Московский
педагогический
государственный
университет

И. Г. Шамсутдинова, Н. В. Кравченко

Особенности профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями в Скандинавских странах

Москва 2015

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Московский педагогический государственный университет»

И. Г. Шамсутдинова, Н. В. Кравченко

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В СКАНДИНАВСКИХ СТРАНАХ

Монография

МПГУ
Москва • 2015

УДК 159.9
ББК 74.268.53
Ш197

Рецензенты:

Т. Л. Кремнева, доктор педагогических наук, профессор кафедры психолого-социальных технологий Института психологии, социологии и социальных отношений ГБОУ ВО Московский городской педагогический университет

В. В. Кравченко, кандидат педагогических наук, доцент кафедры английского языка гуманитарных факультетов ФГБОУ ВПО Московский педагогический государственный университет

Шамсутдинова, Ирина Георгиевна.

Ш197 Особенности профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями в Скандинавских странах: Монография / И. Г. Шамсутдинова, Н. В. Кравченко; Под науч. ред. д. п.н., профессора И. Г. Шамсутдиновой. – Москва: МПГУ, 2015. – 208 с.

ISBN 978-5-4263-0274-7

Монография раскрывает социально-исторические, организационно-педагогические основы образования молодежи с особыми образовательными потребностями в Скандинавских странах. В результате сравнения профессионального образования такой молодежи в странах Скандинавии и России выявлены общие и особенные его характеристики в Дании, Норвегии, Швеции и нашей стране. В данной работе раскрыты особенности содержания, форм, методов и средств профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями в Скандинавских странах, а также анализ возможностей использования положительного опыта этих стран для отечественного профессионального образования.

Данная публикация представляет интерес для педагогов, учителей, работающих с инвалидами; методистов, разработчиков и руководителей программ обучения инвалидов; научных работников, аспирантов и студентов.

УДК 159.9
ББК 74.268.53

ISBN 978-5-4263-0274-7

© МПГУ, 2015
© Шамсутдинова И. Г., Кравченко Н. В., 2015

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА I.
СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В СКАНДИНАВСКИХ СТРАНАХ

1.1. Динамика отношения общества к молодежи с особыми образовательными потребностями и к их образованию в Скандинавских странах.
Понятия «инвалидность», «молодежь с особыми образовательными потребностями». 6

1.2. Особенности профориентационной работы с учащимися с особыми образовательными потребностями в общем образовании 24

1.3. Специфика профессионального образования в Скандинавских странах 30

1.4. Организационно-педагогические особенности профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями в законах об образовании Скандинавских стран 44

Выводы по Главе I 57

ГЛАВА II.
СОДЕРЖАНИЕ, ФОРМЫ, МЕТОДЫ И СРЕДСТВА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В СКАНДИНАВСКИХ СТРАНАХ

2.1. Специфика содержания профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями 60

2.2. Особенности форм, методов организации обучения и видов специальной образовательной поддержки молодежи с особыми образовательными потребностями 79

2.3. Особенности средств профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями 95

2.4. Анализ возможностей использования опыта Скандинавских стран в отечественном профессиональном образовании молодежи с особыми образовательными потребностями 113

Выводы по Главе II. 124

ЗАКЛЮЧЕНИЕ. 126

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 134

ПРИЛОЖЕНИЯ 146

ВВЕДЕНИЕ

Одним из важнейших факторов развития отечественного профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями является изучение мирового опыта профессиональной подготовки такой молодежи. Многочисленные международные документы (Конвенция ООН о правах инвалидов; Мадридская, Касабланкская декларации и др.) свидетельствуют о повышенном внимании, уделяемом мировой общественностью проблемам инвалидов, особенно их трудоустройству и профессиональному образованию. В этой связи большой интерес представляет обращение к опыту Скандинавских странах, где на протяжении последних десятилетий профессиональное образование развивается на основе достижений информационной и технологической революций, личностно-ориентированного и интерактивного подходов. Также эти страны являются пионерами по введению новых подходов и концепций обучения инвалидов, в частности, инклюзивного образования.

Подписание и ратификация в нашей стране Конвенции о правах инвалидов, обновление Федерального закона № 273 «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 года побуждают Россию изучать и внедрять позитивный практический зарубежный опыт, чтобы отечественная система образования соответствовала мировым тенденциям в области профессионального образования инвалидов и отвечала международным требованиям по его доступности.

Большая часть исследований в последние десять лет посвящена следующим аспектам профессионального образования за рубежом: его организации; дистанционной форме обучения; специфике для молодежи «с трудностями в обучении», и значительно меньше работ посвящено теории и практике такого образования лиц с инвалидностью в условиях инклюзивного обучения в ряде развитых зарубежных стран. Это подчеркивает актуальность данной работы, где авторы дают исторический анализ исследуемой проблемы и раскрывают современную теорию и практику профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями в Скандинавских странах, что представляет интерес для отечественной сравнительной и специальной педагогики.

Следует отметить, что объектом исследования профессионального образования молодежи с инвалидностью являются Дания, Норвегия и Швеция, которые, сохраняя традиционные национальные особенно-

сти профессиональной подготовки, являются основными и активными преемниками идей мирового образовательного пространства в развитии такого образования. Опыт Финляндии заслуживает отдельного исследования, так как она не входит в состав Скандинавских стран.

Недостаточное исследование зарубежного опыта организации содержания профессионального образования молодежи с особыми образовательными потребностями (в Скандинавских странах) побудило авторов подробно рассмотреть основные тенденции и перспективы его развития с целью использования позитивного зарубежного опыта в отечественной теории и практике профессионального образования инвалидов.

ГЛАВА I.
СОЦИАЛЬНО-ИСТОРИЧЕСКИЕ, ОРГАНИЗАЦИОННО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В СКАНДИНАВСКИХ СТРАНАХ

1.1. Динамика отношения общества к молодежи с особыми образовательными потребностями и к их образованию в Скандинавских странах. Понятия «инвалидность», «молодежь с особыми образовательными потребностями»

Согласно материалам международной конференции «Инклюзивное образование: проблемы совершенствования образовательной политики и системы» [14], E. D. Kyrklund (Е. Д. Кюрклунд) [86], во всем мире признана главная стратегия по отношению к ***инвалидам*** – их ***полное участие в жизни общества***. Она выражается через стремление к ***инклюзивному образованию***, которое является первым шагом на пути к реализации участия инвалидов в различных сферах жизни, начиная с образования и заканчивая трудоустройством. Е. Вяхякуопус и В. З. Кантор подчеркивают, что одним из средств включения инвалидов в жизнь общества служит ***профессиональное образование (ПО)*** [7]. Согласно книге “Co-operative learning. The social and intellectual outcomes of learning in groups” («Кооперативное обучение. Социальные и умственные результаты обучения в группах»), формирование *навыков общения* и *умения работать в коллективе*, необходимых для трудоустройства, протекает у учащихся с особыми образовательными потребностями (ООП) успешнее в *инклюзивной форме обучения* [58].

Как указано в материалах конференции [14], успех реализации ***инклюзивного образования*** является отличительной чертой Дании, Норвегии и ***Швеции***. Анализ исследований авторов: S. Olafsson (С. Олафссон) [101], A. Dimopoulos (А. Димопулос) [65], Ph. Vickerman (Ф. Викерман) [111], J. Froestad (Й. Фростед) и B. Ravneberg (Б. Ревнеберг) [77] и др. позволил нам охарактеризовать *всемирные модели*

инвалидности; *периоды времени, отражающие динамику отношения общества к молодежи с ООП и к их образованию; понятия «инвалидность», «молодежь с особыми образовательными потребностями»*. Периоды до 1950 г. различны в трех странах, а после 1950 г. – общие. В Норвегии – четыре периода: *зарождение специального образования (1870–1900 гг.), появление евгеники и ее влияние на динамику отношения общества к инвалидам (1900–1918 гг.), институализация инвалидов для изучения индивидуального подхода к их обучению (1918–1938 гг.)*, *совершенствование специального образования инвалидов (1946–1950 гг.)* (Приложение А). В Швеции – три периода: *зарождение образования здоровых учащихся и инвалидов (1842–1879 гг.); переход с минимального курса обучения на специальные классы и школы (1879–1946 гг.); расширение специальных классов и становление обучения инвалидов (1946–1950 гг.)* (Приложение А). В Дании – один период: *появление евгеники и институализация инвалидов (1900–1950 гг.)* (Приложение А). Далее выделены два общих периода в Дании, Норвегии и Швеции – *политика нормализации (1950–1990 гг.); современное отношение общества к молодежи с ООП и к их образованию в Скандинавских странах (1994 г. – по настоящее время)*.

Характеристика всемирных моделей инвалидности

Как указано на сайте “University of Leicester (UK)” (“Университет в Лейчестере (Великобритания)”) [146], самыми распространенными моделями во ***всем мире*** являются ***медицинская*** и ***социальная***. Согласно S. Olafsson (С. Олафссон), определение и трактование физического недостатка зависит от модели инвалидности. При *медицинской модели* инвалидам требуется ***уход, забота*** и ***лечение*** вследствие их *ограниченной возможности участия в обществе* [101]. Е. Вяхяккуопус и В. З. Кантор подчеркивают, что *образовательные возможности* инвалидов, согласно медицинской модели, – ***ограниченные***, и для них создаются *специальные коррекционные учреждения с особыми условиями обучения*. Они улучшают качество жизни инвалидов, но приводят к их *изоляции* [7].

Медицинская модель. На сайте “Michigan Disability Rights Coalition” («Коалиция по Правам Инвалидов штата Мичиган») [131] указано, что возникновение медицинской модели связано с ***развитием медицины в XIX веке***. В 1980 г. всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала международную терминологию инвалидности.

«Нарушение» (“impairment”) – «потеря или аномалия психологической или анатомической структуры или функции». *«Инвалидность» (“disability”)* – «ограничение или отсутствие возможности (в результате нарушения) выполнять деятельность в пределах, нормальных для человека». *«Нетрудоспособность» (“handicap”)* – «потеря, вызванная нарушением или инвалидностью, которая ограничивает или препятствует выполнению роли, нормальной для человека» [131]. Медицинская модель существует и в настоящее время, так как, например, согласно Д. Г. Балыкину и Е. В. Князевой, в российском законодательстве эти термины употребляются в отношении молодежи с ООП [3]. Как видно, ***«нетрудоспособность», «нарушение»*** характеризуют инвалидов как ***пациентов*** нуждающихся в ***лечении*** и ***уходе***. Врачам такая модель помогает определить ***диагноз*** и разработать ***курс лечения***, а обществу – подобрать правильный ***уход*** и выдать ***пособие по инвалидности***, рассматривая инвалидов как жертв обстоятельств, не видя в них людей с равными возможностями. Что касается образования инвалидов, то при такой модели для них создаются ***специальные условия***, подразумевающие ***заботу*** и ***опеку***, которые невозможно организовать в учреждениях общего потока. Им не предоставляется возможность самостоятельно функционировать среди сверстников.

Социальная модель. Как указывает A. Dimopoulos (А. Димопулос), медицинской модели инвалидности противопоставляется ***социальная модель*** [65]. По мнению Olafsson S. (С. Олафссон), она появилась в Британии в 1976 году. Ее сформулировал союз инвалидов против сегрегации: «проблема инвалидов кроется не в их состоянии, а наоборот – она является результатом социальных и экономических барьеров, как на рынке труда, так и в обществе, которые исключают лиц с физическими недостатками из участия в нормальной жизни» [101; P.6]. Е. Вяхякуопус и В. З. Кантор указывают, что архитектурные и транспортные барьеры ограничивают учебную деятельность инвалидов [7].

Социальная модель возникает из-за несоответствия инвалидов нормам, которые создает общество. Одним из показателей нормы служит физическая функция организма. Если она нарушена у инвалида, то у него возникают барьеры, в частности, в доступе в образовательное учреждение и в передвижении в нем. Их устранение путем создания комфортных физических условий обеспечит таких учащихся возможностью обучаться вместе со сверстниками, и инвалиды станут «нормальными».

Однако A. Dimopoulos (А. Димопулос) указывает, что существуют различные ***типологии*** *социальной модели*: *британская социальная модель инвалидности*, *скандинавский реляционный подход* и *североамериканский подход к группе меньшинств* [65]. Остановимся на реляционном подходе.

Скандинавский реляционный подход социальной модели. Анализируя название подхода, мы обратились к философскому энциклопедическому словарю, в котором указано, что Аристотель объясняет реляционную концепцию на примере пространства и времени: эти две сущности мыслятся не как отдельные от бытия, а как формы его проявления [45].

Как мы образно понимаем, пространство – это инвалиды, а время – это общество. Вместе они порождают бытие, то есть нормальную жизнь, в которой есть место всем людям. Таким образом, инвалиды, согласно этому подходу, являются частью проявления бытия и поэтому имеют право на жизнь в нем.

A. Dimopoulos (А. Димопулос) указывает, что такой подход появился на основе принципов *нормализации*: люди с инвалидностью должны иметь качество жизни наравне со всеми, их жизненные условия обязаны соответствовать укладу проживания большинства людей, а права осуществляться в одинаковой позиции со всеми. Особый акцент ставится на снятие барьеров, обусловленных окружающей средой, так как, согласно этому подходу, проблема жизни инвалида состоит не в их «особых» возможностях (слабое зрение, отсутствие конечностей), а в том, что именно окружающая среда не адаптирована *«большому многообразию человеческой природы» (“the wide range of human diversity”)* [65].

Таким образом, нами сделан вывод, что скандинавский реляционный подход является реализацией задач, которые ставит социальная модель инвалидности, так как Скандинавские страны предлагают решать проблему социальных и экономических барьеров с помощью *адаптации жизненных условий, окружающей среды* к особенностям человеческой природы. Он является значимым в развитии равноправного отношения общества к инвалидам, так как направлен на включение таких людей во все сферы жизни, в том числе и в образование. Общество осознает, что их необходимо включать в обычную жизнь. Об этом свидетельствуют в 1.4 многочисленные законодательные акты в пользу свободного существования инвалидов среди большинства людей. Главная задача – адаптировать жизненные условия.

Согласно Ph. Vickerman (Ф. Викерман), социальная и медицинская модели упрощают определение состояние инвалидности [111]. G. Waddel и M. Aylward (Г. Уэдделл) и (М. Эйлвард) доказывают их неэффективность, так как они дают ***частичный взгляд*** на человеческую болезнь. Инвалид, находящийся в обществе, представляет собой ***единение мысли и тела***, поэтому всесторонней моделью инвалидности выступает объединение медицинской и социальной моделей в ***биопсихосоциальную***. Авторы указывают, что биопсихосоциальную модель ввела ВОЗ в 2001 году [112].

Как указано в документе “Special educational needs: policies and practices in education, training and employment for students with disabilities and special educational needs in the EU” («Особые образовательные потребности: политика и практика в образовании, обучении и трудоустройстве учащихся с инвалидностью и ООП в ЕС»), человек при этой модели определяется в следующих направлениях: «функция организма» (“body function”), «строение тела» (“body structure”), «деятельность и участие» (“activity and participation”) и «факторы среды» (“environmental factors”). Он рассматривается во взаимодействии внешних факторов (учебная среда и деятельность) и его особенностей (функция организма и строение тела). Учащиеся, имеющие потребности в дополнительной поддержке и адаптивных педагогических методах обучения имеют статус *«молодежь с особыми образовательными потребностями» (“youth with special educational needs”)*. Этот термин возник в рамках биопсихосоциальной модели инвалидности [105].

Биопсихосоциальная модель, объединившая *медицинскую* и *социальную*, является более *усовершенствованной* и *функциональной*. При медицинской модели для инвалида как пациента организуется *коррекционное образование* со *специально созданными условиями*. Однако такое образование *не выполняет функции социализации* инвалидов и *оторвано от реальности*. Согласно социальной модели, они становятся *«нормальными»*, как только устраняются барьеры, препятствующие их свободному доступу и передвижению по учреждению общего потока. Но снятие *барьера* без учета особенностей функционирования человека в новой обстановке невозможно. Ph. Vickerman (Ф. Викерман) подчеркивает, что в образовании инвалидов необходимо учитывать их ***особенности*** для использования более ***гибких подходов в обучении*** [111]. Таким образом, *биопсихосоциальная модель* выводит постановку вопроса инвалидности на более высокий уровень: решение проблемы инвалидов – учащихся состоит не только в устранении

архитектурных и транспортных барьеров, но и использовании учителями *гибких подходов* в *обучении*. Проследим ***динамику отношения*** общества к молодежи с ООП и к их образованию в рамках всемирных *моделей инвалидности* в разные исторические периоды.

Динамика отношения общества к инвалидам и к их образованию в Скандинавских странах

В ***Норвегии***, как указывалось нами,– четыре периода: *зарождение специального образования (1870–1900 гг.), появление евгеники и ее влияние на динамику отношения общества к инвалидам (1900–1918 гг.), институализация инвалидов для изучения индивидуального подхода к их обучению (1918–1938 гг.), совершенствование специального образования инвалидов (1946–1950 гг.)* (Приложение А). В *первом периоде* введение обязательного обучения ***подняло вопрос инвалидности***. Дети всех слоев населения должны были обучаться в ***единой школе***. На их фоне были выявлены: «отсталые» (с нарушениями слуха, зрения, умственно отсталые) (“subnormal children”); «отстающие в развитии» (“backward children”); «необучаемые» (“non-educable”) (Приложение А).

Первую категорию детей решили обучать в *«школах-интернатах» (“boarding schools”)*. Отстающих в развитии, распределяли в *«специальные классы» (“special classes for backward children”)*, а последнюю категорию необучаемых переводили под ответственность семей или систему пособий, так как они не могли сделать вклад в общество и показать результаты своего образования (Приложение А).

Введение ***всеобщего обязательного обучения*** распространилось и ***на инвалидов***, которых делили на ***обучаемых*** и ***необучаемых***. То есть в инвалидах, прежде всего, видели ***учащихся***. Но их ***изолировали*** в ***отдельные учреждения*** и ***классы***, возможно, чтобы они не мешали процессу обучения сверстников. С одной стороны, их не лишали возможности образования, и это говорит о ***внимании государства*** к жизни инвалидов, а с другой – исключали из единых школ. Таким образом, первым шагом на пути к ***инклюзивному образованию*** являлась полная ***сегрегация*** учащихся с инвалидностью.

Второй период – появление евгеники и ее влияние на динамику отношения общества к инвалидам (1900–1918 гг.). Изменилось представление общества об инвалидности. Оно видело в инвалидах ***угрозу*** распространения их недуга. Их институализировали, то есть изолировали от здорового населения и помещали в ***учреждения закрытого типа***.

Что касается ***обучаемых инвалидов***, то их образование сохранилось, но в новой форме. Все ***специальные классы*** для детей, отстающих в развитии, разместили в ***двух отдельных школьных зданиях***. Это было началом ***основания специальных школ***. Если раньше таких детей обучали в специальных классах, но в учреждениях общего потока, то теперь все дети-инвалиды: *отсталые, отстающие в развитии* и *необучаемые* были изолированы от сверстников за счет обучения в таких школах (Приложение А).

Третий период – институализация инвалидов для изучения индивидуального подхода к их обучению (1918–1938 гг.). Согласно J. Froestad (Й. Фростед) и B. Ravneberg (Б. Ревнеберг), в межвоенный период в Норвегии зародилась наука ***«психология развития»,*** а вместе с ней – новые образовательные теории, ставящие ***индивидуальный подход в обучении*** в центр образовательного процесса. ***Институализация*** учащихся – инвалидов в специальные образовательные учреждения рассматривалась как возможность изучения подходов к их обучению, а не средство сохранения «нормального» населения. Результатом влияния новых теорий стало введение *психико – гигиенических консультаций (mental hygienic advisory work)*, *IQ тестов* и основание *психико – технического института в Осло.* Врачи отрабатывали применение IQ тестов на инвалидах для четкой системы определения умственных способностей всех учащихся. Психико – гигиенические консультации предоставлялись педагогам для помощи в выявлении и профилактике психических аномалий в поведении детей [77] (Приложение А).

Нововведения, которые были направлены на выявление инвалидов, определение их в соответствующие учреждения и изучение подходов к их обучению, согласно J. Froestad (Й. Фростед) и B. Ravneberg (Б. Ревнеберг), привели к становлению в Норвегии *специальной педагогики,* как науки [77].

Четвертый период – совершенствование специального образования инвалидов (1946–1950 гг.). После второй мировой войны, согласно авторам, произошли следующие важные изменения: появилось *новое центральное управление* специальными школами, *роли медицины и образования в обучении инвалидов* были четко разделены*, специальное образование* на муниципальном уровне расширилось и стало *формально признанным* [77] (Приложение А). Статус специальных школ, согласно J. Froestad (Й. Фростед) и B. Ravneberg (Б. Ревнеберг), был укреплен благодаря *новому управлению*. Управление уходом за ин-

валидами сосредоточилось в специальном учреждении *«Управление сектором специального образования»*. Это означало, что руководство по уходу за инвалидами осуществляли ***учителя специального образования*** что значительно ***повысило положение специальных школ***, так как ***уход*** стал осуществляться ***в форме обучения*** таких учащихся [77] (Приложение А).

Развитие евгеники вывело понятие инвалидности на ***более высокий уровень***, как указывают авторы. Работа с инвалидами была четко распределена между ***врачами, психологами*** и ***учителями***. Если до войны существовал конфликт между медиками и учителями по поводу дифференциации инвалидов и распределения ответственности за их уходом, то впоследствии они стали ***четко делить инвалидов*** на ***обучаемых*** и тех, кому требовалось *лечение*. К *обучаемым* относили следующих: детей, нуждающихся во внимании психиатров или психологов и учителей в специальных школах; брошенных или плохобучаемых. Что касается тех, кого переводили под ответственность медиков, то есть *необучаемых,* то ими являлись*:* умственно отсталые с IQ от 0–40; дети с *неврозами*, *психозами* или *депрессией* [77] (Приложение А).

Согласно J. Froestad (Й. Фростед) и B. Ravneberg (Б. Ревнеберг), после войны *специальное образование* стало ***формально признанным***, и муниципалитет имел право его организовывать в различных формах в единых школах: ***индивидуально***, в ***отдельных группах*** или ***классах*** [77] (Приложение А).

Динамика отношения общества к инвалидам в Норвегии развивалась следующим образом. Сначала обучаемых ***исключали*** из единых школ, чтобы они не замедляли образовательный процесс. Им предоставляли *эквивалент соответствующего образования* в специальных *заведениях* и *классах*. В период зарождения специального образования отношение общества к инвалидам было, с одной стороны, отрицательным, а с другой,– поддерживалось их равноправие, так как их обучали, несмотря на изоляцию. С развитием науки евгеники у общества появились *знания об инвалидности* и страх о ее распространении, поэтому всех обучаемых инвалидов стали определять в *специальные школы*. В период расцвета этой науки динамика отношения общества к инвалидам выразилась в полном их *отрицании*. Однако также как и в период зарождения специального образования соблюдалось их равноправие, так как обучение продолжалось. *Влияние науки психологии развития* и *новые образовательные теории* сформировали

у общества *позитивный взгляд* на *возможности образования*. В период институализации инвалидов динамика отношения общества выразилась в их *принятии в жизнь здоровых людей*. Результатом стало *формальное признание обществом специального образования*: инвалидам предоставлялось специальное образование в *школах общего потока*.

В ***Швеции***, как указывалось,– три периода: *зарождение образования здоровых учащихся и инвалидов (1842–1879 гг.); переход с минимального курса обучения на специальные классы и школы (1879–1946 гг.); расширение специальных классов и становление обучения инвалидов (1946–1950 гг.)* (Приложение А). Как указывает K.– G. Ahlstrom (К.– Г. Ахлстр), в Швеции в 1842 году вышел закон об обязательном обучении всех детей. Учащимся, которые испытывали недостаток в требуемой умственной способности, а также бедным, полагался «сокращенный курс обучения» (“the minimum course”) [49] (Приложение А). Обязательное обучение распространялось на детей с недостатком в требуемой умственной способности (на инвалидов). История зарождения их образования в Швеции совпадает с историей в Норвегии, так как с введением обязательного обучения в обеих странах было принято обучать и инвалидов.

Второй период – переход с минимального курса обучения на специальные классы и школы (1879–1946 гг.). Согласно K.– G. Ahlstrom (К.– Г. Ахлстр), минимальный курс обучения означал ***дискриминацию бедных*** и *«детей, отстающих в развитии» (“backward children”)*. Затем его отменили и бедных стали обучать в *классах общего потока*, а отстающих – в *«специальных» (“special classes”)* или оставляли после обучения в классах общего потока на *дополнительное время по предметам,* с которыми они не справлялись, и ***освобождали*** от некоторых *дисциплин* [49] (Приложение А). Обучение по дополнительным предметам является современной формой репетиторства. Но тогда она относилась к обучению инвалидов, а не здоровых учащихся, как сегодня. Согласно E. D. Kyrklund (Е. Д. Кюрклунд), в Швеции в 1879 году были введены специальные классы для *«малоспособных учащихся» (“slow learners”)* [86]. Понятие *«специальные классы» (“special classes”)*, согласно K.– G. Ahlstrom (К.– Г. Ахлстр), было заимствовано из Германии [49] (Приложение А).

К малоспособным учащимся относились дети с небольшой формой умственной отсталости, которые были способны физически передвигаться и посещать школу. Что касается учащихся с нарушениями слуха, зрения и умственно отсталых с тяжелой формой заболевания, то их обязатель-

ное обучение началось в 1878 и 1896 в отдельных «школах-интернатах» (“boarding schools”) (Приложение А). Таким образом, на пороге XX века в Швеции появились учащиеся следующих категорий инвалидности, которых обучали в соответствующих формах: малоспособных учащихся – в одном учреждении вместе со сверстниками, но в специальных классах; учащихся с нарушениями слуха, зрения и умственно отсталых с тяжелой формой заболевания – в школах-интернатах.

В Швеции были произведены первые *попытки инклюзивной формы обучения инвалидов* – их совместные занятия со сверстниками. Однако такая форма относилась только *к малоспособным учащимся* (с небольшой формой умственной отсталости). Что касается инвалидов с *нарушениями слуха*, *зрения*, *умственно отсталых* с тяжелой формой заболевания, им предоставлялось ***специальное институциональное образование***. Их обучение в *специальных школах* стало результатом *влияния евгеники*, так как общество боялось угрозы заражения инвалидностью. Появление специальных классов и школ вывело специальное образование в Швеции на новый уровень, относящийся к третьему периоду.

Третий период – расширение специальных классов и становление обучения инвалидов (1946–1950 гг.). В послевоенный период, как указывает K.– G. Ahlstrom (К.– Г. Ахлстр), выделили учащихся, страдающих «дислексией» и появились «классы по чтению» (“reading classes”) для таких учащихся, а детей, не готовых к обучению в школе, распределяли в «классы подготовки к школе» (“school-readiness class”) до достижения полной готовности к обучению. Распределением малоспособных учащихся в соответствующие классы занимались консультирующие агентства с помощью IQ тестов [49] (Приложение А).

С расширением образования инвалидов появилась потребность в создании программы их обучения, поэтому организация учителей специального образования SAF подала заявление в национальную образовательную комиссию для разработки специального учебного курса, шкалы и стандартизированных тестов, определяющих качество работы учащихся (Приложение А).

Анализируя динамику отношения общества в Швеции, выявлены ее общие черты с Норвегией. Как и в Норвегии, с *введением обязательного обучения* появилось *образование инвалидов*. Общество отрицало их и определяло в школы – интернаты. Однако в динамике их образования наблюдается тенденция к инклюзивной и интегрированной формам обучения. Примером являются *совместные* занятия детей, отстающих в развитии, со сверстниками и *дополнительные уроки*

в форме *репетиторства*. Далее, в период расширения специальных классов и формирования обучения инвалидов наблюдается движение динамики с отрицания в сторону их *поддержки*.

В ***Дании***, согласно J. Froestad (Й. Фростед) и B. Ravneberg (Б. Ревнеберг), как указывалось,– один период: *появление евгеники и институализация инвалидов (1900–1950 гг)* [77] (Приложение А). А далее, после 1950 года – два общих периода в Дании, Норвегии и Швеции*: политика нормализации (1950–1990 гг.); современное отношение общества к молодежи с ООП и к их образованию в Скандинавских странах (1994 г.– по настоящее время).*

M. N. Lawson (М. Н. Лосон) указывает, что ***обязательное обучение*** в Дании было введено в 1814 году [87]. По мнению I. S. Jorgensen (И. С. Йоргенсен), ***специальное образование инвалидов*** было введено для следующих учащихся: в 1811 г.– *с «нарушением зрения» (“blind”)*, в конце 1880 – х гг.– «*умственно отсталых» (“mentally handicapped”)*, в 1921 г.– с «*нарушением речи» (“speech handicapped”)*, в 1916 г.– с «*нарушением слуха» (“hearing handicapped”),* в 1937 г.– «*калек и слабых» (“sick and disabled”),* 1930–40 – х гг.– с «*дислексией» (“backward readers”)* [84].

Образование инвалидов в Дании началось ***раньше***, чем у их сверстников, и эта страна ***опередила*** Швецию и Норвегию: в Дании оно стало распространяться в 1814 г., в Швеции – в 1842 г., в Норвегии – в 1870 г. *Перечень видов инвалидности* был *более широким* и *четко обозначенным.* Выявлено шесть видов: учащиеся с *«нарушением зрения», «нарушением слуха»*, «*нарушением речи»*, «*умственной отсталостью*», «*дислексией*», а также «*калеки и слабые*». В Норвегии 3 вида – отсталые, отстающие в развитии, необучаемые, в Швеции 5 – малоспособные, с нарушениями зрения, слуха, умственно-отсталые, с дислексией. Сравним выявленный перечень, зародившийся в конце XIX века с современным.

На основе исследовании работ M. Loeland (М. Лоуленд) [90] и H. Wallskar (Х. Волскар) [113] и интернет-сайта “White Yellow Pages” («Бело-желтые страницы») [147], выявлены следующие виды инвалидности в Скандинавских странах на ***современном этапе***: *«дислексия» (“dyslexia”), «физическая инвалидность с нарушениями двигательной функции» (“motion disabled”); «нарушение зрения» (“visual impairment”); «нарушение слуха» (“hearing handicap”); «аутизм» (“autism”), «синдром дефицита внимания и гиперактивности» (“ADHD”), «дискалькулия» (“dysculculia”).*

Таким образом, общими видами являются: *дислексия; нарушение зрения; слуха* и *физическая инвалидность (калеки)*. То есть видно, что большинство современных видов берет начало из периода времени, проходящего в рамках медицинской модели инвалидности. Поэтому в современных названиях присутствуют слова: «нарушение» и «инвалидность».

Сравнивая количество видов инвалидности в Скандинавских странах в конце XIX века, видно, что в Дании их больше, чем в Норвегии и Швеции. Это говорит о «*продвинутости» Дании* в области науки, так как она начала обучать инвалидов раньше, чем их сверстников, *за короткий срок основала специальное образование* для большого количества видов инвалидности и имела *четкое распределение* учащихся в *специальные учреждения*. В Скандинавских странах динамика при *медицинской модели* выразилась в *отрицательном отношении* общества к инвалидам, потому что их обучали изолировано от других учащихся в *специальных условиях*. Далее, рассмотрим общие периоды в Скандинавских странах, *отражающие динамику отношения общества к молодежи с ООП и к их образованию*.

Общие периоды времени в Скандинавских странах, отражающие динамику отношения общества к молодежи с ООП и к их образованию

В Дании, Норвегии и Швеции, как указывалось нами,– два общих периода: *политика нормализации (1950–1990 гг.)* и *современное отношение общества к молодежи с ООП и к их образованию в Скандинавских странах (1994 г.– по настоящее время)*. Рассмотрим ***первый период***. Постепенно к середине XX века идеи изолирования инвалидов стали пересматриваться и появилась *политика нормализации*. Как указывает A. Culham (Э. Калем) и M. Nind (М. Нинд), она *впервые зародилась в Скандинавских странах* в 50-е гг. [59]. В Дании B. Mikkelson (Б. Миккельсон), глава датской службы по умственной отсталости, был первым, кто употребил термин *«нормализация» (“normalization”)*, и дал ему определение – «существование умственно отсталых людей настолько близко, насколько это возможно к нормальным жизненным условиям… делая нормальным проживание, образование, работу и отдых людей с умственной отсталостью» [59]. Мы предполагаем, что политика нормализации коснулась также и инвалидов других категорий.

То есть политика нормализации была введена в Дании и Швеции раньше в отношении умственно отсталых инвалидов, чем в Норвегии, так как, согласно авторам Й. Фростеду и Б. Ревнбергу, в Норвегию она пришла с опозданием на десятилетие. Тогда как в Дании и Швеции эта политика уже повлияла на отношение общества к инвалидам. А. Скоукен – журналист, романист и режиссер в 1965 г. и 1967 г. читал лекции студентам на тему «Существуют ли концлагеря для инвалидов в Норвегии?». В содержании лекции автор отвечал на этот вопрос утвердительно. Он называл специальные школы устаревшими учреждениями без образовательной ценности. Политика нормализации была введена в ответ на критику сегрегационной системы обучения и ухода за инвалидами. Сначала критика коснулась системы соцобеспечения. Был выпущен ряд книг, докладов с опубликованными нерешенными социальными проблемами, в частности, что бедные получают меньше всех блага соцобеспечения, и ситуация была диагностирована как «политическая бедность» и «миф государства с развитой социальной системой» [77].

B. Nirje (Б. Нирье) в 1943 г. разработал восемь составляющих принципа нормализации: 1) обычный режим дня; 2) жизни; 3) года; 4) возможность получения обычного поучительного жизненного опыта; 5) выбор и желания умственно отсталых людей должны, насколько это возможно, учитываться и их должны уважать; 6) проживание в двуполом мире; 7) право на нормальный экономический стандарт; 8) стандарт физических условий. ***Обычный режим дня*** означает, что умственно отсталый инвалид может: вставать, одеваться, принимать пищу, ложиться спать по желанию. То есть он проживает день как нормальный человек. ***Обычный режим жизни*** – умственно отсталый инвалид должен, как и нормальный человек, посещать ***места досуга***, ***работу*** и ***учебу в разных зданиях вместе со всеми***. ***Обычный режим года*** означает право умственно отсталых людей на путешествие.

Возможность получения обычного поучительного жизненного опыта биографии выражается в том, что инвалид может проживать жизненные этапы как нормальный человек, например, *снять квартиру* в совершеннолетие, *жениться*. ***Проживание в двуполом мире*** означает, что при размещении умственно отсталых в различных учреждениях и хостелах необходимо учитывать ***соотношение*** полов (мужчина-женщина), так как такие люди страдают от одиночества, и они лучше существуют в ***парах***. ***Право на нормальный экономический стандарт*** означает, что инвалиды могут наравне со всеми *получать зарплату, детские пособия, пособия по старости* и другие ***экономи-***

ческие привилегии. ***Стандарт физических условий*** подразумевает, что больницы, школы, интернат и другие здания для инвалидов должны быть ***аналогичны*** зданиям для обычных горожан. Они не должны располагаться в изолированных местах, недоступных для остального населения.

Как указывает автор, изоляция и сегрегация вызывают *незнание* и *предубеждение*, тогда как *интеграция* и *нормализация* умственно отсталых людей *улучшают повседневные отношения* между людьми и понимание, а также являются предпосылкой их *социального включения* [94].

Интеграция и нормализация обеспечивают *принятие* инвалида обществом. При такой политике он становится ***участником*** полноценной жизни: имеет право на работу, зарплату, самостоятельное проживание. Все учреждения, в том числе и образовательные, ***адаптируются***, согласно потребностям инвалидов. С политикой нормализации наблюдается движение динамики отношения общества Скандинавских стран к инвалидам в сторону их ***приобщения в такую жизнь***. Это объясняется *сотрудничеством* трех стран в развитии образования, которое велось с начала первой мировой войны. ***Социальная модель инвалидности*** сформировалась при политике нормализации. Согласно этой модели, проблема инвалида заключается в различных барьерах в быту большинства населения. Если инвалид начинает беспрепятственно жить в «нормальном» обществе его недуг пропадает. При этом происходит *отрицание инвалидности*, так как при устранении препятствий страдающий ей человек воспринимается ***на равных***. На смену нормализации во всем мире пришла ***инклюзия***, в которой состояние инвалида не отрицается, а принимается.

Второй общий период динамики отношения общества к инвалидам, характерный для Дании, Норвегии и Швеции,– *современное отношение общества к молодежи с ООП и к их образованию в Скандинавских странах (1994 г.– по настоящее время).*

Согласно A. Culham (Э. Калем) и M. Nind (М. Нинд), внедрение политики инклюзии началось с подписания странами-участниками Саламанкской декларации о принципах, политике практической деятельности в сфере образования лиц с ООП в 1990 г. [59]. В документе «Всемирная декларации об образовании для всех» прописана главная цель образования – ***школа должна принимать всех детей***, независимо от их *физического, умственного, эмоционального, социального, лингвистического* или другого состояния [6].

Шамсутдинова Ирина Георгиевна
Кравченко Наталья Владимировна

ОСОБЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ МОЛОДЕЖИ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В СКАНДИНАВСКИХ СТРАНАХ

Монография

Оформление обложки *Удовенко В. Г.*
Компьютерная верстка *Дорожкина О. Н.*

Управление издательской деятельности
и инновационного проектирования МПГУ
119571, Москва, Вернадского пр-т, д. 88, оф. 446.
Тел.: (499) 730-38-61
E-mail: izdat@mpgu.edu

Подписано в печать 31.08.2015. Формат 60x90/16.
Бум. офсетная. Печать цифровая. Объем 13,0 п. л.
Тираж 500 экз. Заказ № 444.

ISBN 978-5-4263-0274-7

9 785426 302747