

Психология инклюзивного образования

§ 1. Образовательная среда как аспект социально-психологической адаптации детей с особыми возможностями

Интеграция детей с особыми образовательными возможностями в обычные образовательные учреждения – это мировой процесс, в который вовлечены все высокоразвитые страны. Ученые пришли к инклюзивному образованию в логике использования сензитивных периодов становления высших психических функций, предупреждения возникновения «социальных вывихов» и связанных с ними вторичных отклонений в развитии. В современном российском обществе сложилась стойкая тенденция интенсивного роста числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) различного генеза. В стране отчетливо прослеживается тенденция к увеличению численности детей, имеющих различные нарушения физического и нервно-психического здоровья. При этом остаются не выявленными компенсаторные возможности лиц с ОВЗ в направлении совместного обучения и сотрудничества. Не разрешены психосоциальные и дидактические проблемы включения этих личностей в социум нормально развивающихся сверстников, а также психодидактические проблемы сопровождения этого процесса.

Развитие инклюзивного образования следует рассматривать как одно из наиболее важных и перспективных направлений совершенствования системы образования детей с ограниченными возможностями здоровья. Организация обучения таких детей в образовательных учреждениях общего типа, расположенных, как правило, по месту жительства ребенка и его родителей, позволяет избежать помещения детей на длительный срок в учреждение интернатного типа, создать условия для их проживания и воспитания в семье, обеспечить их постоянное общение с нормально развивающимися детьми и таким образом способствует эффективному решению проблем их социальной адаптации и интеграции в общество.

Сущность инклюзивного образования состоит в том, что разнообразию потребностей учащихся с инвалидностью должна соответствовать совокупность сервисов, в том числе такая образовательная среда, которая является наименее ограничивающей и наиболее включающей. Это предполагает создание адаптивной образовательной среды, позволяющей обеспечить личностную самореализацию и полноценную социальную жизнь таких детей в образовательном учреждении.

Принципами инклюзивного образования являются:

- включение в образовательную и социальную жизнь школы всех детей по месту жительства;
- включение в образовательную среду детей-инвалидов с начального этапа образования;
- создание системы обучения, удовлетворяющей потребности каждого обучающегося;
- обеспечение успешности, безопасности и значимости всех учащихся.

Разрабатывая вариативные формы инклюзии и внедряя их в практику необходимо решать следующие **задачи:**

- расширить охват нуждающихся детей необходимой им специальной педагогической помощью;
- обеспечить «особым» детям возможность интегрироваться в среду нормально развивающихся сверстников;
- обеспечить родителям возможность получать необходимую консультативную помощь;
- обеспечить педагогам, работающим с интегрированными детьми, постоянную и квалифицированную помощь и поддержку.

Выделяют следующие варианты интеграции детей с ОВЗ:

- интеграция через раннюю коррекцию;
- обоснованный отбор детей для включения в инклюзивное обучение;
- обязательная индивидуальная коррекционная помощь каждому ребенку.

Различают две основные формы интеграции: социальную и педагогическую.

Первая предполагает адаптацию обучаемых с ОВЗ в общую систему социальных отношений в рамках той образовательной среды, в которую они интегрируются.

Вторая предусматривает формирование у лиц с проблемами в развитии способностей к усвоению учебного материала, определяемого общим учебным планом.

Считается, что в рамках интеграции происходит взаимопроникновение общей и специальной образовательных систем, что способствует социализации обучаемых с ОВЗ. В то же время нормально развивающиеся сверстники, попадая в полисубъектную среду, воспринимают окружающий социальный мир в его многообразии, т.е. единым сообществом, включающим и сверстников с психосоциальными нарушениями.

Следует также учитывать, что дети-инвалиды отличаются от здоровых сверстников своими адаптационными возможностями. Это проявляется, прежде всего, в особенностях адаптации таких детей к обучению, которое осуществляется в коллективе сверстников.

Известно, что в целом процесс адаптации детей к обучению является весьма сложным. Это объясняется тем, что детский возраст характеризуется:

- очень высоким темпом развития, в том числе, социального, совершенствованием всех систем организма;
- неразрывной связью между физическим, нервно-психическим и социальным развитием ребенка при опережающем развитии первого;
- ведущей ролью взрослого как важного фактора оптимизации адаптивного процесса.

Адаптивные возможности ребенка-инвалида ослабляются следующими обстоятельствами:

1. Характером инвалидности (нарушения зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, психические, и общие заболевания).

2. Психофизиологическими особенностями (тип ВНД, темперамент, биоритмологические свойства, характер памяти и др.).
3. Недостатком физического здоровья. Дети, имеющие инвалидность, страдают заболеваниями, не связанными напрямую с их инвалидностью, чаще условно здоровых детей и чаще, чем дети, страдающие хроническими заболеваниями. Для них характерна соматическая ослабленность.
4. Недостатком психологических возможностей для общения (условия воспитания в закрытом учреждении или в замкнутом мире семьи, обучение на дому, настороженное отношение сверстников, неумение педагога найти подход к ученику, непонимание его проблем, незнание его возможностей, гиперопека со стороны взрослых формируют личность, психологически и социально инфантильную, коммуникативно беспомощную).
5. Недостатком материальных средств для удовлетворения специфических потребностей детей-инвалидов (средства передвижения слуховые аппараты, специальные приспособления и т.д.), а также наличием архитектурных и психологических барьеров общества, которые в значительной мере ограничивают возможности ребенка-инвалида к социальному приспособлению.
6. Ограниченностью возможностей детей-инвалидов участвовать в деятельности, соответствующей их возрасту (игровой, учебной, трудовой, коммуникативной), которая лишает ребенка базы социальной адаптации. Как следствие, родители и общество стремятся уберечь такого ребенка от участия в сложных жизненных ситуациях, что не способствует формированию и укреплению адаптационного механизма и тормозит развитие личности ребенка.
7. Разнообразными психологическими нарушениями и расстройствами, ограничением мобильности и независимости, нарушением способности заниматься обычной для своего возраста деятельностью, непосредственно затрудняющими социальную адаптацию детей-инвалидов и интеграцию их в общество.

8. Нахождением ребенка-инвалида в незнакомой среде, которая угнетает обычную активность детей, что связано с недостаточной информированностью о новой среде.

Факторами, препятствующими успешной адаптации обучаемых с ОВЗ в образовательную среду, выступают общий уровень их психического развития, и дефицитарность центральных сфер личности (когнитивной, социальной, эмоционально-волевой). При этом их сниженные психодиагностические показатели не могут рассматриваться как противопоказания к успешной интеграции, а лишь свидетельствуют о необходимости создания условий, обеспечивающих им минимальный уровень развития социальных компетенций.

Критериями социального взросления обучаемых является комплекс компетенций в навыках общественного поведения и продуктивных форм общения со взрослыми и сверстниками. Факторы, затрудняющие адаптацию детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья, приводят к развитию у них социальной недостаточности. Понятие социальной недостаточности включает в себя: ограничение способности к самообслуживанию; ограничение физической независимости; ограничение мобильности; ограничение способности адекватно вести себя в обществе; ограничение способности заниматься деятельностью, соответствующей возрасту; ограничение экономической самостоятельности; ограничение способности к профессиональной деятельности; ограничение способности к интеграции в общество.

Составляя особую социальную группу, лица с ОВЗ могут испытывать значительные трудности в организации своей учебной, коммуникативной деятельности, поведения в силу имеющихся особенностей интеллектуального, сенсорного, и/или двигательного развития, а также соматических заболеваний.

Исследователи подчеркивают, что особенности социализации проявляются у лиц с ОВЗ на разных уровнях. При этом нарушение на

исходном – физиологическом - уровне является первичным, а нарушения на последующих уровнях (психологическом, социально-психологическом, социальном) имеют вторичный характер и при определенных условиях являются обратимыми. Образовательная среда, имеющая определенное социальное наполнение, может обеспечить включение молодежи с ОВЗ в доступные виды деятельности и социальные отношения, тем самым способствуя их успешной социализации

В образовательной инклюзии как аспекте социальной адаптации наблюдается тенденция рассматривать помощь детям-инвалидам проблемой не только их родителей, но и всего общества в целом. При инклюзивном обучении акцент смещается с адаптации детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья к нормальной общественной жизни на изменение самого социума. Лучшее средство для принятия таких людей - непосредственное и достаточно длительное общение с ребенком, страдающим каким-либо нарушением. Трудности социального свойства могут быть минимизированы при создании комплексного подхода к разработке медицинского, психофизиологического, педагогического и социального сопровождения детей-инвалидов. Таким образом, основной целью новой социальной политики в нашей стране является изменение среды для обеспечения равных возможностей всех членов общества.

§2. Психологическая типология отклоняющегося развития детей

Современные исследования показывают, что патология практически любой системы организма ребенка (центральной нервной системы, эндокринной, соединительно-тканной и др.) может стать фактически первопричиной проблем психического развития. На практике психолог в учреждениях инклюзивного образования сталкивается с огромной индивидуальной вариативностью психических проявлений таких детей.

Только качественная типологизация развития может дать специалисту ориентацию на характерные для каждого варианта развития проблемы,

помочь в проведении квалифицированного психологического обследования и построении типовых форм коррекционно-развивающей помощи.

Любое отклонение следует рассматривать только в сопоставлении с индивидуальной направленностью развития личности ребенка. В такой ситуации достаточно трудно организовать фронтальное обучение детей по определенным стандартам (именно это и является основой инклюзивного образования), а также определить индивидуальную тенденцию, «сбалансированное взаимоотношение, гармоничный баланс между личностью и социумом».

Наиболее адекватно в данной ситуации использование понятия социально-психологический норматив как систему требований, которые общество предъявляет к психическому и личностному развитию каждого из его членов. Требования, составляющие содержание СПН являются идеальной моделью требований социальной общности к личности и закреплены в виде правил, норм, предписаний. Они присутствуют в образовательных программах, в профессиональных и квалификационных характеристиках, общественном мнении учителей, воспитателей, родителей. Можно говорить и об идеальной норме — оптимальном развитии личности, реализуемом в оптимальных для нее социокультурных условиях.

Отклонение формирования всей иерархической структуры психического развития или ее отдельных составляющих (психических функций, функциональных систем) за пределы социально-психологического норматива, определяемого для конкретной образовательной, социокультурной, этнической ситуации, вне зависимости от знака этого изменения (опережение или запаздывание), следует рассматривать как отклоняющееся развитие.

Это позволяет обозначить систему анализа отклоняющегося развития:

- «идеальная» модель онтогенеза (или идеальная модель дизонтогенеза),
- «типологическая модель», учитывающая наиболее специфические для данного варианта развития особенности,

- «индивидуальная модель», определяющая конкретные индивидуальные особенности развития отдельного ребенка.

Психологическая типология позволяет учитывать наиболее вероятные проявления одного из вариантов, рассматривая совокупность симптомов как «психологический синдром», а также позволяет поставить психологический диагноз, определить вероятностный прогноз дальнейшего развития ребенка и разработать адекватные программы коррекционно-развивающей работы психолога применительно к групповой, и к индивидуальной работе с ребенком.

Существуют три основных варианта типологического анализа отклоняющегося развития:

- «Междисциплинарная» типология, в которых используются терминология, содержательные показатели и категории различных областей знания (клинической, психологической, педагогической, нейрофизиологии ВНД и др.).
- Эмпирическая типология, основанная на наблюдаемых, в первую очередь психологических, проявлениях, когда выделяются устойчивая совокупность поведения, особенности познавательной деятельности, эмоциональных реакций и пр.
- Типология, в основу которой положен принцип анализа механизмов исключительно психического развития, а также особенностей «межуровневых» — «вертикальных» взаимосвязей (типология «каузального» вида).

Классификация В.В. Лебединского (1985) базируется на качественных особенностях нарушений психического развития: отставание в развитии; выраженная диспропорциональность (асинхрония) развития; изолированное повреждение, выпадение отдельных функций.

Основными типологическими критериями этого подхода являются следующие:

1. Функциональная локализация нарушений — частные дефекты, обусловленные дефицитностью отдельных функций, и общие, связанные с нарушением подкорковых регуляторных и корковых (интеллектуальных) систем;
2. Время поражения, которое определяет недостаточность (при раннем повреждении функций) или истинное повреждение (с распадом структуры функций);
3. Взаимоотношения между первичным и вторичным (по Л.С. Выготскому) дефектом. В зависимости от места первичного дефекта вектор вторичного недоразвития может быть «снизу вверх» или «сверху вниз», что определяет качественное своеобразие дизонтогенеза;
4. Нарушение межфункциональных взаимодействий. Последнее рассматривается как нарушение нормального онтогенеза, когда временная независимость, характерная для ранних этапов онтогенеза, превращается в изоляцию, ассоциативные связи преобразуются в патологическую фиксацию (в познавательной деятельности — это инертные стереотипы), а сложные межфункциональные иерархические связи приобретают патологический вид — асинхронию развития. Асинхрония, в свою очередь, разделяется на ретардацию (запаздывание или приостановка психического развития) и акселерацию (выраженное опережение темпа и сроков развития одних функциональных систем по сравнению с другими).

На основании этих критериев В.В. Лебединский, объединяя существующие классификационные подходы, выделяет три основные типологические группы дизонтогенеза:

- 1) отклонения в виде отставания в развитии: недоразвитие и задержанное развитие;
- 2) отклонения, ведущим признаком которых является диспропорциональность (асинхрония) развития: искаженный и дисгармоничный типы развития;

3) третья группа определяется на основе наличия повреждения (поломка или выпадение функций или функциональных систем): поврежденное и дефицитное развитие.

В основу психологического синдромального подхода А.Л. Венгера (2001) положены неблагоприятные варианты индивидуального развития, комплекс психологических симптомов, состоящий из трех основных блоков:

- психологические особенности ребенка;
- общая картина поведения, определяемая этими особенностями;
- реакция окружающих на эти поведенческие проявления.

Как отмечает сам автор, между этими блоками существует вполне четкая кольцевая взаимосвязь: «Картина поведения ребенка связана (хотя и неоднозначно) с его психическими особенностями; она определяет (хотя опять же неоднозначно) реакцию окружающих; в свою очередь, эта реакция обуславливает те или иные изменения психологических особенностей».

Выделяется шесть психологических синдромов:

- хроническая неуспешность и школьная тревожность;
- уход от деятельности;
- негативное и позитивное самоопределение;
- социальная дезориентация;
- вербализм и интеллектуализм;
- семейная изоляция.

В отечественной психологии выделялись три основные группы отклоняющегося развития:

- 1) подгруппа *недостаточного развития* - характерна та или иная структура недостаточности (по отношению к соответствующему социально-психологическому нормативу) функциональных систем и процессов ;
- 2) подгруппа *тотального недоразвития* - выражена недостаточная сформированность произвольной регуляции психической активности и пространственно-временных репрезентаций, которые являются основой развития регуляторной и когнитивной сфер ребенка;

3) подгруппа *задержанного развития* - несформированность базовых составляющих регуляторной и когнитивной сфер не так велика, но отмечается определенная недостаточность сформированности аффективной организации.

В том случае, когда недостаточно сформированы лишь отдельные составляющие, можно говорить о парциальной несформированности отдельных компонентов познавательной деятельности (регуляторного и когнитивного компонента).

Асинхронное развитие получило свое название в связи с нарушением основного принципа развития (гетерохронии), когда наблюдаются сложные сочетания недоразвития, ускоренного (акселеративного) развития — искажения самого хода психического развития в формировании как отдельных процессов и функций, так и целых функциональных систем. В вариантах дисгармоничного развития, в первую очередь, следует говорить о дисфункциональном формировании аффективной организации при сохранности общей структуры и взаимосвязанности всей системы.

Наличие же искажений в формировании не только аффективной организации, но и других базовых составляющих, приводящее к искажению пропорций и последовательности развития когнитивной, регуляторно-волевой и аффективной сфер, позволяет выделить подгруппу так называемого искаженного развития.

Основанием выделения группы поврежденного развития служит наличие повреждающего влияния на мозг того или иного фактора, затрагивающего, в первую очередь, органические основы развития, а затем воздействующего на всю структуру дальнейшего психического развития. В то же время к категории поврежденного развития может быть отнесена и психическая травма — как результат именно повреждения (а не неправильного формирования!) системы аффективной организации.

Под дефицитарным развитием подразумевается недостаточность сенсорных (слуховой и зрительной), опорно-двигательной и иных систем. В

этом случае традиционно выделяемые в специальной психологии категории детей с тяжелыми нарушениями сенсорных и опорно-двигательной систем могут быть отнесены, в соответствии с логикой предлагаемой типологии, к раннедефицитарному или позднедефицитарному развитию.

К этой же категории относят и детей с множественными (сложными, сочетанными) нарушениями развития. В свою очередь, каждая приведенная здесь подгруппа отклоняющегося развития (в соответствии с принципиально отличающимися качественными характеристиками) может быть подразделена на отдельные типы и варианты, формы.

§ 3. Психологическое обследование детей с отклонениями в развитии

Выделение базовых составляющих психического развития личности таких как когнитивная, аффективно-эмоциональная и регулятивно-волевая сферы, соотносимых с разумом, чувством и волей («психологическая триада») позволило конкретизировать уровневую структуру психического развития детей и получить основание для классификации вариантов и форм отклоняющегося развития.

Концепция базовых составляющих как механизмов психического развития легла в основу трехкомпонентной модели психического развития (рис. 1).

В этой модели представлены три уровня, или три этажа вертикальной структуры:

- каузальный уровень (уровень причин);
- уровень базовых составляющих развития (механизмы развития);
- феноменологический уровень.

В свою очередь, каждый из анализируемых уровней представляет собой «горизонтально» организованную взаимосвязанную структуру.



Рис 1. Трехкомпонентная модель анализа психического развития

Каузальный уровень рассматривается как состоящий:

- из нейробиологической (соматологической) составляющей развития;
- социальных условий развития;
- пространственно-функциональной организации мозговых систем.

Нейробиологическая составляющая не является в полном объеме задачей изучения для психолога. Но в то же время уметь использовать в своем анализе медицинские данные может и должен любой психолог, который хочет обогатить свой опыт и стать настоящим профессионалом в условиях инклюзии.

На практике часто возникает необходимость выявить значимость социальных условий развития в общей структуре первопричин психического дизонтогенеза, поэтому особое место в анализе возникновения наблюдаемого состояния ребенка принадлежит социальным условиям развития. В данном случае следует говорить не только о проблемах педагогической или социальной запущенности, внутрисемейной ситуации, межличностных отношений ребенка, но и о проблемах двуязычия, этнических различий в условиях вынужденного переселения, внутренней и внешней миграции и других подобных социальных процессах, включая и техногенные

катастрофы. Сюда же следует отнести и климатогеографические условия, в которых растет ребенок. Особенно это важно для ситуации развития и обучения детей в экстремальных условиях Крайнего Севера, Восточной Сибири, регионов Дальнего Востока.

Особое внимание в рамках социальных условий следует уделить и образовательной среде, как одному из факторов, являющихся причиной многих выявляемых особенностей психического развития ребенка. Это и требования, которые система образования предъявляет к ребенку, и особенности взаимоотношений с учителем, другими взрослыми, и специфика той образовательной программы, в рамках которой идет обучение и развитие ребенка, дидактическое наполнение педагогического процесса, организация образовательного пространства в целом. Эти и многие другие компоненты образовательной среды, которые «выталкивают» ребенка за пределы социально-психологического норматива, могут явиться причиной появления тех или иных феноменов развития. Важно в процессе психологической оценки осознать эти обстоятельства, найти им место в структуре целостного анализа состояния ребенка, сделать соответствующие выводы.

Особое внимание в структуре «каузального» уровня должно быть уделено оценке сформированности пространственно-функциональной организации мозговых систем, в частности, становлению специализации и латерализации полушарий мозга, их взаимодействия, а также формирования корково-подкорковых взаимосвязей. (Подобная оценка в условиях стандартного обследования психологом образования может быть получена при анализе профиля латеральных – сенсорных и моторных – предпочтений, в том числе при наблюдении за поведением ребенка, особенностями его моторики.)

Следует отметить, что анализ функциональной организации мозговых систем всегда относился к компетенции нейропсихолога. В настоящее время изучение влияния этого фактора на особенности развития ребенка в обязательном порядке должно быть включено в деятельность любого

психолога, работающего в структуре психолого-педагогического сопровождения. Такой показатель должен учитываться при постановке психологического диагноза, отражаться в рекомендациях родителям и педагогам, другим специалистам сопровождения.

Выявление большого количества левосторонних предпочтений, ситуация неустоявшейся (к определенному возрасту) или смешанной латерализации, как правило, являются признаками, свидетельствующими о недостаточных компенсаторных возможностях ребенка.

Систему базовых составляющих психического развития можно разделить на три условно самостоятельные структуры: произвольную регуляцию психической активности, пространственно-временные представления (репрезентации), аффективную организацию, которые одновременно выступают механизмам психической деятельности ребенка.

Для любого варианта условно нормативного или отклоняющегося развития характерна определенная структура сформированности подобных механизмов психической деятельности. Такое представление дает возможность проводить как оценку индивидуальных различий ребенка (в рамках условно нормативного развития), так и типологизацию отклоняющегося развития.

Регуляция психической активности включает следующие уровни:

- 1-й уровень. Регуляция двигательной активности.
- 2-й уровень. Регуляция психических процессов и функций.
- 3-й уровень. Рефлексивно-волевая регуляция.
- 4-й уровень. Регуляция межличностных отношений.

Произвольность психической активности своими корнями уходит в формирование непосредственно *двигательной произвольности* (часто неосознаваемую). По мере развития ребенка двигательная регуляция одновременно преобразовывается и включается в уровень *произвольной регуляции психических процессов и функций* (память, внимание, произвольность различных форм мышления). В свою очередь, и этот

выделяемый как самостоятельный уровень произвольной регуляции, развиваясь и усложняя свою структуру, «включается» в уже осознаваемую (рефлексивную) регуляцию сначала с элементами волевого усилия, а затем с все более и более осознанными волевыми актами, формируя тем самым полноценную рефлексивно-волевою регуляцию.

Позднее всех в феноменологическом «поле» проявляется *регуляция* межличностных отношений, регуляция поведения, которая не может не «базироваться» на всех более «глубоколежащих» уровнях. Это не означает, что межличностная регуляция не присутствует (в той или иной степени, начиная от зачаточных «протоотношений» в раннем возрасте) во всем психическом развитии. Действительно, ведь даже в возрасте 8–9 месяцев, когда нормативно у ребенка возникает «страх чужого», уже можно говорить об определенном уровне межличностных отношений: не только к родным, но и к незнакомым людям.

Важно, что и здесь, и при формировании других составляющих действует принцип: дефицитарность, недостаточность предыдущего уровня или (подуровня) непреложно влечет за собой и недостаточную сформированность всех последующих «вышележащих» компонентов системы

Хорошо известно, например, что расторможенный ребенок, который не в состоянии регулировать даже свою двигательную или речевую активность будет иметь проблемы и в формировании взаимоотношений со сверстниками и взрослыми. При этом, как показывает практика работы с такими детьми, апелляция к «правилам» поведения (к осознанию этих правил) не приводит к желаемому эффекту.

Не менее важным для развития познавательной деятельности (когнитивной сферы) ребенка является также овладение пространственными и пространственно–временными представлениями (репрезентациями).

Система пространственных представлений в качестве одной из составляющих психической деятельности также начинает свое формирование

в раннем возрасте, возможно даже до момента рождения. На феноменологическом уровне пространственно-временные репрезентации «проявляются» непосредственно в когнитивной сфере. Недостаточность сформированности пространственных и так называемых квазипространственных представлений, как показывают современные исследования, напрямую влияет на уровень актуального речевого и интеллектуального развития ребенка, феноменологически проявляясь в нарушениях графической деятельности, чтения, письма, сформированности математических операций, нарушениях различных видов мышления (в первую очередь абстрактно-логического компонента речемышлительной деятельности).

Выделяют четыре основных уровня овладения ребенком пространственными представлениями:

1-й уровень. Представления о пространстве собственного тела (телесность, схема тела).

2-й уровень. Представления о физическом пространстве (пространстве окружающих объектов по отношению к телу ребенка).

3-й уровень. Пространство речи и языка (лингвистические или квазипространственные представления).

4-й уровень. Пространство межличностных отношений.

Представления о пространстве собственного тела – это, в первую очередь, ощущения, идущие от проприоцептивных рецепторов (названные И.М. Сеченовым «темным мышечным чувством»). Уже в первые месяцы жизни эти ощущения начинают интегрироваться в виде разнообразных сенсомоторных «полей». Эти ощущения проявляются, в первую очередь, при изменениях положения конечностей, всего опорно-двигательного аппарата, а также в ситуациях смены напряжения расслаблением и наоборот, что, в свою очередь, определяет развитие регуляции (своего рода произвольности) в овладении своим телом, формировании схемы тела. Здесь же следует сказать об ощущениях «внутреннего телесного мира» (ощущениях голода, сытости,

различного вида и выраженности болевых ощущениях). Одним из важных «подуровней» являются пространственные представления о взаимодействии тела с внешним физическим пространством, то есть интегративные ощущения границ собственного тела³. Это актуализируется в дальнейшем (уже на уровне простых квазипространственных представлений) в знании расположения частей своего тела и возможностях указания на них. В дальнейшем процесс формирования телесности не прекращается, но на более высоких уровнях (уже во взрослом состоянии) начинает распространяться и на окружающие объекты. Это прекрасно показано А.Ш. Тхостовым (2002) на примере обучения вождению автомобиля и распространения своего уже психического «тела» на границы автомобиля.

2-й уровень, или представления о физическом пространстве объектов как по отношению к собственному телу, так и между собой, отражает не всегда вербализуемые представления ребенка о том, где находится тот или иной предмет (топологические представления). Это представления о местонахождении предметов с использованием представлений (ощущений?) «верха-низа», «спереди-сзади», сторонности тела, а также так называемые «метрические представления», то есть насколько далеко в физическом пространстве обнаруживается какой-либо предмет.

Наиболее важным компонентом (подуровнем) здесь следует считать возможность анализа ребенком пространственных взаимоотношений между двумя и более предметами, находящимися в окружающем его пространстве. Основным «итогом» подобной сформированности становится целостная интегрированная картина физического мира между объектами и собственным телом ребенка, (целостные структурно-топологические представления).

Пространство речи и языка (*квазипространственные представления*) рассматриваются в качестве 3-го уровня системы пространственных представлений.

И здесь можно говорить о иерархической системе, которая начинает формироваться еще до года в виде «протопространства» языка – лепетной

речи и далее в виде звукоподражательных слов, простой фразы (около 1,5–2 лет), словотворчества. Все это можно рассматривать в контексте пространственно-ременных репрезентаций (см. например, Л.М. Веккер, 2000). В целом квазипространственные представления уже в виде языка возникают, безусловно, на определенном этапе речевого развития, когда у ребенка вначале в импрессивном плане, а позже (иногда параллельно) в экспрессивном появляется возможность вербализации. И здесь, как в предыдущем случае, можно говорить об определенной последовательности появления в речи вначале обозначений топологического плана (тут, вот, там) и лишь позже – слов, обозначающих координатные и метрические представления (дальше, ниже, сзади, слева...).

Лингвистические пространственные представления вместе с регуляцией можно рассматривать как основу уже речевой деятельности. В свою очередь это является одним из основных компонентов собственно когнитивного развития ребенка. К подобным представлениям можно отнести, помимо возможности понимания сложных речевых конструкций, словообразование, в том числе формирование множественного числа, притяжательных местоимений, овладение последовательностью времен года, дней недели и т.п.

Точно так же можно говорить и об иерархической структуре пространства межличностных отношений ребенка. Совершенно очевидно, что его формирование проходит на фоне достаточной сформированности системы «нижележащих» пространственных представлений и в тесной взаимосвязи как с произвольной регуляцией поведения, так и с уровнем эмоционального контроля (4-й уровень аффективной организации по О.С. Никольской – см. далее).

В практике деятельности психолога образования пространство межличностных отношений «конкретизируется» в социометрическом анализе.

Пространство межличностных отношений, в свою очередь, следует рассматривать как в определенной степени зависящее и «опирающееся» на сформированность всей нижележащей структуры пространственных представлений, включая и начальный уровень – телесный или пространство собственного тела.

Естественно, что все эти уровни (подуровни) развертываются, «прорастают» в развитии ребенка, то есть во времени, и временной фактор присутствует на каждом уровне, придавая каждому из них специфическое своеобразие полноценной картины мира.

Недостаточная сформированность сферы пространственных представлений напрямую влияет на уровень развития когний ребенка в целом, что феноменологически проявляется не только в особенностях речи, проблемах овладения чтением, письмом, математическими операциями, в графической деятельности, но и в специфике формирования языковой личности в целом.

В свою очередь, оценка развития аффективно-эмоциональной сферы опирается на характеристики сформированности системы аффективной организации, третьей из базовых составляющих психического развития.

Аффективная организация может быть представлена в виде четырехуровневой системы, описывающей универсальные механизмы адаптации:

- 1) уровень аффективной пластичности (более раннее название – полевая реактивность) (1-й уровень);
- 2) уровень аффективных стереотипов (2-й уровень);
- 3) уровень аффективной экспансии (3-й уровень);
- 4) уровень эмоционального контроля (4-й уровень).

На каждом из них решаются качественно различные задачи адаптации в мире: они не могут подменить друг друга, а ослабление или усиление функционирования одного из них приводит к явлениям общей дизадаптации.

Уровень аффективной пластичности участвует в решении наиболее базальных задач защиты организма от влияния внешней среды. Его смыслом является организация аффективной преднастройки к активному контакту с окружающим: наиболее примитивная оценка самой возможности контакта с внешним миром. Аффективно значимыми на этом уровне являются впечатления динамики интенсивности внешних воздействий: движения, изменение пространственных соотношений в окружающем и т.п. Выполняя «фоновые» функции в осуществлении эмоционально-смысловой адаптации к окружающему, этот уровень обеспечивает тоническую регуляцию аффективных процессов.

Следующей ступенью углубления аффективного контакта (адаптации) со средой является уровень аффективных стереотипов. В раннем возрасте он играет важнейшую роль в отработке приспособительных реакций ребенка – пищевых, оборонительных, установления физического контакта с матерью, в дальнейшем развиваясь как компонент сложных форм адаптации и определяя полноту и своеобразие чувственной жизни человека.

Можно сказать, что именно этот уровень аффективной организации закладывает основы формирования индивидуальности человека через выявление собственных стереотипов и пристрастий в сенсорных контактах со средой. Подобные аффективные стереотипы являются фоновым обеспечением самых сложных форм поведения человека, задавая аффективный смысл поведения.

Обеспечение активной адаптации к изменяющимся условиям внешней среды, через преодоление неожиданных препятствий, является следующей ступенью развития эмоционального контакта со средой – уровнем аффективной экспансии. Приспособительным смыслом уровня является аффективная экспансия окружающего мира, овладение неизвестной, следовательно, опасной ситуацией и с помощью этого – через запуск исследовательского поведения, поиска преодоления трудностей – получение

положительных переживаний успеха, победы, преодоления. Очевидно, что этот уровень решает куда более сложные задачи адаптации в целом.

Четвертый уровень (уровень эмоционального контроля) обеспечивает налаживание эмоционального взаимодействия с другими людьми: разработку способов ориентировки в их переживаниях, формирование правил, норм взаимодействия с ними. Включая в себя «нижележащие» уровни, он обеспечивает контроль над индивидуальной аффективной жизнью, приводя ее в соответствие с требованиями и нуждами окружающих и социума в целом. Именно на этом уровне поведение организуется по сложному кодексу этологических правил контакта.

Аффективная организация определяет не только эмоционально-личностную структуру ребенка, характер его взаимоотношений с окружающей средой, но в огромной степени «энергетизацию» и тонизацию всей его психической активности.

Анализ системы аффективной организации как основного механизма формирования всей аффективно-эмоциональной сферы позволяет несколько по-иному взглянуть на развитие ребенка, его этапы, возможности построения развивающей и коррекционной работы.

Рассматривая триаду механизмов психического развития как взаимосвязанную и синхронно формирующуюся структуру, можно представить ее в виде треугольника, стороны которого демонстрируют триединую взаимосвязь произвольной регуляции, пространственных представлений и аффективной организации (рис. 2).

Анализ психического развития ребенка с точки зрения особенностей формирования произвольной регуляции, понимаемой как осуществление контроля (осознанного или неосознаваемого) за собственной деятельностью, и сформированности пространственных представлений дает возможность оценить уровень сформированности *познавательной деятельности* в целом.



Рис. 2. Треугольник взаимодействия базовых составляющих развития как основных компонентов регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной сфер

При этом обязательно включение в познавательную деятельность системы аффективной регуляции, как ее мотивационно-аффективного компонента. Произвольную регуляцию и пространственные представления все же следует рассматривать как приоритетные для познавательной деятельности ребенка.

Оценка сформированности произвольной регуляции вкупе с аффективной регуляцией дает нам возможность проанализировать поведение ребенка.

В то же время аффективная организация во взаимосвязи с пространственными представлениями дает нам возможность оценить Я-концепцию, самосознание ребенка. Эти составляющие личностного развития не только теснейшим образом связаны с «телесностью», но и не могут формироваться вне регуляторного компонента.

В целом включение понятия «базовые составляющие психической деятельности» в практику педагога-психолога инклюзивного образования позволяет, опираясь на выявленный профиль сформированности уровней каждой из них, не только понять механизмы наблюдаемых феноменов, но и осуществить синдромальный психологический анализ, отнеся тем самым развитие конкретного ребенка к тому или иному типологическому варианту.

Саму же оценку сформированности базовых составляющих психического развития⁴ можно рассматривать в качестве одного из ключевых моментов психологического обследования. Особая важность этой оценки заключается в том, что именно понимание структуры и специфики сформированности этих компонентов психического развития ребенка лежит в основе постановки психологического диагноза и позволяет осуществить вероятностный прогноз дальнейшего развития, определить пути адекватной коррекционно-развивающей работы всех специалистов, включенных в работу с ребенком.

§ 4. Система психологического сопровождения

Получение детьми с ограниченными возможностями здоровья и детьми-инвалидами образования является одним из основных и неотъемлемых условий их успешной социализации, обеспечения их полноценного участия в жизни общества, эффективной самореализации в различных видах профессиональной и социальной деятельности. На повестке дня стоит вопрос об оказании квалифицированной психологической помощи в этом направлении.

Для полноценного развития ребенка, имеющего ОВЗ необходимо создание особой образовательной среды, представляющей собой единство всех участников образовательного процесса, а также создание модели психологической помощи, поддержки и обеспечения с целью преодоления барьеров, возникающих на пути развития ребенка. Центральная координирующая роль в реализации данной модели принадлежит практическому психологу. Он организует взаимодействие всех специалистов, оказывает помощь, поддержку в процессе продвижения детей на всех этапах сопровождения: диагностическом, коррекционном, развивающем.

Психологическое сопровождение инклюзивного образования детей с ОВЗ рассматривается как процесс, включающий в себя стратегию и тактику профессиональной деятельности психолога, направленный на создание

максимально благоприятных условий для интеграции детей с ОВЗ в социум их нормально развивающихся сверстников. Оно должно быть устремлено на овладение детьми специальными компетенциями, обеспечивающими постепенное формирование у них системы социальных навыков поведения, продуктивных форм общения со взрослыми и сверстниками, на основе партнерских субъект-субъектных отношений

Сущность психологического сопровождения обучаемых с ОВЗ заключается в создании психолого-педагогических условий для эффективного полисубъектного взаимодействия со значимыми взрослыми и сверстниками. В этих целях процесс социальной адаптации обучаемых с ОВЗ включает обучающий тренинг полноценному социально адаптивному ролевому поведению на основе партнерских субъект-субъектных отношений.

При инклюзивном образовании дети-инвалиды и дети с ограниченными возможностями здоровья должны быть объектом внимания не только педагогов, медицинских работников и психологов, но и социологов, физиологов, реабилитологов, дефектологов. Поэтому необходимо создание комплексной системы психофизиологического, медицинского и социально-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья в условиях инклюзивного образования.

Современные веяния диктуют необходимость организации психолого-медико-социального сопровождения (ПМСО) лиц, чье развитие осложнено действием множественных неблагоприятных факторов.

Сегодня выделились два направления ПМСО:

- актуальное, ориентированное на решение уже имеющихся трудностей;
- перспективное, ориентированное на профилактику отклонений в обучении и развитии.

В деятельности службы сопровождения существует три обязательных взаимосвязанных друг с другом компонента:

- анализ имеющихся возможностей образовательной среды для обучения и развития в соответствии с требованиями к уровню развития обучаемого;
- диагностика психического, личностного и социального развития обучаемого;
- реализация программ коррекционно-развивающей направленности в индивидуально-групповых занятиях.

ПМСС обучаемых с особыми образовательными возможностями имеет свою специфику:

1. Приоритетным направлением является не столько преодоление неуспешности в обучении, сколько решение проблем социальной адаптации обучаемых с особыми образовательными возможностями.
2. Необходимо специализированное оборудование для работы с детьми, страдающими нарушением сенсорно-двигательного аппарата и другими дефектами.
3. Необходимо включение в штат сотрудников, имеющих специальную подготовку в области интегрированного образования: врачей, дефектологов, психотренеров, психиатров.

Категории нуждающихся в ПМСС.

1. Лица с психическими нарушениями в сферах:
 - интеллектуальной (в том числе имеющим генетические синдромы);
 - речевой;
 - поведенческой (эмоциональной сфере, в том числе, расстройства аутистического спектра);
 - двигательной (в том числе, детский церебральный паралич);
 - сенсорной (нарушения слуха, зрения);
 - лица с инвалидизирующими психосоматические заболеваниями;
 - страдающие от сложной структуры дефекта;
 - подвергшиеся различным формам психического и физического насилия;
 - лица с проблемами общения;
 - лица с пограничными психическими расстройствами.

2. Степень выраженности нарушений:

- легкая (например, нарушения речи – ОНР III; нарушения в двигательной сфере – самостоятельно ходит, может сидеть, писать т.д.; соматические – может посещать школу, обучаться фронтально; сенсорная – не требуется дополнительных специальных приспособлений, дидактических материалов для фронтального обучения);
- выраженная (например, нарушения речи – ОНР II, I; двигательные – передвигается на коляске, на фронтальных уроках требуется тьютор и т.д.)

3. Наличие или отсутствие статуса «особый ребенок»:

- да - прошел психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПК), есть рекомендации по условиям и режиму включения ребенка в образовательный процесс;
- нет – не прошел ПМПК.

4. Наличие или отсутствие инвалидности.

Одно из направлений инклюзивной практики - создание службы сопровождения семей, имеющих детей с ОВЗ. Любая семья, имеющая ребенка со значительными нарушениями развития, нуждается в ПМСС.

Ситуация стресса с самого рождения ребенка, ведет к формированию феномена инвалидизации семьи и возникновению дополнительных сложностей социокультурной адаптации ребенка.

В соответствии с целями и задачами инклюзивного обучения формируется индивидуальная программа сопровождения лиц с ОВЗ, которая включает четыре базовых модуля (подпрограммы), ориентированных на решение проблем семьи, педагогического состава, одноклассников и самого обучаемого (рис. 3). Принципиальным в рассматриваемом подходе является комплексное, гибкое и оперативное решение проблем, возникающих при инклюзивном обучении. Целостное и планомерное осуществление сопровождения возможно при условии заключения трехстороннего «договора» между сопровождающими ребенка специалистами, родителями и администрацией образовательного учреждения.

Создание отношений сотрудничества при взаимодействии с образовательным учреждением

- формирование реалистичных установок и уровня притязаний относительно учебных успехов обучаемого
- формирование позитивного мышления и доверия к школе

Организация обучения в соответствии с возможностями обучаемого

- подбор тьюторов
- подбор и разработка методов обучения
- преодоление негативных установок и принятие «иного»



Программа «Уроки доброты»

формирование толерантного отношения и принятие людей с ограниченными возможностями

Программа сопровождения

- поведенческий тренинг;
- формирование коммуникативных навыков и навыков общения.
- адаптация к режиму и правилам обучения,
- адаптация в коллективе сверстников,
- адаптация к требованиям педагогов.

Рис. 3. Схема модульного сопровождения лиц с ОВЗ.

При реализации указанных программ применяются различные стратегии и методы психологической помощи: диагностика, консультирование, тренинг. Кроме этого используются:

- игровые методы;
- методы ролевого моделирования;
- методы семейной терапии;

- методы поведенческой терапии;
- специальные обучающие методы («tribes»);
- метод создание видеофильма и т.д.

Проводится мониторинг эмоционального состояния и адаптации обучаемого.

Основные задачи службы:

- Создание условий для гармоничного личностного, психофизического и интеллектуального развития и социальной адаптации.
- Раннее выявление и включение обучаемого с проблемами в развитии в среду сверстников. Профилактика и коррекция различных отклонений в развитии.
- Повышение родительской компетентности и профилактика нарушений и коррекция детско-родительских отношений.
- Предотвращение формирования феномена инвалидизации семьи и профилактика социального сиротства.
- Развитие общечеловеческих ценностей и принятие философии социальной инклюзии.

Таким образом, эта форма деятельности имплицитно включает в себя ценностные и содержательные аспекты инклюзии.

Формы и направления работы службы сопровождения семей с детьми раннего возраста достаточно разнообразны:

- индивидуальные консультации и занятия;
- консультации различных специалистов службы по запросу родителей и специалистов;
- индивидуальные и групповые консультации для специалистов образовательных учреждений (ОУ). Основное внимание уделяется проведению групповых родительско-детских занятий, где наряду с обычными детьми находятся дети с различными вариантами отклоняющегося развития и их родители в соотношении: 70% условно обычных детей, 30% особых детей.

Родители - ключевые партнеры в обучении ребенка с ОВЗ. Можно выделить пять уровней вовлеченности родителей в этот процесс.

Уровень 1. *Информированность*. На этом основном уровне ОУ информирует родителей о существующих программах, а родители, в свою очередь, запрашивают информацию.

Уровень 2. *Участие в деятельности*. На этом уровне родители в ограниченной степени вовлечены в деятельность школы. Например, они могут быть приглашены, чтобы присутствовать в определенные моменты учебного и внеучебного процесса.

Уровень 3. *Диалог и обмен мнениями*. Здесь родителей приглашают, чтобы они могли исследовать цели и потребности класса ОУ.

Уровень 4. *Участие в принятии решений*. Здесь родителей спрашивают об их мнении, когда необходимо принять решение, которое повлияет на обучаемого. Хороший пример такого уровня вовлеченности – встреча для разработки индивидуального учебного плана.

Уровень 5. *Достаточная ответственность для действий*. Это самый высокий уровень, при котором родители принимают решения совместно с ОУ, вовлечены как в планирование, так и в оценку программы обучения.

Формы взаимодействия с родителями в инклюзивном ОУ в зависимости от этапа включения.

Подготовительный – просвещение родителей по вопросам инклюзивного образования, проведение родительских собраний, тренингов, индивидуальных и групповых консультаций, информирование, обсуждение вопросов, связанных с развитием инклюзивного образования.

Адаптационный. На этом этапе организовывается и поддерживается движение родителей «навстречу» друг другу с целью их взаимной поддержки и взаимодействия.

Этап полного включения. На этом этапе вместе со специалистами семья определяет наиболее комфортный режим пребывания обучаемого в ОУ, особенности и этапы образовательной и коррекционно-развивающей работы,

оценивает динамику развития, создает аналогичные условия дома, чтобы максимально способствовать социализации обучаемого.

Образовательная среда, наполненная конкретным содержанием для обучаемых с ОВЗ, способствует в будущем включению их в доступные виды деятельности и социальные отношения, тем самым делая менее болезненной их адаптацию в социуме.

§ 5. Гендерные аспекты инклюзивного образования

В последнее время актуальным становится рассмотрение образовательного процесса согласно инклюзивному подходу, направленному на обеспечение адаптации и социализации ребенка с особенностями в развитии. Изучение гендерных особенностей включения личности в достаточно сложный процесс обучения и развития позволяет учитывать не только биологические, но и социальные составляющие личности.

В психологической литературе достаточно широко распространены данные об особенностях воспитания, социализации, развития и обучения детей относительно их половой принадлежности. Однако данных, свидетельствующих о сходствах и различиях между обучающимися на уровне социального пола, не так много. Кроме того, гендерный подход применительно к инклюзивному образованию представляет собой один из способов профилактики нарастающей умственной и физической дисфункциональности, различного рода дезадаптации в поведении, дисгармоничного психического развития, одаренности детей.

В нашем понимании, гендер - это социальный пол, определяющий поведение человека в обществе [13], это важнейший фактор, в рамках которого формируется жизненная позиция личности, ее самоопределение, выбор идеалов и жизненных целей, учебная мотивация и профессиональный выбор, статус в коллективе сверстников и др.

В целом гендерные различия начали изучаться еще в конце XIX века, однако до середины XXI века это была лишь демонстрация половых

различий, и обосновывалось разное отношение к полам. На сегодняшний день, уделяется большое значение изучению психологических особенностей личности, согласно ее гендерной принадлежности. Так, зарубежные исследователи Е. Массобу и С. Jacklin выделили четыре психологических отличия между полами: способности к ориентации в пространстве, математические способности, агрессивность и речевые навыки [4].

Установлено, что мужчины лучше ориентируются в пространстве и решают сложные математические задачи в связи с применением иных стратегий при выполнении различного рода задач. Однако, К. Trew и J. Kremer выявили, что некоторые математические задачи лучше выполняют женщины определенного возраста, другие – мужчины [7]: в младшем школьном и подростковом возрасте когнитивные задачи лучше решаются девочками [2], а в юношеском возрасте – мальчиками [3].

Гендерные различия в агрессивном поведении мальчиков и девочек выражается в демонстрации более высокого уровня физической агрессии мальчиками. Для девочек характерны различные проявления косвенной агрессии. На формирование этих и ряда других различий в значительной мере влияют представления о гендерных ролях, сложившиеся в культуре [12].

Существуют данные о том, что девочки превосходят мальчиков в тех областях, где, прежде всего, требуется знание языка, а мальчики превосходят девочек в решении задач пространственного характера [4].

Отечественные исследователи В.А. Геодакян, В.Д. Еремеева, Т.П. Хризман, В.Е Каган, В.Н. Клейн, Д.В. Колесов, И.С. Кон, В.А. Москвин, Н.Г. Пушкарева и др. пришли к выводу о необходимости учета различий на психологическом, физическом, когнитивном и поведенческом уровнях (табл. 1).

На психологическом уровне у мальчиков доминирует правое полушарие, которое отвечает за ориентацию в пространстве, абстрактное мышление. Преобладает также оперативная память и фантазирование. У

девочек более развито левое полушарие, которое отвечает за регуляцию речи, письма и счёта, интуитивную ориентацию в пространстве, конкретно-наглядное, образное мышление. Доминирует долговременная память.

На физическом уровне мальчики отличаются большей массой тела и большей физической силой, у них быстрее развивается моторика. У девочек меньшая масса, но большая грация, гибкость и подвижность. У девочек быстрее развивается точность координации движений, они аккуратны и осторожны.

На когнитивном уровне у мальчиков доминирует качественный подход к изучению учебного материала, они склонны к абстрактному мышлению, к творчеству и самостоятельности. Им свойственен полёт фантазии и тяга к философствованию. Наблюдается тяга к спорам, дискуссиям, азартность. Высокая скорость концентрации внимания. У девочек доминирует количественный подход к изучению учебного материала, им свойственна чёткость анализа, они склонны к алгоритму, шаблонности, им также присуща интуиция и предусмотрительность, аналитический подход, умение анализировать на эмоционально-чувственной основе. Скорость концентрации внимания, в отличие от мальчиков, ниже.

На поведенческом уровне у мальчиков быстрая реакция на воздействие окружающей среды, легко адаптируются к ней, однако с трудом переносят стресс. У девочек же адаптация к среде проходит через переживание и эмоциональный срыв, но они легче переносят стрессовые ситуации через переключение на другие эмоции или слёзы. Полагаются больше на интуицию [9].

Условные гендерные различия мальчиков и девочек

Различия	Мальчики	Девочки
Различия на психологическом уровне	- более развито правое полушарие, отвечающее за распознавание и анализ зрительных образов, форм и структур предметов	- более развито левое полушарие, обеспечивающее регуляцию речи и письма
	- имеют преимущественно кратковременную память	- имеют преимущественно долговременную память
	- обладают абстрактным мышлением	- развито наглядно-образное мышление
	- легкая адаптация к окружающей среде	- адаптация к среде проходит через переживания, иногда через эмоциональные срывы
	- с трудом переносят стресс	- легче переносят эмоциональный стресс
	- объективная самооценка	- субъективная самооценка, вследствие того, что упор делается на испытываемые чувства и переживания
Различия на физическом уровне	- большая масса тела и физическая сила	- меньшая масса тела, но большая грация, гибкость и подвижность
	- менее развита точность и координация движений	- быстрее развивают точность и координацию движений
	- доминирует визуальный обзор пространственных образов по вертикали	- визуальное восприятие информации происходит по горизонтали
Различия на когнитивном уровне	- доминирует качественный подход к изучению учебного материала	- доминирует количественный подход к изучению учебного материала
	- синтетический подход, умение обобщать на рациональной основе	- стройность и четкость анализа - склонность к алгоритму, выполнению действия по шаблону
	- высокая скорость концентрации внимания	- скорость внимания ниже, чем у мальчиков
	- склонность к диалогово-дискуссионной деятельности	- пристрастие к монологу и повествованию
	- более оптимистичны, открыты	- скрытны, послушнее, приветливее
Различия на поведенческом уровне	- показатель гуманных отношений в совместной деятельности выше	- раньше, чем мальчики, понимают, какими их хотят видеть окружающие
	- низкая способность демонстрировать социально одобряемые формы поведения	- высокий уровень чувствительности и социальной ответственности
	- более четкое визуальное восприятие пространства, им интереснее смотреть иллюстрации, лепить, вырезать, конструировать	- слуховой способ познания действительности, рано появляется интерес к чтению, любят петь, рассказывать стихи

Существует и иная точка зрения, выделяемая в отечественной психологии, суть которой заключается в том, что одним из элементов, способствующих формированию личности, независимо от особенностей психического и физического развития ребенка является гендерная социализация, которая рассматривается в двух аспектах: с одной стороны, личность усваивает социальные нормы, правила и особенности поведения, с другой - воспроизводит социальный опыт [8]. В рамках гендерной социализации ребенок с самого начала усваивает, что значит быть мальчиком и девочкой, мужчиной и женщиной и поведение выстраивается согласно данным представлениям. Гендерная социализация продолжается в течение всей жизни человека, но по мере взросления растет самостоятельность выбора ценностей и ориентиров. В некоторых ситуациях взрослые люди могут переживать гендерную ресоциализацию, то есть разрушение ранее принятых ценностей и моделей и усвоение новых [13].

В 3 года дети с уверенностью относят себя к мужскому или женскому полу. В это время они начинают замечать, что мужчины и женщины стараются по-разному выглядеть, занимаются разной деятельностью и интересуются разными вещами. К 7 годам, а нередко уже в 3—4 года, дети достигают гендерной константности – понимания того, что гендер постоянен, и изменить его невозможно [5]. Еще до поступления в начальную школу дети обладают достаточно глубокими знаниями о гендерных различиях в игрушках, одежде, действиях, объектах и занятиях [6].

В том случае, когда речь идет об одаренных детях, то данный феномен может проявиться в творческих, математических, речевых и интеллектуальных способностях в более раннем возрасте. Некоторые черты характера и стереотипы поведения могут оказаться «не соответствующими» поведению, предписанному обществом для людей определенного пола. Например, одаренные мальчики часто бывают сентиментальными, склонными к слезам и к любому спонтанному проявлению эмоций, то есть

традиционно мужская сдержанность у них может отсутствовать. Талантливые девочки, наоборот, порой демонстрируют «мужские» черты: фанатичную целеустремленность, самостоятельность в суждениях и нежелание идти на компромисс. Необходимо учитывать и то, что у одаренных девочек могут возникнуть сложности с самооценкой, если родители невольно сформируют у нее представление «хорошая дочь – послушная дочь». И тогда взрослая девушка может испытывать страх успеха.

В том случае, когда родители не принимают участие в воспитании детей, или представление родителей относительно восприятия ими своего ребенка неадекватно; когда есть нарушения в умственной, эмоциональной, волевой и мотивационной сферах ребенка, представления о гендерной идентичности, гендерной принадлежности и гендерных различиях смещены на более поздний возрастной период и могут быть слабо выражены. Соответственно, на интеграцию в среду сверстников влияет пол, возраст и тип нарушения. Исследователями установлено, что включение ребенка с ограниченными возможностями усложняется с возрастом, при этом девочки более позитивно относятся к интеграции, чем мальчики.

В литературе по гендерной проблематике в отношении данной категории детей и их гендерной принадлежности введен термин «гендерная идентичность в связи с инвалидностью». Суть данного явления заключается в том, что с одной стороны, общество отказывает инвалидам в половой принадлежности, в общественной деятельности, ввиду изобилия физических барьеров, отсутствия специально оборудованного транспорта, въездов в здания, лифтов и мест общественного пользования. С другой стороны, гендер выступает важнейшим фактором переживания человеком инвалидности, о чем свидетельствуют следующие факты из статистики Всемирной организации здравоохранения:

- 1) женщины с инвалидностью составляют социальную группу с самым низким уровнем жизни;

2) женщины и дети с инвалидностью часто подвергаются жестокому (физическому, сексуальному, эмоциональному) обращению;

3) в странах третьего мира девочки с инвалидностью весьма незначительно представлены среди учащихся школ, а среди взрослых женщин-инвалидов практически 100% безработных;

4) специалисты, работающие с инвалидами, получают низкую зарплату, поэтому среди них преобладают женщины;

5) академическое сообщество, включая представителей феминистских направлений, не интересуется вопросами инвалидности, а в социальной политике по отношению к инвалидам игнорируются гендерные аспекты.

Мужчины, сопротивляясь инвалидности, все же могут приобрести ожидаемый статус, которому будут соответствовать властные социальные роли, тогда как женщины во многих случаях лишены такой возможности. Женщины-инвалиды считаются неадекватными как для экономического производства (традиционно более подходящего для мужчин, чем для женщин), так и для традиционно женских репродуктивных ролей [13].

Существует множество методов, средств, форм, технологий обучения, направленных на облегчение процесса включения ребенка с особенностями в развитии в среду сверстников. В то же время, в процессе реализации инклюзивного обучения и воспитания детей необходимо учитывать некоторые трудности. Большинство образовательных программ и учебников совместного обучения рассчитаны на «среднюю личность»; пол ребенка в школах учитывается только на уроках труда и физической культуры, остальная учебная деятельность не строится с учетом пола и гендерных особенностей личности. В связи с этим, можно выделить следующие гендерные затруднения в процессе включенного обучения [14].

1. Отсутствие гармоничных межполовых взаимоотношений в классах совместного обучения. Эта тенденция сохраняется и в более старшем возрасте, являясь отчасти причиной дисгармоничных семейных отношений, искажений ролевого взаимодействия мужчин и женщин.

2. Деформация социального опыта мальчиков за счет преимущественно женского состава педагогических коллективов лишает их делового взаимодействия с мужчинами. В школе мальчики приобретают и закрепляют опыт подчинения взрослой женщине, что приводит к формированию специфических типов мужского поведения: феминизированного, излишне послушного и робкого или, напротив, активно протестующего «хулигана», что выражается и во взаимодействиях с девочками.

3. Ограничение двигательной активности мальчиков и девочек в связи с тенденцией удержания в течение длительного времени всех учащихся в сидячем, скованном положении, которое в несколько раз превышает их физиологические потребности.

4. В младших классах специфические познавательные потребности мальчиков нередко игнорируются педагогами-женщинами, поскольку стратегия образования в этом возрасте рассчитана преимущественно на девочек. С началом занятий физикой, биологией, химией, алгеброй, геометрией положение меняется. Мальчикам задаются более сложные вопросы, требующие работы мышления, а не только памяти, анализируются их ответы, учителя вступают с ними в учебный диалог.

5. Согласно нейропсихологическим исследованиям, мальчики мыслят и принимают решения быстрее, им надоедает слушать повторное объяснение материала, которое зачастую бывает необходимым для девочек. Поэтому девочки в средних и старших классах оказываются в ситуации некоторой депривированности, у них ограничено время на понимание и выполнение заданий, они меньше участвуют в обсуждении совместной работы, которые им особенно необходимы для успешной учебы.

Вышеуказанные особенности включенного образования свидетельствуют о гендерной диспропорции, усиливающейся на всех уровнях образования примерно в 63% стран [10]. С целью адаптации учащихся к достаточно сложным учебным условиям в связи с их гендерными особенностями на наш взгляд, необходимо:

1. Стимулирование гендерного равенства и изменение процессов гендерной социализации посредством модификации некоторых условий обучения в школе.

2. Обеспечение безопасной и недискриминационной школьной среды.

3. Содержание курсов обучения, направленное на учет гендерных образов и представлений обоих полов соответственно возрасту и уровню развития.

4. Присутствие достаточного числа преподавателей-женщин и преподавателей-мужчин действующих в качестве примеров для подражания, а также непредубеждённую подготовку преподавателей и динамику обучения в классах.

5. Преодоление формализма в обучении и воспитании, направленность на интересы и потребности конкретного ребенка, умение видеть, слышать и понимать его своеобразие, индивидуальные и возрастные особенности вне зависимости от пола.

6. Преодоление разобщенности между мальчиками и девочками путем организации совместных мероприятий, деловых игр, социально-психологических тренингов, в процессе которых дети могли бы действовать сообща, но в соответствии с гендерными особенностями.

Таким образом, в процессе инклюзивного обучения детей необходимо уделять внимание на особенности в психологической, физиологической, когнитивной и поведенческой сферах личности, и учитывать ряд основополагающих педагогические принципы как природосообразность, доступность, наглядность и посильность.

Список использованной литературы:

1. Emmerich W., Goldman K. S. Kirsh B., Sharbany R. Evidence for a transitional phase in the development of gender constancy // Child Development. – 1977. - v. 48. - P. 930—936.
2. Friedman L. Mathematics and the gender gap // Review of Educational Research. – 1989. - v. 59. - P. 185—213.

3. Hilton T.L., Berglund G.W. Sex differences in mathematics achievement. A longitudinal study // *The Journal of Educational Research*. – 1974. - №. 67. - P. 231—237.
4. Maccoby E.E., Jacklin C.N. *The Psychology of Sex Differences*. Stanford, CA: Stanford University Press, 1974.
5. Martin C.L., Halverson C.F. Gender constancy: A methodological and theoretical analysis // *Sex Roles*. – 1983. - v. 9. - P. 775—790.
6. Serbin L.A., Powlishta K.K., Gulko J. The development of sex typing in middle childhood // *Monographs of the Society for Research in Child Development*. – 1993. - v. 58. - P. 1—74.
7. Trew K., Kremer J. (Eds.) *Gender and Psychology*. London: Arnold, 1998.
8. Андреева Г.М. Психология социального познания: Учебное пособие для высших учебных заведений. М.: Аспект-Пресс, 1997.
9. Аникеева Н.П. Учителю о психологическом климате в коллективе. - М., 1983.
10. Институт статистики ЮНЕСКО // *UIS Facts // Gender parity in education*. – Montreal. – 2008. - № 1.
11. Кон И. С. Совместное и раздельное обучение: научно-теоретические основы. - Ставрополь, 2005.
12. Малкина-Пых И.Г. Гендерная терапия // *Справочник практического психолога*. – М.: Эксмо, 2006. – 928 с.
13. Словарь гендерных терминов // Под редакцией Денисова А. А. - М.: Информация XXI век, 2002. - 256 с.
14. Перфилова Г.Б. Гендерный подход в обучении и воспитании. – [Электронный ресурс]. – 2010.