Департамент образования администрации г. Перми

Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение

«Школа № 154 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» г. Перми

г. Пермь, ул. Пихтовая 30а

**Тема доклада: Теоретические основы проблемы развития ресурсного потенциала личности лиц с ограниченными возможностями здоровья**

Выполнил:

директор МБОУ «Школа №154 для обучающихся с ОВЗ» г. Перми

Жукова Марина Юрьевна

**Пермь, 2017 г**

Тема «человеческого потенциала» в отечественной научной литературе активно начала разрабатываться в 80-е годы XX века. Исследования осуществлялись с позиции деятельностного подхода, предполагающего активное включение в процесс реализации самого субъекта как носителя данного потенциала, и создание необходимых условий для его активизации.

Целостность такого подхода означала: полноту представленности личностных свойств и качеств человека, обеспечивающих его способность осуществлять трудовую деятельность и управлять ею; способность личности к самоопределению и саморазвитию, определенный уровень социальных сил и способностей личности, ее внутреннюю духовную энергию. В отечественной науке вопросы о самоопределении и позитивном опыте самоактуализации людей с ограниченными возможностями отражены в работах Н. Даниловой, С. Егоровой, Е. Ярской-Смирновой. Эти авторы исследовали жизненный опыт и биографии лиц с ограниченными возможностями здоровья с применением методологии качественного интервью. Проблемы оценки ресурсного потенциала активно разрабатывают И. Романычев, З. Замараева, Н. Панкратов,Шелудько О.С.; Гусева О.С.; Дерунов А.В. Идея развития ресурсного потенциала лиц с ОВЗ является актуальной и на сегодняшний день. Поэтому коллектив муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Школа №154 для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» в рамках программы развития «Интерактивная школа-образование без границ» взял за основу идеи российских и зарубежных ученых по развитию ресурсного потенциала личности обучающегося с ОВЗ как основного механизма замещения дефекта, включение в процесс развития личности компенсаторных функций и определил генеральную цель программы:

К 01.07.2021 году у 50% выпускников с ОВЗ будет сформирован на достаточном уровне ресурсный потенциал личности, как эффективный механизм успешной социализации и профессионального самоопределения.

В мире 450 млн. психически больных людей (население Европы)… В России сейчас миллион человек имеют инвалидность по психике [5]. Их родственники, обслуживающий их персонал клиник и учебных заведений ⎯ это еще около 4 млн. заинтересованных людей. Прибавьте к этому еще людей, которые могут оказаться в состоянии глубокого расстройства психики в результате травмы, болезни или просто по старости. «Примерно треть больных страдают депрессивными расстройствами. Это по данным исследования, проведенного в 50 городах России… За последние 15 лет органических расстройств головного мозга у детей стало в 2 раза больше» [5]. И оказывается, что эта проблема так или иначе касается почти каждой семьи в России. 5% детей учатся в коррекционных школах, в ближайшее время их число может удвоиться.  В целом, в Российской Федерации по данным за 2016 год среди школьников 53% имеют ослабленное здоровье, а свыше 1/3 молодых людей 13 - 17 лет - хронические заболевания, из 6 миллионов молодых людей 15 - 17 лет, прошедших профилактические осмотры, у 94,5% были зарегистрированы различные заболевания, треть которых накладывает ограничения на выбор будущей профессии. По окончании школы лишь 10% выпускников могут считаться здоровыми. Особенно быстрыми темпами ухудшается здоровье у школьниц: за последние 10 лет число здоровых девушек - выпускниц школ - уменьшилось с 28,3% до 6,3%, т. е. более чем в 3 раза. Соответственно, с 40% до 75% увеличилось количество девушек, страдающих хроническими заболеваниями. Статус обучающегося с ОВЗ на сегодняшний день имеет каждый 10 ребенок в своей возрастной группе. Около 40% выпускников школ имеют ограничения в выборе профессии по состоянию здоровья, и почти треть юношей не годятся по медицинским показаниям для службы в Вооруженных силах РФ. Статистические данные показывают, что проблема социализации и профессионального самоопределения обучающихся, имеющих ограничения по состоянию здоровья в современном обществе стоит очень остро. Одной из наиболее обсуждаемых в научной и публицистической литературе является тема интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в общество в контексте повышения их социальной активности.

Советский ученый –дефектолог Л.С. Выготский так подходит к вопросам развития компенсаторных механизмов у лиц с ОВЗ: В своих работах Выготский Л.С. часто поднимал тему компенсаторных возможностей организма, он выдвинул и обосновал необходимость социальной компенсации дефекта как задачу первостепенной важности.

Изучение наиболее простых органических компенсаторных процессов, и их сопоставление с другими приводят к фактически обоснованному утверждению: источником, первичным стимулом к возникновению компенсаторных процессов являются те объективные трудности, с которыми сталкивается ребенок в процессе развития. Эти трудности он стремится обойти или преодолеть- с помощью целого ряда таких образований, которые первоначально в его развитии не даны. Мы наблюдаем тот факт, что ребенок, сталкиваясь с трудностями, вынужден идти по обходному пути, чтобы их преодолеть. Наблюдаем, что из процесса взаимодействия ребенка со средой создается ситуация, которая толкает ребенка на путь компенсации. Главнейшее фактическое доказательство этого следующее. Судьба компенсаторных процессов и процессов развития в целом зависит не только от характера и тяжести дефекта, но и от социальной реальности дефекта, т.е. от тех трудностей, к которым приводит дефект с точки зрения социальной позиции ребенка. У детей с недостатками компенсация протекает в совершенно разных направлениях в зависимости от того, какая ситуация создалась, в какой среде ребенок воспитывается, какие трудности возникают для него из этой недостаточности. Откуда берутся силы, что является движущей силой компенсаторного развития? Для одной теории - источником является внутренняя целеустремленность самого жизненного процесса развития, внутренняя целостность личности. Эта теория со всей прямотой переходит на телеологическую позицию, представляя, что в каждом ребенке заложена целеустремленность, жизненный порыв, внутренняя тенденция, непреодолимо влекущая ребенка к развитию, к полноте самоутверждения, некоторая инстинктивная жизненная сила, которая толкает ребенка вперед и обеспечивает его развитие, несмотря ни на что.

Замещение одних психологических операций другими изучено в области почти всех интеллектуальных процессов.  Исследования показали, что ни одна из психологических функций (ни память, ни внимание) не совершается обычно единственным способом, но каждая совершается многообразными способами. Следовательно, там, где имеем затруднение, недостаточность, ограниченность или просто задачу, которая превышает силы естественной возможности данной функции, функция не оказывается механически вычеркнутой; она возникает, вызывается к жизни, совершается с помощью того, что не имеет, например, характера непосредственного запоминания, а становится процессом комбинирования, воображения, мышления и т.д. Решающую роль в процессах замещения во всем социальном развитии ребенка играют вспомогательные средства (речь, слова и другие знаки), с помощью которых ребенок научается стимулировать самого себя. Роль вспомогательных средств, которыми обогащается ребенок в процессе развития, и приводит ко второму основному положению, характеризующему компенсаторные процессы, к положению о коллективе как факторе развития высших психологических функций ребенка.

Однако для превращения потенциальных воз­можностей в действительные нужно знать те возможности ребенка, которыми он уже располагает, и те возможности, которые еще не стали его достоянием и находятся в зачаточном состоянии. Послед­ние при определенных благоприятных условиях с помощью взрос­лых могут развиться в такой степени, что станут новым качеством умственно отсталого ребенка.  
Эти перспективные возможности Л. С. Выготский назвал зоной ближайшего развития. «Воспитание детей с различными дефектами, - утверждал Выготский Л.С. , - должно базировать­ся на том, что одновременно с дефектом даны и психологические тенденции противоположного направления, даны компенсаторные возможности для преодоления дефекта, что именно они выступают на первый план в развитии ребенка и должны быть включены в воспитательный процесс как его движущая сила»[2].

Д. А. Леонтьев, в свою очередь, вводит понятие личностного потенциала как базовой индивидуальной характеристики, стержня личности. Личностный потенциал, согласно Д. Леонтьеву, является интегральной характеристикой уровня личностной зрелости, а главным феноменом личностной зрелости и формой проявления личностного потенциала является как раз феномен самодетерминации личности. Личностный потенциал отражает меру преодоления личностью заданных обстоятельств, в конечном счете, преодоление личностью самой себя, а также меру прилагаемых ей усилий по работе над собой и над обстоятельствами своей жизни.

Особую значимость для психологической коррекции детей с проблемами развития имеют исследования индивидуальной психологии А. Адлера. Акцентируя внимание на позитивной природе человека, Адлер подчеркивал, что «личность в раннем детстве формирует уникальный стиль жизни и творит свою судьбу»[1]. Поведение человека мотивируется стремлением к достижению целей и социальным интересом. В своих работах А.Адлер отразил качественное своеобразие личности ребенка с дефектом и его высокие компенсаторные возможности. А.Адлер писал: «Разные органы и функции человеческого организма развиваются неравномерно. Человек начинает беречь свой слабый орган, усиливая другие органы и функции, либо упорно пытается развить его. Иногда эти усилия настолько серьезны и продолжительны, что компенсирующий орган или сам слабейший орган становятся гораздо более сильными, чем в норме»[1]. В дальнейших своих исследованиях А. Адлер делает важный вывод о том, что представление о недостаточности у человека переходит из биологической плоскости в психологическую. «Неважно, ⎯ писал он, ⎯ есть ли в действительности какая-либо физическая недостаточность. Важно, что сам человек чувствует по этому поводу, есть ли у него ощущение, что ему чего-то недостает. А такое ощущение у него скорее всего будет. Правда, это будет ощущения недостаточности не в чем-то конкретном, а во всем…»[1].

А.Адлер отмечал, что ощущение недостаточности является мощным импульсом в дальнейшем индивидуальном развитии человека. Цели психологической коррекции, по Адлеру, непосредственно вытекают из основного положения его концепции, ими являются снижение чувства неполноценности, развитие социального интереса, коррекция целей, мотивов деятельности с перспективой изменения смысла жизни. В поиске компенсаторных возможностей нужен комплексный подход.

Для детей с психическим недоразвитием можно использовать онтогенетические модели коррекции, которые включают два направления: возврат к ранним этапам развития познавательных процессов личности и активация этих процессов в качестве ранее невостребованных резервов; а также ориентация на уровень ближайшего развития ребенка.

Успешность практик социальной интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья зависит от целого ряда факторов, одним из которых является ресурсный  потенциал личности таких людей. Особую значимость приобретает вопрос измерения и активизации ресурсного потенциала лиц с ограниченными возможностями здоровья и их ближайшего окружения.

Ресурсный потенциал можно определить как совокупность явных и латентных, внешних и внутренних факторов, способствующих успешной социальной адаптации людей с инвалидностью в общество.

Измерение ресурсного потенциала у людей с ограниченными возможностями здоровья происходит отдельно для внешних и внутренних факторов, которые, в свою очередь, разделены в соответствии с «принципом расширяющихся ресурсов» на 3 «круга».

Внутренние ресурсы потенциала для социальной адаптации:

-первый круг - состояние здоровья (степень выраженности дефекта, время наступления, тяжесть ОВЗ). Методы измерения: опрос, интервью, анкета, анализ документации;

-второй круг – психологические характеристики личности и особенности характера (мотивы и потребности, отношение к дефекту и к себе). Методы измерения:

1.Методика диагностики мотивации личности (Т.Элерса).

2.Самооценка психических состояний (Айзенк).

3. Методика диагностики социально – психологических установок личности в мотивационно - потребностной сфере и т.д.

-третий круг - уровень образования и притязания, профессиональная квалификация, статусные ориентиры, уровень дохода и планка запросов. Методы измерения: интервью, беседа.

Внешние ресурсы потенциала для социальной адаптации:

- первый круг - семья и ближнее окружение. Методы измерения (зависимости от возраста): Опросник родительского отношения Варги А.Я. и Столина В.В. (содержание вопросов адаптировано для лиц с инвалидностью), опросник «Стратегии семейного воспитания» С.С. Степанова в модификации И.И. Махониной и т.д.

- второй круг – социальные институты и учреждения. Метод: анализ учреждений в месте проживания предоставляющих услуги лицам с ОВЗ.

- третий круг – государственные проекты, программы и государственное законодательство. Метод: анализ практического опыта некоммерческих организаций, государственных и региональных программ принятых в месте проживания по вопросам активизации ресурсного потенциала лиц с ОВЗ.

В научных трудах Замараевой З.П. сущность ресурсно-потенциального подхода выражена через совокупность применения специалистами организаций, служб социальной защиты технологий деятельности, которые определяют уровень и характер ресурсных потенциалов личности с целью их активизации и преобразования в ресурсы самообеспечения, саморазвития, самоактуализации с использованием институционального и общественного потенциалов.

Целью ресурсно-потенциального подхода является формирование ценностно-нормативного, организационно-структурного, функционального и других механизмов деятельности, направленных на повышение или изменение уровня ресурсного потенциала у объекта социальной защиты (индивида, социальной группы), следовательно, изменение его социального статуса, а также роли в обществе путем освоения новых ценностей, норм, требований, моделей поведения как основы социализации (интернализации).

Данный подход основан на принципах, учитывающих личностный аспект при создании условий организации социальной защиты индивида, обеспечивающих баланс интересов и потребностей, ценностных ориентаций; единство сознания и деятельности, способствующее правильному оцениванию сущности того или иного вида деятельности, в которую вовлечен объект социальной защиты, влияние уровня сознания на развитие данной деятельности, своеобразие ее формы и результата и т.д.

В ресурсный потенциал личности входит:

-возрастной ресурсный потенциал,

-ресурсный потенциал здоровья,

-ресурсный потенциал способности к самообслуживанию и самообеспечению,

- трудовой и профессиональный ресурсные потенциалы,

-ресурсный потенциал мотивации на самообеспечение,

-материальный потенциал

Структура оценки ресурсного потенциала как неактивизированного резерва индивида может складываться из разницы между задействованными и незадействованными личностью ресурсными потенциалами. В основу оценки определения ресурсного потенциала индивида могут быть включены следующие показатели:

• уровень трудоспособности (трудоспособность существенно не ограничена);

• уровень образования (образование высшее, незаконченное высшее, среднее специальное и др.);

• уровень материального обеспечения (низкий, средний, высокий);

• степень стремления приобретать новые знания и навыки;

• уровень мотивации на самообеспечение;

• степень мотивации на занятость;

• степень мотивации на оказание помощи другим людям;

• возможность в трудных жизненных ситуациях получить помощь от друзей, родственников, детей, соседей;

• возможность в трудных жизненных ситуациях получить помощь от социальных служб и других организаций социального профиля;

• уровень доступности в трудной жизненной ситуации помощи от общественных организаций и др.

Установление ресурсно-потенциального состояния как неактуализированного резерва индивида можно определить с помощью следующей формулы (за основу взята методика оценки, разработанная В.Г. Доброхлеб):

Pr = 1/6 (Ph + Peg + Pm + Pmtr + Pc + Pin), где Pr — ресурсный потенциал, Ph — ресурсный потенциал здоровья, Peg — возрастной потенциал, Pm — мотивационный потенциал, Pmtr — материальный потенциал, Pc — общественный потенциал, Pin — институциональный потенциал.

Рассмотрение личностного ресурсного потенциала возможно с учетом состояния институционального и общественного ресурсных потенциалов, как условий обеспечивающих реализацию потенциала индивида.

На современном этапе развития российского общества мы наконец-то приходим к осознанию, что человек с инвалидностью имеет право принимать такое же участие в жизни общества, как и любой другой, но ему необходимо в этом помочь. Сегодня общество постепенно начинает понимать, что к людям, имеющим инвалидность, необходимо относиться как к полноправным членам общества, имеющим потенциальные способности, знания, умения, навыки, которые могут быть использованы человечеством в его прогрессивном развитии.

В работах Г.В.Жигуновой описываются механизмы отрицания и замещения болезни в соответствии с основными характеристическими типами инвалидов ювенальной категории.

Инвалиды ювенальной категории – сложная и разнохарактерная группа. К основным категориям физических аномалий относятся дети или молодые люди:

– с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);

– с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);

– с нарушением опорно-двигательного аппарата. К той же категории можно отнести с дефектами в физическом строении (например, отсутствие конечностей);

– с тяжелыми соматическими заболеваниями (астма, сахарный диабет ит.д.).

Большинство психических и физических типов нарушений, приведших к инвалидности, связаны с поражением каких-либо участков головного мозга различной степени и в различные периоды.

Причины раннего органического повреждения головного мозга, зависящие от времени возникновения подразделяются на:

– пренатальные (до рождения);

– интранатальные (во время рождения);

– постнатальные (после рождения).

В зависимости от патогенного фактора, вызвавшего повреждение головного мозга, выделяются следующие формы нарушений центральной нервной системы:

1. Гипоксические, связанные с кислородной недостаточностью мозга.

2. Травматические, связанные с травмой до или после рождения.

3. Воспалительные, связанные с воспалениями мозга (энцефалитами) или мозговых оболочек (менингитами), или с инфекционными заболеваниями матери во время беременности.

4. Токсические, в результате воздействия препаратов или психоактивных веществ.

5. Эндокринные заболевания.

6. Хромосомные синдромы (например, Дауна).

7. Наследственные заболевания и синдромы.

Наиболее частое нарушение, связанное с хромосомными заболеваниями, – болезнь Дауна. Распознавание симптомов этого заболевания происходит сразу после рождения по характерному внешнему виду ребенка: характерные черты лица, малая масса тела, низкий рост, отсутствие пропорций. С первых месяцев жизни они отстают в психомоторном развитии, основная часть данных детей так и не может достичь полной социальной адаптации и нуждается в опеке близких.

Основной контингент детей с нарушением опорно-двигательного аппарата составляют дети, страдающие церебральным параличом (ДЦП). У данной группы детей поражаются двигательные зоны головного мозга, происходит задержка и нарушение созревания, нарушается весь ход моторного развития, могут быть нарушены эмоционально-волевая сфера, речь, зрение, слух.

Соматические заболевания оказывают значительное влияние на процесс социализации. Так, например, больные бронхиальной астмой характеризуются высоким уровнем притязаний, лидерскими качествами, ответственностью и добросовестностью. Но эти положительные качества сочетаются с сензитивностью, тревожностью, ригидностью мышления, агрессивностью. У детей, больных гипертонией, преобладают внешне обвинительные реакции, иногда самообвинение. Они не импульсивны, сильнее подвержены психотравмирующим ситуациям. И такие характеристики можно дать любым заболеваниям.

Дети с инвалидностью в разной мере осознают и признают факт болезни. Наиболее часто дети с инвалидностью, за исключением тяжелых заболеваний психоневрологического профиля, используют механизмы отчуждения, вытеснения, проекции, идентификации, отрицания, рационализма. При отчуждении ребенок накапливает новую информацию о своих внутренних особенностях функционирования организма. При вытеснении переживания детей связаны не с очевидными фактами болезни, а с непонятной или неприятной информацией – уколах, врачах, операциях и т.п. Проекция выражается в приписывании своих переживаний, чувств, проявлений болезни детям с такими же заболеваниями. Идентификация выражается в приписывании себе качеств героев кинофильмов, литературных произведений, знакомых людей. Ребенок в данном случае хочет быть похожим на этих людей: «Я буду сильным, как граф Монте Кристо, и не буду плакать».

Механизм отрицания характеризуется отвержением болезни, проявляющемся в двух крайних вариантах. В первом случае дети могут не верить как в сам факт заболевания, и стараются не менять образа жизни, увлечений, круга общения. Во втором случае дети отрицают болезнь, но не стремятся бороться за свое существование, чаще пассивны, чем активны. Нередко это выражается в полном отказе от общения с окружающими, от участия в развлекательных и познавательных мероприятиях. Рационализм проявляется в понимании всех неприятностей заболевания и успешном приспособлении к новым условиям.

Вот как понятие «возможностей, ресурсов, потенциалов личности» трактуют современные представители Санкт-Петербургской психологической школы. В частности, Соловьева С.Л. говорит о том, что «наличие определенных ресурсов, потенциалов, возможностей расширяет поле деятельности личности, делая более достижимыми значимые цели в жизни»[15]. Ресурсы как бы субъективно повышают ценность человека в глазах окружающих и в его собственном мнении о самом себе, делают его более сильным, значительным и продуктивным. Когда мы выносим суждение о другом человеке, мы учитываем не только его актуальную ситуацию, но и потенциальные возможности и ресурсы, поскольку резервы и ресурсы – в определенном смысле значимый капитал каждой личности. Когда человек пытается справиться с теми или иными жизненными трудностями, его активность может быть направлена как на внешние обстоятельства, подлежащие изменению, так и на самого себя. Включаются механизмы психической саморегуляции и механизмы психической адаптации: механизмы психологической защиты и копинг-механизмы. То, какой именно путь преодоления жизненных трудностей выберет та или иная личность, определяется, в частности, ее резервами и ресурсами. Люди, предпочитающие конструктивно преобразующие стратегии, оказываются личностями с оптимистическим мировоззрением, устойчивой положительной самооценкой, реалистическим подходом к жизни и сильно выраженной мотивацией достижения. Люди же, уходящие от трудных ситуаций, прибегающие к механизмам психологической защиты, склонные к «идущему вниз социальному сравнению», воспринимают мир как источник опасностей, у них невысокая самооценка, а мировоззрение окрашено пессимизмом. Компенсаторные возможности обучающихся с ОВЗ находятся в области возможности поддержания взаимоценных связей с социумом.

Надеемся, что сегодняшнее молодое поколение с инвалидностью будет успешно интегрировано в социальные связи и процессы. А связь с социумом будет поддерживаться по цепочке развития способностей **от интеллектуальной недостаточности к интеллектуальной одаренности.**

.

**Список литературы.**

1. Адлер А. Наука жить. Киев: Port-Royal, 1997
2. Выготский JI.C. Социальная ситуация развития / Психология социальных ситуаций. СПб., 2011.
3. Выготский Л.С., Лурия А.Р. Этюды по истории поведения. М: Педагогика-Пресс, 1993.
4. Дети с ограниченными возможностями: Проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия. М: ООО «Аспект», 2005.
5. Малофеев Н.Н. Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования. М., 1996.
6. Доброхлеб В.Г. Ресурсный потенциал старшего поколения в современной России. М., 2004.
7. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2004. На пути к обществу, основанному на знаниях. М.: Весь мир, 2004.
8. Жигунова Г.В., Ткаченко И.Л. Ресурсный потенциал инвалидов ювенальной категории. М-Берлин: Директ-Медиа, 2014.
9. Замараева З.П. Ресурсно-потенциальный подход в условиях модернизации современной системы социальной защиты населения. Пермь: Вестник Пермского университета, 2011.
10. Замараева З.П., О. Лысенко, Н. Панкратов, А. Шишигин и др.; Барьеры и возможности реализации человеческого потенциала в Пермской городской агломерации: монография / ; Перм. гос. гуманит.-пед. ун-т. -Пермь, 2013.
11. Колесник Н.Т Психологическое обеспечение коррекционной работы с детьми-инвалидами. Социальное обслуживание. 2009.
12. Леонтьев Д.А. Личностное в личности: личностный потенциал как основа самодетерминации // Ученые записки кафедры общей психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Вып. 1 / Под ред. Б.С. Братуся, Д.А. Леонтьева. – М.: Смысл, 2002.
13. Санникова А.И. Развитие творческого потенциала личности в образовательном процессе.- М.: Изд. Флинта: Наука, 2001.
14. Санникова А.И. Активизация ресурсного потенциала личности  
    молодого человека с ОВЗ как механизм  
    социальной адаптации. Сборник статей Международной научно-практической конференции по вопросам комплексной реабилитации лиц с ОВЗ: ПГПУ-Пермь, 2016.
15. Соловьева С.Л. Ресурсы личности. Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010.
16. Шаталова Н.И. Трудовой потенциал работника: проблемы, функционирование и развитие. Екатеринбург: УрГЭУ, 1998.
17. Шелудько О.С., Гусева О.С., Дерунов А.В. Измерение ресурсного потенциала лиц с ограниченными возможностями здоровья .Саратов: ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии, 2017.