

**АЛЬФИЯ СЕРГЕЕВНА СУЛТАНОВА, ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА  
ИВАНОВА / ALFIYA SULTANOVA, IRINA IVANOVA**

**«ПАРАИНКЛЮЗИВНОЕ» ОБРАЗОВАНИЕ ДЕТЕЙ КАК ОДНА ИЗ  
ОСНОВНЫХ ПЕРСПЕКТИВНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ РАЗВИТИЯ  
ОБРАЗОВАНИЯ**

**“PARAINCLUSIVE” EDUCATION OF CHILDREN AS ONE OF THE MAIN  
PERSPECTIVE TRENDS OF EDUCATIONAL DEVELOPMENT**

**Аннотация / Abstract**

В статье рассматривается проблема получения общего образования детьми с пограничными расстройствами. Этот вопрос становится особенно актуальным вследствие повышения распространенности различных патологических состояний в детской популяции.

Для обозначения процесса интеграции подобных детей в образовательный процесс предложен термин «параинклюзивное» образование. Описываются основные причины трудностей «параинклюзивного» образования и пути их преодоления.

The problem of general education of children with borderline disorders is considered in the paper. This question is particularly relevant due to the growth of the number of such children. The authors propose the term “parainclusive” education to refer to the process of integration of children with borderline disorders into the educational process. The main causes of difficulties characteristic for “parainclusive” education and the ways to overcome them are discussed.

Ключевые слова: «параинклюзивное» образование, пограничные расстройства, индивидуальный подход, дети

Key words: “parainclusive” education, borderline disorders, individual approach, children

Качество и социальная справедливость в образовании – это не только проблема получения качественного образования для всех слоев населения вне зависимости от их уровня дохода, места жительства и пр., но и доступность образования для всех детей независимо от состояния их здоровья. В связи с этим хотелось бы привлечь внимание специалистов к проблемам инклюзивного и «параинклюзивного» образования. Этот вопрос становится особенно актуальным вследствие повышения распространенности различных патологических состояний в детской популяции [5; 6].

В различных научных областях достаточно давно начали проводиться исследования, посвященные реализации права на образование нетипичных детей. По нашему мнению, имеется два основных аспекта этой проблемы. Во-первых, инклюзивное образование детей с наличием грубой патологии и, во-вторых, общее образование детей с т. н. пограничными состояниями – «параинклюзивное» образование.

Что касается первого аспекта проблемы, в нашей стране социально-образовательная интеграция детей-инвалидов на практике достигается лишь в единичных случаях. Это происходит, как правило, путем многих усилий со стороны родителей и некоторых специалистов и чаще осуществляется в негосударственных образовательных учреждениях. К сожалению, есть большая вероятность, что эта проблема в ближайшее время не будет решена, несмотря на принимаемые законы об инклюзивном образовании. Это связано с рядом факторов, важнейшие из которых – низкая толерантность к детям-инвалидам в обществе, отсутствие подготовленных педагогических кадров, недостаточная техническая оснащенность образовательных учреждений.

Нам хотелось бы сосредоточиться на втором аспекте указанной проблемы. Уже достаточно давно необходимо обратить внимание на процесс интеграции, который происходит в образовательных учреждениях. Имеется в виду «скрытая», стихийная интеграция детей с пограничной патологией, негрубыми отклонениями в состоянии здоровья, а также детей, ранее имеющих достаточно серьезные отклонения, но с откорректированным дефектом (как правило, после длительной работы с психологами, нейропсихологами, дефектологами, логопедами и другими специалистами). С нашей точки зрения, это явление, происходящее в массовом порядке, недооценено специалистами, работающими в сфере образования. Для обозначения этого явления мы предлагаем термин «параинклюзивное» образование (от др. греч. *παρά* – возле, около).

Данные эпидемиологических исследований, проведенные как в нашей стране, так и за рубежом, свидетельствуют о росте численности детей с пограничными нервно-психическими расстройствами, под которыми имеются в виду нерезко выраженные нарушения, граничащие с состоянием здоровья (в отличие от собственно патологических психических проявлений, сопровождающихся значительными отклонениями от нормы) [1; 2; 5]. К пограничным расстройствам, как правило, относят: минимальные мозговые дисфункции (ММД), синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), церебрастенический синдром, нейроциркуляторную дистонию, гипертензионно-гидроцефальный синдром легкой степени и др. Кроме того, к данной категории следует отнести детей, ранее имевших серьезную патологию, но успешно откорректированных – достигших с помощью коррекционных воздействий высокого функционального уровня: детей с расстройствами аутистического спектра, задержкой психического развития, с речевой недостаточностью и др. Наконец, пограничные расстройства часто наблюдаются у детей с хроническими соматическими заболеваниями, распространенность которых в последние десятилетия также существенно возросла. Дети с пограничными состояниями в большинстве случаев имеют сохранный интеллект и посещают обычные образовательные учреждения, в которых воспитываются и учатся на общих основаниях («параинклюзивное» образование). Однако при этом возникает ряд проблем, значительно осложняющих процесс обучения ребенка. Эти проблемы связаны со следующими факторами:

1. Трудности, непосредственно связанные с проявлениями имеющейся у ребенка недостаточности. Например, ребенок с астеноневротическим

синдромом утомляем, склонен к усиленной тревожной реакции при вызове к доске, написании контрольных работ и пр. Гиперактивные дети с их импульсивностью, дефицитом произвольного контроля постоянно нарушают правила, не могут подчиняться заданному распорядку, нередко во время занятий своим неадекватным поведением отвлекают других детей, создают помехи педагогам. Этим трудностям зачастую не придают должного значения в дошкольном возрасте, однако затем они крайне осложняют процесс школьного обучения, являясь причиной множества конфликтных ситуаций. Практически для всех детей с пограничными состояниями свойственны нейродинамические нарушения: утомляемость, быстрая психическая пресыщаемость, снижение темпа работы или его ускорение при ухудшении качества деятельности, колебания продуктивности деятельности, инертность, длительный период вработываемости. Часто данная категория детей обладает определенными особенностями когнитивной, речевой и моторной сфер. Эти особенности часто приводят к сложностям усвоения различных навыков (письма, чтения, рисования и пр.), снижению школьной успеваемости [4; 7].

2. Трудности, связанные с нарушениями общения с детьми и взрослыми, установлением адекватных социальных связей в коллективе, т. е. расстройства социальной адаптации. Для детей с пограничной патологией характерны разнообразные эмоционально-личностные особенности, препятствующие оптимальной адаптации в коллективе. Например, гиперактивные дети, дети с недостаточностью произвольного контроля легко поддаются на провоцирующее поведение со стороны сверстников, склонны к проявлениям агрессии, к дурашливому поведению, употреблению ненормативной лексики, в ряде случаев – к воровству, прогулам и побегам из образовательного учреждения. У детей с откорректированными расстройствами аутистического спектра может сохраняться т. н. «эмоциональная тупость», недостаточная ориентировка в эмоциональной сфере, излишняя погруженность в свой внутренний мир и пр. У детей с ЗПП зачастую сохраняются эмоциональная лабильность, несформированность чувства дистанции, сензитивность по отношению к себе и невнимание к эмоциям других, что также приводит к устойчивым нарушениям контакта этих детей как с педагогами, так и с детским коллективом.

3. Трудности, связанные с неадекватным поведением педагогического персонала. Зачастую учителя применяют неадекватные воспитательные и педагогические методы, создают негативный образ ребенка («ярлык»), не останавливают или даже поощряют отторгающее поведение со стороны одноклассников и их родителей, провоцируют развитие конфликтных ситуаций. Очень часто родители детей с пограничным расстройством, описывая положение ребенка в школе, употребляют такие слова, как «конфронтация», «постоянная изматывающая борьба». В таких случаях обучение становится психотравмирующей ситуацией, несущей негативные последствия для эмоционального состояния, учебной мотивации, психического здоровья и личностного развития ребенка.

Наш опыт практической работы в данной области, а также проведенные нами исследования показывают, что персонал общеобразовательных учреждений достаточно безграмотен в вопросах психоневрологического

здоровья детей [4]. Практически все опрошенные педагоги не осведомлены о существовании негрубых форм отклонений в развитии, считают, что бывают дети только с серьезными нарушениями, для которых есть специализированные учреждения (называются, как правило, умственная отсталость, шизофрения, детский церебральный паралич). Возникающие в школе проблемы учителя крайне редко связывают с особенностями состояния здоровья ребенка, организации его нервной системы. Нарушения дисциплины, трудности усвоения правил поведения часто объясняются «плохим воспитанием», «избалованностью». Т. о., недостаточно учитывается факт наличия у ребенка пусть негрубой, но все же патологии развития. Часто происходит взаимное перекалывание ответственности родителей и педагогов: родители считают, что в школе не смогли «найти подход» к ребенку, педагоги полагают, что родители неверно воспитывают своего ребенка. В результате возникающие конфликтные ситуации нередко приводят к тому, что родители меняют школу или даже вид обучения (переводят на домашнее обучение или др. формы). На наш взгляд, именно педагог, учитель должен стать примером и «проводником» толерантности к «особым» детям, дефицит которой наблюдается в современном обществе; на практике же, как правило, происходит обратное.

По нашему мнению, основной причиной трудностей «параинклюзивного» образования является то, что гуманистический индивидуальный подход в большинстве случаев только декларируется образовательными учреждениями, но не выполняется на практике. С учетом того, сколько в настоящее время учатся в общеобразовательных учреждениях детей с СДВГ, с последствиями раннего детского аутизма, задержанного развития, с соматическими заболеваниями и пр., необходимо принятие мер в государственном масштабе. Во-первых, необходимо признать обучение детей с наличием негрубых отклонений в состоянии здоровья инклюзивным («параинклюзивным»). Признать, что для обучения данной категории детей требуется реализовать индивидуальный подход, обеспечив родителей и детей дополнительными правами (например, посещать только часть уроков, разрешить двигаться во время урока и пр.). Также необходимо повысить ответственность педагогического состава за предотвращение конфликтных ситуаций, но при этом обеспечить учителей, в классе которых учится ребенок с пограничным состоянием, дополнительными льготами (например, меньшее количество детей в классе, повышенная оплата и пр.). Необходимо проведение обучающих семинаров по повышению грамотности педагогов в вопросах здоровья детей. Также требуется изменение программ педагогических вузов: введение дополнительных курсов по детской пато- и нейропсихологии, неврологии и клинической психологии.

В целом, для успешного «параинклюзивного» образования декларирующийся здоровьесберегающий гуманистический индивидуальный подход в образовании должен стать действительно приоритетным, должен стать стратегическим направлением развития образования.

## Литература / References

1. Захаров, А. И. Происхождение детских неврозов и психотерапия. – М. : Эксмо-Пресс, 2000. – 448 с.
2. Пальчик, А. Б., Шабалов, Н. П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных. – М. : МЕД-пресс-информ, 2013. – 380 с.
3. Петренко, Т. С. Гиперкинетическое расстройство в детском возрасте (клиника, модель патогенеза, комплексная терапия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2011. – 18 с.
4. Султанова, А. С. Проблемы инклюзивного образования детей с синдромом гиперактивности // Ананьевские чтения – 2012. Психология образования в современном мире : материалы научной конференции, 16-18 октября 2012 г. / отв. ред. Н. В. Бордовская. – СПб. : Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2012. – С. 383-385.
5. Чуркин, А. А. Распространенность психических расстройств в России в 2009 году. / А. А. Чуркин, Н. А. Творогова // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. – 2011. – № 1. – С. 7-15.
6. Шевченко, Ю. С. Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. – 928 с.
7. Sultanova, A., Ivanova, I. Adaptation to the social environment of preschool children with mild deviations of mental ontogenesis // ISCAR International conference 2011. Rome September 5 to 10, 2011. Abstract of papers. – P. 528-531.

Альфия Сергеевна Султанова

кандидат психологических наук, доцент

Институт психолого-педагогических проблем детства Российской академии образования

Москва, Россия

Alfiya Sultanova

PhD in Psychology (Candidate of Science), Associate Professor

Institute of psychological and pedagogical problems of childhood of the Russian Academy of Education

Moscow, Russia

Ирина Анатольевна Иванова

кандидат физико-математических наук

Психологический центр «Сателлит»

Москва, Россия

Irina Ivanova

PhD in Physics and Mathematics (Candidate of Science)

Psychological Centre “Satellite”

Moscow, Russia