

© *Бетанова С.С., 2012*

УСЛОВИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГА, РАБОТАЮЩЕГО С ДЕТЬМИ-ИНВАЛИДАМИ, КАК СИСТЕМООБРАЗУЮЩИЙ ФАКТОР ГОТОВНОСТИ К НЕЙ

Аннотация. Статья нацелена на решение актуальных проблем в сфере психологии труда и посвящена поиску возможности оптимизации профессиональной деятельности психолога, работающего с детьми-инвалидами. Приводятся данные одного из этапов эмпирического исследования, в процессе которого были разработаны профессиограммы различных специализаций психолога. Сравнительный анализ полученных результатов позволил выявить специфику труда психолога в области комплексной реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья.

Ключевые слова: профессиональная деятельность психолога, профессионально важные качества, профессиограмма, психология труда, комплексная реабилитация, дети-инвалиды, родители детей-инвалидов.

© *S. Betanova, 2012*

CONDITIONS OF A PROFESSIONAL ACTIVITY PSYCHOLOGIST, WORKING WITH DISABLED CHILDREN, AS A SISTEM-FORMING FACTOR OF READINESS TO IT

Abstract. The article is aimed at the solution of urgent problems in the field of psychology of labour and is devoted to the search for opportunities to optimize the professional activity of the psychologist working with disabled children. The article presents the data of one of the stages of the empirical research, in the process of which some professional diagrams of different specializations of the psychologist were developed. The comparative analysis of the obtained results has revealed the specificity of the psychologist's labour in the sphere of complex rehabilitation of children with the limited possibilities of health.

Key words: psychologist's professional activity, professionally important qualities, professional diagram, psychology of labour, complex rehabilitation, disabled children, disabled children's parents.

В настоящее время в Российской Федерации в значительной степени увеличилось количество детей с ограниченными возможностями здоровья, и, как следствие, возросли показатели детской инвалидности (по статистике, ежегодно рождается 30 тыс. детей с различными аномалиями, из них 70–75% являются инвалидами). Это послужило отправным пунктом для разработки стратегии и последующей поэтапной реализации системы комплексной реабилитации детей-инвалидов в нашей стране (Р.А. Амасьянц и др.) [8].

Данная ситуация диктует необходимость качественного индивидуально ориентированного психолого-педагогического сопровождения, конечной целью которого является достижение адекватной социализации ребенка-инвалида, обеспечение нормально-го качества его жизни. Одним из основных звеньев в этом процессе является работа

психолога, осуществляющего психологическое сопровождение ребенка-инвалида и его семьи (Р.А. Амасьянц, И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, В.В. Ткачева, Л.М. Шипицына и др.).

При этом труд психолога в области реабилитации детей-инвалидов носит полифункциональный характер, что предполагает разностороннее образование специалиста, осведомленность в физических и психических особенностях дефектов, приводящих к инвалидности, наличие соответствующих личностных особенностей, позволяющих доверительно относиться к этой категории работников, а также готовность психолога к сложностям и специфике коррекционной сферы деятельности.

В отечественной психологии трактовка готовности психолога неоднозначна. Наша точка зрения опирается на личностный подход (М.И. Дьяченко, Л.А. Кандыбович, Б.Г. Ананьев, В.А. Крутецкий, В.Д. Шадриков, А.А. Деркач и др.) и исходит из того, что это проявление индивидуальных качеств личности и их целостности, которые обусловлены эффективностью и высокой результативностью деятельности. Мы понимаем готовность психолога к работе с детьми-инвалидами как состояние мобилизации психических систем субъекта труда, обеспечивающее достижение высокого уровня профессионализма.

В связи с этим важно упомянуть об основных аспектах проблем детей-инвалидов с точки зрения социума (Н.А. Холопенко):

– медицинский – ограничение жизнедеятельности, значительное ухудшение качества жизни в связи с болезнью;

– психологический – угнетающее чувство безнадежности и зависимости от окружающих, нарушение саморегуляции, импульсивность поведения, страх за свое будущее;

– социальный – вынужденная изоляция, социальная депривация, дефицит информации и т. д. [9].

Имеющие статус инвалидов дети с нарушениями развития, по определению И.Ю. Левченко, – это дети, у которых вследствие врожденной недостаточности или приобретенного органического поражения сенсорных органов, опорно-двигательного аппарата или центральной нервной системы возникают отклонения от нормального развития психических функций [4].

Л.С. Выготский определил не только первичные нарушения, связанные непосредственно с биологической сущностью дефекта, но и вторичные, развивающиеся в ходе социализации аномального ребенка, при его взаимодействии с окружающим миром. Это нарушение умственной работоспособности, серьезные недостатки в состоянии крупной и мелкой моторики, недоразвитие коммуникативных навыков, проблемы вербализации, бедность социального опыта и другое.

Родители детей-инвалидов также являют собой особую группу, не только наиболее восприимчивую к колебаниям условий жизни в социуме, но и глубоко ранимую морально и психологически. Исследователи В.Ю. Голофеевский, С.П. Евсеев, М.В. Ипполитова, Л.Г. Камсюк, В.А. Лисовский и другие выявили, что родители сталкиваются с проблемами, к решению которых не готовы ни они сами, ни их ближайшее окружение.

А.Н. Елизаров и В.В. Ткачева, изучая семьи детей-инвалидов, указывают на то, что их уклад и функции значительно отличаются от общепринятого стандарта. В.В. Ткачева объясняет это тем, что отношения внутри такой семьи, а также контакты с социумом значительно искажаются. Автор считает, что причина заключается в постоянном психологическом воздействии на близких тяжелого психофизического состояния ребенка-инвалида. Приобретенный таким образом членами семьи стресс постоянно сопровождается чувством безысходности и со временем становится хроническим. По словам В.В. Ткачевой, люди все время как бы пребывают во «внутреннем» (психологическом) и «внешнем» (социальном) тупике [6].

А.В. Вишнеvский указывает, что наиболее сильный удар, как правило, принимает на себя мать больного ребенка. Неотлучно находясь с ним, утратив привычный жизненный расклад и перспективы профессионального развития, будучи под воздействием колоссальной негативной эмоциональной нагрузки, она воспринимает происходящее как фатальность или даже кару. Автор описывает свои наблюдения за психологическим состоянием многих матерей детей-инвалидов и анализирует беседы с ними. По словам А.В. Вишнеvского, в их настроении доминирует страх за жизнь и судьбу обреченного ребенка, ощущение конца своей жизни, одиночество, спад интереса к себе как к женщине, личности, наблюдаются частые истерики и т. п. [1]. А.Д. Зурабашвили, В.В. Ковалев, Н.И. Фелинская в подобных исследованиях упоминают и о частом проявлении у этого контингента респондентов различных форм депрессий [3].

В.В. Ткачева исследовала соматические заболевания матерей детей-инвалидов с точки зрения механизма их возникновения вследствие шокового или пролонгированного стресса. Такую зависимость в разное время обосновали Ф.В. Бассин, В.А. Вишнеvский, М.М. Кабанов, В.В. Ковалев, С.А. Кулаков, В.И. Лебедев, В.Н. Мясищев, Р.Ф. Майрамян и другие авторы. Согласно полученным эмпирическим данным, испытуемые жалуются на колебания артериального давления, бессонницу, частые и сильные головные боли, нарушения терморегуляции. Чем старше становится ребенок, тем длительнее психопатогенная ситуация и тем в большей степени у многих матерей проявляются нарушения здоровья. Возникают ранний климакс, частые простуды и аллергия, сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания, выраженное тотальное поседение, проблемы желудочно-кишечного тракта и т. д. В.В. Ткачева объясняет указанные состояния не только как реакцию личности на травмирующее переживание, но и видит в них ответный защитный барьер биологического организма эмоционально страдающего человека [6].

Работы О.Н. Усановой в области специальной психологии позволяют выделить для характеристики родительских отношений следующие устойчивые позиции:

- чрезмерная забота;
- чрезмерно подавляющее, деспотичное отношение;
- общее эмоциональное отчуждение членов семьи и родителей (к слепому ребенку);
- игнорирование истинных способностей ребенка (по отношению к детям с нарушением зрения);
- полное принятие, сверхопека;
- безразличие или отвержение (в семьях с глухим ребенком);
- чрезмерная опека и неоправданно жесткая позиция (в семьях с детьми с ДЦП) [7].

Психологами выявлено, что большинство родителей ребенка с отклонениями развития закладывают принципы его воспитания по примеру воспитания здорового ребенка в периоды острых или обострения хронических заболеваний, когда обычные требования к нему, как правило, смягчаются. Таким образом, на протяжении сензитивных к восприятию ребенком социальных норм периодов они не формируют необходимую психолого-педагогическую среду, что впоследствии приводит к тому, что у многих детей-инвалидов вырабатывается инфантильное отношение к окружающим и сверхэгоизм, отсутствие самостоятельности и достаточной социальной активности.

Длительное изучение вышеуказанного контингента семей помогло вскрыть еще одну особенность, характеризующую устойчивую позицию многих родителей по отношению к имеющимся в нашей стране комплексным реабилитационным мерам, предлагаемым в рамках государственных программ по преодолению детской инвалидности. Родители считают, что решением проблем их ребенка должны полностью заниматься сотрудники психолого-педагогического или медико-социального учреждения, к которому

он по статусу инвалидности прикреплен или длительное время пребывает. В.В. Ткачева называет такую позицию не иначе, как «иждивенческая и безынициативная» [6].

Вместе с тем средовые факторы в зоне пребывания ребенка-инвалида, его жизнедеятельности и быта, формируемые и развивающиеся в ходе его неблагополучного психофизического состояния, приобретают специфический характер и являются субъективно значимыми для окружающих людей, вызывая особые эмоциональные реакции. И в первую очередь, это различные психологические барьеры, могущие возникать в процессе деятельности психолога при взаимодействии с аномальными детьми (Б.Д. Парыгин, Л.А. Поварницына, Н.А. Подымов, Р.Х. Шакуров).

Парадигма барьеров многолика, но в целом под этим термином подразумевают переживания напряженных психических состояний, возникающих под влиянием субъективных затруднений: тревоги, стресса, фрустрации, аффекта [5]. В развитии концепции барьеров Н.И. Шевандрин выделяет и описывает барьеры отвращения и брезгливости, страдания и горя, страха в межличностном общении, а также стыда и вины, возникающий от неловкости за себя или другого [5]. Е.С. Слюсарева анализирует психологические барьеры студентов – будущих психологов в коррекционной сфере, и связывает их с общим неблагоприятным эмоциональным фоном активности, особенностью аттракции, обуславливающих первичное принятие или отвержение ребенка с аномалиями развития в субъект-субъектном взаимодействии [5].

Все вышесказанное позволяет предположить, что деятельность психолога, работающего с детьми-инвалидами и их семьями, имеет ряд особенностей. В ходе освоения этой профессии на личность человека, избравшего ее, несомненно, будет накладываться определенный отпечаток. Помимо терпимости к сложным окружающим условиям среды ребенка-инвалида, специалист должен суметь выработать устойчивость к постоянной психической напряженности, неустанно демонстрировать высокую личную и социальную ответственность, излучать бодрость и хорошее настроение, уметь убеждать, настраивать родителей на безусловное выполнение необходимых реабилитационных мероприятий и т. п. Вместе с тем условия процесса комплексного сопровождения воздействуют на формирование у психолога многозначности профессиональной позиции: психолог в области дефектологии реально вынужден работать в амбивалентных условиях, решая различные, зачастую противоречивые ситуации. Если в отношениях с подопечным ребенком психолог должен проявлять и такие педагогические качества, как ласковость, мягкость, доброту, то с родителями ребенка-инвалида ему бывает необходимо демонстрировать твердость, настойчивость, решимость. В вопросах взаимодействия с другими специалистами часто нужно уметь отстаивать свое мнение, доказывать преимущество тех или иных методов коррекции, быть непреклонным, отчасти авторитарным.

И все же моментом истины в работе психолога, сопровождающего детей с ограниченными возможностями здоровья и их семьи, на наш взгляд, является осознание необратимости дефекта и его последствий для ребенка-инвалида. В отличие от психолога, работающего с детьми с нормальным психомоторным развитием, психолог, осуществляющий сопровождение ребенка-инвалида, полностью отдает себе отчет в том, что физическое и / или психическое исцеление невозможно. И разница здесь не только в восприятии субъектов профессиональной деятельности. Высока вероятность того, что и внутренняя установка психолога в области дефектологии несколько иная, нежели у психолога, имеющего дело с «нормой». Представляется истинным также и то, что на стыке, на первый взгляд, подобных друг другу подсистем компонентов их деятельности возникает некая дельта, заключающая в себе особое, интегрирующее начало – детерминанту личностной готовности к постоянной, безотказной и успешной работе в сфере детской инвалидности.

В нашем исследовании мы решали одну из задач: выявляли основные условия деятельности психологов, работающих в смежных областях – с детьми-инвалидами и детьми с нормальным развитием, и определяли существенные различия. Для этого необходимо было разработать профиограммы участников эксперимента и провести их сравнительный анализ. Выбранными респондентами контрольной группы стали психологи, работающие с детьми с нормальным развитием, прибывшие из медико-психолого-педагогических центров, дошкольных и школьных образовательных учреждений (г. Москва и регион Московской области) в Московский государственный областной университет на постоянно действующие специальные курсы, а также курсы повышения квалификации по темам: «Комплексная реабилитация детей-инвалидов в системе образования региона» и «Неврологические и психолингвистические основы специальной педагогики и психологии», которые проводились перманентно с 2005 по 2008 гг.

Контингент психологов, работающих с детьми-инвалидами (экспериментальная группа), был представлен сотрудниками ФГУ РРЦ «Детство» (г. Домодедово, Московская область), на базе которого организована комплексная реабилитация детей-инвалидов, жителей России. Всего на этом этапе эксперимента участвовали 98 человек – практикующие психологи (преимущественно женщины), из них 48 работают с детьми-инвалидами, 50 – с детьми с нормальным развитием. Средний возраст респондентов – от 29 до 43 лет. Стаж работы в данном виде деятельности – от 8 до 15 лет. Возрастная категория детей – субъектов профессиональной деятельности – дошкольный, младший и средний школьный возраст (от 2-3 до 12-14 лет). Выборки уравновешены по возрасту и стажу работы. Гендерный признак не фигурировал в связи с недостаточной представленностью лиц мужского пола.

Психологи указанных направлений деятельности далее представлены как ПДИ (психологи, работающие с детьми-инвалидами) и ПН (психологи, работающие с детьми с нормальным развитием) (табл. 1).

Таблица 1

Распределение респондентов по основным критериям в выборках ПДИ и ПН

Критерий выборки	ПДИ			ПН		
	Мужчины	Женщины	Всего	Мужчины	Женщины	Всего
Количество человек (мужчин и женщин)	3	45	48	2	48	50
Возраст (среднее значение)	32,5	37,7	37,6	31,8	38,4	38,7
Стаж работы в области психологии (лет, среднее значение)	8,6	12,9	11,8	8,1	13,8	13,7

Главной методикой исследования послужило профессиографирование (Е.М. Иванова, Е.А. Климов, Ю.В. Котелова, А.К. Маркова, К.К. Платонов, Е.С. Романова, Г.М. Суворова и др.), итогом которого является профиограмма. Из современных разновидностей профиограмм мы выбрали комплексную, так как в ней учитывается широкий круг характеристик (социальных, технических, экономических, медико-гигиенических и др.), а также указаны предмет, цели, способ, критерии оценки результатов и т. п.

Комплексный анализ описания профессии включает ее производственную характеристику, оценку экономического значения профессии; социально-психологическую характеристику профессии (престиж в обществе, особенности межличностного взаимодействия); определение объема знаний, умений и навыков, необходимых для успеш-

ного профессионального труда, особенно тех, которые определяют профессиональное мастерство, сроки подготовки и перспективы продвижения; санитарно-гигиеническую характеристику условий труда с акцентированием внимания на «профессиональных вредностях»; составление перечня требований, предъявляемых к состоянию здоровья работника и медицинских противопоказаний к данной профессии; формулировку требований, предъявляемых к психологическим характеристикам человека и выделение профессионально важных качеств (ПВК) [2].

Руководствуясь указаниями различных авторов по сбору данных для профессиограммы (С.М. Василейский, М.А. Дмитриева, В.Н. Дружинин, В.А. Иванников, В.П. Зинченко, А.С. Кузнецова, О.Г. Носкова, Г.В. Суходольский, Дж. Фланнаган и др.), мы применили:

- метод опроса
- метод экспертных оценок
- наблюдение за работой, в которое входит:
 - интерпретация проблемных ситуаций
 - анализ документации
 - метод коллективной дискуссии.

По итогам анализа результатов обследования мы составили сравнительную таблицу (адаптированный вариант комплексной профессиограммы), в которую включили обобщенные данные о деятельности психолога, работающего с детьми-инвалидами, и психолога, работающего с детьми, имеющими нормальное физическое и психическое здоровье (*табл.2*). В нее включены лишь те разделы, в содержании которых мы обнаружили различия.

Адаптированный вариант комплексной профессиограммы

1. Специфика должности, организации, стаж сотрудника (см. описание контингента испытуемых выше)
2. Цель труда
3. Предмет труда
4. Задачи труда, профессиональные функции
5. Методы труда
6. Средства труда
7. Необходимое образование
8. Обязанности, ответственность
9. Типичные профессиональные сложности.

Таблица 2

Сравнительная таблица профессиограмм психолога, работающего с детьми-инвалидами, и психолога, работающего с детьми с нормальными развитием

Параметры обследования	Психолог, работающий с детьми-инвалидами (ПДИ)	Психолог, работающий с детьми с нормальным развитием (ПН)
<i>Цель труда</i>	<ul style="list-style-type: none"> – При легкой и средне-легкой степени инвалидности – обеспечение психологической адаптации, интеграции, инклюзии инвалида в социум с учетом возможности его реабилитации – При тяжелой степени – разработка и организация психологической среды, обеспечивающей приемлемое качество жизни инвалида с учетом невозможности его реабилитации 	Разработка и организация коррекционно-развивающего маршрута и обеспечение на его основе успешной адаптации ребенка в образовательную и социальную среду
<i>Предмет труда</i>	Патологические психические процессы, вызванные нарушением физического и психического здоровья, повлекшим состояние инвалидности	Психические процессы ребенка с нормальным психомоторным развитием
<i>Задачи, функции</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Субъект профессиональной деятельности – дети-инвалиды и их родители – При благоприятном прогнозе реабилитации основная задача – максимально возможная психологическая коррекция и развитие высших психических функций и личности ребенка-инвалида с целью его адекватной социализации, а также развитие психолого-педагогической компетентности родителей – При тяжелых случаях инвалидности – преимущественное взаимодействие с ближайшим окружением ребенка, установка на принятие тяжелой жизненной ситуации, преодоление негативных факторов семейного климата и формирование комфортной эмоциональной обстановки 	<ul style="list-style-type: none"> – Преодоление трудностей дезадаптивного поведения, развитие высших психических функций и личностных качеств ребенка – Своевременная диагностика и оптимизация межличностных отношений – Создание благоприятного климата в детском коллективе – Консультативно-просветительская деятельность среди педагогов, специалистов, родителей – При выявлении детей с отклонением в развитии организуют их направление в соответствующие коррекционные, социальные и медицинские учреждения
<i>Методы труда</i>	<ul style="list-style-type: none"> – Применяет проблемно ориентированный подход в процессе реализации системы «субъект-объект» – В отношении ребенка-инвалида применяет специальные психолого-педагогические методы – В отношении родителей ребенка-инвалида применяет психолого-педагогические и психотерапевтические методы – В отношении «заинтересованного» окружения ребенка-инвалида применяет методы и приемы разъяснения, убеждения, анализа ситуации, беседы, консультирование 	<ul style="list-style-type: none"> – Применяет личностно ориентированный подход в процессе реализации системы «субъект-субъект» – В отношении детей с нормальным психофизическим развитием применяет общие психолого-педагогические методы, в отдельных случаях – методы психологической коррекции – В отношении родителей и окружающих применяет консультирование, проводит беседы, в сложных случаях совместно анализирует ситуацию

окончание табл. на с. 175

Параметры обследования	Психолог, работающий с детьми-инвалидами (ПДИ)	Психолог, работающий с детьми с нормальным развитием (ПН)
<i>Средства труда</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Компьютер и периферическое обеспечение • Принадлежности для записей • Комплекты диагностических и коррекционных методик с учетом природы дефекта ребенка-инвалида • Наглядные и дидактические пособия коррекционной направленности • Специальные пособия 	<ul style="list-style-type: none"> • Компьютер и периферическое обеспечение • Принадлежности для записей • Комплекты диагностических и коррекционных методик • Наглядные и дидактические развивающие пособия различной степени сложности
<i>Необходимое образование</i>	Высшее специальное (коррекционное) психологическое образование	Высшее психологическое образование
<i>Обязанности, ответственность</i>	Главная обязанность психолога, работающего с детьми-инвалидами, – оказывать всемерное содействие, посредством решения стоящих перед ним задач психологической и психической коррекции, медицинским и социальным работникам-специалистам, несущим основную ответственность за результаты комплексной реабилитации ребенка-инвалида	Обязан в процессе взаимодействия с педагогическими кадрами выполнять основную функцию по выявлению психологических причин проблем развития, обучения и воспитания здоровых в психофизическом отношении детей. Несет высокую ответственность за результаты психологической коррекции.
<i>Типичные профессиональные сложности</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Есть такие проявления болезни ребенка-инвалида (нарушение двигательной, умственной и эмоциональной деятельности), при которых возможна только организация индивидуальной работы • Могут возникать физические и психические реакции больного ребенка непредвиденного характера (непроизвольные двигательные и эмоциональные реакции детей с различными формами детского церебрального паралича (ДЦП)) • Высока вероятность проявления негативных эмоциональных реакций, неадекватности поведения у детей-инвалидов с ДЦП, умственной отсталостью, аутизмом (РДА) • Ущербность, аномалии внешности ребенка с дефектами развития создают существенные помехи для нормального контакта и значительно осложняют характер общения с ним 	<ul style="list-style-type: none"> • Психолог на свое усмотрение организует как индивидуальную, так и подгрупповую, и фронтальную формы работы • Возможны случаи отказа ребенка от контакта с психологом • На практике наблюдаются отдельные факты агрессивных действий, асоциального поведения и т.п. • Велик риск контактов со специфическими детскими заболеваниями

Таким образом, на данном этапе научного эксперимента нами были получены неоспоримые данные, свидетельствующие о достаточно существенных различиях в свете условий профессиональной деятельности психологов смежных направлений, работающих с детьми с нормальным развитием и с детьми-инвалидами.

Проведенное исследование дает возможность приблизиться к решению задачи более тщательного и подробного изучения профессионально важных качеств психолога, деятельность которого осуществляется в коррекционной (специальной) сфере комплексной детской реабилитации. Оно послужит важным дополнением к имеющимся анало-

гичным данным в области психологии труда, поможет уточнить, расширить и обогатить соответствующие учебные стандарты и дисциплины, относящиеся к подготовке студентов (специальных психологов) для работы с аномальными детьми.

ЛИТЕРАТУРА:

1. *Вишневский А.В.* Становление профессионального здоровья учителя / В.А. Вишневский // Сургутский педагогический вестник. – 2003. – № 2. – С. 84-90.
2. *Дружинин В.Н.* Психология. Учебник для гуманитарных вузов. – СПб.: Питер, 2001. – 656 с.
3. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста (Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1979. – 228 с.
4. *Левченко И.Ю.* Психолого-педагогическая диагностика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамная, Т.А. Добровольская и др.; Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. – М.: Издательский центр Академия, 2003. – 320 с.
5. *Слюсарева Е.С.* Психологическая готовность специального психолога к психокоррекционной работе с детьми: Монография. – Ставрополь: Изд-во СГПИ, 2010. – 152 с.
6. *Ткачева В.В.* Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениям в развитии. Высшая школа. – М.: АСТ-Астрель, 2007. – 320 с.
7. *Усанова О.Н.* Специальная психология. – СПб.: Питер, 2008. – 400 с.
8. *Бетанова С.С.* Развитие коммуникативных навыков детей младшего школьного возраста, имеющих легкую степень умственной отсталости [Электронный ресурс] // Электронный журнал «Вестник Московского государственного областного университета» [Сайт]. – М.: МГОУ, 2012 - № 3. – С.97-107. – URL:http://evestnik-mgou.ru/vipusk/2012_3/stati/soc_rab_i_ped/betanova.html (зарегистрировано в ФГУП НТИЦ «Информрегистр» № 0421200150\0100).
9. *Холопенко Н.А.* Социально-психологические проблемы инвалидности. Другие подходы к пониманию инвалида / 05 января 2009/. [Электронный ресурс] // Социально-психологический сайт [Сайт] «Bernu Rits. Благотворительный фонд» URL: <http://www.bernurits.lv/articles/social-psyproblems.html> (дата обращения 09.08.2012).