

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ, ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

Мульт-терапия как технология реабилитации детей с ограниченными
возможностями здоровья

Выпускная квалификационная работа
по направлению 39.03.02 Социальная работа
Направленность программы бакалавриата
«Социальная защита и обслуживание семей и детей»

Проверка на объем заимствований:

71,38 % авторского текста

Работа допущена к защите

« 5 » июня 2017 г.

зав. кафедрой социальной работы,

педагогике и психологии af

д.п.н., профессор Н.А. Соколова

Выполнила:

Студентка группы ОФ-406/103-4-1

Варсегова Елена Александровна

Научный руководитель:

д.п.н., профессор, зав. кафедрой СРПиП

Соколова Надежда Анатольевна

Челябинск

2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

| | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Введение | 3 |
| Глава 1. Теоретические основы применения мульт-терапии в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья | |
| 1.1 Дети с ограниченными возможностями здоровья как категория клиентов социальной работы..... | 6 |
| 1.2 Мульт-терапия как технология социальной реабилитации..... | 21 |
| Выводы по первой главе..... | 35 |
| Глава 2. Практическая работа по применению мульт-терапии в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья | |
| 2.1 Организация исследования и результаты констатирующего эксперимента | 38 |
| 2.2 Реализация проекта и результаты контрольного эксперимента...46 | |
| Выводы по второй главе..... | 59 |
| Заключение | 61 |
| Библиографический список | 65 |
| Приложения | 72 |

ВВЕДЕНИЕ

По данным Федеральной службы государственной статистики на 1 января 2016 года в России зарегистрировано 616905 детей-инвалидов. В Челябинской области из 735,8 тысяч проживающих детей 13118 являются детьми-инвалидами [33].

Дети с ограниченными возможностями здоровья являются наиболее неподготовленными к функционированию в обществе. У таких детей наблюдается бедность социальных контактов, в силу своих особенностей они часто неуверенны в себе, застенчивы, нахождение в специализированных учреждениях порождает иждивенчество и неспособность к самостоятельной жизни. В большинстве случаев они находятся изолированными от социума, и поэтому имеют значительные затруднения в адаптации и социализации. На этом пути важнейшую функцию выполняет социальная реабилитация.

Акатов Л.И. так определяет понятие социально-реабилитационной деятельности: «Это сравнительно новая область профессиональной деятельности, возникшая как одно из направлений в системе комплексной реабилитации детей с отклонениями в развитии. Социально-реабилитационная деятельность - это целенаправленная активность специалиста по социальной реабилитации ребенка с ограниченными возможностями здоровья в целях подготовки последнего к продуктивной и полноценной социальной жизни посредством специальным образом организованного обучения, воспитания и создания для этого оптимальных условий» [3, 45 с].

Одной из наиболее эффективных технологий социальной реабилитации является арт-терапия. «Арт-терапия – терапия искусством. Основная ее цель состоит в гармонизации развития личности через развитие способности самовыражения и самопознания» [3, 38 с].

Мульт-терапия – творческая технология реабилитации и социализации детей, путем создания мультфильмов. Мульт-терапия основывается на том, что воздействуя на творческие способности детей, она дает мощный ресурс, который позволит детям актуализировать психические резервные возможности, формировать на их основе адекватное поведение, активизировать социально значимые качества, почувствовать уверенность в собственных силах, завязать социальные контакты и связи, развить коммуникабельность.

Мульт-терапия – это инновационная для нашего региона технология. Несмотря на недостаточную научную разработанность, она уже опытно проверена и является эффективной технологией реабилитации для детей с ограниченными возможностями здоровья. Коллективная творческая деятельность, в которой оказываются задействованы дети, развивает навыки коммуникации, чувство коллектива, общности достижения целей, тем самым способствуя реабилитации и дальнейшей социализации ребенка.

Л.С. Выготский в своих трудах разработал идеи социальной реабилитации и адаптации детей с отклонениями развития посредством игровой, трудовой, учебной и иных видов деятельности.

Проблема организации социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья рассматривается в исследованиях Д.И. Исаева, Л.П. Кузнецова, И.Ю. Левченко, Е.В. Моржиной, В.В. Ткачева, Э.К. Наберушкина.

В исследованиях И.П. Помещиковой, В.А. Друзя, А.И. Клименко рассматривается проблема адаптации и социализации детей с особенностями развития.

Цель исследования: обосновать и экспериментально исследовать возможности мульт-терапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Объект исследования: реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: мульт-терапия как технология реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи исследования:

1. Изучить детей с ограниченными возможностями здоровья как категорию клиентов социальной работы.

2. Выявить особенности мульт-терапии как технологии социальной реабилитации.

3. Разработать проект реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья посредством мульт-терапии.

4. Апробировать проект реабилитации.

Методы исследования:

1. Теоретические (анализ научной литературы, нормативно-правовых документов);

2. Эмпирические (эксперимент, тестирование).

База исследования: Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат для обучающихся и воспитанников с ограниченными возможностями здоровья (нарушение опорно-двигательного аппарата) № 4 г. Челябинска» (МБОУ школа-интернат №4).

Структура работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения и библиографического списка.

Глава 1. Теоретические основы применения мульт-терапии в работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья

1.1 Дети с ограниченными возможностями здоровья как категория клиентов социальной работы

Исторически признанию, т.е. защите, социально незащищенных групп населения уделялось большое внимание в России. Особенно выделялась категория «особых» детей. Во взаимодействии государственных структур и таких «особых» детей историографы выделяют 3 этапа:

1. Общинно-приходской этап (период с 18 века до конца 19 века).
2. Институциональный этап (период с конца 19 века до 60-90-ых годов 20 века).
3. Интеграционный этап (период 60-90-ых годов 20 века по настоящее время) [12, 34 с].

Общинно-приходской этап социальной работы в России характеризовался делегированием государственных полномочий по признанию социально незащищенных групп населения (инвалидов, сирот, малоимущих) родовым общинам и религиозным организациям (церкви, монастыри), где данным категориям давали приют, лечение и возможное устройство на служение здесь [12, 38 с].

Основоположником государственной системы признания нуждающихся был Петр I. Он систематизировал категории нуждающихся, ввел меры по борьбе с социальными проблемами. Павел I положил начало государственного попечения над детьми. При Марии Федоровне функционировали «семейные детские дома», где сироты воспитывались в семьях, здесь же проходили подготовку воспитательницы для таких домов. Также в это время создаются различные благотворительные общества,

которые осуществляли шефство над больницами и приютами. Александр I вводит систему обучения детей с ограниченными возможностями здоровья [8, 56 с].

С начала 20 века в России формируется государственная социальная политика, направленная на поддержку и защиту социально незащищенных групп населения. В тоже время, церковь и община остаются главными субъектами помощи для этой категории населения.

Институциональный этап в России отличался переходом к централизованной социальной работе, т.е. передачи в руки государства, и активной деятельностью благотворительных организаций. Появляются такие филантропические организации как «Общество призрения калек несовершеннолетнего возраста и идиотов», «Общество попечения о бедных и больных детях «Синий Крест», «Попечительства Марии Александровны о слепых детях». К 1917 году при поддержке «Попечительства о слепых» в России были открыты 23 училища для слепых детей [45, 186 с]

Переломным моментом в развитии социальной работы стала революция 1917 года. В это время «происходит полная передача функций по социальной защите населения в государственные институты» [12, 42 с].

Первая половина 20-х годов 20 века характеризовалась разработкой государственной системы социального обеспечения. В 1918 году был образован Всероссийский Фонд Социального Обеспечения. Были созданы такие организации как Всероссийское общество Слепых и Всероссийское общество Глухонемых.

Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья в СССР организовывалась по принципу государственного институционализма. Для обучения и ухода за «особенными» детьми создавались специализированные учреждения, которые были изолированы от общества. Дети в возрасте до 4 лет с тяжелыми физическими

нарушениями находились в Домах Ребенка Министерства Здравоохранения СССР. Дети от 4 до 18 лет получали уход в домах-интернатах.

Переход к интеграционному этапу в социальной работе совпал с социально-экономическими преобразованиями 1990-х годов. Революционные изменения вызвали взрыв социальных проблем, рост числа беспризорных детей, преступлений несовершеннолетних, подорвали здоровье и сделали инвалидами тысячи детей, так дети находили самоутверждение в аддиктивных формах поведения (наркомания, токсикомания, алкоголизм). Все это требовало пересмотра мер социальной защиты и поддержки таких детей.

В 1994 году Правительство РФ утвердило основные направления социальной защиты лиц с ограниченными возможностями здоровья: индексация пенсий, выплата пособий и льгот, развитие социальных служб. Также были приняты законы, направленные на повышение уровня защищенности данной категории населения [45, 201 с].

С 1991 года в России оформляется социальная работа как наука, и начинается профессиональная подготовка специалистов по социальной работе [12, 46 с].

В современной науке к категории детей-инвалидов относятся дети до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроля за своим поведением, обучения, общения, трудовой деятельности в будущем [17, 29с].

Наиболее распространенной классификацией нарушения развития является классификация Б.П. Пузанова и В.А. Лапшина [36, 129 с]. Они выделяют шесть групп детей с особенностями развития.

Первая группа – дети с нарушением слуха.

Неслышащие – дети с полным отсутствием слуха, который не может использоваться для накопления речевого запаса.

Слабослышащие – дети с частичной слуховой недостаточностью, затрудняющей речевое развитие.

В соответствии с общими закономерностями психического развития личность глухого и слабослышащего ребенка формируется в процессе общения со сверстниками и взрослыми в ходе усвоения социального опыта. Нарушение или полная потеря слуха приводят к трудностям в общении с окружающими, замедляет процесс усвоения информации, обедняет социальные контакты детей и отражается на формировании их личности. Трудности общения и своеобразия взаимоотношений с обычными детьми могут привести к формированию таких черт личности как агрессивность, замкнутость, неуверенность в себе, низкая самооценка.

Вторая группа - дети с нарушением зрения.

Принимая за основу степень нарушения функции зрительного анализатора, детей со стойкими дефектами зрения делят на слепых и слабовидящих.

Потеря зрения оказывает влияние на своеобразие эмоционально-волевой сферы и характера. Трудности в учении, игре, овладении профессией, бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции. В одних случаях своеобразие характера и поведения проявляется в неуверенности, пассивности, склонности к самоизоляции, в других – в раздражении, возбудимости и даже агрессивности.

Третья группа - дети с нарушением речи.

Психолого-педагогическая классификация речевых расстройств предполагает выделение двух групп нарушений:

- нарушения средств общения;
- нарушения в применении средств общения.

Речевые нарушения у детей могут приводить к нарушениям их эмоционально-волевой сферы, что может стать причиной возникновения патологических форм поведения. Поведение таких детей отличается нерешительностью, конформностью, крайней неуверенностью в своих силах. Дети с дефектами речи всегда в какой-то форме чувствуют свое невыгодное положение, вытекающее из дефекта, что, в свою очередь, может проявиться в чувстве неполноценности.

Четвертая группа - дети с нарушением опорно-двигательного аппарата.

Большую часть детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата составляют дети с церебральными параличами. Детский церебральный паралич (ДЦП) – это тяжелое заболевание нервной системы, которое нередко приводит к инвалидности ребенка. ДЦП возникает в результате недоразвития или повреждения мозга на ранних этапах развития (во внутриутробный период, в момент родов и на первом году жизни). Двигательные расстройства у детей с ДЦП часто сочетаются с психическими и речевыми нарушениями, с нарушениями функций других анализаторов (зрения, слуха).

У таких детей наблюдается диспропорциональный вариант развития личности. Это проявляется в том, что достаточное интеллектуальное развитие сочетается с отсутствием уверенности в себе, самостоятельности, повышенной внушаемостью. Личностная незрелость проявляется в эгоцентризме, наивности суждений, слабой ориентированности в бытовых и практических вопросах жизни. Причем, с возрастом эта диспропорция обычно увеличивается. У ребенка легко формируются иждивенческие установки, неспособность и нежелание к самостоятельной практической деятельности, так ребенок даже с сохранной ручной деятельностью долго не осваивает навыки самообслуживания. При нарушениях интеллекта

особенности развития личности сочетаются с низким познавательным интересом, недостаточной критичностью.

Пятая группа - дети с умственной отсталостью.

Умственная отсталость - врождённая или приобретённая в раннем возрасте задержка, либо неполное развитие психики, проявляющаяся в нарушении интеллекта, вызванная патологией головного мозга и ведущая к социальной дезадаптации.

Дети с умственной отсталостью в большинстве своем не могут контролировать поступки, желания. Многие из них не способны подчинить свое поведение требованиям, которые предъявляют им родители, воспитатели, детский коллектив. Действия детей нередко носят импульсивный характер, а их поведение часто не соответствует общепринятым правилам и нормам. Им свойственны безынициативность, несамостоятельность, слабость внутренних побуждений, внушаемость, сниженная мотивация, причем не только в учебной, но даже в игровой и трудовой деятельности. Их ставит в затруднительное положение любое препятствие или неудача, они не могут противостоять возникающим желаниям.

Шестая группа – дети с искаженным развитием (психопатией, с патологией влечений). Кратко рассмотрим одну из форм искаженного развития – психопатию. Психопатией называют сочетание заостренно выраженных человеческих характеров. Проблема психопатии – проблема эмоций, воли и совести, а не интеллекта. Личность с таким расстройством не может усвоить, что хорошо, что плохо.

Учитывая исключительную сложность и многоаспектность названных проблем детей с ограниченными возможностями здоровья, им необходима защита и поддержка со стороны государства, общественных институтов, семьи и др.

В Российской Федерации законодательно закреплены права детей с ограниченными возможностями здоровья на защиту и социальное обеспечение. К основным законодательным актам, гарантирующим и регулирующим осуществление социальной защиты данной категории детей относятся:

1. Конституция РФ (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ).

2. «Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 N 223-ФЗ (ред. от 28.03.2017).

3. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ.

4. Федеральный закон от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ «О государственной социальной помощи» (с изменениями и дополнениями).

5. Федеральный закон «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» от 28.12.2013 N 442-ФЗ (последняя редакция).

6. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ.

7. Указ Президента Российской Федерации «О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами» (с изменениями на 31 декабря 2014 года).

8. Указ Президента Российской Федерации «О дополнительных мерах государственной поддержки инвалидов» (с изменениями на 1 июля 2014 года).

9. Постановление Правительства РФ от 21 декабря 2004 г. N 817 «Об утверждении перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь».

10. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 N 95 (ред. от 10.08.2016) «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

11. Постановление Правительства РФ от 27 июля 1996 г. N 901 «О предоставлении льгот инвалидам и семьям, имеющим детей-инвалидов, по обеспечению их жилыми помещениями, оплате жилья и коммунальных услуг»

12. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 года N 2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» (с изменениями на 10 сентября 2014 года) (редакция, действующая с 1 января 2015 года).

13. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 22 июля 2009 г. N 540н «Об утверждении перечня санаторно-курортных учреждений, в которые предоставляются путевки на санаторно-курортное лечение граждан, имеющих право на получение государственной социальной помощи».

Судя по достаточной разработанности нормативно-правовой базы, можно сделать вывод, что защита детей с особыми нуждами и потребностями является стратегическим направлением государственной социальной политики.

Отсутствие мобильности, гиперопека родителей, заикленность на лечении, авторитарный климат лечения, ограниченная личная ответственность и отсутствие опыта принятия решений часто приводят к тому, что дети с ограниченными возможностями здоровья воспринимают себя как менее компетентных и адаптированных к жизнедеятельности.

Поскольку эти дети имеют меньше контроля над своей жизнью, они не могут развивать уверенность в себе. Чувство неполноценности и отвержения другими детьми является одной из актуальных проблем для детей с особыми потребностями. Особые потребности - это термин, используемый для описания самых разных детей, живущих с медицинскими, психическими и психическими расстройствами. К ним могут относиться дети с диагнозом «синдром Дауна», «Церебральный паралич» или те, которые относятся к спектру аутизма. Дети, которые попадают под эгиду особых потребностей, имеют много сходных характеристик. Как все дети, они яркие, веселые, творческие и любопытные. Они хотят быть успешными, понятыми, признанными и принятыми. Иногда слаборазвитая коммуникация, проблемы сенсорной интеграции, разрушительное поведение и недостаток внимания могут подорвать способность ребенка учиться и процветать. Так как дети-инвалиды не могут участвовать в социальной жизни наравне с обычными детьми, они могут восприниматься как слабые, беспомощные и зависимые. Принятие особенностей детей-инвалидов помогает им выработать адекватную самооценку.

Семья с ребёнком с ограниченными возможностями здоровья - это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой связаны с большей занятостью решением проблем ребенка, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения. В такой семье возникает много сложных проблем: экономических, медицинских, профессиональных, психологических, проблем воспитания и ухода за ребенком [41, 134с].

Социальный работник выступает посредником между семьей ребенка, имеющего ограниченные возможности, и субъектами социальной защиты. В его функции входят организация юридической, медицинской, психолого-педагогической, материальной и другой помощи. Помощь

максимально возможно должна оказываться в естественном окружении ребенка, не в изолированном учреждении, а в семье.

А.А. Чернецкая выделяет 5 направлений работы специалиста с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья [47,95 с] (Таблица 1).

Таблица 1

Направления деятельности специалиста в работе с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья

| № | Направление деятельности | Содержание деятельности |
|----|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. | Непосредственная работа с конкретной семьей | <p>1. Патронаж. Социальный работник (или другой специалист), посещая семью:</p> <ul style="list-style-type: none"> - обращает внимание на внешний вид и окружение дома, подъезда, квартиры; - встречаясь с семьей, старается увидеться со всеми членами семьи; - интервьюирует родителей о потребностях, проблемах и ресурсах; - спрашивает о внешкольных занятиях ребенка; - наблюдает за тем, как в семье обращаются с ребенком, обучают и развивают его; - демонстрирует стратегии поведения, обучения, решения проблем <p>2. Консультирование. Социальный работник (или другой специалист):</p> <ul style="list-style-type: none"> - организует встречи с представителями других служб, если это необходимо ему для лучшего понимания и решения проблем или если это непосредственно может помочь семье, например со службой миграции; - дает родителям заполнить карты и схемы, вопросники по развитию ребенка, затем сравнивает их результаты со своими ответами |

| | | |
|----|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2. | Опосредованная работа с конкретной семьей | <p>1. Консультирование:</p> <ul style="list-style-type: none"> - информация и обмен комментариями осуществляются через специально организованный дневник, куда родители и специалисты вносят записи, например каждую неделю или две; - контакты по телефону. |
| 3. | Непосредственная работа с группой родителей | <p>1. Встречи с родителями, обмен информацией, отчет о ходе реабилитации и успехах ребенка, обсуждение будущих планов.</p> <p>2. Организация семинара для родителей: выступления, беседы, ролевые игры, тренировка последующих практических занятий на дому.</p> <p>3. Организация открытого урока или занятия со специалистом:</p> <ul style="list-style-type: none"> - открытый день или вечер в реабилитационном центре. <p>4. Организация совместных мероприятий (отдых, представления) с родителями и специалистами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - привлечение родителей к подготовке и проведению особых мероприятий — праздников, фестивалей; - помощь родителям в организации групповых экскурсий для детей (в зоопарк, на ипподром, на спортивные состязания и др.). <p>5. Интервьюирование родителей об их отношении к услугам и дальнейших ожиданиях.</p> |

| | | |
|----|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 4. | Опосредованная работа с группой родителей | <ol style="list-style-type: none"> 1. Информационный буклет о том, как и в каких случаях обратиться к конкретным специалистам. 2. Подготовка информационного бюллетеня и его регулярная рассылка. 3. Подготовка видеопрограммы для родителей. 4. Организация стенда или доски объявлений 5. Написание статей для местных журналов или газет. 6. Подготовка учебного пособия или руководства для родителей. |
| 5. | Развитие контактов между семьями | <ol style="list-style-type: none"> 1. Помощь в организации ассоциации или группы самопомощи родителей. 2. Помощь родителям организовать клубы по интересам и мероприятия для детей |

Эффективность социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья зависит от ряда условий [17, 61 с]:

1. Социальная работа должна быть комплексной и сопровождаться медицинской реабилитацией. Восстановление физических и психических функций организма позволит решать проблемы вхождения ребенка в социальную среду.

2. Необходимо организовать индивидуальную среду для каждого ребенка, позволяющую найти ему применение в жизни, интересный для него вид деятельности, друзей, способствующих развитию познавательной, эмоционально-волевой, личностной, коммуникативной сфер ребенка.

3. Повышение компетентности, психолого-педагогической культуры родителей, вооружение их технологиями, методиками развития и социальной адаптации детей с особенностями развития.

4. Социальное партнерство и поддержка общественности в любых формах помощи таким детям.

Основные направления реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья в соответствии с Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ [29, ст. 9] «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» включают в себя:

1. Восстановительные медицинские мероприятия, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование, санаторно-курортное лечение.
2. Профессиональную ориентацию, обучение и образование, содействие в трудоустройстве, производственную адаптацию.
3. Социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию.
4. Физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Социально-педагогическая деятельность ставит своей целью также оказание социально-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Социально-педагогическая реабилитация решает задачи успешной интеграции ребенка-инвалида в общество с целью обеспечения полноценности и разносторонности процесса социализации, предупреждения развития возможных негативных ситуаций. Можно сказать, что в некотором смысле успех социально-педагогической реабилитации во многом зависит от успеха всех форм реабилитационной помощи. Однако именно социально-педагогическая реабилитация обеспечивает своеобразный итоговый успех всего процесса. В последнее время активное развитие в системе образования получает практика инклюзивного образования - совместного обучения обычных детей и детей с особенностями развития [10, 84 с].

Основные цели ранней социально-педагогической работы в семье:

1. Мотивация родителей на осуществление поддерживающей деятельности по отношению к ребенку, обеспечение социального,

эмоционального, интеллектуального и физического развития ребенка, имеющего нарушения, и попытка максимального раскрытия его потенциала.

2. Предупреждение вторичных дефектов у детей с нарушениями развития, возникающих в результате искажения взаимоотношений между ребенком и семьей, вызванного, в частности, тем, что ожидания родителей относительно ребенка не оправдались.
3. Приспособление семей, имеющих детей с задержками развития, для максимально эффективного удовлетворения потребностей ребенка.

Социальный педагог должен относиться к родителям как к партнерам, изучать способ функционирования конкретной семьи и выработать индивидуальную программу, соответствующую потребностям и условиям жизни данной семьи [21, 24 с].

Также Федеральным законом от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» утверждена индивидуальная программа реабилитации инвалида (ИПР) – документ, который содержит комплекс оптимальных реабилитационных мероприятий. На основании этого документа ребенку-инвалиду могут быть предоставлены технические средства реабилитации и оказаны услуги по медицинской, социальной, профессиональной, психолого-педагогической реабилитации [29, ст. 11].

Важным компонентом комплекса реабилитационных мероприятий является психологическая реабилитация. В психологической реабилитации детей и подростков с ограниченными возможностями выделяются три главных аспекта:

1. Операционно-деятельностный - связан с формированием у детей раннего возраста умений и навыков, необходимых для самостоятельной жизни.

2. Социальный - определяется адекватным взаимодействием ребенка и окружением, вовлечением в дальнейшем в трудовую жизнь.
3. Личностный - влияет на внутреннее осознание своего состояния и положения в обществе [4, 513 с].

Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья является неотъемлемой частью реабилитационного процесса, так как именно оно определяет их дальнейшее место в обществе. Дети с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в создании особых условий для получения образования, в том числе в специальных образовательных программах и методах обучения, индивидуальных технических средствах реабилитации.

Для подростков с ограниченными возможностями большое значение имеют вопросы профессиональной подготовки. Однако для данной категории характерны незнание и неадекватная оценка своих возможностей, нехватка знаний о профессиях, возможностях трудоустройства, плохая социальная адаптация, отсутствие готовности к труду. С целью оказания помощи в выборе профессии, социальный работник должен направлять подростка на профессиональную консультацию к психологу. Выделяют 4 типа таких консультаций [41, 123 с]:

1. Справочно-информационная профессиональная консультация направлена на ознакомление с содержанием профессии.

2. Диагностическая консультация позволяет выявить интересы, способности и предположить, в какой профессиональной области подросток смог бы трудиться.

3. Медицинская профессиональная консультация помогает определить соответствие состояния физических возможностей подростка выбранному виду профессиональной деятельности.

4. Корректирующая профессиональная консультация призвана скорректировать намерения подростка относительно будущей

профессиональной деятельности, если это не соответствует его реальным возможностям.

Компоненты эффективной деятельности социального работника/педагога [47, 237 с]:

1. Регулярный контакт.
2. Акцент на способностях ребенка, а не на их отсутствии.
3. Использование вспомогательных материалов, пособий для родителей.
4. Семья — в центре внимания. Внимание к более широкому спектру потребностей (речь идет не только о ребенке, но и всей семье).
5. Организация групп поддержки, где обсуждают успехи и проблемы.

Таким образом, дети с ограниченными возможностями здоровья нуждаются в поддержке и защите в силу своих особенностей. Для их успешной интеграции и адаптации в социуме нужно приложить немало усилий со стороны всех заинтересованных в этом сторон. Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями здоровья требует комплексного подхода, объединения усилий областных и муниципальных органов образования, здравоохранения, социальной защиты, образовательных учреждений разных типов, семьи, общественности.

1.2 Мульти-терапия как технология социальной реабилитации

Мульти-терапия принадлежит к одному из видов арт-терапии. Для того чтобы разобраться в сущности мульти-терапии, нужно проанализировать и обобщить накопленные знания и опыт в области арт-терапии.

Впервые термин «арт-терапия» появился в работе британского художника А.Хилла «Изобразительное искусство против болезни» (1945). Находясь в госпитале для лечения туберкулезных больных, он обнаружил, что рисование помогает его выздоровлению. Позже он опробовал этот метод на других пациентах и также заметил, что искусство помогает им отвлечься от болезни и освободиться от психического расстройства, связанного с военными действиями. А. Хилл описывал эффект арт-терапии так: «Когда ум (и пальцы) совершенно вовлечены [в процесс творчества] ... отпускается творческая энергия в обычно напряженном пациенте», она позволяет пациенту «выстроить сильную защиту против его бед».

Американская арт-терапевтическая ассоциация рассматривает арт-терапию как вид «лечебного применения изобразительной деятельности в контексте профессиональных отношений арт-терапевта с людьми, имеющими те или иные заболевания, травмы или трудности психической адаптации, либо теми, кто стремится к личному развитию. Благодаря созданию изобразительной продукции и обсуждению образов и процесса их создания, они могут прийти к лучшему пониманию себя и других, справиться с симптомами болезни и стресса или последствиями травмы, развить познавательные навыки и прийти к позитивному, жизнеутверждающему мироощущению» [48].

Российская арт-терапевтическая ассоциация трактует арт-терапию с точки зрения системы. Арт-терапия – это «система психологических и психофизических лечебно-коррекционных воздействий, основанных на занятиях клиентов/пациентов изобразительной деятельностью, построении и развитии терапевтических отношений. Она может применяться с целью лечения и предупреждения различных болезней, коррекции нарушенного поведения и психосоциальной дезадаптации, реабилитации лиц с психическими и физическими заболеваниями и психосоциальными

ограничениями, достижения более высокого качества жизни и развития человеческого потенциала» [48].

Единого подхода к определению понятия «арт-терапия» нет. Существует множество русскоязычных исследований, в которых арт-терапии приписываются не свойственные ей значения. В своей работе мы будем придерживаться определения термина «арт-терапия», которое дает Российская арт-терапевтическая ассоциация. Оно наиболее полно и содержательно раскрывает сущность понятия.

На становление и развитие арт-терапии оказывали огромное влияние известные зарубежные психологические школы: психоанализ З. Фрейда, гуманистическая клиент-центрированная психология Н. Роджерса, гештальт-терапия Дж. Райна. Среди психиатров, внесших заметный вклад в развитие арт-терапии, выделяются В. Моргенталер (Швейцария), Г. Принсхорн (Германия), Л. Нивратил (Австрия), В. Андреоли (Италия), Р. Вольма, Ж. Делей (Франция), И. Харди (Венгрия), А. Якаб, Г. Вилмер, Н. Льюис (США) [19, с. 42].

Ведущую роль в развитии отечественной арт-терапии играли психиатры и психотерапевты. В 1970-1980-ые годы вышли три тома научного труда под руководством Э. Бабаяна «Изобразительный язык больных шизофренией». В 1980-е годы начинает развиваться оригинальный отечественный метод клинической психотерапии – терапия творческим самовыражением (Бурно, 1989, 2006) [19, с. 46].

С 1990-х годов начинается этап более активного развития арт-терапии в нашей стране (Ионов О. А., 2004; Копытин А.И., 1999, 2001, 2002, 2010, 2011; Хайкин Р.Б, 1992). В этот период арт-терапия становится междисциплинарной, вовлекая представителей разных профессий - психологов, педагогов, художников, социальных работников и социальных педагогов.

В науке сложились 3 основные формы арт-терапии:

1. Индивидуальное арт-терапевтическое консультирование – это такой метод работы, при котором на протяжении курса консультаций применяются средства изобразительного искусства в коммуникации клиента и специалиста.
2. Групповая арт-терапия.
3. Семейная арт-терапия характеризуется активным применением средств изобразительного искусства, которые позволяют проводить диагностику и коррекцию семейных отношений [22, 93 с].

Арт-терапия располагает большим инструментарием не только универсальных, но и специализированных методов воздействия на клиентов с различными психическими расстройствами, нарушениями адаптации др. Во многих случаях арт-терапия оказывается наиболее эффективной там, где большинство психологических методов работы неприемлемы, например с детьми, пожилыми людьми, в коррекции аддиктивного поведения подростков [5, 327 с].

Сегодня арт-терапия активно внедряется в деятельность различных организаций: общеобразовательных и специальных школы, социально-реабилитационных центров, школ-интернатов для детей с ограниченными возможностями здоровья, детских садов компенсирующего вида, геронтологических центров, лечебно-профилактических учреждений, комплексных центров социального обслуживания и т.д.

Арт-терапия включает в себя следующие виды [3, 49 с]:

1. ИЗО-терапия основана на использовании средств изобразительного искусства. Она связана с визуальным искусством и подразумевает возможность актуализации психических резервных возможностей, формирование на их основе адекватного поведения за счет творческой изобразительной деятельности.
2. Лекотерапия – терапия при помощи игрушек.

3. Музыкалотерапия – метод, использующий разнообразные музыкальные средства для психолого-педагогической и лечебно-оздоровительной коррекции личности, развития ее творческих способностей, интеллектуальной сферы, активизации социально-значимых качеств.
4. Сказкотерапия – прочтение и/или проигрывание сказок в сюжетно-ролевой игре.
5. Танцевально-двигательная терапия.
6. Терапия театральным искусством предполагает возможность создания детьми кукольного театра и проигрывания различных сюжетов.
7. Гарденотерапия – особое направление психосоциальной, трудовой и педагогической реабилитации, заключающееся в приобщения детей к работе с растениями. Данная технология способствует развитию элементарных трудовых и профессиональных навыков, развитию познавательной и творческой активности, овладению систематизированными знаниями об окружающей жизни.
8. Глинотерапия.
9. Пластилинография - создания лепных картин с изображением более или менее выпуклых, полубъемных объектов на горизонтальной поверхности при помощи пластилина.
10. Иппотерапия – реабилитация с привлечением потенциала верховой езды на лошади.
11. Дельфинотерапия – реабилитация посредством общения с дельфинами.
12. Мульт-терапия - это технология развития и творческой социализации детей путем использования создания мультфильмов.

Далее разберемся в сущности мульт-терапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Термины «мультипликация» и «анимация» обычно представляются синонимами, но сущность этих понятий имеет разные значения. Вот что говорит об этих терминах известный мультипликатор Фёдор Хитрук: «Мульти» — значит множественность, умножение. Производство мультфильма на самом деле сопряжено с изготовлением множества рисунков. Но на этом все параллели кончаются, никаких иных сближений — эстетических или технологических — здесь при всем желании уловить нельзя. Существует другое, гораздо более точное слово, которым именуют эту профессию во всем мире: аниматор, (от латинского «anima» — душа). В буквальном смысле — «одушеvitель». А само это искусство носит пока еще непривычное для многих название: анимация, одушевление. В том и заключена суть нашей работы, что мы должны не просто оживить рисунок (возможно, сие и есть мультипликация, но искусства здесь никакого не требуется), а вдохнуть в него душу, сотворить личность».

Мульт-терапия – это инновационный эффективный метод арт-терапии. Создание мультфильмов совместно с детьми позволяет раскрыть творческие и совершенствовать познавательные способности ребенка. Мультипликация - это коллективная творческая деятельность, благодаря которой происходит восстановление когнитивных функций, развитие творческих способностей детей, улучшение эмоционального состояния, что положительным образом влияет на успешную социализацию и реабилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья. Мультипликация как вид детского искусства актуален в настоящее время. Персонажи мультипликационных фильмов демонстрируют ребенку способы взаимодействия с окружающими людьми, учат вырабатывать определенные стили поведения. Они формируют у него первичные представления о добре и зле. Через сравнение себя с героями ребёнок имеет возможность научиться позитивно воспринимать себя, справляться со своими страхами и трудностями, уважительно относиться к другим.

События, происходящие в мультфильме, развивают их мышление и воображение, формируют мировоззрение [40, 144-146 с].

Мульт-терапия предоставляет возможность для детей с ограниченными физическими возможностями обрести уверенность в себе, воспользоваться их личностным потенциалом, чтобы принять и преодолеть ограничения, связанные с их инвалидностью.

В современной науке нет достаточных исследований и серьезных научных трудов в области применения мульт-терапии при работе с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Это вынуждает социальных педагогов, реабилитологов, арт-терапевтов, дефектологов и других специалистов самостоятельным опытным путем выработать методику работы с данной технологией. При этом накоплен положительный опыт в данном направлении. Все чаще мульт-терапия появляется в деятельности социально-реабилитационных центров, общих и коррекционных образовательных и дошкольных организаций, организаций интернатного типа и др.

Так педагоги МБДОУ Детского сада № 40 г. Воткинска Удмуртской области применяют мульт-терапию в коррекционной работе с детьми, имеющими нарушения зрения. В процессе работы ими проводилось педагогическое наблюдение за психоэмоциональным состоянием детей. Педагоги отметили положительную динамику поведенческих реакций и самооощения детей. Дети проявляли самостоятельность суждений, отстаивали свое мнение в процессе создания мультфильма.

Р.А. Самофал, кандидат психологических наук, доцент Череповецкого государственного университета, в своей статье дает следующие рекомендации по применению пассивной мульт-терапии в коррекции вербальной агрессии у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития:

1. Следует обратить внимание на тематику мультфильмов, поскольку мульт-терапия должна помочь ребенку выявить и осознать свои проблемы и показать возможные пути их решения.
2. В процессе работы педагогу необходимо создать особую атмосферу эмоционального принятия ребенка, где поддерживается все позитивное, доброе, что у него есть; признается право на любые чувства, однако предъявляются социальные требования к проявлению этих чувств.
3. Работа посредством мульт-терапии организуется в групповых занятиях с тремя-пятью детьми. При этом мультфильмы создаются для всей группы в целом, поскольку считается, что каждый ребенок не похож на другого и воспринимает мультфильм по-своему, беря из нее только то, что актуально для него, созвучно его проблемам.
4. Ребенку мало просто посмотреть мультфильм и пересказать сюжет. Педагогу в процессе занятия обязательно стоит смотреть мультфильм вместе с ребенком, комментировать происходящее, отвечать на вопросы и в свою очередь задавать вопросы ребенку, обсуждать поведение героев и разьяснять непонятные моменты. Поэтому в процессе просмотра мультфильмов важно делать паузы «стопы» для отработки важных смысловых сюжетов. Так в содержание мультфильма «упаковываются» учебные задания, которые подаются в форме игр, упражнений, этюдов.
5. Игры, задания, упражнения, этюды условно разделяются на несколько видов в соответствии с развиваемыми с помощью них сферами психики, а также исходя из направлений работы с вербально агрессивными детьми [38, 94-97 с].

Он считает, что «цель мульттерапии — помочь ребенку выявить и осознать свои проблемы и показать некоторые пути решения. Педагог в данном случае создает особую атмосферу эмоционального принятия

ребенка, где поддерживается все позитивное, доброе, что у него есть; признается право на любые чувства, однако предъявляются социальные требования к проявлению этих чувств» [38, 94-97 с].

Существенными достоинствами мульттерапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья можно назвать следующие:

1. Решение мотивационных проблем детей, так как возможность создания своего мультфильма позволяет ощутить причастность к общему делу и свою значимость.
2. Комплексный характер мульттерапевтической деятельности (изобразительная деятельность, музыка, литература, компьютерные технологии) развивают определенные компетенции.
3. Анимационный элемент и возможность озвучивания собственным голосом вызывает положительные эмоции.
4. Коррекция различных отклонений и нарушений психического и физического развития.
5. Повышение адаптационных способностей детей.

Мульттерапия является синтезом педагогического подхода, психологических методик групповой работы, арт-терапии и анимационных технологий. Мульттерапия дает возможность подступиться к глубинному бессознательному ребенка, стимулирует проработку переживаний через создание персонажа мультфильма, наделение его чертами характера присущими самому ребенку. Через работу с многогранными символами в искусстве развиваются ассоциативно-образное мышление, а также заблокированные или слаборазвитые системы восприятия. Особенность мульттерапии в отличие от других методик арт-терапии заключается в том, что вначале собственная работа по созданию мульт-персонажа может показаться ребенку неудачной, но впоследствии, видя ее на экране, в контексте коллективного творческого продукта, приобретает особую

ценность. Когда начинается работа по анимации и созданный персонаж «оживает», это создает особое волшебство и чувство собственной значимости.

Активная форма мульттерапии предполагает создание детьми мультфильмов. Любой мультфильм создается в несколько этапов, в прохождении каждого из которых, ребенок выступает активным участником и организатором – рисует, придумывает сюжет, пишет сценарий, изучает характеры персонажей, озвучивает. Все этапы создания мультфильма стимулируют развитие у детей необходимых навыков социализации: творчества, принятия разных ролей в социуме, преодоления неуверенности в себе, овладение необходимыми навыками коммуникации, выработку адекватного стиля поведения в коллективе. В процессе мульттерапевтической деятельности ребенком усваиваются основные методы поиска и принятия решений, уменьшается чувство тревоги и страха, значительно вырастает самооценка, появляется свобода в общении со взрослыми и сверстниками.

Мульттерапия относится к активной анимационной деятельности. Пассивный просмотр мультфильмов формирует мировоззрение, а самостоятельная работа по созданию мультипликационного фильма ребенком позволяет формировать следующие компетенции [43, 1-7 с]:

1. Творческая компетенция связана с инновацией, продуктивным мышлением, нестандартным подходом к решению поставленных задач.
2. Ценностно-смысловая компетенция - это компетенция, связанная с ценностными ориентирами.
3. Общекультурная компетенция – это обобщенные способы деятельности, позволяющие личности присваивать культурные образцы и создавать новые, ориентироваться в пространстве культуры.

4. Компетенция личностного самосовершенствования направлена на духовное и интеллектуальное развитие, овладение способами эмоциональной саморегуляции и самоподдержки.
5. Коммуникативная компетенция включает понимание способов взаимодействия с окружающими, нахождения в социуме, навыки работы в группе, коллективе, овладение различными социальными ролями.
6. Учебно-познавательные компетенции – это совокупность компетенций в сфере самостоятельной познавательной деятельности.
7. Организационно-трудовые компетенции – это комплекс компетенций, направленных на формирование представлений о производственных процессах, эффективной организации времени, рабочем инструментарии.
8. ИТ-компетенция - это компетенция, дающая знания и опыт в области информационных технологий.

Мультитерапия как технология разделяется на несколько этапов: подготовительный, основной, заключительный.

1 этап – подготовительный.

Работа начинается с ознакомления детей с историей мультипликации, известными мультипликаторами и мировыми мультипликационными студиями. Следующим шагом является просмотр пластилиновых мультфильмов. Необходимо дать детям представление о многообразии способов самовыражения, в том числе и через мультфильмы, задать цель, к которой приведут усилия и старания всех участников. Таким образом, мы пробуждаем интерес детей к мультипликации и дальнейшей работе над созданием собственного мультфильма. Также в технологии заложен диагностический компонент. Цель технологии заключается в реабилитации и социализации детей с ограниченными возможностями здоровья. На подготовительном этапе

проходит первичная диагностика. Необходимо зафиксировать показатели социализированности и коммуникативных склонностей детей, чтобы иметь представление об эффективности технологии.

Далее следует знакомство детей с пластилином и обучение основным приемам лепки из пластилина (раскатывание, скатывание, сплющивание, прищипывание, оттягивание, заглаживание и др.)

2 этап – основной.

На основном этапе осуществляется непосредственная работа по созданию мультфильма. Начинается работа с выбора темы мультфильма. Тема будущего мультфильма продумывается педагогом совместно с детьми. Она зависит от интересов детей и их возможностей. Важно поговорить с детьми о понимании выбранной темы.

Далее создается сценарий. Структура сценария выглядит следующим образом [20, 45-48 с]:

1. Экспозиция.
2. Завязка действия.
3. Развитие действия.
4. Кульминация.
5. Спад действия.
6. Развязка.
7. Концовка.

Следующим шагом является раскадровка. Раскадровка – это отображение сюжета в картинках. В раскадровке действие разбирается на отдельные сцены, из которых складывается мультфильм. Это нужно для того, чтобы на этапе съемки понять какие сцены необходимо отснять.

Занимаясь раскадровкой, нужно ставить себя на место будущего зрителя. Будет ли понятен сюжет. Сцены, которые будут казаться очевидными авторам, для зрителя могут быть не совсем понятными. Желательно в одно время заниматься придумыванием сюжета и

написанием сценария и раскадровкой. Процесс станет динамичным. Также возможно, когда дети вместе придумывают сюжет, а педагог зарисовывает кадры.

Далее следует создание фона, декораций и персонажей мультфильма. Здесь педагогу необходимо сначала направлять детей, давать указания, чтобы все включились в творческий процесс, а затем можно дать детям возможность самостоятельно принимать решения и организовывать себя и своих товарищей. Педагог не должен давать оценку действиям детей, критиковать их, а находиться в роли стороннего наблюдателя. При этом в спорные моменты необходимо брать на себя функции медиатора и помогать детям выйти из сложившейся ситуации.

После того как придуман сюжет, написан сценарий, сделана раскадровка, изготовлены декорации и персонажи мы можем приступать к непосредственной съемке мультфильма. Для съемки можно использовать технику перекладки. Она заключается в пошаговом передвижении персонажа. Дети под руководством педагога передвигают шаг за шагом героев мультфильма в соответствии с действиями, прописанными в сценарии, создавая иллюзию их самостоятельного перемещения. Каждую сцену мультфильма нужно отснять таким образом. Это самая трудоемкая часть работы.

Следующим этапом является озвучивание мультфильма. Озвучивание очень важный процесс. Озвучивание способствует развитию речи, памяти, мышления и артистических способностей ребенка. Нужно дать возможность каждому ребенку озвучить одного из персонажей мультфильма. Это даст ребенку почувствовать свою значимость, важность и нужность, поможет поверить в себя, преодолеть замкнутость и комплексы, связанные со своей особенностью.

Монтаж – это завершающий этап создания мультфильма. Монтировать полученные в процессе съемки кадры можно с помощью компьютерной программы Видеоредактор.

3 этап – заключительный.

На заключительном этапе проводится повторная диагностика уровня социализированности и коммуникативных склонностей детей. На последнем занятии детям предоставляется результат проделанной работы – готовый мультфильм.

Выводы по I главе

Анализ литературных источников по проблеме позволил выяснить следующее.

Исторически признанию, т.е. защите, социально незащищенных групп населения уделялось большое внимание в России. Особенно выделялась категория «особых» детей. Во взаимодействии государственных структур и таких «особых» детей историографы выделяют 3 этапа:

1. Общинно-приходской этап (период с 18 века до конца 19 века).
2. Институциональный этап (период с конца 19 века до 60-90-ых годов 20 века).
3. Интеграционный этап (период 60-90-ых годов 20 века по настоящее время) [12, 34 с].

В современной науке к категории детей-инвалидов относятся дети до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроля за своим поведением, обучения, общения, трудовой деятельности в будущем.

Б.П. Пузанов и В.А. Лапшин выделяют шесть групп детей с особенностями развития: дети с нарушением слуха, дети с нарушением зрения, дети с нарушением речи, дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, дети с умственной отсталостью, дети с искаженным развитием (психопатией, с патологией влечений).

Ограничения физического и интеллектуального развития оказывают влияние на своеобразие эмоционально-волевой сферы и характера. Трудности в учении, игре, овладении профессией, бытовые проблемы вызывают сложные переживания и негативные реакции. В одних случаях

своеобразие характера и поведения проявляется в неуверенности, пассивности, склонности и самоизоляции, в других – в раздражении, возбудимости и даже агрессивности.

Основные направления реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья включают в себя:

1. Восстановительные медицинские мероприятия.
2. Профессиональную ориентацию.
3. Социально-средовую, социально-педагогическую, социально-психологическую и социокультурную реабилитацию, социально-бытовую адаптацию.
4. Физкультурно-оздоровительные мероприятия, спорт.

Социально-педагогическая реабилитация решает задачи успешной интеграции ребенка-инвалида в общество с целью обеспечения полноценности и разносторонности процесса социализации, предупреждения развития возможных негативных ситуаций.

Эффективность социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья зависит от ряда условий:

1. Социальная работа должна быть комплексной.
2. Необходимо организовать индивидуальную среду для каждого ребенка
3. Повышение компетентности, психолого-педагогической культуры родителей.
4. Социальное партнерство и поддержка общественности в любых формах помощи таким детям.

В нашем исследовании в качестве технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья была выбрана мульт-терапия.

Мульттерапия – это инновационный метод арт-терапии. Это коллективная творческая деятельность, благодаря которой происходит восстановление когнитивных функций, развитие творческих способностей

детей, улучшение эмоционального состояния, что положительным образом влияет на успешную социализацию и реабилитацию детей с ограниченными возможностями здоровья. Самостоятельная работа по созданию мультипликационного фильма ребенком позволяет формировать следующие компетенции:

1. Творческая компетенция.
2. Ценностно-смысловая компетенция.
3. Общекультурная компетенция.
4. Компетенция личностного самосовершенствования.
5. Коммуникативная компетенция.
6. Учебно-познавательные компетенции.
7. Организационно-трудовые компетенции.
8. ИТ-компетенция.

Мульттерапия как технология реабилитации разделяется на несколько этапов: 1 этап – подготовительный, 2 этап – основной, 3 этап – заключительный.

Глава 2. Практическая работа по применению мульттерапии в реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

2.1 Организация исследования и результаты констатирующего эксперимента

С целью изучения мульттерапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья была разработана и реализована программа.

Исследование проводилось в период с 10 ноября по 30 ноября 2016 года на базе Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат для обучающихся и воспитанников с ограниченными возможностями здоровья (нарушение опорно-двигательного аппарата) № 4 г. Челябинска». Местонахождение образовательного учреждения: 454080, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Худякова, 22.

На современном этапе развития МБОУ «Школа-интернат № 4 г. Челябинска» обеспечивает общеобразовательную подготовку, соответствующую возрасту и состоянию здоровья, социально-трудовую адаптацию и интеграцию в общество обучающихся, воспитанников с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Обучение детей с ограниченными возможностями здоровья имеет коррекционно-развивающую направленность, что предполагает индивидуальный подход к каждому ребенку, использование специальных методов и средств, включение в учебный план специальных коррекционных курсов, индивидуально-групповых коррекционных и факультативных занятий в целях преодоления дефектов развития.

Концепция образовательной деятельности учреждения заключается в создании адаптивной образовательной среды с представленным

комплексом психолого-педагогических и медико-социальных услуг, в целях дальнейшей социализации либо социально - средовой адаптации учащихся и воспитанников МБОУ «Школа-интернат № 4 г. Челябинска».

В школьный учебный план включены следующие коррекционные курсы и коррекционные занятия:

1. Развитие устной речи на основе изучения предметов и явлений окружающей действительности.
2. Социально-бытовая ориентировка.
3. Коррекция и развитие познавательной деятельности детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в 0-8 классах.
4. Коррекция нарушений в эмоционально-волевой сфере детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в 7-8 классах.
5. Коррекция нарушений в личностной сфере и профориентация детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата в 9-10 классах.

Основная цель деятельности социально-психологической службы в школе-интернате № 4 заключается в организации эффективной системы психологического сопровождения учащихся и развитие социально-психологической компетентности всех участников образовательного процесса. Под руководством педагога-психолога и социального педагога проводятся мероприятия с учащимися школы в рамках акций по здоровьесбережению, профилактике девиантного поведения и др.

Важным звеном в системе воспитательной работы школы является система дополнительного образования. Она обеспечивает дополнительные возможности для формирования общей культуры личности обучающихся, их адаптации к жизни в обществе, для создания осознанного выбора профессии в современных условиях и духовно- нравственного роста. В школе-интернате организованы кружки и секции: танцевальный коллектив, театральная студия, хор, изостудия, кружок «Рукодельница», кружок

«Очумелые ручки», кружок игры на гитаре, кружок «Краеведы-экологи», спортивные секции.

Цель нашей исследовательской работы: исследовать возможность мульттерапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи:

1. Выявить уровень социализированности, коммуникативных навыков детей в экспериментальной группе.
2. Разработать проект по мульттерапии.
3. Реализовать проект.
4. Провести контрольную диагностику социализированности, коммуникативных навыков детей в экспериментальной группе.

Исследование проводилось на учащихся 5 «г» класса. В классе 7 человек, из них 4 мальчика и 3 девочки, возраст детей 10-11 лет. Дети имеют нарушения опорно-двигательного аппарата, наблюдается задержка психического развития, которая проявляется в отставании формирования мыслительных операций, низкой концентрации внимания, рассеянности, неусидчивости. Также у детей наблюдаются проблемы социализации и развития коммуникативных навыков.

Для проведения исследования нами были выбраны следующие методики:

1. Методика для изучения социализированности личности, разработанная профессором М.И. Рожковым.

Цель: выявить уровень социальной адаптированности, активности, автономности и нравственной воспитанности учащихся.

2. Методика выявления коммуникативных склонностей учащихся (составлена на основе материалов пособия Р.В. Овчаровой «Справочная книга школьного психолога»).

Цель: выявление коммуникативных склонностей учащихся.

Проведя диагностику по методике изучения социализированности личности М.И. Рожкова, были получены следующие результаты, которые отражены в Таблице 2.

Таблица 2

Результаты диагностики «Методика для изучения социализированности личности, разработанная профессором М.И. Рожковым» (в % испытуемых)

| Показатель | Уровень | | |
|----------------------------------------------------------------------------|---------|---------|--------|
| | Высокий | Средний | Низкий |
| Социальная адаптированность | 0 | 57 | 43 |
| Автономность | 0 | 57 | 43 |
| Социальная активность | 14 | 29 | 57 |
| Приверженности к гуманистическим нормам жизнедеятельности (нравственности) | 14 | 43 | 43 |

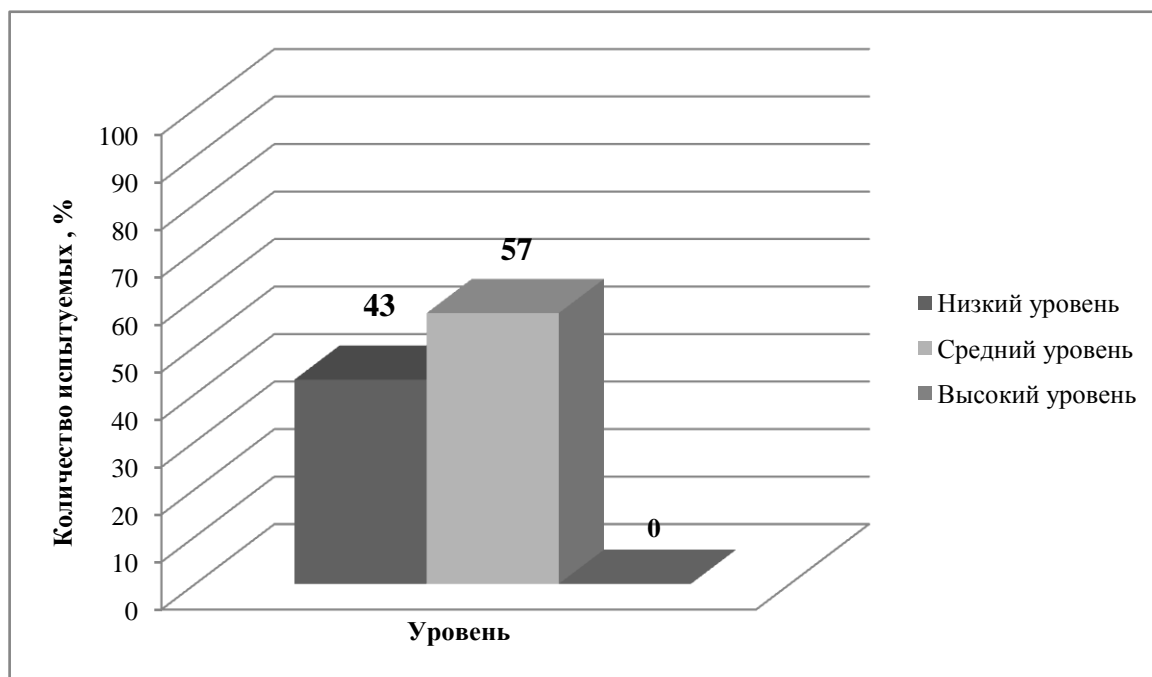


Рис. 1. Распределение уровня социальной адаптированности по методике изучения социализированности личности М.И. Рожкова

На рисунке 1 мы можем наблюдать, что чуть больше половины респондентов (57%) имеют средний уровень социальной адаптированности. 3 из 7 детей имеют низкий уровень (43%). Высокий уровень социальной адаптированности не показал ни один из испытуемых (0%).

На рисунке 2 мы видим, что высоким уровнем автономности не обладает ни один из испытуемых (0%). Это объясняется тем, что дети с ограниченными возможностями здоровья нередко оказываются под постоянной чрезмерной заботой и опекой со стороны родителей, общества и государства, зачастую они не могут самостоятельно принимать решения. 4 из 7 детей имеют средний уровень автономности (57%). Низкий уровень отмечен у 43% испытуемых.

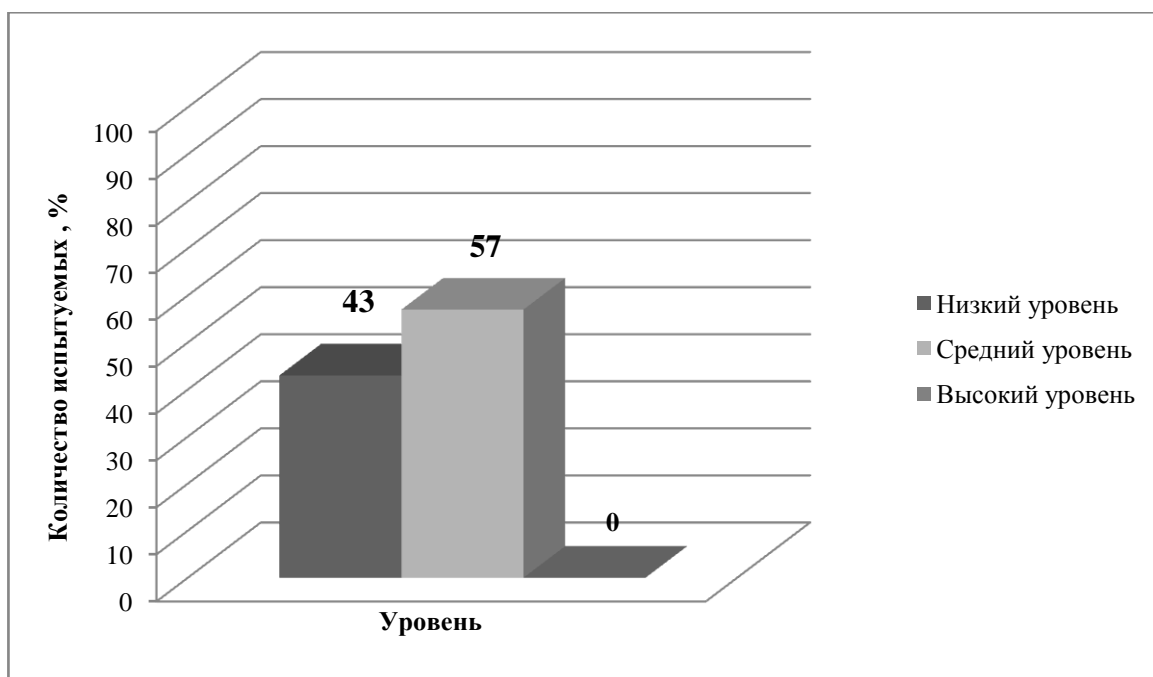


Рис. 2. Распределение уровня автономности по методике изучения социализированности личности М.И. Рожкова

На рисунке 3 отражены уровни социальной активности. Только 1 из 7 детей имеет высокий уровень социальной активности (14%). 57 % испытуемых обладают низким уровнем. Средней уровень отмечен у 2 испытуемых (29%). Приведенные данные могут говорить о том, что дети с

ограниченными возможностями здоровья immobileны, чаще всего они находятся дома, у них наблюдается бедность социальных связей, зачастую особенные дети не могут себя полностью реализовать.

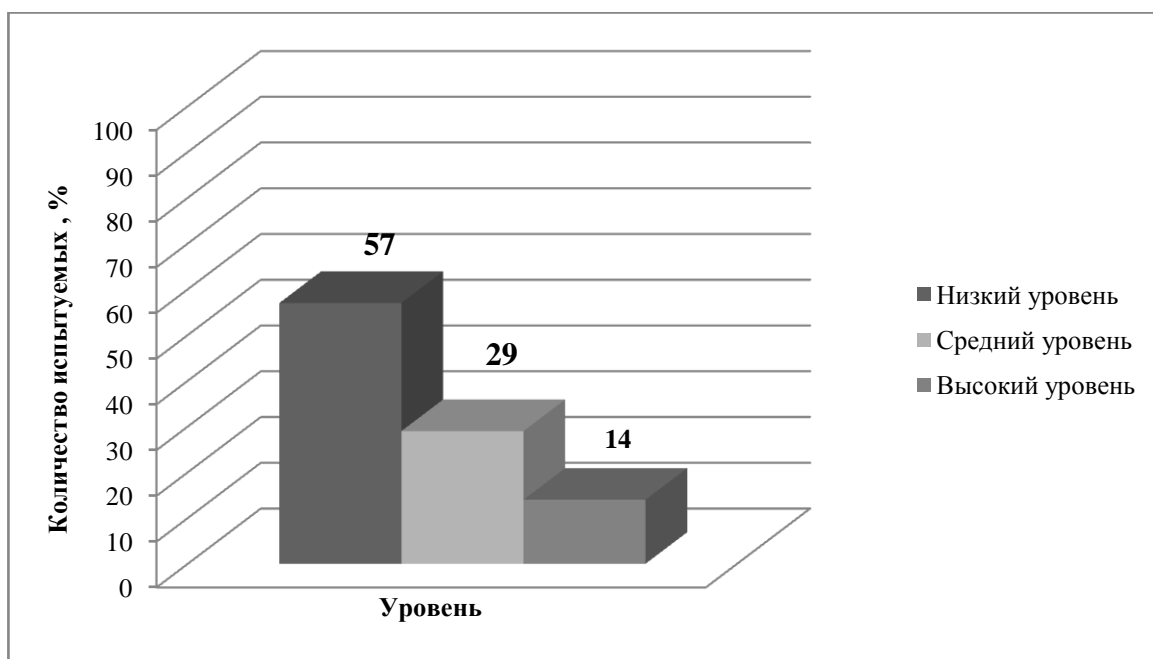


Рис. 3. Распределение уровня социальной активности по методике изучения социализированности личности М.И. Рожкова

На рисунке 4 представлены данные об уровне нравственности испытуемых. Высокий уровень нравственности демонстрирует лишь 1 испытуемый (14%). Поровну распределились средний и низкий уровень – 43% опрошенных.

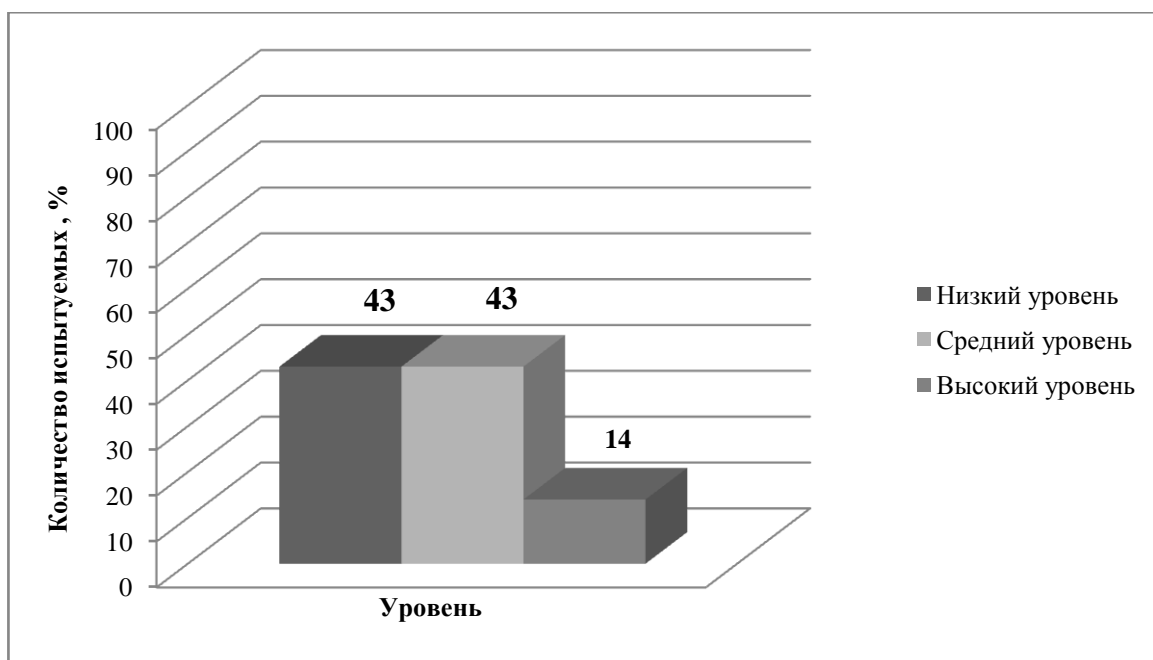


Рис. 4. Распределение уровня приверженности к гуманистическим нормам жизнедеятельности (нравственности) по методике изучения социализированности личности М.И. Рожкова

Проанализировав полученные результаты по методике изучения социализированности личности М.И. Рожкова можно сделать следующие **выводы**:

1. У испытуемых преобладает низкий и средний уровень социализированности (43% и 57% соответственно).
2. Высоким уровнем автономности не обладает ни один из испытуемых (0%). Это объясняется тем, что дети с ограниченными возможностями здоровья нередко оказываются под постоянной чрезмерной заботой и опекой со стороны родителей, общества и государства, зачастую они не могут самостоятельно принимать решения.
3. Только 1 из 7 детей имеет высокий уровень социальной активности (14%). 57 % испытуемых обладают низким уровнем. Приведенные данные могут говорить о том, что дети с ограниченными возможностями здоровья имобильны, чаще всего они находятся

дома, у них наблюдается бедность социальных связей, зачастую особенные дети не могут себя полностью реализовать.

Проведя диагностику по методике выявления коммуникативных склонностей учащихся мы получили следующие результаты, которые отражены в Таблице 3.

Таблица 3

Результаты диагностики «Методика выявления коммуникативных склонностей учащихся (составлена на основе материалов пособия Р.В. Овчаровой «Справочная книга школьного психолога»)»

| Уровень | Количество испытуемых, % |
|---------------|--------------------------|
| Низкий | 43 |
| Ниже среднего | 28,5 |
| Средний | 28,5 |
| Выше среднего | 0 |
| Высокий | 0 |

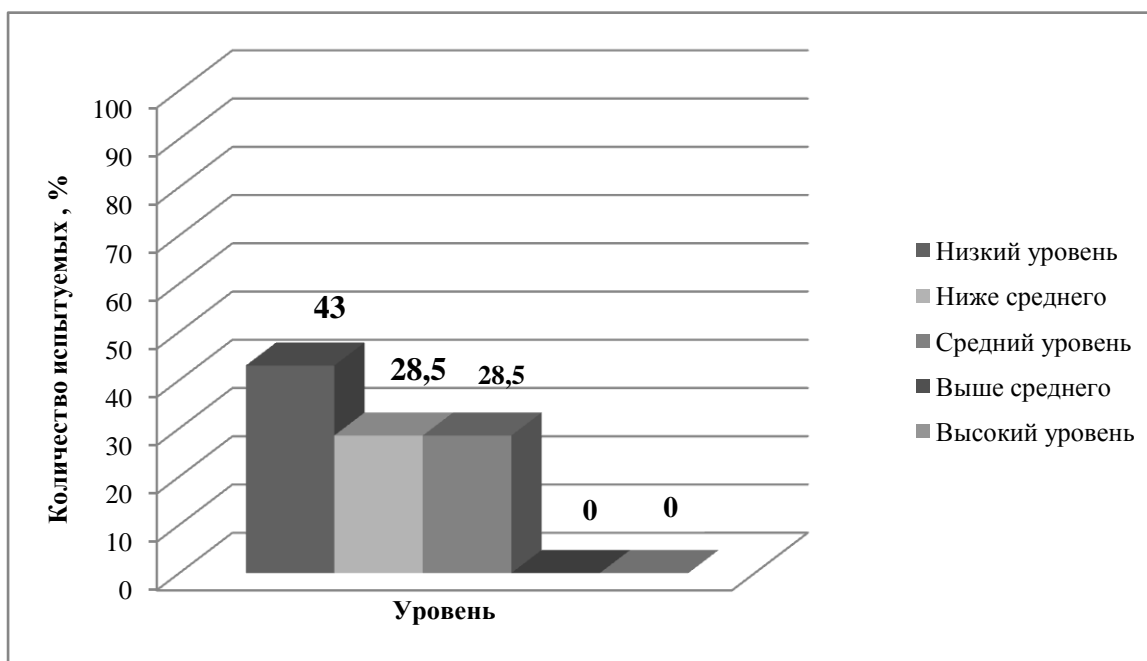


Рис. 5. Распределение уровня развития коммуникативных склонностей по методике выявления коммуникативных склонностей учащихся (составлена на основе материалов пособия Р.В. Овчаровой «Справочная книга школьного психолога»)»

На рисунке 5 мы можем заметить, что у испытуемых преобладает низкий уровень развития коммуникативных склонностей (43%). Ни один из респондентов не обладает высоким уровнем развития коммуникации (0%). Поровну распределились средний уровень и ниже среднего – 28,5%. Такие данные могут свидетельствовать о том, что дети с ограниченными возможностями здоровья не имеют широкой системы социальных связей, положительного опыта во взаимодействии со сверстниками из обычной среды. Также им бывает сложно выстроить взаимодействие с такими же детьми, как и они. Они часто замыкаются в себе, становятся закрытыми для новых знакомств, им трудно преодолеть себя и принять свои особенности. Здесь многое зависит от родителей и их позиции в отношении своего ребенка.

Таким образом, у испытуемых преобладает низкий и средний уровень социальной адаптированности, автономности и социальной активности. Также у детей отмечается низкий уровень развития коммуникативных склонностей. Это дает нам основание для улучшения развития коммуникации и повышения уровня социализированности детей с ограниченными возможностями здоровья посредством реабилитации с помощью мульттерапии.

2.2 Реализация проекта и результаты контрольного эксперимента

С целью выявления эффективности мульттерапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья был разработан проект и реализована его пилотная часть.

Название проекта: «Живой пластилин».

Цель проекта: за счет активизации внутренних ресурсов ребенка в процессе художественно-творческого развития повысить уровень социализированности ребенка, помочь успешно адаптироваться в обществе, выстроить взаимодействие с другими людьми.

Ожидаемые результаты:

1. Количественные показатели:
 - 1.1 Повышение уровня социализированности детей.
 - 1.2 Развитие коммуникативных склонностей.
2. Качественные показатели:
 - 2.1 Наличие общего представления о мультипликации и анимационном творчестве.
 - 2.2 Способность ребенка к планированию последовательной работы в создании мультфильма.
 - 2.3 Развитие творческого потенциала, воображения, творческой активности.
 - 2.4 Освоение способов конструктивного взаимодействия, развитие коммуникативных качеств.

География проекта: Челябинская область.

Срок реализации проекта: 2 месяца.

Краткая аннотация: Проект «Живой пластилин» – это создание пластилинового короткометражного мультфильма детьми с ограниченными возможностями здоровья. Создание мультфильма является хорошей возможностью включения детей с ограниченными возможностями в творческую деятельность, способствующую их успешной социальной адаптации и реабилитации, а также расширяющую возможности взаимодействия представителей различных социальных групп и самореализации детей. Мульттерапия основывается на том, что воздействуя на творческие способности детей, она дает мощный ресурс, который позволяет детям актуализировать психические резервные

возможности, формировать на их основе адекватные формы поведения, активизировать социально значимые качества, завязать социальные контакты, развить коммуникабельность

Описание проблемы, решению/снижению остроты которой посвящен проект: низкий уровень социализированности и коммуникативных способностей детей с ограниченными возможностями здоровья. Такие дети имеют затруднения при вхождении в общество: им трудно общаться с другими людьми, ориентироваться в пространстве, они сильно ограничены в выборе деятельности. Отсутствие мобильности, гиперопека родителей, заикленность на лечении, ограниченная личная ответственность и отсутствие опыта принятия самостоятельных решений часто приводят к тому, что дети с ограниченными возможностями здоровья воспринимают себя как менее компетентных и адаптированных к жизнедеятельности и взаимодействию в социуме.

Актуальность проекта для семей и детей. Семья с ребенком с ограниченными возможностями здоровья – это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой связаны с большей занятостью решением проблем ребенка, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения. В такой семье возникает много сложных проблем: экономических, медицинских, профессиональных, психологических, проблем воспитания и ухода за ребенком.

Создание мультфильмов совместно с детьми позволяет раскрыть творческие и совершенствовать познавательные способности ребенка. Если к такой деятельности присоединяются родители, то для ребенка это не кажется просто развлечением, это принимает более глубокий смысл, приобретает особую значимость. Это возможность «услышать» родителю о внутренних проблемах ребенка, лучше понять его и выстроить грамотные взаимоотношения, а ребенку помогает понять, что его принимают таким, какой он есть. Благодаря этому происходит

восстановление когнитивных функций, улучшение эмоционального состояния, что положительным образом влияет на успешную реабилитацию и социализацию.

Соответствие проекта «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года» (Распоряжение Правительства РФ от 17.11.2008 № 1662-р), **«Стратегии инновационного развития России до 2020 года»** (Распоряжение Правительства РФ от 08.12.2011 № 2227-р): проект соответствует Концепциям по следующему направлению «Реабилитация и социальная интеграция инвалидов»

Основные целевые группы, на которые направлен проект: дети с ограниченными возможностями здоровья в возрасте 6-12 лет.

Задачи проекта:

1. Образовательные:

- обучать организовывать своё рабочее место, планировать последовательность работы над созданием мультфильма;
- обучать всем этапам создания мультфильма (придумывание истории, сюжета, сценария; составление раскадровки; изготовление фонов и персонажей; съёмочная часть и озвучивание).

2. Развивающие:

- способствовать повышению уровня социализированности детей;
- способствовать развитию мелкой моторики,;
- способствовать развитию эмоциональной сферы, умению осознавать и адекватно выражать эмоции;
- способствовать развитию коммуникативных качеств;
- способствовать развитию творческих способностей и творческой активности.

3. Воспитательные:

- способствовать созданию в коллективе отношения доверия, уважения;
- помогать преодолевать нерешительность и страх проявлять себя;
- воспитывать интерес к мультипликации;
- повышать чувство значимости, дать почувствовать себя автором творческого продукта, полноценной личностью;
- побуждать ребенка к проявлению собственной творческой активности, реализации своих идей.

Методы реализации проекта:

1. Диагностические методы.
2. Объяснение, беседа, описание, рассказ, вопросы, ответы.
3. Практическое выполнение заданий.

Календарный план реализации проекта представлен в таблице 4.

Таблица 4

Календарный план реализации проекта

| Мероприятие | Сроки (дд.мм.гг) | Количественные/качественные показатели реализации |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------------------------------|
| Организационное занятие. Создание мультипликационной группы на базе учреждения. Оформление уголка, посвященного мультгруппе, объявление на уголке для родителей о возможности совместного посещения занятий с детьми по мульттерапии | | |

Продолжение таблицы 4

| | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| Вводное занятие Основа представлений о мультипликации и анимационном творчестве. | | Наличие общего представления о мультипликации |
| Диагностика - начальный этап. | | |
| Просмотр и обсуждение мультфильмов | | Проявление активности, развитие коммуникативных способностей |
| Общее знакомство с основными техниками анимации (песочная анимация, рисованная анимация, пластилиновая анимация) | | Знакомство с 3 видами анимации |
| «Мой первый персонаж» (практические занятия) Продумывание образа героя, зарисовка Создание героя в пластилиновой технике | | Умение организовывать свое рабочее место Развитие эмоциональной сферы |
| Изучение движений рук и ног. Учим персонажа ходить. Оживление персонажа - фотосъемка | | Умение адекватно выражать эмоции |
| Учимся озвучивать персонаж | | Проявление инициативности Создание в группе отношения сотрудничества, взаимного уважения |
| Работа над созданием сценария и раскадровка мультфильма | | Развитие коммуникативных навыков |
| Работа над созданием персонажей | | Проявление творческой активности Развитие мелкой моторики пальцев рук |
| Создание фонов и декораций | | Освоение способов конструктивного взаимодействия |

Продолжение

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Съемка | | Освоение способов конструктивного взаимодействия Проявление самостоятельности, дисциплинированности |
| Озвучивание | | Способность к планированию последовательной работы |
| Монтаж мультфильма в программе Windows Movie Maker | | |
| Заключительная диагностика | | Повышение уровня социализированности и коммуникативных способностей |
| Заключительное занятие: просмотр мультфильмов, созданных детьми, обмен впечатлениями, вручение детям сертификатов «Юный мультипликатор» | | Готовый мультфильм Освоение способов конструктивного взаимодействия |

Мультипликативность: проект может быть реализован в любом регионе РФ, в учреждениях, где обучаются и/или воспитываются дети с ограниченными возможностями здоровья.

Детализированная смета расходов представлена в таблице 5.

Таблица 5

Детализированная смета расходов (из расчета на количество детей 7 человек)

| № | Статья расходов | Стоимость (ед.), руб. | Кол-во единиц | Всего, руб. |
|---|-----------------|-----------------------|---------------|-------------|
| 1 | Пластелин | 82 | 10 | 820 |
| 2 | Стеки | 8 | 10 | 80 |
| 3 | Цветная бумага | 32 | 5 | 160 |

Продолжение таблицы 5

| | | | | |
|---------------|----------|-----|----|------|
| 4 | Картон | 22 | 5 | 110 |
| 5 | Ножницы | 40 | 10 | 400 |
| 6 | Клей ПВА | 43 | 10 | 430 |
| 7 | Скотч | 56 | 5 | 280 |
| 8 | Штатив | 880 | 1 | 880 |
| ИТОГО: | | | | 3160 |

Наша деятельность по реализации проекта началась со знакомства детей с историей мультипликации, известными мультипликаторами и мировыми мультипликационными студиями. Дети с большим интересом наблюдали за презентацией, активно обсуждали просмотренный материал и делились впечатлениями. Дети положительно откликнулись на идею создания собственного пластилинового мультфильма.

На первом занятии мы выбирали тему и сценарий мультфильма. Леша М. проявил свои лидерские качества и стал предлагать возможные темы для мультфильма. Остальные ребята его поддерживали. Идея родилась очень быстро, так как дети были заинтересованы таким видом деятельности.

На втором занятии мы занялись непосредственно разработкой сцен мультфильма, подготовкой декораций и изготовлением самих героев мультфильма.

Наша исследовательская деятельность в этом процессе заключалась в координации действий детей и наблюдением за их взаимодействием. Управленческую функцию на себя взяла Лиза Е., она говорила ребятам как и что располагать на платформе для съемки мультфильма, активно в этом помогала ей Марианна В. Марианна очень застенчивая девочка, в силу своих особенностей, она часто не могла дослушать другого человека, перебивала и пыталась навязать свое мнение. Здесь же Марианна

включилась в процесс и взаимодействовала с ребятами в команде, прислушивалась к другим, но также проявляла инициативу. Настя Ю. отмечалась рассеянным вниманием и недостаточной концентрацией на процессе. Настя была отстраненной от коллективной деятельности в начале занятия, но позже при помощи Лизы Е. включилась в разработку мультфильма. Насте было сложно справиться с лепкой из пластилина, так как у нее наблюдалась недостаточная развитость мелкой моторики пальцев, но она проявляла настойчивость и терпение.

Самым интересным этапом работы для детей были съемка и озвучивание персонажей. Все ребята хотели почувствовать себя в роли оператора и звукорежиссера. Каждый по очереди смог снять кадр и озвучить одного из персонажей.

На заключительном занятии ребятам был представлен смонтированный мультфильм, снятый и озвученный ими. Мультфильм нашел положительный отклик у детей, так как участие в создании мультфильма, включение результатов его деятельности в общий контекст вызвало ощущение сопричастности к чему-то важному и интересному. Ребята и их классный руководитель были заинтересованы в дальнейшем сотрудничестве в данном направлении.

После окончания реализации пилотной части проекта нами было проведено контрольное исследование уровня социализированности и уровня развития коммуникативных склонностей. Были использованы те же методики, что и в констатирующем исследовании.

Полученные результаты мы можем наблюдать в таблице 6.

Таблица 6

Результаты диагностики «Методика для изучения социализированности личности, разработанная профессором М.И. Рожковым» - контрольное исследование (в % испытуемых)

| Показатель | Уровень |
|------------|---------|
|------------|---------|

Продолжение таблицы 6

| | Высокий | Средний | Низкий |
|----------------------------------------------------------------------------|---------|---------|--------|
| Социальная адаптированность | 14,3 | 71,4 | 14,3 |
| Автономность | 28,6 | 42,8 | 28,6 |
| Социальная активность | 28,6 | 42,8 | 28,6 |
| Приверженность к гуманистическим нормам жизнедеятельности (нравственности) | 14 | 43 | 43 |

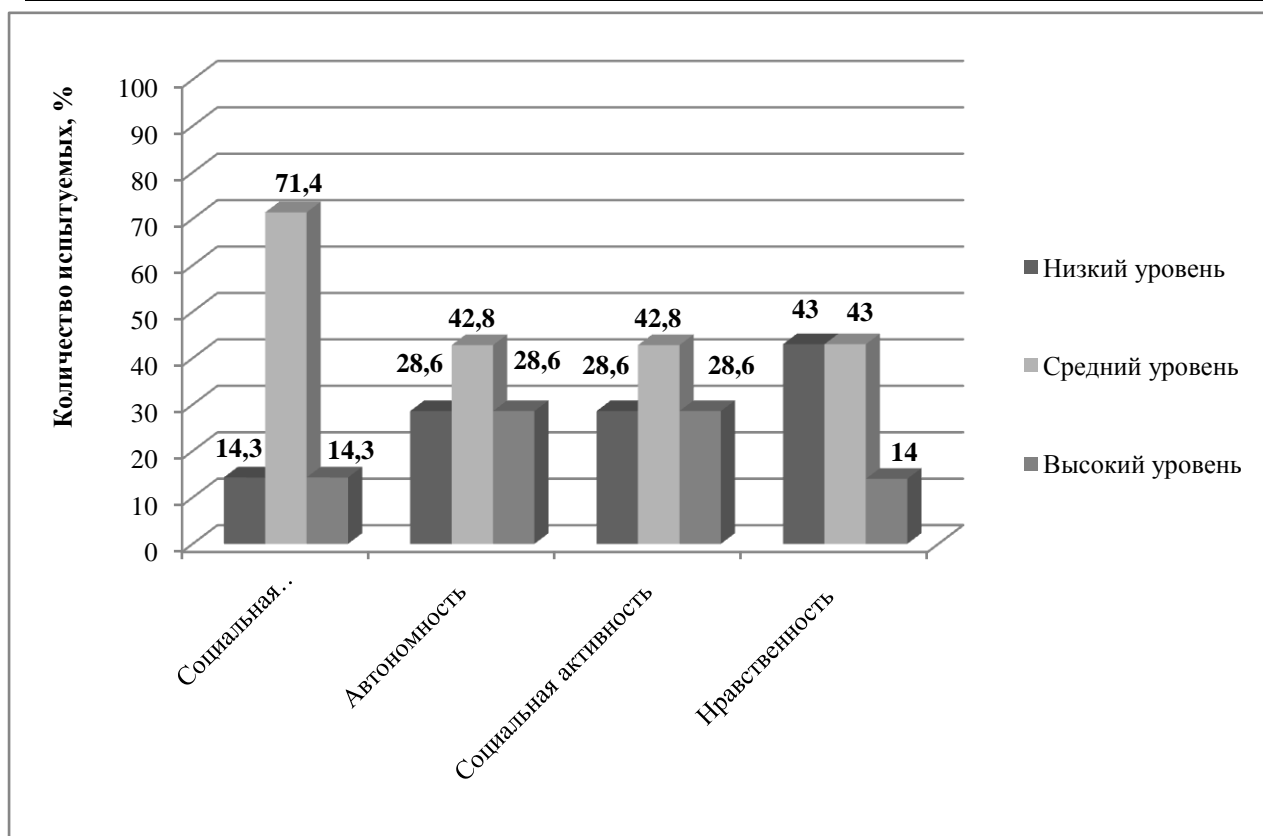


Рис. 6. Распределение уровней по методике изучения социализированности личности М.И. Рожкова – контрольное исследование

При сравнении результатов констатирующего и контрольного исследования можно проследить положительную динамику (Таблица 7).

Таблица 7

Сравнительная таблица результатов констатирующего и контрольного исследования по «Методике для изучения социализированности личности, разработанная профессором М.И. Рожковым» (в % испытуемых)

| Показатель | Констатирующее исследование | | | Контрольное исследование | | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------|----------------|--------------------------|-----------------|----------------|
| | Высокий уровень | Средний уровень | Низкий уровень | Высокий уровень | Средний уровень | Низкий уровень |
| Социальная адаптированность | 0 | 57 | 43 | 14,3 | 71,4 | 14,3 |
| Автономность | 0 | 57 | 43 | 28,6 | 42,8 | 28,6 |
| Социальная активность | 14 | 29 | 57 | 28,6 | 42,8 | 28,6 |
| Приверженность к гуманистическим нормам жизнедеятельности (нравственности) | 14 | 43 | 43 | 14 | 43 | 43 |

Мы можем наблюдать то, что до начала реализации пилотной части проекта детей с высоким уровнем социальной адаптированности и автономности не было, преобладали дети с низким уровнем социальной активности и нравственности. Однако после проведения занятий по мульттерапии процент детей с низким уровнем социальной адаптированности снизился (14,3%), а процент детей со средним уровнем социальной адаптированности повысился (71,4%). У 2 из 7 респондентов был отмечен высокий уровень развития автономности (28,6%). У 1 из 7 испытуемых был отмечен высокий уровень социальной адаптированности (14,3%). Также повысился процент детей со средним уровнем социальной активности (29% до реализации, 42,8% - после).

Таблица 8

Результаты диагностики «Методика выявления коммуникативных склонностей учащихся (составлена на основе материалов пособия Р.В. Овчаровой «Справочная книга школьного психолога»)» - контрольное исследование (в % испытуемых)

| Уровень | Количество испытуемых |
|---------------|-----------------------|
| Низкий | 28,6 |
| Ниже среднего | 14,2 |
| Средний | 28,6 |
| Выше среднего | 28,6 |
| Высокий | 0 |

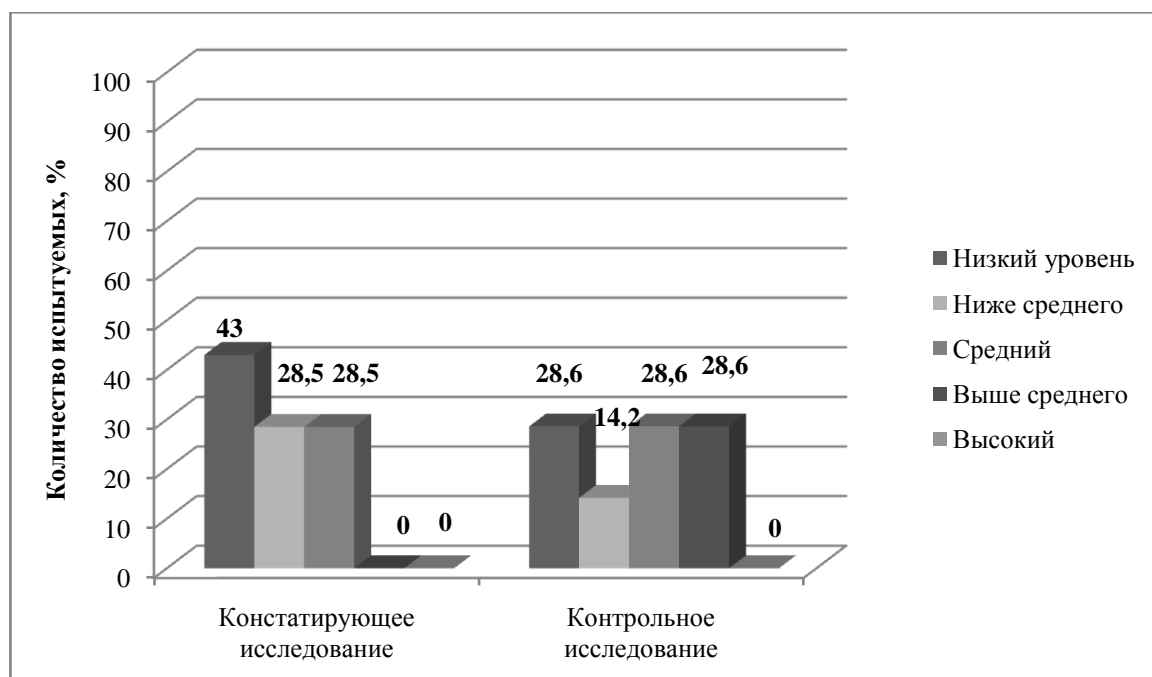


Рис. 7. Сравнение результатов констатирующего и контрольного исследования методики выявления коммуникативных склонностей учащихся

На рисунке 7 мы можем наблюдать, что до начала реализации пилотной части проекта 43% испытуемых имеют низкий уровень коммуникативных склонностей, высокий уровень и выше среднего не показал ни один из респондентов. После проведения занятий по мульттерапии снизился процент детей с низким уровнем коммуникативных склонностей и ниже среднего. 2 из 7 детей показали уровень выше среднего (28,6%).

Таким образом, мы отметили положительную динамику при использовании мульттерапии как технологии реабилитации детей с

ограниченными возможностями здоровья. Задачи исследования решены, цель достигнута.

Выводы по II главе

С целью выявления эффективности мульттерапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья был разработан проект и реализована его пилотная часть.

Цель проекта: за счет активизации внутренних ресурсов ребенка в процессе художественно-творческого развития повысить уровень социализированности ребенка, помочь успешно адаптироваться в обществе, выстроить взаимодействие с другими людьми.

В ходе проведенного исследования мы получили следующие результаты.

По «Методике для изучения социализированности личности, разработанная профессором М.И. Рожковым» до начала реализации пилотной части проекта детей с высоким уровнем социальной адаптированности и автономности не было, преобладали дети с низким уровнем социальной активности и нравственности. Однако, после проведения занятий по мульттерапии процент детей с низким уровнем социальной адаптированности снизился (14,3%), а процент детей со средним уровнем социальной адаптированности повысился (71,4%). У 2 из 7 респондентов был отмечен высокий уровень развития автономности (28,6%). У 1 из 7 испытуемых был отмечен высокий уровень социальной адаптированности (14,3%). Также повысился процент детей со средним уровнем социальной активности (29% до реализации, 42,8% - после).

Методика выявления коммуникативных склонностей учащихся до реализации пилотной части проекта показала, что 43% испытуемых имеют низкий уровень коммуникативных склонностей, высокий уровень и выше среднего не показал ни один из респондентов. После проведения занятий по мульттерапии снизился процент детей с низким уровнем

коммуникативных склонностей и ниже среднего. 2 из 7 детей показали уровень выше среднего (28,6%).

Заключение

Дети, которые попадают под эгиду особых потребностей, имеют много сходных характеристик. Как все дети, они яркие, веселые, творческие и любопытные. Они хотят быть успешными, понятыми, признанными и принятыми. Иногда слаборазвитая коммуникация, проблемы сенсорной интеграции, разрушительное поведение и недостаток внимания могут подорвать способность ребенка учиться и процветать. Так как дети-инвалиды не могут участвовать в социальной жизни наравне с обычными детьми, они могут восприниматься как слабые, беспомощные и зависимые. Принятие особенностей детей-инвалидов помогает им выработать адекватную самооценку.

Социально-педагогическая деятельность ставит своей целью оказание социально-педагогической помощи детям с ограниченными возможностями здоровья. Социально-педагогическая реабилитация решает задачи успешной интеграции ребенка-инвалида в общество с целью обеспечения полноценности и разносторонности процесса социализации, предупреждения развития возможных негативных ситуаций. Можно сказать, что в некотором смысле успех социально-педагогической реабилитации во многом зависит от успеха всех форм реабилитационной помощи. Однако именно социально-педагогическая реабилитация обеспечивает своеобразный итоговый успех всего процесса.

Цель нашего исследования: обосновать и экспериментально исследовать возможности мульттерапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Задачи:

1. Изучить детей с ограниченными возможностями здоровья как категорию клиентов социальной работы.

2. Выявить особенности мульт-терапии как технологии социальной реабилитации.

3. Разработать проект реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья посредством мульт-терапии.

4. Апробировать проект реабилитации.

Методы исследования: анализ научной литературы, нормативно-правовых документов; эксперимент, тестирование.

Таким образом, при написании квалификационной работы были выполнены следующие задачи:

1. Изучены дети с ограниченными возможностями как категория клиентов социальной работы. Была рассмотрена классификация детей с особенностями развития Б.П. Пузанова и В.А. Лапшина. Выделяют шесть групп детей с особенностями развития: дети с нарушением слуха, дети с нарушением зрения, дети с нарушением речи, дети с нарушением опорно-двигательного аппарата, дети с умственной отсталостью, дети с искаженным развитием (психопатией, с патологией влечений). Вывели особенности детей с ограниченными возможностями здоровья:

- нарушения эмоционально-волевой сферы и характера;
- трудности в обучении, игре, овладении профессией;
- затруднения бытовой адаптации;
- психические и психологические нарушения (неуверенность, пассивность, замкнутость, склонность к самоизоляции, раздражительность, возбудимость, агрессивность и др.);
- трудности в общении и взаимодействии с окружающими людьми.

2. Рассмотрена мульт-терапия как технология реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Выявлены ее особенности:

- раскрытие творческих способностей детей;
- совершенствование познавательных способностей детей;

- дает возможность подступиться к глубинному бессознательному ребенка, стимулирует проработку переживаний;

- содействует в преодолении неуверенности в себе, овладению необходимыми навыками коммуникации, выработке адекватного стиля поведения в коллективе. Рассмотрены этапы мульт-терапии как технологии. Она состоит из подготовительного, основного и заключительного.

3. С целью изучения мульттерапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья был разработан и реализован проект.

Исследование проводилось в период с 10 ноября по 30 ноября 2016 года на базе Муниципального бюджетного общеобразовательного учреждения «Специальная (коррекционная) общеобразовательная школа-интернат для обучающихся и воспитанников с ограниченными возможностями здоровья (нарушение опорно-двигательного аппарата) № 4 г. Челябинска». Местонахождение образовательного учреждения: 454080, Челябинская область, г. Челябинск, ул. Худякова, 22.

Для проведения исследования нами были выбраны следующие методики:

1. Методика для изучения социализированности личности, разработанная профессором М.И. Рожковым.

2. Методика выявления коммуникативных склонностей учащихся (составлена на основе материалов пособия Р.В. Овчаровой «Справочная книга школьного психолога»).

В ходе проведенного исследования мы получили следующие результаты.

По «Методике для изучения социализированности личности, разработанная профессором М.И. Рожковым» до начала реализации пилотной части проекта детей с высоким уровнем социальной

адаптированности и автономности не было, преобладали дети с низким уровнем социальной активности и нравственности. Однако, после проведения занятий по мульттерапии процент детей с низким уровнем социальной адаптированности снизился (14,3%), а процент детей со средним уровнем социальной адаптированности повысился (71,4%). У 2 из 7 респондентов был отмечен высокий уровень развития автономности (28,6%). У 1 из 7 испытуемых был отмечен высокий уровень социальной адаптированности (14,3%). Также повысился процент детей со средним уровнем социальной активности (29% до реализации, 42,8% - после).

Методика выявления коммуникативных склонностей учащихся до реализации пилотной части проекта показала, что 43% испытуемых имеют низкий уровень коммуникативных склонностей, высокий уровень и выше среднего не показал ни один из респондентов. После проведения занятий по мульттерапии снизился процент детей с низким уровнем коммуникативных склонностей и ниже среднего. 2 из 7 детей показали уровень выше среднего (28,6%).

Мы отметили положительную динамику при использовании мульттерапии как технологии реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья. Исходя из полученных данных, можно сделать вывод, что проект реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья посредством мульттерапии можно считать эффективным. Таким образом, задачи исследования выполнены, цель достигнута.

Библиографический список

1. Агапов, Е.П. История социальной работы: учебное пособие для бакалавров, обучающихся по направлению подготовки 040400 – Социальная работа / Е.П. Агапов. – М.: Берлин: Директ-Медиа, 2015. – 353 с.
2. Агулина, С.В. История социальной работы: учебное пособие / С.В. Агулина. – Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2014. – 250 с.
3. Акатов, Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Л.И. Акатов. — М.: Гу-манит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — 368 с.
4. Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Материалы международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья» / сост. Ю.Е.Куртанова, А.М.Щербакова. – М.: 2011. - 713 с.
5. Арт-терапия — новые горизонты / Под ред. А.И. Копытина. - М. : Когито-Центр, 2006. - 336 с.
6. Арт-терапия / сост. и общая редакция А.И. Копытина. – СПб. : Питер, 2011. – 320 с.
7. Бабина, Т.В. Социализация детей с ограниченными возможностями здоровья средствами анимационного творчества «Мульттерапия» / Т.В. Бабина, О.В. Степанова // Сборники конференций НИЦ Социосфера. [Электронный ресурс]. – 2014. - № 20. – с. 93-96. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_21582196_60821053.pdf
8. Бабюх, В.А. История социальной работы: учебно-метод. Пособие / В.А. Бабюх. – Казань: Изд-во Казан. гос. технол. ун-та, 2010. – 160 с.

9. Бариляк, И.А. Психологические особенности арт-терапевтической работы с детьми / И.А. Бариляк // Вестник ТвГУ. Серия «Педагогика и психология» [Электронный ресурс]. – 2015. - № 1. – с. 40-46.

Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_23435485_15908944.pdf

10. Бельтикова, М.Д. Социокультурная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья в реабилитационном центре: учебно-методическое пособие / под науч. ред. М.Д. Бельтиковой. – Иркутск: ИГЛУ, 2014. – 276 с.

11. Бибикова Н.В. Арт-терапия как инновационная технология социальной работы / Н.В. Бибикова // Поволжский педагогический поиск (научный журнал). 2013. - № 2(4). – с. 92-94.

12. Быков, Д.А. Теория и практика социально-педагогической адаптации детей с ограниченными возможностями в современных условиях: учебно-методическое пособие / Д.А. Лебедев. – Челябинск.: Типография РДФ, – 2016. – 192 с.

13. Валеева, Н.Ш. Адаптация и реабилитация в социальной работе: учебное пособие . – 2-е изд., испр. и доп. / Под общей ред. Н.Ш. Валеевой. – Казань: Изд-во Казан. гос. технол. ун-та, 2011. – 586 с.

14. Волкова О.В. Социальная реабилитация как направление социальной работы / О.В. Волкова // Психолого-педагогический журнал Гаудеамус. – 2006. - № 2 (10). – с. 171-176.

15. Дервягина, Д.В. Применение метода мульттерапии в коррекции страхов у детей дошкольного возраста с задержкой психического развития / Д.В. Дервягина, Н.А. Пешкова // Научный альманах [Электронный ресурс]. – 2016. - № 2-4. – с. 155-158. – Режим доступа: <http://ucom.ru/doc/na.2016.02.04.155.pdf>

16. Дрешер, Ю.Н. АРТ-терапия и ее возможности / Ю.Н. Дрешер. - Казань: Медицина, 2017. - 76 с.

17. Жигарева Н.П. Комплексная реабилитация инвалидов в учреждениях социальной защиты: учебно-практическое пособие / Н.П. Жигарева. – 2-е изд. – М.: Издательско-торговая компания «Дашков и К°», 2017. – 216 с.

18. Конституция Российской Федерации (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 N 6-ФКЗ, от 30.12.2008 N 7-ФКЗ, от 05.02.2014 N 2-ФКЗ, от 21.07.2014 N 11-ФКЗ) // Собрание законодательства РФ. – 2014. - № 15, (14.04). – ст.1691.

19. Копытин, А.И. Практическая арт-терапия: Лечение, реабилитация, тренинг / под ред. А.И. Копытина.- М.: «Когито-Центр», 2008.- 288 с.

20. Куликова, О.С. Мульттерапия как средство развития младших школьников с нарушением интеллекта / О.С. Куликова // О некоторых вопросах и проблемах психологии и педагогики. Сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. Красноярск. - № 2. - 2015. – с. 45-48.

21. Лазарева, Л.И. Информационная культура социального педагога: структура, правила подготовки и оформления результатов самостоятельной учебной и профессиональной деятельности: учебное пособие для студентов направления подготовки 44.03.02 (050400) «Психолого-педагогическое образование» / Л.И. Лазарева. – Кемерово: КемГУКИ, 2014. – 183 с.

22. Лебедева, Л.Д. Практика арт-терапии: подходы, диагностика, система занятий / Л.Д. Лебедев. – СПб.: Речь, 2003. – 256 с.

23. Лысых, Н.В. Арт-терапия в работе социального педагога / Н.В. Лысых, Е.А. Баркова // Успехи современного естествознания. 2013. - №10. – с. 176-177.

24. Мальцева М.В. «Сказки-краски»: методические рекомендации по созданию мультстудии в детской библиотеке / сост. М.В. Мальцева. – Сыктывкар: Национальная детская библиотека Республики Коми им. С.Я. Маршака. - 38 с.

25. Методология методы социологического исследования: учебник для бакалавров / Г.И. Климантова, Е.М. Черняк, А.А. Щегорцов. – М. : Издательско-торговая компания «Дашков и К°», 2017. – 256 с.

26. О государственной социальной помощи [Текст]: Федеральный закон от 17 июля 1999 г. N 178-ФЗ (с изм. и доп. от 19 декабря 2016 г.) // Собрание законодательства РФ. 1999. - № 29, (19.07). – ст. 3699.

27. О компенсационных выплатах лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами [Текст]: Указ президента Российской Федерации (с изм. от 31.12.2014г.) // Собрание законодательства РФ. 2007. - № 1, (1.01). – ст. 201.

28. О порядке и условиях признания лица инвалидом [Текст]: Постановление Правительства Российской Федерации от 20 февраля 2006 г. N 95 // Собрание законодательства РФ. 2006. - № 9, (27.02.). – ст. 1018.

29. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации [Текст]: Федеральный закон от 24 ноября 1995 г. N 181-ФЗ (с изм. и доп. от 7 марта 2017 г.) // Собрание законодательства РФ. 1995. - № 48, (27.11). – ст. 4563.

30. О.В. Краснова Психология социальной работы: учебник для бакалавров / И.Н. Галасюк, О.В. Краснова, Т.В. Шинина; под ред док психол наук О.В.Красновой. – М. : Издательско-торговая компания «Дашков и К°», 2016. – 304 с.

31. Об образовании в Российской Федерации [Текст]: Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ // Собрание законодательства РФ. 2014. - № 19, (12.05). – ст. 2289.

32. Об утверждении перечня заболеваний, дающих инвалидам, страдающим ими, право на дополнительную жилую площадь [Текст]: Постановление Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2004 г. N 817 // Собрание законодательства РФ. 2004. - № 52, (27.12). – ст. 5488.
33. Положение инвалидов: [Электронный ресурс] // Федеральная служба государственной статистики. М., 1999-2017. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/disabilities/. (Дата обращения: 15.01.2017).
34. Почивалов, А.В. Новогодняя сказка из пластилина / А.В. Почивалов, Ю.Е. Сергеева. – М. : Эксмо, 2014. – 64 с.
35. Почивалов, А.В. Пластилиновый мультфильм своими руками : как оживить фигурки и снять свой собственный мультик / А.В. Почивалов, Ю.Е. Сергеева. – М. : Издательство «Э», 2015. - 64 с. : ил. — (Подарочные издания. Досуг).
36. Пузанов, Б.П. Обучение детей с нарушениями интеллектуального развития: (Олигофренопедагогика): Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Б.П.Пузанов, Н.П.Коняева, Б.Б.Горский и др.; Под ред. Б.П.Пузанова. - М.: Издательский центр «Академия», 2001. - 272 с.
37. Сажина О.В. Мульт-терапия – новое направление в коррекционной работе с детьми с нарушением зрения / О.В. Сажина, Т.И. Попова // Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации: Материалы научно-практической конференции. Тольятти, 28-29 ноября 2016 года. – 2016. – с. 72-75.
38. Самофал, Р.А. Использование мульттерапии в коррекции вербальной агрессии у детей старшего дошкольного возраста с задержкой психического развития / Р.А. Самофал // Вестник Череповецкого государственного университета [Электронный ресурс]. – 2014. - № 1. – с. 94-97. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru>

39. Семейный кодекс Российской Федерации от 29 декабря 1995 г. N 223-ФЗ (с изм. и доп. от 1 мая 2017 г.) [Текст] // Собрание законодательства РФ. 1996. - № 1, (1.01.). – ст. 16.
40. Сиговатова, Д.И. Психологическое сопровождение ребенка младшего школьного возраста с помощью занятий по мульттерапии / Д.И. Сагитова // Психологическая культура и психологическое здоровье личности в современных социокультурных условиях. Региональная научно-практическая конференция. Тольятти. [Электронный ресурс]. – 2015. – с. 144-146. – Режим доступа: https://elibrary.ru/download/elibrary_25660618_62543160.pdf
41. Содержание и методика педагогической деятельности в социальной работе (социальная педагогика): учеб. пособие для студ. пед. вузов / под общ. ред. Н.А. Соколовой. – Челябинск: Изд-во Челяб. гос. пед. ун-та, 2014. – 307 с.
42. Соловьева, В.Н. Государственная политика в сфере социальной защиты населения / В.Н. Соловьева. – М. : Лаборатория Книги, 2010. – 86 с.
43. Тутаришев А.К. К вопросу о нетрадиционных методах реабилитации детей-инвалидов / А.К. Тутаришев // «Apriori. Серия: гуманитарные науки» [Электронный ресурс]. - Электронный научный журнал. – 2015. - № 1. – с. 1-7. – Режим доступа: www.apriori-journal.ru/.
44. Фетискин, Н.П. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. - М. : Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 362 с.
45. Флягина, В.Ю. Методика исследований в социальной работе: учебное пособие / В.Ю. Флягина . 2-е изд., испр. и доп. – М. : Берлин : Директ-Медиа, 2016. – 545 с.

46. Холостова, Е. И. Социальная работа: история, теория и практика : учебник / Е. И. Холостова. — М. : Издательство Юрайт ; ИД Юрайт, 2011. — 905 с. — Серия : Основы наук.

47. Чернецкая, А.А. Технология социальной работы: учебник / А.А. Чернецкая и др. - Ростов н/Д: «Феникс», 2006. - 400 с.

48. Что такое арт-терапия? [Электронный ресурс] // Российская арт-терапевтическая ассоциация. - М., 2011. URL: <http://rusata.ru> (Дата обращения: 15.01.2017).

Методика для изучения социализированности личности учащегося М.И. Рожкова

Методика М.И. Рожкова предназначена для выявления уровня социальной адаптированности, активности, автономности и нравственной воспитанности учащихся.

Цель: выявить уровень социальной адаптированности, активности, автономности и нравственной воспитанности учащихся.

Ход проведения. Учащимся предлагается прочитать (прослушать) 20 суждений и оценить степень своего согласия с их содержанием по следующей шкале:

4 — всегда;

3 — почти всегда;

2 — иногда;

1 — очень редко;

0 — никогда.

1. Стараюсь слушаться во всем своих учителей и родителей.

2. Считаю, что всегда надо чем-то отличаться от других.

3. За что бы я ни взялся — добиваюсь успеха.

4. Я умею прощать людей.

5. Я стремлюсь поступать так же, как и все мои товарищи.

6. Мне хочется быть впереди других в любом деле.

7. Я становлюсь упрямым, когда уверен, что я прав.

8. Считаю, что делать людям добро — это главное в жизни.

9. Стараюсь поступать так, чтобы меня хвалили окружающие.

10. Общаюсь с товарищами, отстаиваю свое мнение.

11. Если я что-то задумал, то обязательно сделаю.

12. Мне нравится помогать другим.

13. Мне хочется, чтобы со мной все дружили.

14. Если мне не нравятся люди, то я не буду с ними общаться.

15. Стремлюсь всегда побеждать и выигрывать.

16. Переживаю неприятности других, как свои.

17. Стремлюсь не ссориться с товарищами.

18. Стараюсь доказать свою правоту, даже если с моим мнением не согласны окружающие.

19. Если я берусь за дело, то обязательно доведу его до конца.

20. Стараюсь защищать тех, кого обижают.

Чтобы быстрее и легче проводить обработку результатов, необходимо изготовить для каждого учащегося бланк, в котором против номера суждения ставится оценка.

| | | | | |
|---|---|----|----|----|
| 1 | 5 | 9 | 13 | 17 |
| 2 | 6 | 10 | 14 | 18 |
| 3 | 7 | 11 | 15 | 19 |
| 4 | 8 | 12 | 16 | 20 |

Обработка полученных данных. Среднюю оценку социальной адаптированности учащихся получают при сложении всех оценок первой строчки и делении этой суммы на пять. Оценка автономности высчитывается на основе аналогичных операций со второй строчкой. Оценка социальной активности — с третьей строчкой. Оценка приверженности детей гуманистическим нормам жизнедеятельности (нравственности) — с четвертой строчкой. Если получаемый коэффициент больше трех, то можно констатировать высокую степень социализированности ребенка; если же он больше двух, но меньше трех, то это свидетельствует о средней степени развития социальных качеств. Если коэффициент окажется меньше двух баллов, то можно предположить, что отдельный учащийся (или группа учеников) имеет низкий уровень социальной адаптированности.

Методика выявления коммуникативных склонностей учащихся

Методика Р.В. Овчаровой предназначена для выявления коммуникативных склонностей учащихся.

Цель: выявление коммуникативных склонностей учащихся.

Ход проведения. Учащимся предлагается следующая инструкция: «Вам необходимо ответить на 20 вопросов. Свободно выражайте свое мнение по каждому из них и отвечайте на них только «да» или «нет». Если Ваш ответ на вопрос положителен, то в соответствующей клетке листа поставьте знак «+», если отрицательный, то «—». Представьте себе типичные ситуации и не задумывайтесь над деталями, не затрачивайте много времени на обдумывание, отвечайте быстро».

Вопросы

1. Часто ли Вам удается склонить большинство своих товарищей к принятию ими Вашего мнения?
2. Всегда ли Вам трудно ориентироваться в создавшейся критической ситуации?
3. Нравится ли Вам заниматься общественной работой?
4. Если возникли некоторые помехи в осуществлении Ваших намерений, то легко ли Вы отступаете от задуманного?
5. Любите ли Вы придумывать или организовываться своими товарищами различные игры и развлечения?
6. Часто ли Вы откладываете на другие дни те дела, которые нужно было выполнить сегодня?
7. Стремитесь ли Вы к тому, чтобы Ваши товарищи действовали в соответствии с Вашим мнением?
8. Верно ли, что у Вас не бывает конфликтов с товарищами из-за невыполнения ими своих обещаний, обязательств, обязанностей?
9. Часто ли Вы в решении важных дел принимаете инициативу на себя?
10. Правда ли, что Вы обычно плохо ориентируетесь в незнакомой для Вас обстановке?
11. Возникает ли у Вас раздражение, если Вам не удастся закончить начатое дело?
12. Правда ли, что Вы утомляетесь от частого общения с товарищами?

13. Часто ли Вы проявляете инициативу при решении вопросов, затрагивающих интересы Ваших товарищей?

14. Верно ли, что Вы резко стремитесь к доказательству своей правоты?

15. Принимаете ли Вы участие в общественной работе в школе (классе)?

16. Верно ли, что Вы не стремитесь отстаивать свое мнение или решение, если оно не было сразу принято Вашими товарищами?

17. Охотно ли Вы приступаете к организации различных мероприятий для своих товарищей?

18. Часто ли Вы опаздываете на деловые встречи, свидания?

19. Часто ли Вы оказываетесь в центре внимания своих товарищей?

20. Правда ли, что Вы не очень уверенно чувствуете себя в окружении большой группы своих товарищей?

Бланк ответов

| | | | | |
|---|---|----|----|----|
| 1 | 5 | 9 | 13 | 17 |
| 2 | 6 | 10 | 14 | 18 |
| 3 | 7 | 11 | 15 | 19 |
| 4 | 8 | 12 | 16 | 20 |

Обработка полученных результатов. Показатель выраженности коммуникативных склонностей определяется по сумме положительных ответов на все нечетные вопросы отрицательных ответов на все четные вопросы, разделенной на 20. По полученному таким образом показателю можно судить об уровне развития коммуникативных способностей ребенка:

- низкий уровень — 0,1—0,45;
- ниже среднего — 0,46—0,55;
- средний уровень — 0,56—0,65;
- выше среднего — 0,66—0,75;
- высокий уровень — 0,76—1.