков нормы и аномалии, способы «обхода» инвалидности. Индивидуальная работа психолога с лицами с ОВЗ должна строиться по аналогии с процессом нейропсихологической реабилитации, учитывая принцип опоры на доступные формы деятельности, ярко выраженные способности, особенности личности, соблюдая «требование — обходность

методов, воздействующих на дефект не прямо (“в лоб”), а обходя непосредственный дефект с целью его преодоления с опорой на сохраненные уровни и звенья в структуре функции» (Цветкова, 2004, с. 133). Так, психологу, работающему с человеком, имеющим особенности развития, важно исследовать уже сложившиеся пути «обхода» с целью оценить ценность и адекватность индивидуальной организации личностных ресурсов, а также опираться на то устойчивое в личности, что может стать опорной точкой ее развития.

Самовосприятие и жизненная позиция лиц с ОВЗ

Начнем с концептуальных подходов и восприятия/самовосприятия лиц с ОВЗ. Если раньше работа с лицами с ОВЗ осуществлялась преимущественно в контексте специальной или клинической психологии и была в основном сосредоточена на базовом соматическом или неврологическом нарушении и проблеме его коррекции, то теперь на передний план все больше выдвигаются общепсихологические и социально-психологические проблемы, а само нарушение выступает не столько в качестве мишени работы психолога, сколько в качестве ее условия или системы условий; сама же работа, направленная на развитие ресурсов адаптации и самореализации, во многом перестает быть нозоспецифичной, по крайней мере, на уровне высшего профессионального образования.

Это во многом связано с терминологией, которая использовалась в этой связи. Долгое время как в русском, так и в европейских языках было в ходу слово «инвалид», дословно переводящееся как «негодный». Обозначаемые этим термином люди, в отличие от «условно здорового» большинства, считались непригодными или плохо пригодными для выполнения ряда социальных функций. Поз-

же в англоязычной литературе оно было заменено понятием «disabled», что означает буквально «лишенный способности к чему-то». Это более мягкий вариант, но тоже выражающий некоторую ущербность. Соответствующее русское понятие (которое вошло в наш обиход несколько позже) — «лица с ограниченными возможностями здоровья». Термин «ОВЗ» уже не ставит крест на человеке в целом, но тем не менее по-прежнему фиксирует определенный изначальный дефицит. Сейчас в англоязычной терминологии все больше в ходу понятие «challenged» (от слова «challenge» — «вызов») — эти люди описываются как сталкивающиеся с вызовом. Вызов — это то, что нам предъявляет какая-то внешняя (по отношению к нашему Я) ситуация, порой наш собственный организм. Это то, на что можно по-разному реагировать, как минимум его можно принять или не принять.

Следует различать возможное отношение к вызову инвалидности как к проблеме и как к задаче. Восприятие этого вызова как проблемы, прежде всего, проявляется в осознании себя как проблемного для себя и для окружающих. Если вызов принимается как задача, то человек стремится в большей степени опираться на внутренние ресурсы, мотивирован не просто стать «на равных», но «догнать и перегнать» тех, кто на старте жизни был в более выигрышной позиции в плане ресурсов и возможностей. В этом же диапазоне варьирует и отношение окружающих к людям с ОВЗ, и их отношение к самим себе и собственной жизни.

Спектр форм отношения лиц с ОВЗ к вызову инвалидности может быть описан понятием «жизненная позиция», под которым понимается отношение личности к собственной жизни (Леонтьев, 1993). В этом отношении выделяются два измерения: 1) осознанность собственной жизни, которая варьирует в диапазоне от полной бездумности, неразделения своего Я и потока событий, отсутствия «зазора» между ними до рефлексивного осо-

знания и стратегического планирования своей жизни; 2) активность в отношении к собственной жизни, которая варьирует в диапазоне от фатализма, пассивного реагирования на внешние стимулы, до жизнотворчества (Л.И. Сохань), готовности и веры в возможность активно влиять на ход своей жизни. Сочетание этих двух параметров дает четыре типа жизненной позиции: пассивную (лишенную осознанности и активности), импульсивную (активную, но лишенную достаточной осознанности), созерцательную (осознанную, но лишенную активности) и конструктивную, в которой сочетаются и активность, и осознанность. Вместе с тем отношение к собственной жизни может обнаруживать различные переходные формы между этими четырьмя типами, которые «в чистом виде» встречаются не так часто. История развития, сложившееся типичное отношение окружающих к лицам с ОВЗ во многом стимулируют развитие у них пассивных форм отношения к жизни, воспринимаемых как единственно естественные и неизбежные. Вместе с тем история жизни ряда людей с ОВЗ, в частности, перечисленных выше, показывает, что активная жизненная позиция возможна даже в самых неблагоприятных условиях, и в сочетании с готовностью преодолевать трудности и прилагать существенные усилия, не ожидая быстрой отдачи, она в конечном итоге приводит к весьма позитивным результатам. Стратегической задачей любых форм работы с лицами с ОВЗ в этом плане являются поддержка и стимулирование осознанного и активного отношения к собственной жизни, развитие их субъектности и личностной автономии.

Полноценное включение людей с инвалидностью в образовательное пространство возможно только при наличии конструктивной жизненной позиции у самих студентов с ОВЗ, у взаимодействующих с ними специалистов системы сопровождения, а также преподавателей и остальных соучеников. На данный момент в условиях

инклюзии обучаются ничтожная часть детей и молодежи с ОВЗ, которые обладают определенными не совсем типичными для своей «выборки» чертами. Строго говоря, эти люди идут на серьезный риск, принимая вызов «на равных» в условиях дефицита ресурсов и неподготовленной, прежде всего психологически, образовательной среды. Совместная учебная деятельность выдергивает их из «инвалидной субкультуры», из привычного круга общения, расширяет сферы деятельности и радикально меняет доминирующие жизненные темы и приоритеты: от сохранения имеющегося уровня здоровья и/или исправления дефекта — к темам, общим для всех представителей соответствующей возрастной группы. Ведущей деятельностью становится учебная (профессиональная), и в этом смысле границы между лицами с ОВЗ и условно здоровыми стираются. Более того, мы считаем, что это и есть основной способ стирания границ, через который выстраиваются и совместная деятельность, и общение, и развитие.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И РАЗВИВАЮЩАЯ РАБОТА С УЧАЩИМИСЯ С ОВЗ В ИНКЛЮЗИВНОМ КОНТЕКСТЕ

Методологические основания психолого-педагогической работы с личностью

Принципиальный вопрос звучит так: что такое психологическая помощь/поддержка/сопровождение в условиях инклюзивного высшего профессионального образования, на каких основаниях ее строить? До сих пор отдельные практики вели эту работу на собственный страх и риск, методом «научного тыка» и зачастую на волонтерских началах, так как при стихийной инклюзии подобные формы работы просто не предусмотрены, а специалисты к ней не подготовлены. Фактически, в настоящее время в ситуации инклюзии все находятся в роли первопроходцев с соответствующей психологической нагрузкой. Однако определиться с методологическими основаниями жизненно необходимо.

В 1960-е годы в контексте гуманистической психологии появилось понятие фасилитации. Этим словом называют такую форму работы, которая стимулирует процессы прогрессивных изменений, но не может породить заданный, запрограммированный результат. Она просто стимулирует, раскрепощает внутренние процессы, освобождая развитие от жестких рамок. Фасилитация служит прообразом тех технологий развития человека в широком смысле, обоснование которых выступает нашей главной задачей.

В педагогике, которая в наше время становится избыточно технологизированной, существует такой парадокс: чем лучше, чем прочнее учитель знает, чего ему

надо достичь, что сделать из своего ученика, тем менее он успешен как педагог. Наиболее успешны как педагоги оказываются те, кто не знает точно, что у них будет «на выходе».

Как правило, психотерапевт, начиная работать с клиентом, не знает, чем все закончится и какого результата он достигнет. Исключением служат гипнотерапия, поведенческая психотерапия или нейролингвистическое программирование — технологические в традиционном узком смысле формы психотерапии, в которых есть жесткий конкретный результат, жесткий алгоритм, последовательность и «гарантии фирмы». Эти подходы довольно хорошо работают, но по отношению далеко не ко всем проблемам и запросам. Если мы обратимся к другим направлениям в психотерапии, которые в совокупности называют «личностно-ориентированная психотерапия», то увидим напряженную работу, конец которой теряется в неизвестности. Психотерапевтов учат, как работать в условиях неясного, непрогнозируемого исхода.

Есть еще один важный парадокс психотехники. Когда мы пытаемся говорить о том, что хотим что-то в человеке заведомо улучшить, психотехник или педагог, осуществляющий эти изменения, может спроектировать их только в рамках того, что сам видит и понимает. Идеальный образ человека, выступающий целью психотехнической технологии, ограничен собственным уровнем психотехника, который не может спроектировать и реализовать ничего лучше, чем он сам. Однако траектория восходящего развития может возникнуть только там, где педагог может сориентировать воспитуемого на образец, который выше его самого. Но невозможно представить эталон выше себя самого в виде жесткого образца. Можно только, не пытаясь запрограммировать, какими именно объекты нашего воздействия должны стать, пытаться запустить фасилитирующие процессы, благодаря которым

воспитуемые имеют шанс стать более продвинутыми, чем воспитатели. Таким образом, наряду с формирующими практиками, предусматривающими заранее спроектированный идеальный результат, есть формы практик, лишенные подобного ориентира, которые тем не менее успешно работают.

В число механизмов психологического развития человека, наряду с созреванием и целенаправленным формированием, входит еще самоорганизация — качественные изменения, обусловленные не заложенными программами и не целенаправленными воздействиями, а процессами самоорганизации сложных систем: развитие системы нарушает ее сбалансированность и для восстановления динамического равновесия происходит скачкообразная перестройка организации системы. Система переходит в новое состояние, которое невозможно было запрограммировать, предвидеть и детерминировать, исходя из предыдущего состояния системы. Самоорганизация происходит тогда, когда в системе нарастают параллельно и уровень сложности, и уровень ее внутренней организованности и упорядоченности; это переход к новой упорядоченности, необходимой для того, чтобы совладать с новым уровнем сложности.

Таким образом, все, что можно рассматривать как технологии развития человека, распадается на две качественно различные формы. Задачей одной из них (психотехники) является достижение конкретного проектируемого результата с помощью проверенного алгоритма; задачей другой (ноотехники) — фасилитация процессов самоорганизации человека как сложной системы (см. подробнее: *Леонтьев*, 2012). Анализ существующих практик дает большое количество примеров и той и другой форм развивающих технологий.

Ситуация инклюзивного образования содержит в себе огромный потенциал для личностного развития всех

участников процесса. Однако на данном этапе она во многом вынужденная, форсированная, поэтому очень личностно затратная. В условиях дефицита ресурсов (любого типа) она является потенциально очень стрессогенной, и поэтому сейчас в ней востребованы методы директивного психотехнического вмешательства (как педагогического, так и психологического). Недирективные ноотехнические методы недооцениваются, отчасти в связи с тем, что они требуют от применяющих их психологов высокой толерантности к неопределенности.

На наш взгляд, и психотехники, и ноотехники могут широко варьировать в практике психологической работы в инклюзивной среде. Нужны и востребованы как групповая, так и индивидуальная формы работы. Ограничения могут быть связаны в основном со специфическими противопоказаниями по здоровью, которые имеются у конкретных учащихся и, соответственно, касаются некоторых видов упражнений и заданий, которые должны быть изначально потенциально выполнимы для каждого из участников (если речь идет о тренинге). Кроме того, нужно учитывать сохранность основных каналов восприятия и передачи информации и вносить соответствующие коррективы в инструкции. Основной принцип «не навреди» здесь включает в себя, прежде всего, физическую безопасность участников.

В практической работе многое происходит независимо от целей педагогов и психологов и часто вразрез с ними, поэтому процесс профессиональной рефлексии (как коллективной, так и индивидуальной) психологов и педагогов, работающих с учащимися с ОВЗ в условиях инклюзивного образования, и развитие чувствительности к обратной связи со стороны самих учащихся имеют особое значение. Множество стихийных практик психологической и педагогической поддержки в нашем молодом инклюзивном образовании пока остается недоосмысленным.

Теоретические и практические проблемы психолого-педагогической работы с учащимися с ОВЗ

Процесс интеграции людей с ОВЗ в социум требует специальных усилий от всех: и тех, кого интегрируют, и тех, к кому интегрируют, и тех, кто обеспечивает этот процесс. Длительная история социальной эксклюзии лиц с ОВЗ в нашей стране отучила людей с тяжелыми проблемами со здоровьем и тех, кто условно этих проблем не имеет, от взаимодействия. Новая повестка дня требует радикального изменения этих стереотипов. Поэтому сейчас социальную инклюзию нужно отстраивать практически заново, так как очень многие условно здоровые не имеют вообще никакого опыта взаимодействия с лицами с ОВЗ, а те, в свою очередь, общаются с очень ограниченным кругом условно здоровых: социальными работниками, медиками и близкими людьми.

Преодоление этой взаимной изоляции — процесс очень непростой и психологически, личностно затратный, это не только вызов обществу и его базовым ценностям, но и вызов лично каждому, кто задействован в этом процессе. Опыт внедрения инклюзивного образования показывает, что учителя и другие специалисты не сразу начинают соответствовать тем профессиональным ролям, которые требуются для данной формы обучения. Они проходят несколько стадий: начиная с явного или латентного сопротивления, переходят к пассивному, а затем и к активному принятию происходящего. Специалисты испытывают страх, боятся не справиться и потерять работу, боятся ответственности, боятся рисковать. Страх и неуверенность также связаны с тем, что специалисты боятся, что не будут полностью контролировать происходящее, что им придется просить о помощи учеников, родителей или педагогов, тем самым признав, что они не имеют ответов на абсолютно все вопросы. Включение — это перемена, перемены —

это вызов для всех, и в такой кризисный период людям нужна психологическая помощь и поддержка.

Родители детей, которые развиваются типичным образом, иногда высказывают опасение, что присутствие в классе детей, требующих особой поддержки, может задерживать развитие их собственного ребенка. Однако же опыт показывает обратное: в отношении поведения, социального развития и успехов в учебе, особенно в разговорной речи, достижения детей, обучающихся в школе, придерживающейся инклюзивной формы образования, значительно выше. А отношение сверстников к нетипичным детям напрямую зависит от наличия твердой позиции взрослых и климата в классе в целом. Наблюдения американских специалистов показывают, что те, кто до школы посещал детские сады вместе с детьми с ограниченными возможностями, относились к ним спокойнее и с большим пониманием, чем даже учителя, впервые начавшие работать с ними. Родители здоровых школьников волнуются о качестве образования и боятся, что оно снизится с включением детей с ОВЗ в обычные классы. Родители детей с ОВЗ делятся на две группы: первые боятся инклюзии, так как опасаются, что их ребенок недополучит знаний в силу отсутствия специальных средств обучения, соответствующих типу дефекта ребенка, и предпочитают обучать детей в специальных коррекционных школах; вторые имеют неадекватно завышенные ожидания в отношении своих детей и настаивают на их обучении в обычных классах без учета степени тяжести дефекта ребенка. В отношении получения лицами с ОВЗ профессионального образования проявляются аналогичные тенденции, но в несколько меньшей степени

Отдельной проблемой является вопрос психологического климата в образовательных учреждениях. Для учащихся с ОВЗ крайне важно создать психологически комфортную развивающую образовательную среду, чтобы условно здоровые сверстники воспринимали их как

равных и достойных уважения. Следовательно, одними из ключевых и очевидных являются вопросы взаимного восприятия и самовосприятия условно здоровых и людей с ОВЗ, а также создания психологически комфортной образовательной среды.

Ситуация инклюзии является вызовом также и для тех, кто призван оказывать психологическую поддержку включению людей с ОВЗ в наш общий привычный социум: педагогов и психологов. Поэтому, строго говоря, в психологической помощи и поддержке нуждаются *все участники инклюзивного образовательного процесса*. Она необходима педагогам, условно здоровым учащимся и учащимся с ОВЗ. Здесь мы попытаемся в общих чертах представить обобщающую модель такой комплексной психолого-педагогической помощи (поддержки), обозначить ключевые точки воздействия (вмешательства) и привести некоторые примеры, основанные на нашем опыте практической работы.

Специфика психодиагностической работы с лицами с ОВЗ

В ходе практической работы со студентами с ОВЗ обнаружен ряд особенностей применения стандартных диагностических процедур. Уже на этапе психодиагностики оказалось, что эти студенты иначе воспринимают процесс, более активны и более диалогичны, чем это предполагается процедурой заполнения психодиагностических методик. Нередко они используют процедуру психодиагностики для инициации взаимодействия с психологом, ярко демонстрируя то, что в психологической науке обозначается как надситуативная активность (Петровский, 2010). Кроме того, есть ряд общих проблем, которые перечислены ниже и касаются диагностической работы с учащимися с ОВЗ.

На сегодняшний день психодиагностические мероприятия включены во множество стандартов, разработаны

ваемых с целью реабилитации людей с ОВЗ. Большинство специалистов, проводящих психодиагностику у лиц с ОВЗ, сталкиваются с рядом типовых трудностей. В основном они обусловлены неприспособленностью диагностического инструментария для работы с людьми с нарушениями зрения (количественные методы) и слуха (качественные методы).

Первый вопрос возникает в отношении автономности испытуемого при проведении психодиагностики. Есть два варианта его решения: первый — создание компьютеризированных вариантов психодиагностики, сохраняющих принцип автономности, исключаящих влияние экспериментатора на испытуемого, второй — намеренное нарушение автономности, использование помощи экспериментатора при проведении тестирования (зачитывание вопросов и заполнение бланков со слов испытуемого).

Создание компьютеризированных вариантов, при однозначном плюсе в плане сохранения автономности испытуемого при заполнении психодиагностических методик, имеет очевидный минус — это дорого и затратно по времени, как при создании таких версий, так и при их заполнении испытуемым. В упрощенной версии это может быть тестовый материал в формате Excel, для работы с которым требуется только оснащение компьютеров системами экранного доступа типа Jaws for Windows. Однако здесь есть другой «посредник» — электронный безэмоциональный голос программы, который зачитывает вопросы испытуемому и позволяет ему контролировать вводимые с клавиатуры ответы.

При проведении психодиагностического обследования с опорой на помощь экспериментатора при заполнении методик возникает эффект, который можно обозначить как «фасилитирующая функция психодиагностики». Уже на этапе проведения психодиагностики с лицами с ОВЗ естественным образом возникает психотерапевтический контакт. Психологам, которые прежде не сталкивались с

такого рода деятельностью, бывает непросто преодолеть разного рода барьеры, возникающие при взаимодействии с такими испытуемыми. Испытуемые с ОВЗ на начальном этапе диагностики порой отгораживаются, отказываясь принимать участие в обследовании, что в данном случае может быть отражением общей настороженности по отношению к «здоровым». Однако, когда первичное недоверие преодолено, оказывается, что желание студентов общаться с психологом больше, чем это подразумевается стандартной процедурой тестирования.

Этот эффект, в частности, проявляется в том, что респонденты с ОВЗ, заполнявшие тесты самостоятельно, по собственной инициативе давали письменные комментарии к вопросам, зачастую отвечая развернуто, а зачастую критикуя психодиагностический инструментарий (формулировки вопросов).

Процесс психодиагностики у лиц с ОВЗ нередко трансформируется в опосредованное тестом активное общение с психологом. Незрячие и слабовидящие испытуемые, в основном отвечавшие на вопросы тестов устно, практически, вели спонтанный устный диалог с психологом. Поначалу было опасение, что при столь тесном взаимодействии исказятся результаты, но в ходе работы стало ясно, что, давая возможность респонденту комментировать вопросы в свободном режиме, мы получаем гораздо более качественную и полную информацию. Устная психодиагностика, безусловно, является ресурсно-затратной и требует от психолога максимальной сосредоточенности и умения удерживать испытуемого в рамках теста.

В процессе обработки данных и сравнения показателей с группами студентов без инвалидности обнаружены достоверные различия между выборками по ряду методик. Возникает вопрос: на какую «норму» должен ориентироваться психолог при интерпретации данных психодиагностики — на «средние» условно здоровых испытуемых либо на «средние» для лиц с ОВЗ? Становится актуальным во-

прос пересмотра подходов к понятию «норма». Это не чисто методологический, а вполне практический вопрос, так как психологическое тестирование предполагает предоставление обратной связи.

Еще более сложными моментами психодиагностики лиц с ОВЗ являются исследования с помощью качественных методов. Рассмотрим это на примере применения разработанного лабораторией полуструктурированного интервью, направленного на изучение качества жизни людей с ОВЗ. Студенты с ОВЗ, проходившие интервью, были словоохотливы, местами многословны, эмоциональны и т.п. В процессе взаимодействия складывается особая психотерапевтическая атмосфера: и под влиянием методического аппарата, и под влиянием общения с психологом. Мы предполагаем, что эта атмосфера вызывала у респондентов эффекты сопротивления и переноса. Более того, состояние психолога, проводящего интервью, также было крайне специфичным. При супервизии интервьюер отмечал различные спонтанные негативные и позитивные психологические явления (такие как плохое самочувствие, внутренне ощущаемая агрессия, явления контрпереноса, глубокая эмпатия и т.п.). В процессе интервьюирования студентов без инвалидности такие случаи психотерапевтического контакта являются намного более редкими. Там беседа в основном протекает более формально и сухо.

Фактически, при работе с респондентами с ОВЗ происходит спонтанная трансформация диагностического интервью в психотерапевтический процесс по инициативе самих интервьюируемых. В связи с этим особо актуальной становится супервизия для интервьюера. То же, но в меньшей степени, имеет место и при проведении стандартной процедуры психодиагностики. Мы имеем дело с недовысказанностью у этой группы испытуемых, с их повышенной готовностью к глубинному взаимодействию, в результате чего они сами иницируют и процесс интервью (при тестировании), и процесс психотерапии (при проведении

интервью). Соответственно у них есть повышенная готовность и к психологической трансформации, так как они используют для этого любую возможность. Однако при этом диагностику и любые формы вмешательства целесообразнее позиционировать как научно-исследовательскую работу, с целью снятия изначального сопротивления.

Различия в характере взаимодействия в процессе интервью имеют свое объяснение. Определенную роль играют факторы, связанные с основным заболеванием и сопутствующими расстройствами (замедленная речь, некоторая вязкость мышления, запаздывающие ответы) у части респондентов с ОВЗ, однако большая часть студентов отличаются высоким интеллектом, умеренным темпом психической деятельности и хорошей умственной работоспособностью. Поэтому ссылка на заболевание видится недостаточно корректной. Подобные явления возникали и при проведении устного тестирования.

Психодиагностика и интервью с лицами с ОВЗ часто перерастают свои рамки, и это тоже можно рассматривать как специальный психодиагностический показатель, отражающий степень субъектности и активности студента с ОВЗ в организации своего жизненного пространства.

Развитие саморегуляции и самодетерминации как основа инклюзивного обучения студентов с ОВЗ

Наш опыт психологической и педагогической работы с учащимися с ОВЗ показывает, что одной из серьезных проблем, мешающих им полноценно учиться, является недостаточная сформированность навыков самоорганизации, саморегуляции и навыков учебной деятельности. Этой проблеме посвящено достаточно много зарубежных работ. С ней сталкиваются и условно здоровые первокурсники, однако чаще всего она решается ими опытным путем и непреодолимой проблемы собой не представляет.

Для полноценной инклюзии и действительно полноценного обучения учащихся с ОВЗ необходимо развитие у них навыков саморегуляции учебной деятельности, а также способности к самодетерминации, так как обычно другие люди контролируют и регламентируют жизнь таких учащихся. Самодетерминация (саморегуляция) подразумевает овладение набором навыков, знаний и убеждений, позволяющих человеку осуществлять целенаправленное, саморегулируемое и автономное поведение. Развитие механизмов и способностей саморегуляции вплоть до самодетерминации как высшего ее уровня в равной степени важно для всех, вне зависимости от статуса здоровья, однако у лиц с ОВЗ в силу дефицитарности телесных ресурсов на компенсирующие их личностные ресурсы, в частности ресурсы саморегуляции, ложится большая нагрузка, чем у их условно здоровых сверстников.

Понимание сильных сторон и ограничений вместе с верой в себя как способного и эффективного является ключевым для саморегуляции учащегося с ОВЗ (*Field et al.*, 1998). Для этого необходимо развитие способности принимать решения, умения решать проблемы, ставить цели и достигать их, самонаблюдения, самоанализа, самооценивания, самоподкрепления, лидерских качеств, внутреннего локуса контроля, позитивной атрибуции успехов, позитивных ожиданий, уверенности в себе (*Wehmeyer*, 1999). Одним из важных моментов является обучение тому, чтобы распоряжаться собой и принимать решения в отношении общих и частных аспектов своей жизни, более полно управлять своим жизненным пространством, без чего для молодого человека с ОВЗ проблематично быть активным субъектом своей собственной жизни.

Обучение саморегуляции должно происходить на основе индивидуального планирования, в том числе общего планирования будущего учащегося с ОВЗ, с учетом его сильных и слабых сторон, ограничений и возможностей (*Renzaglia et al.*, 2003). Такое планирование должно пред-

шествовать составлению индивидуальной образовательной программы учащегося с ОВЗ, а прогресс в овладении навыками соотноситься с такой программой, так как ее реализация напрямую зависит от степени эффективности овладения учащимся с ОВЗ навыками саморегуляции.

На наш взгляд, студенты с ОВЗ в самом начале обучения могут пройти подобную оценку (экспертизу), что даст возможность в дальнейшем систематически оценивать их индивидуальный прогресс в ходе обучения не только с точки зрения овладения знаниями, но и с точки зрения развития навыков саморегуляции и учебной деятельности. Фактически, речь в каждом конкретном случае идет о составлении индивидуального плана не только обучения, но и развития такого студента, а также о систематическом мониторинге этого процесса.

Основные мишени психолого-педагогической работы в условиях инклюзии в вузе

Исследования, проводившиеся сотрудниками лаборатории проблем развития личности лиц с ОВЗ в 2009–2012 годах (см.: *Александрова, Лебедева*, 2010; *Александрова и др.*, 2011; *Леонтьев и др.*, 2011; *Лебедева*, 2012б), позволили выделить основные мишени воздействия (ключики), или, точнее, узловые точки для фасилитации позитивных изменений у участников инклюзивного образовательного процесса. Ключевыми нам видятся групповые и индивидуальные формы работы.

Групповая работа должна быть направлена на: а) создание (сплочение) инклюзивной группы и формирование социальной «группы желаемой (принимаемой) поддержки» для учащихся с ОВЗ и б) работу в моногруппах учащихся с ОВЗ по обмену опытом преодоления жизненных трудностей и травмы инвалидности. Причем вторая форма работы должна проводиться постоянно, так как пре-

одоление для этих учащихся — процесс перманентный и всепроникающий, это стиль жизни. Более того, в условиях принятия вызова равных возможностей такой стиль — единственно возможный, и его надо научиться поддерживать. Очень важно также, чтобы учащиеся с ОВЗ осознали, что сами могут быть источником поддержки не только для «своих», но и для здоровых. Здесь очень важно сочетание педагогических и психологических подходов, методов и техник. Причем именно здесь идеология «вмешательства» (в смысле вмешательства в стихийный процесс инклюзии с попыткой его как-то упорядочить и форсировать) не столь принципиальна, так как строится на модели социально-психологического тренинга и совместной деятельности.

Индивидуальная работа. В ходе наших исследований выявились две категории учащихся: а) с запросом на работу с социальным окружением и б) с запросом на работу с личностью. Идти нужно, конечно, от запроса, но ограничиваться им невозможно: просто изначальный фокус работы в этих двух противоположно ориентированных группах должен быть соответствующим запросу. Однако здесь уже идеология процесса, точнее, основные точки опоры самого специалиста, осуществляющего процесс, приобретает решающее значение.

На данном этапе работа с личностью идет в индивидуальном и «штатном», но «безопасном» режиме, то есть чаще всего не затрагивает глубинные проблемы личности и ее развития, однако все остальное чаще всего происходит по типу «срочного реагирования» в условиях формализма, когда возникает критичная, конфликтная ситуация и ее надо как-то разрешать. В будущем такое вмешательство по типу «скорой помощи» должно стать редким исключением, уступив ведущее место профилактически ориентированным формам работы. Здесь уместны любые методы вмешательства: от посредничества в конфликте (медиация) до обучения навыкам разрешения конфликтных ситуаций и индивидуальной психологической работы

с конфликтующими сторонами, идет ли речь о конфликтах между учащимися (с любым статусом здоровья), учащихся с их родителями (чаще всего, одна из сторон такого конфликта присутствует во взаимодействии учащегося с ОВЗ и психолога «заочно») или учащихся с ОВЗ и администрацией (преподавателями) учебного заведения.

Наши исследования дают основание предложить следующие «точки приложения» усилий, направленных на фасилитацию развития личности учащихся с ОВЗ (и других участников инклюзивного образовательного процесса). Это *развитие личностного потенциала и личностных ресурсов учащихся (с любым статусом здоровья); развитие индивидуального репертуара стратегий конструктивного совладания со стрессом и стрессоустойчивости; работа по развитию навыков (учебной деятельности, общения, слушания и др.); работа с психологической травмой, направленная на интеграцию опыта и личностный рост*. Исследования показали, что переработанная и интегрированная травма у лиц с ОВЗ работает в личности постоянно, способствуя развитию личностных ресурсов и использованию стратегий активного преодоления трудностей.

Самой болезненной травмой для лиц с ОВЗ является сама травма инвалидности. Поэтому с учащимися с ОВЗ так важно вести работу по фасилитации переработки травматического опыта; здесь может быть эффективной такая форма групповой фасилитации интеграции травматического опыта, как дебрифинг. Кроме того, необходимо *развитие отдельных недостающих навыков (таких как управление временем, эффективные методы учебной деятельности, навыки общения, саморегуляции, разрешения конфликтов и др. — по запросу)*. А если точнее — использовать этот запрос для инициации позитивных личностных изменений.

Среди наиболее значимых, на наш взгляд, личностных ресурсов выделяются такие, как осмысленность и цели в жизни, жизнестойкость, толерантность к неопределенно-

сти, самоэффективность, личностная автономия и автономная мотивация. Критерием эффективности психологической работы может выступать позитивная динамика адаптированности, субъективной витальности и удовлетворенности жизнью.

На данный момент, пока инклюзия в профессиональном образовании еще является скорее исключением, чем правилом в нашей стране, остро не стоит вопрос о мотивации таких студентов. Однако в будущем, скорее всего, придется столкнуться с проблемой мотивации. Исследования студентов с ОВЗ, проведенные в 2012 году сотрудниками лаборатории проблем развития личности на базе социально-педагогического колледжа при МГППУ, показали, что внутренняя мотивация теснейшим образом связана с личностными ресурсами, однако у студентов с ОВЗ она, к сожалению, оказалась не выше, а ниже, чем у условно здоровых. В то же время у учащихся с ОВЗ с личностными ресурсами связана также и внешняя мотивация учебной деятельности, чего не наблюдается в выборке условно здоровых. Этот факт необходимо учитывать в процессе обучения, мотивация должна также быть в фокусе внимания при организации психологической работы с учащимися с ОВЗ.

Проблемы социальной поддержки учащихся с ОВЗ

Исследования показали важнейшую роль социальной поддержки как ресурса личности учащихся с ОВЗ. Оказалось, что важен не столько наличный уровень фактической предлагаемой социальной поддержки такого учащегося, сколько та поддержка, которую он принимает и которая является субъективно желаемой. Часто поддержка воспринимается как само собой разумеющееся, а бывает, что публичная социальная поддержка тяготит учащегося с ОВЗ. Важны именно круг людей, к которым учащийся с ОВЗ готов обратиться сам при возникновении трудно-

стей, а также собственная готовность обращаться за социальной поддержкой, как инструментальной, так и эмоциональной. Существует целый ряд исследований зарубежных авторов, указывающих на различные внутренние барьеры, препятствующие получению поддержки и обращению за помощью. Следовательно, *умение и обращаться за поддержкой и принимать ее* (и оказывать, по возможности) — это также важнейший личностный ресурс, который требует сфокусированной работы и развития.

Обнаружено также, что сеть (желаемой, принимаемой) социальной поддержки у студентов с ОВЗ отличается от таковой у здоровых студентов: у студентов с ОВЗ эта сеть уже, кроме того, в ней больше близких людей и меньше сверстников, по сравнению с обычными студентами. Следовательно, перед психологами стоит задача выравнивания сети социальной поддержки лиц с ОВЗ, в том числе за счет учебной группы, расширения контактов. Кроме того, в сеть социальной поддержки студентов с ОВЗ могут быть включены члены педагогического коллектива, преподаватели, люди, которые обычно в нее не входят, так как потребность в расширении сети поддержки у студентов с ОВЗ очень выражена. Хотя, и это тоже имеет место, для них важно, чтобы были хотя бы один-два человека, чью поддержку они принимают, чьей поддержке они рады, для того, чтобы у них поддерживалась мотивация к развитию и принятию вызова равных возможностей. Если для здоровых учащихся важно «зачем», то для учащихся с ОВЗ не менее значимо — «для кого». Подразумеваются представители той группы людей, которые составляют сеть социальной поддержки. Поэтому еще одним из направлений работы являются *расширение сети принимаемой социальной поддержки и помощь в разрешении внутрисемейных конфликтных ситуаций*.

Другой дискуссионный аспект касается той малой группы, складывающейся вокруг учащегося с ОВЗ, которую мы называем «коллективным субъектом учебной

деятельности». Речь идет о том, что учащийся занимается всегда при включенном участии других людей, что относится как к техническим, так и к содержательным аспектам учебной деятельности такого учащегося. В этот «коллективный субъект» входят чаще всего родители и другие члены семьи, гораздо реже — друзья. В связи с этим, вместо того чтобы запрещать им помогать таким учащимся или, напротив, смотреть на это сквозь пальцы, необходимо активно управлять этим процессом и обучать таких родителей технологиям разумной и достаточной помощи своим детям в учебном процессе, держа этот процесс на контроле. Следовательно, необходима также и работа с родителями учащихся с ОВЗ, как часть работы с самим учащимся.

Модель психологической помощи учащимся с ОВЗ в условиях СПО и ВПО

На основе всего вышеизложенного мы предлагаем *обобщенную модель психологической и педагогической помощи студентам с ОВЗ в условиях среднего специального и высшего профессионального образования*. С определенными корректировками она может быть использована и в условиях массовой школы.

Цели работы подразделяются на цели, которые специалисты ставят: 1) для учащихся; 2) вместе с учащимися; 3) для себя (текущие цели тренинга или другой работы). Цели, которые ставятся для учащихся, — это декларируемые цели и задачи конкретного тренинга. Цели, которые вырабатываются совместно с учащимися, прежде всего, ориентированы на запрос учащихся, явный или имплицитный. Цели, которые специалист ставит «для себя» в процессе работы, — это то, на что направлен тренинг, точнее, за счет развития каких навыков участников он начинает «работать»: так, например, в тренинге социальной адаптации для лиц в ОВЗ, разработанном Н. Ю. Зверевой (Зверева, 2008), указываются такие цели, как активизация

процессов рефлексии, развитие позитивного отношения к себе и миру, развитие навыков саморегуляции, создание условий для обращения к собственному опыту.

Все формы и методы работы психолога и педагога, которые используются в рамках реализации этой модели, не просто взаимосвязаны, а перетекают один в другой, не имея четких границ, что представляет особый вызов тем специалистам, которые работают в условиях инклюзивного образования, так как существенно расширяет набор необходимых для этого знаний и умений, что делает невозможным для них оставаться в рамках своих привычных профессиональных ролей и компетенций. Специалист вынужден становиться «мастером на все руки», что, кроме прямого эффекта повышения качества инклюзивного образования, способствует и профилактике профессионального выгорания, так как инклюзия практически гарантирует, что стандартных схем работы не будет. Кроме того, само разделение видов и форм работы также становится все более условным.

Мы считаем, что основу должны составлять неспецифические методы работы с личностью. *Основная психологическая специфика поддерживающей и личностно-развивающей работы с учащимися с ОВЗ состоит не в разработке специальных методов, а в уточнении контекстов и условий использования методов общего плана.* Значительная часть методов для такой работы уже существует. Эти методы достаточно универсальные и гибкие, их можно (и нужно) адаптировать к специфике работы с людьми с ограниченными возможностями здоровья. Кроме того, часть методов нуждается в серьезной трансформации и переосмыслении (например, технология дебрифинга, полуструктурированное интервью). Часть методов и технологий будет изобретаться и модифицироваться совместно с теми людьми с ОВЗ, с которыми предстоит работать, и сам процесс этого изобретения (возможно, даже «велосипеда») является формой практической психологической

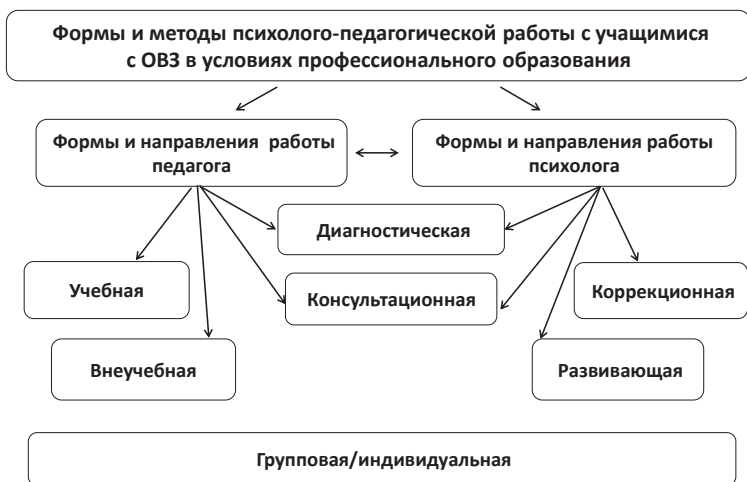


Рис. 2. Формы и методы работы психологов и педагогов в инклюзивном профессиональном образовании

работы. И наконец, очень важно включать учащихся с ОВЗ, уже имеющих позитивный опыт преодоления своих трудностей, в активную работу с теми, кто еще находится в самом начале процесса преодоления, так как у многих из них очень высока потребность помогать самим.

Такое взаимопроникновение форм и методов работы специалистов представлено на рис. 2. Часть этой работы должна выполняться психологами и педагогами во взаимодействии — а именно диагностическая, консультационная и развивающая. Еще один вызов, вызов инклюзии, на который надо отвечать профессиональному сообществу, — это отработка схем междисциплинарного взаимодействия специалистов. Невозможно представить педагогическую работу без психологической составляющей и наоборот.

Студенты с ОВЗ очень остро чувствуют фальшь. Поэтому уже на этапе обучения в вузе специалистов, которые в будущем будут работать с учащимися с особыми образовательными потребностями, целесообразно ввести какую-то форму профессионального отбора и отработать процесс

профессионального формирования такого специалиста не только в плане компетенций, но и в плане общечеловеческих ценностей, личностного потенциала, эмпатии и других личных достоинств.

Обобщенная модель психологической и педагогической помощи студентам с ОВЗ в условиях инклюзивного обучения подразумевает два вида помощи — 1) *прямую помощь*, адресатом которой является сам студент с ОВЗ, и 2) *опосредованную помощь* (косвенную) — то есть помощь такому студенту через помощь его окружению, под которым в условиях профессионального образования подразумевается все окружение такого студента: сокурсники, преподаватели и родители учащихся (см. рис. 3).

Итак, *работа с преподавателями*, на наш взгляд, должна быть сфокусирована на следующих направлениях: 1) обучение работе в инклюзивных группах с учетом знаний о специфике учебной деятельности при различных ограни-

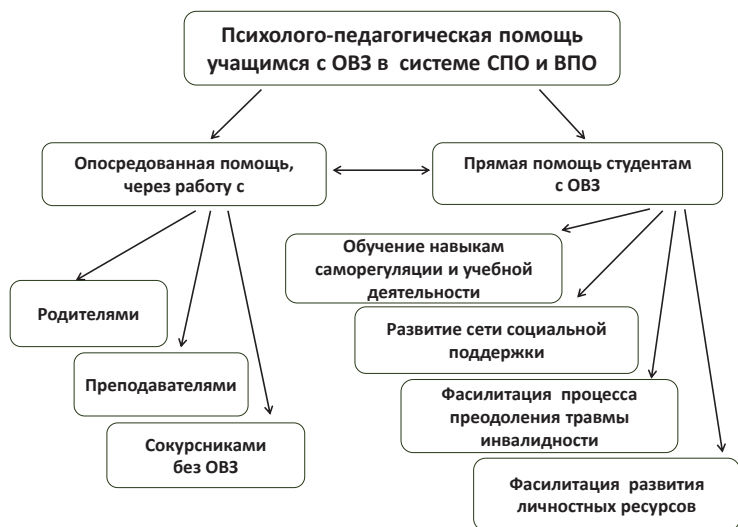


Рис. 3. Обобщенная модель психолого-педагогической помощи учащимся с ОВЗ в условиях инклюзивного профессионального образования

чениях; 2) обучение работе с реабилитационной техникой и компьютерными программами, предназначенными для людей с сенсорными нарушениями; 3) тренинг управления групповыми процессами в инклюзивной группе (учитель как менеджер); 4) семинары по обмену опытом между преподавателями, работающими в инклюзивных группах; 5) повышение психологической грамотности. Все это могло бы позволить снизить психологическое напряжение, которое испытывают преподаватели, работая в условиях инклюзивного профессионального образования, и повысить качество учебного процесса.

Работа с родителями студентов с ОВЗ предполагает несколько направлений: 1) семинары и тренинги для родителей с целью формирования у них тьюторской позиции в отношении обучения своих взрослых детей с ОВЗ; 2) работа по преодолению психологической травмы, вызванной инвалидностью ребенка и сопутствующими проблемами; 3) фасилитация личностных ресурсов родителей учащихся с ОВЗ; 4) работа, направленная на трансформацию симбиотической связи родителей со своими уже взрослыми детьми с ОВЗ в партнерские отношения. В консультативной работе мы часто сталкивались с ситуациями, когда, помогая учиться и жить своему взрослому ребенку с ОВЗ, родители порой, не желая того, мешают ему становиться самостоятельным и формировать навыки учебной познавательной деятельности, необходимые в дальнейшей жизни и профессиональном самоопределении, не говоря уже о привычке контролировать жизнь и чисто физическую мобильность своих взрослых детей.

На работе с *условно здоровыми сокурсниками* необходимо остановиться отдельно. Они потенциально являются важнейшим ресурсом социализации и выхода из инвалидной субкультуры для студентов с ОВЗ. Здесь, на наш взгляд, необходимы следующие направления работы:

- 1) формирование группы поддержки, волонтеров — помощников в учебном процессе из среды сокурсников и одгруппников студентов с ОВЗ;

- 2) фасилитация развития личности условно здоровых студентов;
- 3) сплочение инклюзивной учебной группы как через учебную деятельность, так и через внеучебную.

Рассмотрим теперь отдельно то направление, которое мы обозначили как *прямая помощь*. Непосредственным ее получателем является сам студент с ограниченными возможностями здоровья. Специфика психолого-педагогической помощи учащемуся с ОВЗ состоит в том, что у таких студентов «все со всем взаимосвязано», и, воздействуя на одну точку системы, мы неизбежно вызываем изменения во всех остальных. Основными точками приложения усилий педагогов и психологов, на наш взгляд, должны стать:

- 1) составление индивидуальной траектории развития, «планирование жизни», развитие целеполагания, помощь в профессиональном самоопределении студентов с ОВЗ;
- 2) обучение навыкам учебной деятельности и саморегуляции, направленное на фасилитацию физической и личностной автономии этих студентов и повышение эффективности учебной деятельности;
- 3) работа по расширению сети социальной поддержки и развитию коммуникативных навыков студентов с ОВЗ;
- 4) работа (групповая и индивидуальная) по фасилитации психологического преодоления травмы, прежде всего травмы инвалидности, и выхода за рамки инвалидной субкультуры;
- 5) работа по фасилитации процессов личностной саморегуляции и личностных ресурсов всех типов;
- 6) работа, направленная на «обучение» студента с ОВЗ принимать помощь и оказывать ее другим;
- 7) подготовка волонтеров для студентов младших курсов с ОВЗ из числа старшекурсников с ОВЗ;

- 8) мониторинг личностных ресурсов и сформированности навыков учебной деятельности в течение всего процесса обучения студентов.

Работа психолога с учащимися с ОВЗ в условиях профессионального образования включает в себя разные формы и методы и не требует разработки специальных программ. Спецификой здесь являются не сами методы, а их координация. Схематично направления работы психолога представлены на рис. 4. Если на рис. 1 представлены точки приложения усилий психолога в работе со студентами с ОВЗ, на рис. 2 изображены общая система и координация работы педагогов и психологов со студентами, имеющими ограничения по здоровью, на рис. 3 представлена обобщенная модель работы психолога со студентами с ОВЗ, то рис. 4 детализирует именно прямую (направленную непосредственно на студента с ОВЗ) психологическую работу.

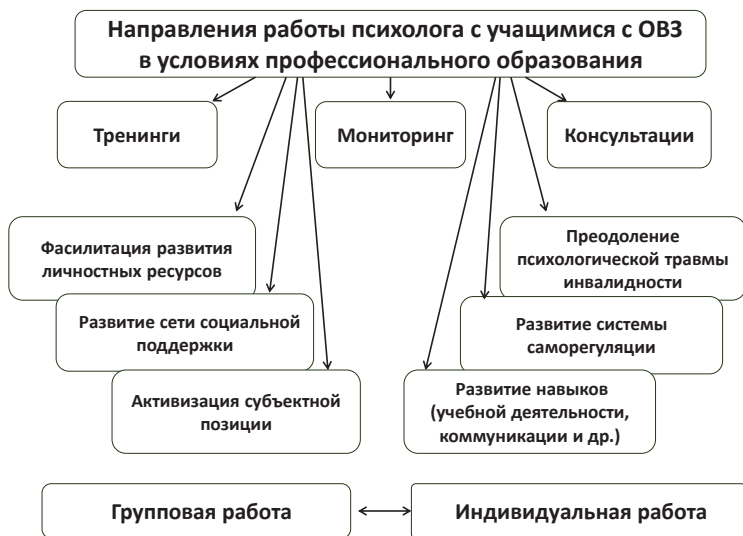


Рис. 4. Направления работы психолога со студентами с ОВЗ

Кроме того, на наш взгляд, по сравнению с работой со здоровыми учащимися, работа психолога со студентами с ОВЗ имеет ряд особенностей, а именно: сочетание методов работы, ориентированных на взрослых, с методами работы, традиционно применяемыми в работе со школьниками. На данном этапе такая работа включает в себя развитие навыков учебной деятельности, однако речь идет не только о том, чтобы научить писать рефераты, работать с научными источниками и т.п., что актуально и для здоровых студентов младших курсов, но и об обучении навыкам «учебной деятельности на равных», то есть выявлении и отработке индивидуальных приемов учебной деятельности: 1) в обход имеющегося дефекта и 2) с учетом имеющихся ограничений по здоровью. Мы считаем, что этот процесс нельзя отдавать во власть стихийного формирования.

Ключевым компонентом этой работы должен стать психологический мониторинг. Речь идет о постоянной (раз в год) диагностике личностных и социальных ресурсов студентов с ОВЗ в сочетании с диагностикой сформированности отдельных навыков (учебной деятельности, коммуникативных), контроле индивидуальной позитивной динамики каждого такого студента. На основе этого мониторинга определяются целевые группы со схожими проблемами и/или задачами развития.

Опыт консультативной работы с учащимися с ОВЗ

Особой формой практической работы в средних и высших учебных заведениях, на наш взгляд, является проведение индивидуальных психологических консультаций со студентами с инвалидностью и без таковой, где базой и отправной точкой для беседы являются результаты мониторинга личностных особенностей студентов учебного заведения.

Проводившийся нами на протяжении нескольких лет мониторинг учащихся СПК и ИТ МГППУ состоял из батареи тестов различной направленности. Особенностью такого мониторинга является то, что существует возможность получения индивидуальных данных на каждого участника исследования, которые далее можно группировать и обрабатывать методами математической статистики. Таким образом, мониторинг открывает простор для научной и для практической работы, причем результаты служат как для получения информации по запросу педагогов или администрации — по академической группе в целом или по сложным случаям, так и для индивидуальных консультаций со студентами.

Сутью индивидуальных консультаций часто является выполнение задачи обратной связи студентам, прошедшим тестирование. Чаще всего из-за больших выборок, прошедших тестирование, психологу приходится работать по запросу администрации факультета (колледжа), которая формулирует проблему и ставит задачу в рамках той или иной академической группы.

Безусловно, проведение психологической консультации на базе имеющихся результатов мониторинга имеет целый ряд плюсов. Исследователь получает сразу целый спектр информации о специальных потребностях и личности студента, что облегчает психологу задачу: студент, как правило, довольно легко откликается на обратную связь, вступает в диалог и формулирует запрос. Такой мониторинг является не только диагностическим, но и исследовательским, поэтому структура его отличается наличием блоков, имеющих под собой определенную идеологию. Он позволяет психологу выявлять ресурсы и потенциалы личности, обсуждать их со студентом, а также находить «слабые звенья» саморегуляции и на этой основе проводить консультативную работу. Кроме того, такая диагностическая работа помогает исследователю (практику) вникнуть в проблемы конкретного учащегося с ОВЗ уже на этапе диагностики и может

использоваться направленно, в том числе при обучении будущих специалистов, собирающихся работать со студентами с ОВЗ в качестве психологов и педагогов, (например, в форме производственной практики).

Длительность консультации зависит от активности самого студента, от специфики запроса, а также от сложности случая. Как правило, консультации со студентами с ОВЗ более длительны в силу объективных причин (более низкий темп деятельности, снижение работоспособности и пр.). Однако консультации с такими ребятами по форме и содержанию более глубоки, а значит, и более сложны для психолога и требуют от него некоторой подготовки. Как и в случае психодиагностики, студенты с ОВЗ обычно очень охотно идут на контакт и при сохранности интеллектуальных функций довольно легко включаются в обсуждение особенностей своей личности. Сложность здесь заключается в том, что зачастую точкой окончательной формулировки запроса становится запрос на помощь и психотерапию, к чему психолог может быть не готов. Поэтому если запрос формулируется за пределами компетенции специалиста-психолога, то ему следует внимательно следить за границами, в которых протекает индивидуальная консультация, а также оговаривать с клиентом с ОВЗ его ожидания от психолога и совместно ставить задачи данного этапа работы.

Особенности групповой работы с учащимися с ОВЗ

До сих пор дискуссионным остается вопрос о том, следует ли подразделять людей с ОВЗ на отдельные подгруппы в соответствии с типом дефекта, как при анализе данных диагностики, так и в практической работе. Большинство отечественных авторов склонны разделять людей с ОВЗ в зависимости от типа нарушений, и считают, что существуют типичные личностные особенности, возникающие

на основе того или иного типа нарушений. На наш взгляд, это очень полезные и нужные наработки, которые необходимо учитывать и «держат в уме» в практической работе с различными категориями учащихся с ОВЗ, однако разбиение на группы в условиях совместной учебной деятельности для осуществления групповой психологической помощи мы считаем нецелесообразным. Единственный вариант деления при отдельных формах и направлениях работы, или на определенных этапах работы, может быть по наличию или отсутствию выраженных ограничений по здоровью.

Кроме того, достаточно сложно при работе со студентами с ОВЗ разграничить формы работы. Так, даже психодиагностика может трансформироваться в консультацию с элементами психотерапии или фасилитации. Учебный процесс по предметам гуманитарного цикла также нередко сопровождается элементами психологической работы, например дебрифингом. И преподавателю нужно быть к этому готовым. Специалист вообще должен быть готов при работе со студентами с ОВЗ к тому, что стандартные формы работы трансформируются, причем по инициативе самих студентов с ОВЗ, которые используют любую возможность для проявления своей *субъектности*. И это само по себе может рассматриваться как *диагностический критерий готовности учащегося к саморегуляции и самостоятельной организации своего жизненного пространства*.

В процессе групповой работы в инклюзивной группе возникают специфические трудности, с которыми психологи ранее могли и не сталкиваться. Это, в частности, трудности, связанные с подбором заданий для одновременного выполнения всеми участниками (что требует учета всех имеющихся у участников занятия ограничений— от двигательных до речевых и сенсорных). Стандартные формы групповой работы изначально превращают хорошо говорящих участников в лидеров, заведомо обрекая плохо говорящих на роль без-

молвных слушателей. При этом решающим фактором определения положения в группе выступает исключительно степень сохранности речевой функции. Ведущие до образования подгрупп «хорошо говорящих» и «плохо говорящих» должны быть готовы к тому, что в группе возникнет скрытое или даже открытое противостояние между ними, что диктует необходимость искать методы выравнивания положения участников с различной степенью речевых нарушений.

Кроме того, организация работы должна быть максимально гибкой и направленной на постепенное выведение участников с ОВЗ за рамки «инвалидной субкультуры» (Гусев, 2007). Это находит свое отражение в расширении спектра затрагиваемых проблем, отрыве их от специфики диагноза и инвалидной тематики в целом. Самой конструктивной для ведущего видится роль фасилитатора.

Одним из важнейших факторов эффективности любой групповой работы является совместное проведение групповых занятий двумя ведущими: здоровым и с ОВЗ (в данном случае, с остаточными явлениями ДЦП), человеком, успешно преодолевающим собственные ограничения по здоровью. Само их взаимодействие в ходе групповой работы служит для участников группы позитивной моделью инклюзивных взаимоотношений. Этот факт говорит о том, что для инклюзивных групп (и образования в целом) необходимо готовить специалистов из числа людей с ОВЗ, которые, участвуя в процессе, смогут на порядок повысить его эффективность.

Особая тема тренинговой работы со студентами с ОВЗ — психологическое преодоление травмы инвалидности, вне зависимости от того, осознает ее студент с ОВЗ или нет, так как наши исследования показали, что отсутствие переработки такой травмы негативно сказывается на переживании наличия сил и энергии, а через это — на уровне личностных ресурсов, являющихся основой психологического благополучия лиц с ОВЗ. Фактически, мы

имеем дело здесь с косвенным подтверждением психодинамической модели, которая утверждает, что любая форма защиты и подавления является энергозатратной. Для учащихся с ОВЗ это очень серьезная проблема, требующая направленной фасилитирующей работы. Однако мы считаем, что такая работа должна проходить в форме дебрифинга и представлять собой в большей степени обучающее занятие и личностный коучинг, нежели психотерапию. Соответственно, в ней должны присутствовать все этапы процесса дебрифинга.

Общие и нозоспецифические проблемы отдельных групп студентов и направления психолого-педагогической работы с ними

Студенты с ОВЗ испытывают специфические трудности в процессе обучения, которые необходимо учитывать как педагогам в учебном процессе, так и психологам, работающим с этими студентами. Эти трудности из технических перерастают в психологические. Часть из этих трудностей можно сгладить при соответствующем материальном оснащении учебного процесса и индивидуализации подходов к обучению студентов с ОВЗ, а также при обучении их общим и нозоспецифическим методам оптимизации учебного процесса. Однако эти аспекты повышения эффективности учебной деятельности и психологического благополучия учащихся с ОВЗ пока не привлекли должного внимания отечественных исследователей и практиков, поэтому мы остановимся на зарубежном опыте и зарубежных данных, посвященных указанным вопросам.

Так, при исследовании восприятия процесса обучения самими студентами с ОВЗ были выявлены специфические *типичные трудности*, с которыми они сталкиваются и над устранением которых необходимо работать (*Madriaga et al.*, 2010). Для оценки трудностей, с которыми сталки-

ваются студенты с ОВЗ в процессе учебы, разработаны интервью и опросники. Так, 44% студентов с ОВЗ испытывают негативное влияние барьеров, связанных с их специфическими ограничениями, на лекционные занятия; 22% студентов с ОВЗ сообщили о проблемах аналогичного уровня на других занятиях; 13% указывали на то, что эти барьеры мешают им обучаться вне учебных корпусов; у 21% обнаружили препятствия при использовании библиотеки; 17% студентов с ОВЗ испытывали проблемы с использованием публичного ИТ-оборудования; 34% испытывали трудности при письменных работах; 30% испытывали трудности с экзаменами из-за своих ограничений, а каждый пятый говорил о том, что такая форма учебной работы, как оцениваемое устное выступление, также была подвержена негативному влиянию имеющихся у них ограничений по здоровью (Fuller, Bradley, Healey, 2004).

Студенты с ОВЗ испытывают *специфические трудности* во многих сферах учебной деятельности: при ведении записей на занятиях, им нередко не хватало времени для чтения учебного материала по курсу, им также сложнее слушать лекции, они испытывают трудности при использовании учебных зданий и помещений, а также с получением учебных материалов в необходимом им формате. Трудности касаются не только самого процесса работы с учебным материалом, но и процесса оценивания со стороны преподавателей. Многие из этих трудностей связаны с недостаточно высоким качеством преподавания, а также отсутствием индивидуализации темпов учебной работы, так как оказалось, что студентам с ОВЗ часто сложно выполнять работы в те же сроки, что и другим. Кроме того, они испытывают трудности при участии в дискуссиях в аудитории, выполнении курсовых работ, оценивании, экзаменах, устных выступлениях. Необходимо особо подчеркнуть, что многим при планировании и выполнении оцениваемой работы требуется помощь преподавателей (Madriaga et al., 2010). Все это свидетель-

ствуется о наличии специфических вызовов, с которыми сталкиваются студенты с ОВЗ в процессе обучения в высшем учебном заведении и которым пока не уделяется должного внимания.

Конечно, существуют и *проблемы*, которые являются *общими* для всех групп студентов. Они, в частности, касаются недостаточности обратной связи в отношении успехов и неудач студентов в процессе учебной деятельности, а также степени их вовлеченности в учебный процесс, и отдельных трудностей, возникающих в процессе обучения. Следовательно, очень многое зависит от качества обучения, от повышения которого выиграют обе группы студентов (*Там же*). Остается, однако, открытым вопрос о том, одинаково ли воспринимают схожие трудности здоровые студенты и студенты с ОВЗ.

Все сказанное свидетельствует о том, что *преподавателей, которые работают со студентами с ОВЗ, необходимо специально готовить к такой работе, а учащихся с ОВЗ — обучать навыкам и приемам оптимизации учебной деятельности.*

Рассмотрим возможности и ограничения, с которыми сталкиваются студенты, имеющие нарушения мобильности и зрения, все время держа в уме тот факт, что эти ограничения носят не только «технический», но и психологический характер.

Студенты с нарушением мобильности. Так, хотя студенты с нарушением мобильности видны сразу, однако необходимость всегда занимать одно и то же место на лекции часто связывается с восприятием такого студента остальными как «любимчика преподавателя». Студенты с ОВЗ часто воспринимают аудиторию как недружественное место, однако в меньшей степени, чем студенты с «невидимой» инвалидностью, которые вынуждены сообщать преподавателям и другим учащимся о своей инвалидности, тогда как человек с двигательными нарушениями в этом не нуждается. Студенты с ОВЗ могут сталкиваться

с самыми разными реакциями со стороны сотрудников и преподавателей учебного заведения — от готовности оказывать всемерную помощь до отказа ее предоставлять (*Hadjikakou, Polycarrou, Hadjilia*, 2010). Три типа поведения сотрудников создают для студентов с ОВЗ неблагоприятный климат в учебном заведении: 1) обесценивание (невнимание к ошибкам студента, уговоры перейти на менее престижную специализацию); 2) оценивание (по сниженным критериям и на основе заниженных ожиданий) и 3) сомнение (приписывание успехов студента удачному стечению обстоятельств). Студенту с ОВЗ различные препятствия также могут создавать отсутствие у сотрудников знания о его инвалидности, знаний соответствующего законодательства, а также презумпция нормальности. Однако основной проблемой таких студентов чаще всего является физическая доступность зданий и помещений. Фактически, искусственная среда дополнительно инвалидизирует их, не давая возможности или как минимум замедляя самостоятельное передвижение в пределах учебных корпусов. Специализация и место обучения часто выбираются такими студентами исходя не из интересов и склонностей, а из соображений доступности и безопасности. Наличие служб и специальных сотрудников, которые помогают вести записи, тьюторов и др. могло бы частично устранить эти препятствия (*Там же*).

Студенты с нарушением зрения. У студентов с нарушением зрения также возникают специфические проблемы, требующие пристального внимания. Так, при чтении различных текстов их восприятие происходит не так, как у большинства людей. Зарубежный опыт показывает, что незрячие и слабовидящие люди могут полноценно социализироваться, быть востребованными и приносить пользу обществу, то есть реализовать себя в той области, которую они выбрали. Тем более что с развитием информационных технологий и программных продуктов возможности таких людей значительно расширяются.

Здесь следовало бы сделать уточнение. Есть люди, которые не видят с рождения, люди со слабым зрением (слабовидящие, вплоть до полной или практически полной потери зрения) и те, которые потеряли зрение в результате различных травм, болезни и т.д., находясь уже в сознательном возрасте, и это наиострейшая проблема для таких людей. Такое разделение необходимо, так как у всех категорий лиц с ограничениями по зрению разные проблемы и навыки в освоении текстового материала, и далеко не всем нужны специальные программы для чтения текстов.

Те, кто имеет нарушения зрения с рождения или с раннего возраста, в процессе школьного обучения овладевают системой Брайля, что отчасти решает их проблемы, хотя учебников и учебных пособий вузовского уровня в брайлевском шрифте недостаточно даже за рубежом, о чем пишут многие авторы, предлагая учебным заведениям самим решать эту проблему, приобретая брайлевские принтеры.

Другая ситуация у людей, потерявших зрение в более позднем возрасте. Они не могут обходиться без помощи программ экранного доступа, самой распространенной из которых является Jaws for Windows (JFW). Безусловно, восприятие текста этой категорией людей отличается от восприятия обычных людей, когда они читают книгу, журнал или текст с экрана какого-либо устройства (Сбитнев, 2008).

Одна из основных сложностей по использованию таких программ людьми, потерявшими зрение в сознательном возрасте, — это формирование фактически новой системы восприятия, что само по себе требует времени и усилий. Другой проблемой является ограничение максимальной скорости чтения, заложенное в этих программах. Изменить эти параметры программы невозможно. Но ведь скорость прочтения текстов влияет на скорость и полноту его восприятия и, соответственно, его анализа, а отсюда и конкурентные преимущества обычных людей по сравнению с людьми, имеющими ограничения по зрению или невидящими.

Различные тексты через программу экранного доступа воспринимаются по-разному: 1) технический (с математическими и физическими терминами и обозначениями); 2) научный (насыщенный терминами и определениями); 3) художественный (публицистический). Чаще всего, у людей, вынужденных пользоваться программами экранного доступа, не возникает особых проблем в восприятии художественного текста или текста на иностранном языке. Помимо формул, технические тексты также насыщены специальными терминами, краткими обозначениями, схемами, графиками и различными графическими изображениями. К сожалению, такие программы вообще никак не озвучивают и не обозначают рисунки и графические изображения. Поэтому даже предоставление информации в электронном виде порой не облегчает восприятие того или иного текста.

При использовании программ экранного доступа могут возникать определенные сложности в восприятии самого интерфейса и текстов, в зависимости от тех приложений, в которых они открыты, то есть с которыми работают люди с такими ограничениями. Потому извлечение и восприятие информации из многих распространенных приложений и программ, таких как MS PowerPoint (ppt-файлы), Adobe Reader (pdf-файлы), MS Access и др., — представляется весьма затруднительным.

Для оптимизации учебной деятельности такие студенты часто используют диктофоны.

Все эти особенности преподаватель должен держать в уме при оценке эффективности учебной деятельности студентов с тяжелыми нарушениями зрения и стараться максимально обходить в своей работе острые углы, обусловленные несовершенством имеющегося на сегодня специализированного программного обеспечения. Специфика указанных программ состоит в том, что они не требуют специального оборудования, а устанавливаются на обычные или портативные ПК, предъявляя требования только к операционной системе. Совсем другого рода проблемы

возникают, когда студент для успешной учебы нуждается в специализированной реабилитационной технике и приспособлениях, например, набивая ответы брайлевским шрифтом в специальных «тетрадах», которые преподаватель либо его ассистент должны уметь прочесть и оценить.

Особую роль в повышении качества жизни студентов с ОВЗ в целом и процесса их инклюзивного обучения в частности играет реабилитационная техника, в том числе та, которая используется для оптимизации учебного процесса учащихся с ОВЗ. Так как именно ее использование позволяет отчасти сгладить или даже полностью нивелировать проблемы, возникающие у таких учащихся в связи с необходимостью учиться в общем темпе и по общим со здоровыми студентами программам. Знание студентами с ОВЗ и их преподавателями реабилитационной техники и ее интеграция в учебный процесс становятся критически важными не только для получения качественного образования, но и для психологического благополучия как студентов с ОВЗ, так и преподавателей, которые с ними работают.

Ортопедическая и реабилитационная техника используется с целью улучшения качества жизни учащихся с ОВЗ. Реабилитационные технологии повышают уровень социализации, независимость и возможности получения образования, в том числе высшего, и работы для людей с ОВЗ. Основная роль реабилитационной техники — изменение (повышение уровня) функционирования людей с ОВЗ.

При исследовании студентов с ОВЗ, обучающихся в высших учебных заведениях США, было обнаружено, что они наиболее часто используют системы распознавания голоса, читающие устройства, системы укрупнения текста и FM-системы. Эти системы используются не только студентами с нарушениями зрения, но также и теми, кто имеет нарушения опорно-двигательного аппарата. Это доказывает, что реабилитационная техника может использоваться не только теми, для кого она была изначально предназначена.

Учащиеся, нуждающиеся для своего обучения в реабилитационных технологиях, для того, чтобы быть успешными, должны также пройти обучение использованию этих технологий в учебном процессе. В то же время способность самостоятельно осваивать и использовать реабилитационную технику и регулировать свои потребности в ней является предпосылкой эффективного освоения учебного плана (*Stumbo, Martin, Hedrick, 2009*). Задача психолога состоит в том, чтобы убедить студента начать пользоваться вспомогательными средствами учебной деятельности и реабилитационной техникой, а также помочь «вписать» ее в индивидуальный стиль познавательной деятельности студента с ОВЗ.

Проблемы неподготовленности преподавателей в условиях инклюзии и пути их решения

Преподаватели учащихся с ОВЗ должны уметь использовать реабилитационные технологии для этой группы учащихся, а также уметь включать их в учебный процесс (*Smith et al., 2009*). Отсутствие обучения использованию этих технологий вызывает у преподавателей выраженный стресс, когда они сталкиваются с учениками, в них нуждающимися. На курсах повышения квалификации преподавателей необходимо учить пользоваться такими технологиями. Кроме того, до сих пор не существует никаких стандартов, определяющих, в какой степени учитель должен владеть реабилитационными технологиями. Университетские программы подготовки специалистов для работы с учащимися с ОВЗ не имеют руководств относительно того, как учить студентов использованию этих технологий. Возникают два основных вопроса: 1) какими компетенциями относительно реабилитационных технологий должен овладеть преподаватель; 2) какой уровень владения этими технологиями должен иметь будущий преподаватель по

окончании курса. Владение навыками работы с реабилитационной техникой считается критическим для преподавателей в системе высшего образования и должно стать важным компонентом программы их обучения.

Работая в инклюзивных группах, преподаватели должны уметь оказывать помощь студенту в использовании реабилитационной техники, оценивать степень автономности студента в работе с ней, оценивать, насколько эффективно студент использует эту технику в учебном процессе, а также самую эффективность использования тех или иных технических устройств в учебном процессе (*Smith et al.*, 2009). Они должны также уметь оценивать прогресс студента в использовании технических устройств и знать, как включать и учитывать использование этих устройств в учебном процессе и при составлении учебных планов, в том числе индивидуальных планов для студентов с нарушениями зрения. Преподаватель должен владеть знаниями о том, как учить студента конкретным навыкам работы с реабилитационной техникой, как включать студента, пользующегося такой техникой, в общий учебный процесс. Он должен быть в состоянии оценить, какая именно реабилитационная техника нужна для освоения того или иного учебного материала, знать, как функционируют те или иные реабилитационные устройства, как устанавливать соответствующее программное обеспечение и как с ним работать.

Однако это далеко не все, к чему надо готовить преподавателя, работающего со студентами с ОВЗ в условиях инклюзивной группы. Личный опыт преподавания в таких группах и опрос преподавателей МГППУ показывает, что чрезвычайно важно организовать взаимодействие и взаимопомощь студентов в такой группе, сформировать из здоровых студентов группу поддержки для студентов с ОВЗ, создать психологически комфортный климат в такой учебной группе. Здесь невозможно полагаться на то, что все «само сложится», или уповать только на эффективную работу психолога. Педагог сам должен, фактиче-

ски, стать тренером в такой группе, соответственно, ему необходимо знать методы создания инклюзивного учебного коллектива. Преподаватель часто является первым, кто выслушивает проблемы студентов, в том числе с ОВЗ, и он должен при необходимости уметь оказать срочную психологическую помощь. Так, при изучении педагогических, социальных и философских дисциплин студенты с ОВЗ порой сами инициируют дискуссии о преодолении, о справедливости, о судьбе, и преподавателю нужно быть готовым к непростым вопросам, которые они задают. Кроме того, сама работа в такой группе является источником повышенных психоэмоциональных нагрузок для преподавателя, к которым он также должен быть подготовлен.

Специалисту важно понимать, что именно он делает, когда осуществляет то или иное вмешательство в инклюзивном пространстве. Без индивидуальной и коллективной рефлексии здесь не обойтись. Поэтому такую работу должна вести команда единомышленников, состоящая из педагогов, психологов и администрации образовательного учреждения, а также родителей учащихся с ОВЗ. В идеале, и условно здоровые сокурсники, и сами студенты с ОВЗ должны стать частью этой команды, истинными субъектами образовательного процесса. Следовательно, первоочередной задачей является *создание такой команды*. Вся описанная выше модель психологической помощи учащимся с ОВЗ направлена, в итоге, именно на создание такой команды единомышленников. Таким образом мы будем способствовать не только полноценному развитию человека с ОВЗ, созданию истинно инклюзивного образовательного учреждения, но и позитивным социальным трансформациям.

Список литературы

Александрова Л.А. Субъективная витальность как предмет исследования // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2014. Т. 11. № 1. С. 133–163.

Александрова Л.А., Лебедева А.А. Специфика психодиагностической работы с лицами с ограниченными возможностями здоровья // Современная психодиагностика в период инноваций: сборник тезисов II Всероссийской научной конференции / отв. ред. Н.А. Батулин. Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2010. С. 5–7.

Александрова Л.А., Лебедева А.А., Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Личностные ресурсы преодоления затрудненных условий развития // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. С. 579–610.

Анциферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. 2-е изд., испр. и доп. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006.

Белопухов А.К. Я — спинальник (чуть медленнее, чем Andante). М.: КИИТ, 1993.

Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика много-стороннего исследования личности. М., 1967.

Васильев И.А., Митина О.В., Шапкин С.А. Контроль за действием как составляющая личностного потенциала // Личностный потенциал: структура и диагностика / под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2011. С. 330–359.

Гусев А.И. Развитие социальной и личностной идентичности лиц с остаточными явлениями ДЦП // Актуальні проблеми психології. Т. 3: Консультативна психологія і психотерапія: зб. наук.праць Ін-ту психології ім. Г.С. Костюка АПН України. Ніжин: МІЛАНІК, 2007. Вип. 4. С. 132–139.

Дёмин А.Н., Кожевникова Е.Ю., Седых А.Б., Седых Б.Р. Психологическое профилирование на рынке труда. Краснодар: Кубан. гос. ун-т, 2003.

Зайцев В.П. Вариант психологического теста Mini-Mult // Психологический журнал. 1981. № 3. С. 118–123.

Зайцев В.П. Психологический тест СМОЛ // Актуальные вопросы восстановительной медицины. 2004. № 2. С. 17–19.

Зверева Н.Ю. Тренинг социальной адаптации для людей с ограниченными возможностями. СПб.: Речь, 2008.

Лебедева А.А. Качество жизни лиц с ограниченными возможностями здоровья: от средового подхода к личностному // Культурно-историческая психология. 2012 а. № 1. С. 83–91.

Лебедева А.А. Субъективное благополучие лиц с ограниченными возможностями здоровья: дис. ... канд. психол. наук. М., 2012б.

Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). М.: Смысл, 1992.

Леонтьев Д.А. Очерк психологии личности. М.: Смысл, 1993.

Леонтьев Д.А. Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых конструктов // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II Международной научно-практической конференции. Кострома, 2010. Т. 2. С. 40–42.

Леонтьев Д.А. Опыт методологического осмысления практик работы с личностью: фасилитация, ноотехника, жизнетворчество // Клиническая психология и психотерапия. 2012. № 4. С. 164–185.

Леонтьев Д.А. Развитие личности в норме и затрудненных условиях // Культурно-историческая психология. 2014. Т. 10. № 3. С. 97–106.

Леонтьев Д.А., Александрова Л.А., Лебедева А.А. Специфика ресурсов и механизмов психологической устойчивости студентов с ОВЗ в условиях инклюзивного образования // Психологическая наука и образование. 2011. № 3. С. 80–94.

Леонтьев Д.А., Осин Е.Н., Луковицкая Е.Г. Диагностика толерантности к неопределенности: шкалы Д. Маклейна. М.: Смысл, 2016.

Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.

Магомед-Эминов М.Ш. Феномен экстремальности. М.: ПАРФ, 2008.

Осин Е.Н., Леонтьев Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия [Электронный ресурс] // Материалы III Всероссийского социологического конгресса. М.: Институт социологии РАН; Российское общество социологов, 2008.

Петровский В.А. Человек над ситуацией. М.: Смысл, 2010.

Рассказова Е.И., Гордеева Т.О., Осин Е.Н. Копинг-стратегии в структуре деятельности и саморегуляции: психометрические характеристики и возможности применения методики COPE // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2013. Т. 10. № 1. С. 82–118.

Сбитнев М.Д. Особенности восприятия текста с помощью программ экранного доступа: возможности и ограничения // Журнал Международного института чтения им. А.А. Леонтьева. Понимание текста: междисциплинарный подход к обучению и исследованию: Материалы 12-й Всероссийской конференции по психологии и педагогике чтения. 2008. № 8. С. 82–83.

Семаго М.М. Психология развития в постнеклассической научной картине мира. М.: Федоровец, 2010.

Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация больных. Речь и интеллектуальная деятельность: Учебное пособие. 2-е изд. М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО «МОДЭК», 2004.

Чиксентмихайи М. Поток: психология оптимального переживания. М.: Смысл; Альпина Нон-Фикшн, 2011.

Шварцер Р., Ерусалем М., Ромек В. Русская версия шкалы общей самооффективности // Иностранная психология. 1996. № 7. С. 71–76.

Adler A. Studie über Minderwertigkeit von Organen. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch, 1977.

Calhoun L., Tedeshi R. (Eds.). Handbook of posttraumatic growth. Research and practice. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum, 2006.

Carver C.S., Scheier M.F., Weintraub J.K. Assessing coping strategies: A theoretically based approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1989. Vol. 56. P. 267–283.

Crumbaugh J.S., Maholick L.T. Manual of Instructions for the Purpose in Life Test. Munster, IN, 1981.

Csikszentmihalyi M. Beyond boredom and anxiety. San Francisco: JosseyBass, 1975.

Dabrowski K. Positive disintegration. Boston, 1964.

Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J., Griffin S. The satisfaction with life scale // Journal of Personality Assessment. 1985. Vol. 49. P. 71–75.

Field S., Martin J., Miller R., Ward M., Wehmeyer M. A practical guide for teaching self-determination. Reston, VA: Council for Exceptional Children, 1998.

Fuller M., Bradley A., Healey M. Incorporating disabled students within an inclusive higher education environment // Disability & Society. 2004. Vol. 19. № 5. P. 455–468.

Hadjikakou K., Polycarpou V., Hadjilia A. The experiences of students with mobility disabilities in Cypriot higher education institutions: Listening to their voices // International Journal of Disability, Development and Education. 2010. Vol. 57. № 4. P. 403–426.

Kuhl J. Action Control: The maintenance of motivational states // Motivation, Intention, and Volition / ed. by F. Halisch, J. Kuhl. Berlin: Springer, 1987. P. 279–291.

Lyubomirsky S., Lepper H. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation // *Social Indicators Research*. 1999. Vol. 46. P. 137–155.

Madriaga M., Hanson K., Heaton C., Kay H., Newitt S., Walker A. Confronting similar challenges? Disabled and non-disabled students' learning and assessment experiences // *Studies in Higher Education*. 2010. Vol. 35. № 6. P. 647–658.

McLain D.L. The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity // *Educational and Psychological Measurement*. 1993. Vol. 53 (1). P. 183–189.

Renzaglia A., Karvonen M., Drasgow E., Stoxen C.C. Promoting a lifetime of inclusion // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 2003. Vol. 18. № 3. P. 140–149.

Ryan R.M., Frederik C. On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being // *Journal of Personality*. 1997. Vol. 65. P. 529–565.

Sarason I.G., Levine H.M., Basham R.B. et al. Assessing social support: The Social Support Questionnaire // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983. Vol. 44. P. 127–139.

Sarason I.G., Shearin E.N., Sarason B.R., Pierce G.R. A brief measure of social support: Practical and Theoretical implications // *Journal of Social and Personal Relationships*. 1987. Vol. 4. P. 497–510.

Smith D.W., Kelley P., Maushak N.J., Griffin-Shirley N., Lan W.Y. Assistive technology competencies for teachers of students with visual impairments // *Journal of Visual Impairment and Blindness*. 2009. Vol. 103. № 8. P. 457–469.

Stumbo N.J., Martin J.K., Hedrick B.N. Assistive technology: Impact on education, employment, and independence of individuals with physical disabilities // *Journal of Vocational Rehabilitation*. 2009. Vol. 30. P. 99–110.

Tedeschi R.G., Calhoun L.G. The posttraumatic growth inventory: measuring the positive legacy of trauma // *Journal of Traumatic Stress*. 1996. Vol. 9. P. 455–471.

Wehmeyer M.L. A functional model of self-determination: Describing development and implementing instruction // *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*. 1999. Vol. 14. P. 53–61.

Леонтьев Дмитрий Алексеевич,
Александрова Лада Анатольевна,
Лебедева Анна Александровна

**РАЗВИТИЕ ЛИЧНОСТИ
И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА
УЧАЩИХСЯ С ОВЗ**

**В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО
ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ**

Редактор *Е.Г. Лунякова*
Корректор *Н.С. Самбу*
Верстка *В.Н. Кокорев*
Обложка *В.В. Чернецов*
Директор издательства *Д.А. Леонтьев*

Издательство «Смысл» (ООО НПФ «Смысл»)
Тел./факс (499) 189-9588
e-mail: info@smysl.ru
<http://www.smysl.ru>

Подписано в печать 22.11.2016. Формат 84×108/32
Бумага офсетная. Печать офсетная. Гарнитура Minion
Усл. печ. л. 4,2. Тираж 300. Заказ