
Проблемы интегративного дошкольного воспитания

Н.М. Иовчук,

*доктор медицинских наук, психиатр высшей категории, профессор
Московского городского психолого-педагогического университета, главный
редактор журнала «Вопросы психического здоровья детей и подростков»
av22893@akado.ru*

В статье обсуждается проблема интеграции детей с психическими нарушениями в группы здоровых сверстников. Указываются принципы организации интегративного дошкольного воспитания. Рассматривается роль междисциплинарного медико-психолого-педагогического консилиума, пропедевтической работы с родителями здоровых детей, подготовки сотрудников детских учреждений.

Ключевые слова: дошкольное детство, психические нарушения, интеграция (инклюзия), принципы интегративного воспитания.

Вопросы интеграции все чаще и настойчивее звучат в работах психологов, врачей и коррекционных педагогов [2–5], встречая при этом как истинных поклонников интегративных методов воспитания и образования, так и их яростных противников. Проблема интегративного воспитания и обучения детей-инвалидов, необходимого для адекватного формирования у них социальных навыков и для их позитивной социализации в будущем, в России до сих пор не решена. Участвовавшие высказывания специалистов о необходимости интегративного подхода к детям с особыми нуждами часто встречают не столько возражения, сколько сожаления о его несвоевременности ввиду недостаточной подготовки воспитателей и педагогов, отсутствия бюджетных средств и соответствующей материальной базы.

В данной статье речь пойдет о детях с психическими нарушениями, нуждающихся в особой мультидисциплинарной помощи в силу выраженности психопатологической симптоматики: дефицитарности общения, неравномерности или задержки развития. К этой категории относятся дети с ранним детским аутизмом, ранней детской шизофренией, задержками психического развития различного происхождения, олигофренией, эпилепсией, нарушениями развития в связи с хромосомными заболеваниями.

Попытки объединить детей с психической патологией в коррекционно-реабилитационные группы по формам болезни или основным проявлениям психической

патологии недостаточно эффективны, особенно если это касается детей с ранним детским аутизмом или ранней детской шизофренией, ведущими проявлениями которых являются интровертированность с нарушением контактов, эмоциональная дефицитарность, ригидность, неориентированность в быту. Неконтактные дети, собранные в малую коррекционную группу, хотя и получают профессиональную помощь со стороны специалистов, но все же весьма ограничены в формировании коммуникативных навыков и в эмоциональном развитии. Наиболее благоприятной средой для коррекционной работы с ребенком-аутистом является коллектив здоровых детей – активных, жизнерадостных, эмоциональных, подвижных, любознательных. Каждому специалисту, работавшему с «особыми» детьми, известно, что более всего их привлекают здоровые дети, особенно дети терпеливые и любознательные, испытывающие интерес к проявлениям «странностей» у особого ребенка. Таким образом, наиболее эффективной становится коррекционная работа с ребенком-аутистом при его интеграции в коллектив здоровых сверстников. Практика показывает, что при оптимальном составе группы (15 детей) в нее можно интегрировать одного ребенка с аутистическими тенденциями и одного-двух детей с выраженными задержками психического развития, например с синдромом Дауна.

Формальное внедрение особого ребенка в коллектив здоровых сверстников не приносит желаемого результата, поскольку встречает противодействие со стороны родителей здоровых детей, воспитателей и педагогов, а иногда и родителей «особых» детей. Родители здоровых детей опасаются дурного влияния и агрессии со стороны детей нездоровых; воспитатели и педагоги считают себя недостаточно готовыми к профессиональному контакту с «особыми» детьми; амбивалентные стремления проявляют порой и родители нездоровых детей, убежденные в необходимости интегративного воспитания, но опасющиеся, что здесь их ребенка могут обидеть, нанести ему физический и моральный вред. Кроме того, у многих родителей детей с ограниченными возможностями здоровья довольно ярко проявляются годами устоявшиеся и с трудом поддающиеся коррекции рентные установки: они почти неосознанно боятся утраты инвалидности у ребенка при его продвижении в развитии и, как следствие, – потери льгот, возможной службы в армии, а также возникновения для матери необходимости устраиваться на работу, что трудно осуществимо в силу возникшего длительного перерыва в трудовой деятельности и фактической утраты профессии.

Таким образом, первым условием успешного введения ребенка с психической патологией в коллектив здоровых сверстников является подготовка **окружения к интегративному процессу** [1]. Участниками интегративного процесса в данном случае являются:

- здоровые дети;
- дети с ограниченными возможностями здоровья;
- родители здоровых детей;
- родители детей-инвалидов;
- сотрудники детского учреждения – воспитатели, педагоги, психологи и т. д.

Практика показывает, что наиболее готовыми к интеграции «особого» ребенка являются здоровые дети, причем, чем моложе детская группа, тем легче она принимает «особого» ребенка. Конечно, в этом отношении очень важной для адаптации «особого» ребенка является поддержка воспитателя, умеющего в игровой форме показать его достоинства и способности, и родителей здоровых детей, заранее подготовленных к терпимому, тактичному отношению к ребенку с психической патологией.

Ребенку с психической патологией, особенно ребенку-аутисту, требуется еще больше времени на адаптацию в коллективе сверстников, чем обычному ребенку. В связи с этим вхождение в группу во всех случаях должно быть *постепенным*, растянутым во времени. Ребенок начинает посещать группу детского сада сначала вместе с матерью на 1–1,5 ч; затем время их присутствия в группе удлиняется; когда ребенок начинает себя спокойно чувствовать в детском коллективе, мать может удалиться на все время пребывания ребенка в детском учреждении.

В то же время на протяжении всего пребывания «особого» ребенка в детском интегративном учреждении, учитывая психические особенности ребенка, необходимо соблюдать принцип *дозированности*. Для ребенка-аутиста достаточно пребывания в детском саду 2–3 раза в неделю по половине дня. При хорошей адаптации ребенка в группе это время может быть увеличено, но все же не до полного дня и ежедневного посещения.

Ребенок с аутистическими особенностями, оставленный один на один со здоровыми сверстниками, при отсутствии постоянной поддержки взрослого испытывает большие трудности, подвергаясь агрессии со стороны других детей или проявляя ее, а порой еще больше замыкаясь в своем внутреннем мире. Почти во всех случаях такой ребенок требует *индивидуального сопровождения*, особенно в первые месяцы после начала посещения детского сада. Роль сопровождающего специалиста может играть коррекционный педагог, специальный психолог, воспитатель с большим опытом работы с «особыми» детьми. В его задачу, наряду с индивидуальной коррекционной работой, входит подбор нескольких детей, способных к общению с аутичным ребенком. Индивидуальное сопровождение может быть в дальнейшем отменено при полной адаптации ребенка в группе.

Вторым условием успешной интеграции ребенка с психической патологией в коллектив здоровых сверстников является *неизменный или мало меняющийся на протяжении*

длительного времени детский коллектив. При этом наиболее благоприятным является перевод из детского сада в I класс школы хотя бы при частичном сохранении детского коллектива, сложившегося в детском саду. Опыт длительного прослеживания детей с ранним детским аутизмом и ранней детской шизофренией показывает, что при обучении в одном и том же классе «особый» ребенок постепенно адаптируется к учебным и дисциплинарным требованиям и начиная с 11–13-летнего возраста чувствует себя в школе вполне комфортно.

Подготовку родителей здоровых и «особых» детей к интеграции целесообразно проводить постепенно через игровые родительско-детские группы подготовки к детскому саду, предшествующие помещению в стационарную группу, где здоровые и проблемные дети играют вместе в присутствии родителей при сопровождении игротерапевта. Родителям становится понятно, что дети не только друг для друга безопасны, но даже во многом полезны, так как способствуют развитию познавательных процессов либо оживлению в эмоциональной сфере. В тех же игровых подготовительных группах происходит первая кооперация родителей здоровых и «особых» детей.

Противодействие к интеграции со стороны родителей здоровых детей полностью исчезает при особой привлекательности детского учреждения, создающейся благодаря благоприятному психологическому климату, высокому профессионализму его сотрудников, обеспеченности высококвалифицированными специалистами-консультантами различного профиля, гуманному отношению к детям, индивидуальному подходу, низкой заболеваемости интеркуррентными заболеваниями, полноценному питанию и т. д. В процессе интегративного воспитания целесообразно проводить обучение родителей как здоровых, так и «особых» детей с помощью программ повышения родительской компетентности и способствовать их содружеству через игровые и психотерапевтические родительско-детские группы.

Целенаправленное взаимодействие с семьей проводится с первого знакомства и одновременно с медико-педагогическими мероприятиями, направленными на коррекцию патологических проявлений у больного ребенка. Задачи коррекционной работы с членами семьи такого ребенка в процессе медико-педагогической работы с ним заключаются: в выработке положительного отношения к посещению ребенком коррекционной группы; в принятии и осуществлении всеми членами семьи единых необходимых принципов лечения, воспитания и обучения; в преодолении нигилизма, равнодушия и апатии по отношению к будущему ребенка, формировании установки на максимально возможный уровень его обучения и профессионального образования; в инициации применения в домашних условиях адекватных обучающих методик; в преодолении изоляции и консерватизма в

семейном укладе, построении более живой, динамичной, разнообразной обстановки, повседневно окружающей ребенка; в преодолении негативизма по отношению к медикаментозному лечению ребенка (в тех случаях, когда оно необходимо не только для устранения болезненной симптоматики, но и для облегчения обучения и контактов); в устранении психических нарушений при обострениях психических заболеваний или патологических реакций у лиц из непосредственного окружения ребенка (при их согласии на лечение); в формировании эмоционального взаимодействия и взаимопомощи между членами различных семей с детьми.

Самым актуальным остается вопрос о подготовке специалистов для работы в интегративных детских учреждениях. Кроме базового педагогического или психологического образования с достаточно полным блоком дефектологических знаний, для таких специалистов наиболее целесообразным является обучение на рабочем месте в учреждениях, обладающих большим опытом интеграции. Между тем без принятия основной идеи интегративного воспитания и образования, гуманистической установки по отношению к детям с особыми нуждами, индивидуального подхода к каждому ребенку и каждому участнику интегративного процесса невозможно достичь успеха в интегративном обучении и воспитании.

Коррекционная работа в интегративном детском учреждении оказывается малопродуктивной, если она осуществляется усилиями специалистов какого-то одного профиля. Эта работа требует комплексного подхода с помощью различных специалистов: психологов, педагогов, психиатров, педиатров, психотерапевтов, семейных терапевтов, дефектологов, логопедов, социальных педагогов, т.е. междисциплинарного взаимодействия, направленного на единую цель – достижение максимально возможного для данного конкретного ребенка уровня развития и адаптации в социальном окружении.

Тактику введения ребенка в группу здоровых сверстников, длительность пребывания ребенка в детском учреждении, назначение сопровождающего специалиста, его задачи и методы работы определяет междисциплинарный *медико-психолого-педагогический консилиум*, в состав которого входят все участвующие в коррекционно-реабилитационном процессе специалисты. Задачи *рабочего, стратегического междисциплинарного консилиума* заключаются в динамическом контроле состояния ребенка, в определении эффективности коррекционной работы, тактики воспитания и обучения на каждом следующем этапе интегративного процесса, в назначении психотерапевтического и медикаментозного лечения, определении возраста ребенка для начала школьного обучения, места и формы обучения.

Стремление родителей проблемных детей определить их в интегративные детские

сады очень высока, а специалисты амбулаторной практики, понимая потребности детей, необходимость квалифицированной психолого-педагогической помощи им, охотно таких детей туда направляют. Однако большой процент «особых» детей в группе полностью нивелирует идею интегративности, крайне снижая ее эффективность, по существу превращая образовательное учреждение в коррекционное, что делает это учреждение мало привлекательным для родителей здоровых детей. Для того чтобы избежать столь нежелательных последствий необходимо **соблюдать оптимальное соотношение** «особых» детей и детей здоровых (2–3 «особых» ребенка на группу из 15 человек).

При обсуждении проблем интегративного воспитания и образования часто искусственно замалчивается то обстоятельство, что помещение некоторых детей в группу здоровых детей бессмысленно и бесперспективно ввиду их глубокой умственной отсталости или тяжелого олигофреноподобного дефекта. Между тем и таких детей целесообразно воспитывать в коллективе сверстников, специально формируя малую интегративную группу из детей с умственной отсталостью, но с различной степенью контактности и эмоциональной живости, т. е. соблюдая принцип вариабельности интегративных групп в зависимости от инвалидизирующих расстройств.

Интегративное воспитание большинства здоровых детей при индивидуальном подходе оказывает положительное влияние на их эмоциональное развитие, целенаправленность деятельности, продуктивность, творческие возможности, не снижает темпов интеллектуального и речевого развития. В то же время в популяции гипотетически могут встречаться дети (вероятно, нежные, ранимые, впечатлительные, тревожные, боязливые), на которых совместное воспитание с проблемными детьми может оказать отрицательное влияние – как в плане задержки интеллектуального и речевого развития, так и в отношении декомпенсации основных свойств их личности. Этот вопрос остается совсем не исследованным и нуждается в уточнении путем специальных научных мультидисциплинарных разработок для определения показаний и противопоказаний к помещению как здоровых, так и «особых» детей в интегративные детские сады и школы и четких принципов формирования интегративных групп.

В заключение важно подчеркнуть, что для открытия любого интегративного учреждения необходима серьезная подготовка. Объединение в едином коллективе обычных детей и детей с ограниченными возможностями здоровья без соответствующей подготовки всех участников интегративного процесса, без курирования их контактов специально обученными специалистами, без специальной организации реабилитационного пространства, без индивидуального подхода, индивидуальных программ может быть чревато нанесением большого вред и тем, и другим детям.

Литература

1. *Батова А.В.* Социально-педагогические условия позитивной интеграции детей-инвалидов в социальную среду: Автореф. дис. ... канд. пед. наук. М., 2001.
2. *Иовчук Н.М.* Образовательный аспект междисциплинарной работы с семьей «проблемного» ребенка // Тезисы международной конференции «Подростки и молодежь в меняющемся обществе (проблемы девиантного поведения)». М., 2001.
3. *Малофеев Н.Н.* Интегрированное обучение в России: задачи, проблемы и перспективы // Особый ребенок. Исследования и опыт помощи. Вып. 3. Проблемы интеграции и социализации. М. 2000.
4. *Опыт работы интегративного детского сада. Ч. 1.* / Составители М.М. Прочухаева, Т.П. Медведева. М., 2004.
5. *Опыт работы интегративного детского сада. Ч. 2.* / Составители М.М. Прочухаева, Т.П. Медведева. М., 2005.

Problems of integrative preschool education

N. M. Iovchuk,

Doctor of Medicine, psychiatrist of higher category, professor, Moscow State University of Psychology and Education, member of the board, Association of child psychiatrists and psychologists, av22893@akado.ru

The contribution discusses the problem of integration of children with mental disorders in groups of healthy peers. It points out the principles of organization of integrative preschool education. It also examines the role of interdisciplinary medical-psychological-pedagogical concilium, propaedeutic work with parents of healthy children, training of staff of childhood institutions.

Keywords: preschool childhood, mental disorders, integration (inclusion), principles of integrative education.

References

1. *Batova A.V.* Social'no-pedagogicheskie usloviya pozitivnoi integracii detei-invalidov v social'nyu sredu: Avtoref. dis. ☐ kand. ped. nauk. M., 2001.
2. *Iovchuk N.M.* Obrazovatel'nyi aspekt mezhdisciplinarnoi raboty s sem'ei «problemnogo» rebenka // Tezisy mezhdunarodnoi konferencii «Podrostki i molodezh' v menyayushemsya obshestve (problemy deviantnogo povedeniya)». M., 2001.
3. *Malofeev N.N.* Integrirovannoe obuchenie v Rossii: zadachi, problemy i perspektivy // Osobyi rebenok. Issledovaniya i opyt pomoshi. Vyp. 3. Problemy integracii i socializacii. M. 2000.
4. *Opyt raboty integrativnogo detskogo sada. Ch. 1.* / Sostaviteli M.M. Prochuhaeva, T.P. Medvedeva. M., 2004.
5. *Opyt raboty integrativnogo detskogo sada. Ch. 2.* / Sostaviteli M.M. Prochuhaeva, T.P. Medvedeva. M., 2005.