

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА ИНКЛЮЗИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ

УДК 159.9

И. Е. Валитова

БрГУ имени А. С. Пушкина, Брест

КОМПЕНСАЦИЯ КАК ОСНОВНОЙ МЕХАНИЗМ РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Введение. Набирающий силу процесс реализации идей инклюзивного образования сталкивается с неготовностью общественного сознания к признанию равных прав на обучение и воспитание всех детей, независимо от их психофизических особенностей. Изменение установок общества в отношении детей с особенностями психофизического развития (далее — ОПФР), возможностей и механизмов их развития является важнейшим условием реализации концепции инклюзивного образования. Ключевые позиции обыденного и профессионального сознания организованы вокруг дихотомии «коррекция—компенсация» как основных механизмов развития ребёнка с ОПФР. В данной статье будет осуществлена попытка определения возможностей перестройки обыденного и профессионального сознания в направлении от коррекции к компенсации как главного механизма развития ребёнка.

Основная часть. Идея нормальности или нейротипичности развития человека как условия и как цели образования всё ещё остаётся доминирующей в обыденном сознании людей и в профессиональном сознании специалистов, работающих с разными категориями детей. В соответствии с этой идеей ребёнка с ОПФР, выпадающего из категории нейротипичности, необходимо «доводить» до нормального состояния путём создания соответствующих условий и организации коррекционной работы с ним. Коррекционная работа является одной из важнейших видов деятельности специалиста в системе специального образования. Цель коррекционной работы — исправление недостатков развития у детей, стимулирование развития нарушенных функций. Идея коррекции как основного механизма развития ребёнка с ОПФР находит отражение в медицинской модели инвалидности. Медицинская модель определяет инвалидность через наличие нарушений здоровья человека, поэтому основное направление деятельности в рамках медицинской модели — устранение нарушений с помощью вмешательства разного рода. Согласно этой модели человек с ограничениями рассматривается как несовершенный, его сущность во многом определяется его диагнозом, центром внимания становится не сам человек как индивидуальность, а его нарушение (дефект, неполноценность); основной задачей специалистов является оценка потребностей такого человека, выявление и интервенция (терапия, лечение, реабилитация, коррекция).

Современным трендом является смена медицинской модели инвалидности социальной моделью. В фокусе этой модели находится взаимосвязь между отдельным человеком и окружающей его средой. Социальная модель рассматривает человека с физическими или психическими недостатками как имеющего нарушения здоровья, однако инвалидами они становятся из-за существующих в обществе физических и организационных барьеров, предрассудков и стереотипов. Согласно социальной модели каждый человек является самостоятельной ценностью и принимается таким, какой он есть. В первую очередь определяются сильные стороны каждого человека, а его потребности определяет он сам и его ближайшее окружение. При решении проблем каждого человека в первую очередь определяются те барьеры, которые мешают удовлетворению его потребностей.

Сущность медицинской и социальной моделей инвалидности отражается в профессиональной позиции специалиста, в позиции родителей относительно ограниченных возможностей ребёнка, в позиции любого человека, который столкнулся с людьми с ограниченными возможностями. В первую очередь это находит отражение в направленности мышления всех перечисленных групп людей. Так, медицинская модель побуждает её носителя думать о необходимости изменений самого человека с ограниченными возможностями, его приспособлений к социальному устройству, а социальная модель побуждает её носителя предполагать, что общество должно изменить своё отношение к инвалидам и создать для них такие условия социальной среды, которые будут соответствовать (или будут приспособлены) к психофизиологическим особенностям человека.

Безусловно, реализация идей инклюзивного образования сопряжена с преобладанием в общественном сознании социальной модели инвалидности, в соответствии с которой не следует акцентировать внимание на недостатках, дефектах, ограниченности детей-субъектов образовательного процесса, нужно сосредоточиться на их возможностях, изменяя образовательную и социальную среду. При этом вопрос о том, должна ли организовываться коррекционная работа с детьми с ОПФР в условиях инклюзивного образования, является дискуссионным. В соответствии с целевыми приоритетами инклюзивного образования все дети получают образование в едином пространстве и времени, и поэтому коррекционная работа не должна организовываться. Однако дети с ОПФР имеют особую организацию психики, которая описывается понятием «структура нарушения» (ранее — структура дефекта) и отличается от структуры психики нейротипичных детей. Как можно организовать обучение таких детей вместе, если не включать особых детей в коррекционную работу?

Для ответа на этот дискуссионный вопрос необходимо обратиться к анализу закономерностей развития особого ребёнка. В классических работах Л. С. Выготского [1], остающихся современными и актуальными в наши дни, используются два основных понятия, с помощью которых описывается аномальное (в терминологии автора) развитие: дефект и компенсация. «С одной стороны, дефект есть минус, ограничение, умаление развития; с другой — именно потому, что он создаёт трудности, он стимулирует повышенное, усиленное движение вперёд. Центральное положение современной дефектологии следующее: всякий дефект создаёт стимулы для выработки компенсации. Поэтому динамическое изучение дефективного ребёнка не может ограничиваться установлением степени и тяжести недостатка, но непременно включает учёт компенсаторных — замещающих, надстраивающихся, выравнивающих процессов в развитии и поведении ребёнка», «дефективный ребёнок представляет качественно отличный, своеобразный тип развития», «личность слабоумного ребёнка есть нечто качественно иное, чем просто сумма недоразвитых функций и свойств» [2].

Утверждая, что нормальное и аномальное развитие ребёнка имеют сходные закономерности, Л. С. Выготский, тем не менее, описывал особенности аномального развития: «Ребёнок, развитие которого осложнено дефектом, не есть просто менее развитой, чем его нормальные сверстники, но иначе развитой» [3]. В этой простой формулировке сконцентрированы основные положения о закономерностях аномального развития ребёнка. Словосочетание «иначе развитой» — краеугольный камень в понимании закономерностей развития особого ребёнка, оно акцентирует внимание на том, что своеобразие аномального ребёнка не может быть понято в рамках традиционного количественного подхода, когда ребёнок рассматривался как простая сумма его нарушений или, с негативной стороны, как недостаточность каких-либо функций по сравнению с нормальным развитием.

Ключевой идеей для Л. С. Выготского является идея о превращении «минуса дефекта в плюс компенсации». Он неоднократно указывал на то, что наличие у аномального ребёнка какой-то одной или нескольких недоразвитых функций совсем не свидетельствует о недоразвитости его личности в целом. Он считал, что ребёнок с дефектом не является непременно дефективным ребёнком, а степень его «дефективности и нормальности»

зависит от исхода социальной компенсации, т. е. от конечного формирования личности. Главной областью развития аномального ребёнка Л. С. Выготский считал повышение культурного развития (развитие высших психических функций, общения, усиление социально-трудовых отношений). Таким образом, рассматривая сущность процессов компенсации, он приходит к выводу о двустороннем характере последствий дефекта: с одной стороны, происходит недоразвитие функций, непосредственно связанных с болезнью, с другой — возникают приспособительные компенсаторные механизмы.

Идеи Л. С. Выготского о структуре дефекта, соотношении первичного и вторичного дефекта рассматриваются в современной специальной психологии и коррекционной педагогике как основополагающие для проведения коррекционно-развивающей работы с детьми с ОПФР. Эти понятия подверглись содержательной разработке в книге В. В. Лебединского [4], автора теории дизонтогенеза психики. Однако не менее продуктивная идея о взаимосвязи дефекта и компенсации подверглась разработке и использованию в значительно меньшей степени. Тем не менее, при внимательном прочтении Л. С. Выготского, обнаруживается, что понятие дефекта он использовал скорее для того, чтобы определить возможности компенсации в процессе отклоняющегося развития.

Актуальной задачей специальной психологии становится исследование компенсации как механизма развития ребёнка с ОПФР. В настоящее время имеются лишь отдельные работы, специально посвящённые этой проблеме. Так, В. М. Сорокин определяет компенсацию (от лат. уравнивать, возмещать) как процесс, который направлен на преодоление недостаточности нарушенных или недоразвитых функций. «Под компенсацией понимается процесс возмещения недоразвитых или нарушенных функций путём использования сохранных или перестройки частично нарушенных» [5, с. 164]. Процесс компенсации является следствием самостоятельного упражнения недоразвитой функции и результатом целенаправленного обучения, воспитания ребёнка, формирования сохранных сторон его психики и личности. В зависимости от успешности компенсации изменяется и структура дефекта.

Отклоняющееся психическое развитие как функциональная система обладает высокой пластичностью и способностью к перестройке, и эта способность лежит в основе механизмов компенсации. Традиционно выделяют два типа перестройки нарушенных функций — внутрисистемную и межсистемную компенсацию. При внутрисистемной компенсации используются сохранные элементы пострадавшей функции. Межсистемная компенсация осуществляется путём перестройки функциональных систем и включения в работу тех функций и структур, которые начинают выполнять ранее не свойственные им функции.

В литературе описаны множественные примеры компенсации нарушенных функций за счёт усиленного развития других функций. В качестве примеров компенсации можно назвать факты усиленного развития слуховых функций и чувствительности рук у незрячего ребёнка, среди незрячих людей много хороших музыкантов, незрячие люди также считаются лучшими массажистами. Они сумели развить у себя музыкальный слух и высокую чувствительность пальцев для того, чтобы этим компенсировать недостаточность зрительных функций. У детей с нарушением слуха недостаточность слуха и слухового восприятия компенсируется за счёт усиления функций зрительного восприятия, кинестетической и вибрационно-тактильной чувствительности. Образное восприятие мира и высокий уровень развития образного мышления у детей и взрослых с аутизмом может рассматриваться как компенсация недостаточности вербального мышления и коммуникативных трудностей [6]. М. Раттер приводит примеры компенсации на биологическом уровне: «В детском возрасте при поражении одного из полушарий мозга обычно имеет место быстрая компенсация нарушенных функций, происходящая из-за способности незрелого мозга к перемещению функций из одного полушария в другое. При повреждении левого полушария правое полушарие возьмёт на себя обеспечение речевых функций в такой степени, в какой это невозможно после завершения процессов роста мозга.

Перемещение функций из одной части мозга в другую происходит не всегда с одинаковой лёгкостью: повреждение одного из полушарий в младенчестве может привести к частичному параличу части тела, но не вызвать нарушений речевого развития. Добавим, что нам ещё не известно, насколько легко происходит процесс переноса функций, связанных с эмоциями и поведением в целом» [7, с. 81].

Ещё Л. С. Выготский отмечал, что «характеризовать такого ребёнка как задержанного в физическом и психическом развитии, ослабленного и т. д. — верно только наполовину, потому что отрицательной характеристикой несколько не исчерпывается положительное своеобразие этого ребёнка. Отсутствие положительного материала есть не частная вина того или иного исследователя, а общая беда всей дефектологии, которая только перестраивает свои принципиальные основы и тем самым даёт новое направление педологическому исследованию» [8]. Однако положение дел в современных науках о детях с ОПФР не изменилось. По мнению известного современного невролога О. Сакса, современную неврологию в основном интересует дефицит функций, при этом она совершенно игнорирует усиление, или гипертрофию функций. Эта же идея относительно специальной психологии высказывается Е. С. Слепович и А. М. Поляковым, которые считают, что «большинство описаний различных вариантов отклоняющегося развития (умственной отсталости, задержки психического развития, раннего детского аутизма и др.), представленных в психологической литературе, сводится к перечислению недостатков, “дефицитов” развития. Человек рассматривается в дихотомии “здоровье—болезнь”. При этом первое соотносится с нормальным функционированием, а второе — с повреждением или ослаблением функций. Иные варианты развития, которые можно было бы понять как специфические или предоставляющие особые возможности при таком подходе не рассматриваются» [9].

Поэтому перед специальной психологией стоит актуальная задача — перестроить содержание науки, акцентировать не столько недостаточность, сколько возможности детей с разными видами отклоняющегося развития. В этом отношении привлекает внимание описание Л. И. Солнцева психологических особенностей незрячих детей раннего возраста, которые изначально характеризуются автором с позиций их компенсации недостаточности зрения [10].

При включении ребёнка с ОПФР в систему инклюзивного образования необходимо оптимизировать механизмы компенсации, осуществив научное определение их содержания и функционирования. Компенсация предполагает: 1) отсутствие акцента на недостаточности; 2) максимальное использование имеющихся возможностей ребёнка. Отличный пример реализации этих задач мы находим в блестящих описаниях О. Сакса, где рассматриваются примеры адаптации и организации полноценной жизнедеятельности у лиц с болезнью Жиль-де-Ля-Туретта, с сенсорной афазией, с аутизмом, с алексией, с нарушением стереоскопического зрения и др. [11]. В Израиле люди с аутизмом оказались незаменимыми в военной разведке: они занимаются анализом карт и аэрофотоснимков, появляющихся на экранах компьютеров. В силу особенностей мышления они обращают внимание на мельчайшие подробности, учёт которых при подготовке операций на местности позволяет не допустить возможных потерь личного состава [12].

В определении механизмов компенсации необходимо использовать предложенное Л. С. Выготским понятие «зоны ближайшего развития», которое определяется содержанием тех задач, которые ребёнок ещё не может выполнить самостоятельно, но уже решает их с помощью взрослого. Зона ближайшего развития — это разница между тем, что ребёнок может сделать самостоятельно, и тем, что он может сделать с помощью взрослого или более развитого сверстника. Как полагает Е. С. Слепович, определение зоны ближайшего развития предполагает оценку динамики развития; соотнесение особенностей психической деятельности с социокультурными условиями развития; учёт уникальных возможностей развития данного конкретного ребёнка; выявление социальных условий, максимально способствующих психическому развитию [13]. Практически это и есть алгоритм определения механизмов компенсации в развитии ребёнка с ОПФР.

Заключение. В условиях специального образования главным механизмом психофизического развития особого ребёнка выступает механизм коррекции: усовершенствование нарушенных (неразвитых, искажённых) функций ребёнка в процессе специального обучения и воспитания. В условиях реализации инклюзивного образования главным механизмом психического развития ребёнка становится компенсация, акцентирующая возможности, а не ограничения ребёнка с ОПФР.

© Валитова И. Е., 2016

Список цитируемых источников

1. Выготский Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. Т. 5 : Основы дефектологии / под ред. Т. А. Власовой. М. : Педагогика, 1983. 368 с.
2. Там же. С. 9.
3. Там же. С. 7.
4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей : учеб. пособие. М. : Изд-во МГУ, 1985. 168 с.
5. Сорокин В. М. Специальная психология : учеб. пособие ; под науч. ред. Л. М. Шипицыной. СПб. : Речь, 2003. 216 с.
6. Саттари П. Дети с аутизмом ; пер. с англ. М. ; Ниж. Новгород ; СПб. : Питер, 2005. 224 с.
7. Раттер М. Помощь трудным детям ; пер. с англ. О. В. Баженовой, Г. Г. Гаузе ; общ. ред. А. С. Спиваковской. М. : Прогресс, 1987. 420 с.
8. Выготский Л. С. Указ. соч. С. 30.
9. Сакс О. «Человек, который принял жену за шляпу» и другие истории из врачебной практики. СПб. : Science Press, 2006. 301 с.
10. Солнцева Л. И., Хорош С. М. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста. 3-е изд. М. : ИКП РАО, 2004. 68 с.
11. Раттер М. Указ. соч. 420 с. ; Слепович Е. С., Поляков А. М. Понятие «психологический диагноз» и его применение в диагностике отклонений в развитии ребёнка [Электронный ресурс] // Специальная адукация. 2014. № 3. URL: <http://www.special-psy.com/ponyatie-psixologicheskij-diagnoz/#more-614> (дата обращения: 28.01.2016) ; Сакс О. Указ. соч. 301 с.
12. Израиль: аутисты оказались незаменимыми [Электронный ресурс]. URL: <http://newresume.org/2016-02-16-13200/> (дата обращения: 28.01.2016).
13. Слепович Е. С., Поляков А. М. Понятие «психологический диагноз» и его применение в диагностике отклонений в развитии ребёнка [Электронный ресурс]. URL: <http://www.special-psy.com/ponyatie-psixologicheskij-diagnoz/#more-614> (дата обращения: 28.01.2016).

Материал поступил в редакцию 01.02.2016 г.

УДК 159.9+37.013.42

Е. А. Клещёва
БарГУ, Барановичи

ВОСПИТАТЕЛЬНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ СЕМЬИ КАК РЕСУРС ИНКЛЮЗИВНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Введение. Инклюзивное образование в своих основных идеях базируется «на признании того, что все обучающиеся могут обучаться совместно во всех случаях, когда это является возможным, несмотря ни на какие трудности или различия, существующие между ними» [1, с. 3], и рассматривается «как механизм обеспечения равных возможностей в получении образования для обучающихся с разными образовательными потребностями» [2]. Особые образовательные потребности в данном случае понимаются как «необходимость в специальных условиях, методах и дополнительных средствах обучения, обусловленная особенностями (физическими, психическими, социальными,