

---

*УДК316.3/4+37.0*

**ВЛИЯНИЕ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА  
НА РАЗВИТИЕ СОЦИАЛЬНЫХ СПОСОБНОСТЕЙ  
ПОДРОСТКОВ**

**З.И. Лаврентьева**

*Новосибирский государственный педагогический университет*

В статье представлены результаты опытно-экспериментального исследования, демонстрирующие характер влияния процесса реабилитации на социальное развитие подростков. Показаны преимущества открытости процесса реабилитации, проанализированы

педагогические условия, обеспечивающие развитие индивидуальных социальных способностей реабилитируемых подростков.

*Ключевые слова и словосочетания:* реабилитация, социальное развитие, подросток, педагогические условия организации реабилитационного процесса

Одной из актуальнейших педагогических проблем в настоящее время является проблема реабилитации, т.е. восстановления детей и подростков, жизнедеятельность которых связана с их физическими, психическими, культурными, правовыми или социальными ограничениями. Изоляция подростков, имеющих ограничения, создание для них специализированных образовательных и воспитательных учреждений резко снижают возможности развития социальных способностей, присущих каждому человеческому существу. Как показывают научные исследования (А.М. Прихожан [4], В.М. Сорокин [3], Н.Н. Толстых [4], Л.М. Шипицына [5] и др.), огромный ресурс реабилитации заложен в индивидуальных социальных способностях личности. К таким способностям относится, прежде всего, способность воспринимать других людей и строить с ними отношения (Г.Л. Андросова [1], Г.В. Никулина [2] и др.).

С целью выявления условий, при которых процесс реабилитации обеспечивает наиболее полное раскрытие индивидуальных социальных способностей, нами в течение десяти лет проводилось опытно-экспериментальное исследование. Его результаты и представлены в данной статье.

Для того чтобы продемонстрировать общие закономерности влияния процесса реабилитации на развитие индивидуальных социальных способностей, нами в опытно-экспериментальную работу были включены подростки с разными видами ограничений, а именно: подростки с физическими ограничениями; подростки, оставшиеся без попечения родителей; подростки социально депривированные (несовершеннолетние правонарушители, дети мигрантов, беспризорники, безнадзорные, подростки с аддикциями). Базу нашего исследования составили образовательные и социальные центры г. Новосибирска и

Новосибирской области, Алтайского края и Республики Хакасия. Такая широта исследования была обеспечена созданием под руководством автора научной лаборатории социального воспитания и проведением сибирских научных семинаров в Новосибирском государственном педагогическом университете. В качестве респондентов выступили 300 реабилитируемых подростков в возрасте от 12-ти до 16-ти лет.

Всех обследуемых подростков мы разделили на три большие категории: подростки с ограничением в здоровье (100 человек), подростки, оставшиеся без попечения родителей (100 человек), подростки с ограничениями социальных контактов, так называемые, социально депривированные (100 человек). В свою очередь, каждая группа разделялась на подгруппы. Так, в группу подростков, оставшихся без попечения родителей, были включены: 1) воспитанники детских домов, 2) подростки, временно находившиеся в центрах социальной реабилитации, беспризорники приемных отделений центров социального обслуживания, 3) подростки из приемных семей. В группу подростков с ограничениями в здоровье, соответственно, вошли: 1) учащиеся специализированных школ для глухих и слабовидящих, подростки, проживающие в интернатных учреждениях, 2) клиенты реабилитационных центров, обучающиеся на дому, и 3) подростки, посещающие общеобразовательные школы. Группа социально депривированных подростков состояла из тех, кто: 1) обучался в специализированных школах закрытого типа, 2) посещал стационарное отделение социальных центров, вечерние школы и 3) находились под особым контролем инспекторов по делам несовершеннолетних.

Валидность изучения как процесса реабилитации, так и социального развития, была обеспечена и тем, что в качестве респондентов выбирались не более десяти человек из каждого учреждения. Они объединялись в названные выше группы, позволяющие выявлять не состояние дел (шире - систему работы) в учреждении, а именно характер процесса реабилитации. Особенно важно эту деталь подчеркнуть относительно приемных семей. В нашем случае это были при-

емные семьи, действующие в таком статусе не менее пяти лет. В таком случае, как мы считаем, можно делать выводы о влиянии особо организованного процесса реабилитации на социальное развитие подростка, оставшегося без попечения родителей. В обследовании приняли участие приемные семьи Плучевских, Мордовиных, Чудиновых, Ястребовых, Сергеевых.

Полученный эмпирический материал дал объемную картину состояния степени развития индивидуальных социальных способностей реабилитируемых подростков. Тест социального интеллекта Гилфорда и Салливена позволял определить как общий показатель уровня социального интеллекта, так и уровень способности подростка предвидеть последствия, уровень способности «всматриваться» и «вслушиваться» в других людей, восстанавливать картину социальных отношений. Шкала социальной компетентности (в интерпретации А.М. Прихожан) также выявляла как общий уровень компетентности в соответствии с возрастом, так и уровень самостоятельности, уверенности в себе, произвольности, развития общения и отношения к своим обязанностям. Социальный интерес определялся тестом Кренделла и выражался в степени заинтересованности подростка в других людях.

Высокая степень развития социальных способностей означала, что все перечисленные показатели имеют стабильно высокий балл, а именно: высокий и очень высокий уровень социального интеллекта, соответствие или некоторое опережение своих сверстников по уровню социальной компетентности, высокий уровень социального интереса. К категории средней степени развития социальных способностей были отнесены подростки, набравшие средний балл по всем показателям или получившие неравномерные, импульсивные показатели внутри одного и того же теста. Низкая степень развития способностей характеризовалась разбросом и несогласованностью отдельных показателей, разнопорядковостью и разнонаправленностью высоких и низких баллов, их размещением по разным полюсам, например: высокий уровень социального интеллекта и существенное отставание в развитии социальной компетентности.

С целью выяснения педагогических условий, обеспечивающих социальное развитие подростка в процессе реабилитации с разным уровнем открытости, эмпирические данные нами были распределены по следующим группам: закрытые, смешанные и интегрированные. К первой группе были отнесены результаты обследования тех подростков, реабилитация которых осуществлялась в ситуации вынужденной изоляции или изоляции, обусловленной общественным и субъективным отношением к людям с ограничениями. Это - респонденты, обучающиеся в специализированных школах закрытого типа, подростки интернатных групп реабилитационных центров для детей с ограничениями в здоровье; подростки, обучающиеся на дому и не имеющие постоянных социальных контактов, подростки, объединившиеся в группировки закрытых субкультур (беспризорники, дети мигрантов и т.п.).

Во вторую группу вошли ответы респондентов, реабилитация которых проходила в детских домах, специализированных школах (для детей с ограниченными возможностями слуха и зрения, вечерних школах), в стационарных группах реабилитационных центров для детей, оставшихся без попечения родителей. Степень открытости процесса реабилитации в данной ситуации носила явно смешанный характер: в нем обнаруживаются как признаки «закрытости», так и признаки «интегрированности». К первым относятся вынужденная принадлежность к группе сверстников (по месту обучения или проживания), подчинение режиму дня, ограниченность социальных контактов, отсутствие свободы передвижения и т.д. Ко вторым - возможность выбора референтной группы за пределами специализированного образовательного учреждения (воспитанники детских домов могут это сделать в учреждениях дополнительного образования или в общеобразовательной школе, а учащиеся специализированных школ - в группах по месту жительства, среди родственников и т.д.).

Высшая степень открытости процесса реабилитации - интеграционная. В эту (третью) группу вошли ответы респондентов, процесс реабилитации которых проходил в условиях, приближенных к естественным ситуациям жизнедеятельности подростка. Процесс реабили-

тации подростков, оставшихся без попечения родителей, осуществлялся в приемных семьях; подростки с ограниченными возможностями здоровья реабилитировались в центрах сопровождения, посещая при этом общеобразовательные школы; несовершеннолетние правонарушители, оставаясь в своих семьях и продолжая обучение, попадали в поле внимания реабилитационной программы «Дети улицы». Процесс реабилитации в этой группе респондентов был интегрирован с процессом образования, воспитания и социального развития подростка.

Итак, при каких условиях процесс реабилитации поднимает развитие социальных способностей подростка на более высокий уровень? Проследим закономерности влияния такого условия, как степень открытости процесса реабилитации. Представим полученные нами результаты в сводных таблицах.

*Таблица 1*

**Сравнительная характеристика уровней развития социальных способностей подростков в зависимости от открытости процесса реабилитации (%)**

Степень развития социальных способностей	Степень открытости процесса реабилитации		
	интегрированная	смешанная	закрытая
высокая	57	15, 89	7,27
средняя	26	50,47	32,23
низкая	17	33,64	60,50

Как видно из таблицы 1, группа подростков, включенная в процесс реабилитации, имеющий высокую степень открытости, оказалась самой многочисленной по высокой степени развития социальных способностей (57%). Напротив, в группе подростков, реабилитация которых проходила в условиях изоляции, высокую степень развития социальных способностей показало незначительное количество респондентов: всего 7,27%. В этой группе количество подростков с низкой степенью социальных способностей составило 60,5%. Самый высокий процент средней степени развития социальных способностей показала группа подростков, процесс реабилита-

ции которых проходил в условиях реабилитации сметанного характера (50,47%).

В таблице отчетливо просматривается одна из диагоналей, а именно диагональ слева направо, демонстрирующая зависимость степени социального развития от открытости процесса реабилитации. Отсюда можно сделать следующий вывод: чем выше степень открытости процесса реабилитации, тем выше уровень развития социальных способностей, напротив, чем более закрыт процесс реабилитации внутри группы или учреждения, тем больше подростков имеют низкую степень развития индивидуальных социальных способностей.

Как показывают экспертные оценки и включенное наблюдение, процесс реабилитации, особенно закрытого характера, действительно тормозит развитие социальных задатков. Не случайно, что в группе с низкой степенью развития социальных способностей в условиях закрытого характера реабилитации оказалось 60,5% респондентов. Это - подростки, показатели которых по отдельным тестовым заданиям характеризовались разбросом и несогласованностью, разнопорядковостью и разнонаправленностью высоких и низких баллов. Так, у подростков, реабилитация которых проходит в закрытых образовательно-воспитательных учреждениях, обнаруживается противоречие между высоким уровнем социального интеллекта и существенным отставанием в развитии социальной компетентности, а у подростков-беспризорников высокий уровень социального интереса вступает в противоречие с низким уровнем способности просчитывать последствия социальных действий. Практика же реабилитации в закрытых учреждениях направлена на то, чтобы снизить высокие, но социально опасные показатели (например, снизить социальный интерес беспризорников с целью предупреждения самовольных уходов), и закрепить хотя и средние, но социально одобряемые. В результате процесс реабилитации опирается только на отдельные компоненты социального развития подростка, оставляя другие без условий развития.

В группах со смешанным характером, как показывает анализ содержания реабилитационных программ, процесс реабилитации в основном ориентирован на средние социальные способности подрост-

ков. Все это и приводит к самому высокому показателю именно по данной категории степени развития социальности (50,47% средней степени развития против 15,89% степени развития высокой).

Напротив, педагоги, организующие процесс реабилитации подростков, оставшихся без попечения родителей, в приемных семьях заведомо допускают более высокие потенциальные возможности своих подопечных и целенаправленно их поднимают на более высокий уровень, добиваясь существенных результатов (57% высокой степени развития против 17% низкой).

Наше исследование взаимовлияния процесса реабилитации и процесса социального развития подростка позволяет вывести следующие закономерности: 1) если процесс реабилитации носит открытый характер, то и социальное развитие как опора используется в полном объеме, более того, интегрированный характер процесса реабилитации, опираясь на социальное развитие, поднимает его (социальное развитие) на новый уровень; 2) процесс реабилитации в условиях смешанного характера на состояние социального развития опирается, но не ориентируется на поднятие его на новый уровень; 3) закрытый характер процесса реабилитации приводит к опоре лишь на некоторые показатели социального развития, что явно затрудняет раскрытие и закрепление социальных способностей реабилитируемого подростка.

Между тем, общие выводы, полученные в первой части теоретико-экспериментального исследования, требуют определенной конкретизации, выявления и учета специфических педагогических условий, возникающих при разных уровнях открытости процесса реабилитации.

В табл. 2 представлены результаты степени развития социальных способностей подростков при закрытом характере процесса реабилитации. В группу подростков, оставшихся без попечения родителей, вошли 29 человек. Это были подростки, оказавшиеся в приемных отделениях реабилитационных центров, самовольно покинувшие семьи и не имеющие с ними постоянных контактов (беспризорники), и подростки центра временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей со статусом «ребенок-сирота или ребенок, оставшийся



без попечения родителей». Группу социально депривированных подростков (39 человек) составили подростки специализированной школы закрытого типа и подростки центра временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей. В группе подростков с ограниченными возможностями здоровья (33 человека) были больные дети, проживающие в специализированных интернатах, и подростки, обучающиеся на дому.

Таблица 2

**Степень развития социальных способностей подростков при закрытом характере процесса реабилитации (%)**

Степень развития социальных способностей	Подростки, оставшиеся без попечения родителей			Социально депривированные подростки			Подростки с ограничениями в здоровье		
	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки	всего	мальчики	девочки	всего
высокая	0	7,1	3,4	9,1	17,6	12,8	6,3	5,9	6,1
средняя	26,7	28,6	27,6	31,8	35,3	33,3	37,5	35,3	36,3
низкая	73,3	64,3	69,0	59,1	47,1	53,9	55,2	58,8	57,6

Сравнительный анализ степени развития индивидуальных социальных способностей свидетельствует о том, что самый низкий уровень имеет группа подростков, оставшихся без попечения родителей (>9,0%) (табл. 2). Особенно низкий показатель зафиксирован у мальчиков - 73,3%. Высокого уровня развития социальных способностей с мальчиков-подростков в нашей выборке не достиг никто. В связи с тем, что в эту группу вошли подростки, самовольно покинувшие семью, беспризорники, не обучающиеся в школе дети мигрантов, причиной низкого уровня социального развития является их самоизолированность от общества и семьи. Процесс реабилитации таких подростков также носит закрытый характер. Изолированность приобретает двойственный характер, что, как мы видим, существенно усугубляет ситуацию социального развития.

Сходная тенденция обнаружилась и в группе подростков с ограниченными возможностями здоровья. Низкую степень развития социальных способностей показали 57,6% респондентов. При сравне-

нии степени развития социальных способностей у подростков, обучающихся на дому, и у подростков интернатных групп реабилитационных центров, большой разницы в условиях нашего экспериментального исследования зафиксировано не было. При большей выборке (у нас она составила 33 человека: 15 мальчиков и 17 девочек) картина может поменяться. Вместе с тем, анализ содержания деятельности реабилитационных центров и состояния психологического климата в семьях, где проводилось обследование, дает нам основание утверждать, что закрытость там охранялась с позиций субъективно-психологических: педагоги и родители ограждали своих детей от контактов со здоровыми сверстниками, опасаясь нанести психологическую травму больному ребенку. Реабилитационные мероприятия, проводимые в этой группе подростков, были ориентированы только на развитие конкретных бытовых, поведенческих и образовательных навыков. Взрослые продолжали и в подростковом возрасте выполнять самые разнообразные работы за своих детей, тем самым не способствуя появлению возрастных новообразований, что, в свою очередь, не создавало условий для развития социальных способностей. Особенно это касается девочек-подростков. Среди них высокого уровня показатели социального развития достигают лишь 5,9% опрошенных. Все это позволяет сделать вывод о том, что и добровольная самоизоляция подростков с ограничениями в здоровье, как и изоляция детей-сирот, порождаемая реабилитационной деятельностью специалистов, связанных педагогическими стереотипами, приводит к неполноценности социального развития.

Обращение к показателям группы социально депривированных подростков свидетельствует о том, что и среди них обнаруживается большое количество респондентов с низкой степенью социальности - 53,9%. Тем не менее, показатели высокой степени развития у них выше, чем в группах подростков, оставшихся без попечения родителей и подростков с ограниченными возможностями здоровья (12,8% по сравнению с 3,4% и 6,1% соответственно). Следует иметь в виду, что социально депривированные подростки, оказавшиеся в поле нашего исследования, временно находились в закрытых специализиро-

ванных школах и центрах временной изоляции для несовершеннолетних правонарушителей. Процесс реабилитации в таких учреждениях, в отличие от реабилитации больных детей, носит конечный характер, заключен в определенные временные промежутки и ориентирован на возвращение подростка в семью и общеобразовательную школу. Отсюда вытекает вывод о том, что закрытый характер процесса реабилитации снимает некоторые из противоречий социального развития подростка, если процесс реабилитации кратковременный и ориентирован на перевод подростка в процесс естественной адаптации и социализации.

Полученные нами данные позволяют сделать вывод о том, что реабилитационный процесс, протекающий в условиях закрытого характера, существенно замедляет процесс социального развития подростков. Это касается всех изученных нами групп реабилитации, и в первую очередь, подростков, которые находятся в двойной изоляции (общественной и семейной) или изоляции добровольной (больные подростки, подростки-беспризорники). Временная изоляция менее ущербна для социального развития реабилитируемого подростка, хотя оправдывать ее, с педагогической точки зрения, рискованно. Наиболее эффективен, с точки зрения развития индивидуальных социальных способностей подростков, процесс реабилитации, имеющий открытый характер.

#### **Библиографический список**

1. **Андросова, Г.Л.** Социальное становление подростка с интеллектуальной недостаточностью / Г.Л. Андросова. - Сургут: СурГПУ, 2004.
2. **Никулина, Г.В.** Формирование коммуникативной культуры лиц с нарушениями зрения: Теоретико-экспериментальное исследование / Г.В. Никулина. СПб.: КАРО, 2006.
3. **Сорокин, В.М.** Специальная психология / В.М. Сорокин. - СПб.: Речь, 2004.
4. **Прихожан, А.М.** Психология сиротства / А.М. Прихожан. Н.Н. Толстых. - 2-е изд. - СПб.: Питер, 2005.
5. **Шипицына, Л.М.** «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта / Л.М. Шипицына. - СПб.: Речь, 2005.

# **EFFECT OF REHABILITATION PROCESS ON THE DEVELOPMENT OF SOCIAL CAPABILITIES OF TEENAGERS**

**Z.I. Lavrentyeva**

In the paper results of an experience experimental research demonstrating the character of rehabilitation process effect on the social development of teenagers are presented. Advantages of rehabilitation process openness are shown, pedagogical conditions providing development of individual social capabilities of rehabilitated teenagers have been analyzed.

*Key words:* rehabilitation, social development, teenager, pedagogical conditions of rehabilitation process organization.

---