

ПЕДАГОГИКА, ПСИХОЛОГИЯ, ДЕФЕКТОЛОГИЯ И МЕДИЦИНА В МОДЕЛИ АДАПТИВНОЙ ШКОЛЫ

Евгений Ямбург,

директор Центра образования № 109, член-корреспондент РАО, доктор педагогических наук, заслуженный учитель школы РФ

В 1-м номере журнала «НО» за этот год мы начали публикацию статьи о тех сложнейших проблемах, которые ожидают директора при создании популярной нынче адаптивной школы — школы для всех детей.

Сегодня завершаем публикацию.

Компенсирующее или коррекционно-развивающее обучение в адаптивной школе¹

¹ В настоящее время по отношению к детям, имеющим серьёзные проблемы в обучении, применяется на равных правах ряд терминов: компенсирующее, коррекционно-развивающее обучение. Специальные факультеты в педагогических университетах продолжают называться дефектологическими, но головной институт РАО из Института дефектологии переименован в Институт коррекционной педагогики, что отражает общемировую тенденцию: уходить от подчёркивания дефекта. На Западе детей даже с серьёзными органическими поражениями и ограниченными возможностями называют «дети со специальными проблемами» или «особыми нуждами (возможностями)».

Едва ли в российской педагогике существует более деликатная и в то же время более запутанная проблема, нежели компенсирующее обучение. Это и понятно: слишком быстро от идеологии прошлых десятилетий: «Нет плохих учеников — есть плохие учителя» мы пришли к осознанию той очевидной истины, что Бог не всем детям отмерил равной мерой. Но как только «прозрение» пришло, старые педагогические идеи дифференциации и индивидуализации обучения в контексте вариативного образования стали материализоваться в довольно пёстрой типологии учебных заведений и классов. Возникли классы выравнивания, коррекции, компенсирующего обучения, реабилитации, адаптации, классы педагогической поддержки. Однако, как это часто бывает, верная в своей основе идея обучения детей в соответствии с их врождёнными способностями, склонностями, реальными учебными возможностями на практике породила ряд острых проблем педагогического и социального свойства. Вот лишь некоторые из них.

1. Грубый селективный отбор учащихся, нарушающий права родителей и детей. Недавно с тревогой услышал от своего коллеги, директора школы из Сибири, что у них дифференциация детей по способностям осуществляется начиная с первого класса. На вопрос о том, кто и на основании каких методик руководит этой работой, я получил убийственный ответ: учитель, окончивший девятимесячные курсы по психологии. В процессе собеседования с поступающим в школу ребёнком, выявляя готовность к школе, этот «специалист» сортирует детей по классам разного уровня. Программы в этих классах, разумеется, самодельные. Опасность подобных «научных подходов» к детям очевидна, ибо относительно хорошо подготовленный родителями ребёнок попадает в класс для «одарённых». А тот, которому меньше повезло с родителями, но потенциально способный, обречён с самого начала учиться в «сером» классе. Разумеется, такой подход обостряет социально-педагогическую ситуацию как в школе, так и за её пределами.

2. Недостаточная разработанность критериев диагностики, согласованных с медиками, психологами, педагогами. Необходима унификация этих критериев.

3. Помимо недостаточности диагностической базы, не отработанной остаётся и сама процедура отбора учащихся в различные классы, не определены субъекты, участвующие в этом процессе, их права, полномочия, ответственность. Ситуация, когда так называемый школьный психолог единолично, на свой страх и риск вершит судьбы детей, сегодня, к со-

жалению, является довольно распространённой.

4. Недостаточно отработана типология классов компенсирующего обучения². Существующая типология предполагает:

² Нельзя сказать, чтобы учёные не занимались этой проблемой. Работы С.Д. Забрамной, Г.Ф. Кумариной и др. в значительной мере проясняют вопрос. Но, во-первых, сами специалисты видят разные основания для отбора детей и по-разному, что будет очевидно из дальнейшего текста, определяют типологию этих классов. Во-вторых, в их исследованиях, как правило, рассматривается дефектологический контингент, а нас, помимо него, также интересуют дети и подростки, находящиеся в пограничных состояниях.

— классы выравнивания для детей с задержкой психического развития. Они работают по программе, утверждённой Министерством образования, оснащённой специальными методическими пособиями и программами;

— классы компенсирующего обучения для детей «группы риска» (приказ № 333 от 08.09.91). Надёжное методическое обеспечение и утверждённая адаптивная программа отсутствуют;

— классы педагогической поддержки (в порядке эксперимента). Введены приказом министерства № 333 от 08.09.91.

5. Не определена процедура отслеживания положительной динамики развития школьника и своевременного его перевода в общеобразовательный класс. Это увеличивает опасность существования в школе своего рода «отстойников», резерваций для детей с проблемами, чего в одинаковой степени опасаются как родители, так и органы образования.

6. Недостаточно внимания уделяется детям, находящимся в пограничных состояниях, между нормой и патологией.

7. Государственные стандарты образования пока слабо соотнесены с проблемами компенсирующего обучения. Как показывает практика, даже при добросовестной работе школы, привлекающей дефектологов и психологов, не всем детям удаётся дать знания на уровне требований программы. Как быть с ними? Документ какого образца они получают?

8. Отсутствует единая стратегия, содержательная методическая, организационная преемственность в решении задач компенсирующего обучения дошкольными учреждениями и школами. Между тем специалистам хорошо известно, что чем раньше проведена диагностика и начинается коррекционная работа, тем эффективнее результаты.

9. Явно недостаточна методическая и материальная база компенсирующего обучения (развивающие коррекционные игры, методические пособия, компьютерные программы).

10. Отсутствует система подготовки педагогов-реабилитаторов.

11. Ощущается недостаток региональных центров, способных комплексно решать проблемы компенсирующего обучения (центры психолого-педагогической реабилитации и т.п.).

12. Существенно отстаёт и нормативная база компенсирующего обучения, затрудняя как управление, так и финансирование. Необходимо разработать специальное положение о компенсирующем обучении.

Многие из этих проблем имеют глубокие научные корни. Я не собираюсь входить в тонкости дискуссий между нейропсихологами и дефектологами, неврологами и психогенетиками в определении типологии затруднений школьников и выявления их скрытых причин. Но фактом остаётся определённая инкапсулированность наук о ребёнке; по-прежнему доминирует объектный подход, не дающий интегральной, комплексной картины, что затрудняет проведение консилиумов. Не так давно на одном из таких консилиумов, вырабатывая общую медико-психолого-педагогическую позицию по отношению к ребёнку, мы стали в тупик, когда нейропсихолог отстаивал необходимость перевести мальчика в общеобразовательный класс. Его интеллектуальная сохранность не вызывала сомнений, но психоневролог настаивал на продолжении обучения в классе поддержки в силу слабой психологической и социальной адаптации ребёнка.

Как поступить педагогам? Кому верить? Несколько забегаю вперёд, отвечу: себе! Порой интуиция педагога, ощущение того, где ребёнку будет лучше, комфортнее, стоит дороже самой изощрённой диагностики. И коль скоро адаптивная школа организована достаточно

пластично и допускает переход учащихся в рамках одной параллели, всегда сохраняется возможность исправить допущенную ошибку, вернуть ребёнка «на круги своя». Жизнь — лучший эксперт нашего педагогического экспериментирования.

Очерченный круг проблем пугающе широк, ибо включает вопросы методологические и методические; организационные и правовые; этические и социальные. Но окружающая педагогическая действительность не ждёт, когда в тиши академических кабинетов будут получены исчерпывающие ответы: уже сегодня, по самым приблизительным данным, 80% детей нуждается в специализированной помощи³. Факт снижения психосоматического здоровья на фоне обостряющихся социальных проблем ни у кого не вызывает сомнения.

³ Анимова М.К., Козлова В.Т. Обучаемость и здоровье школьников // Школа здоровья. 1995. № 2.

Своевременно и всерьёз обсуждается задача включить основы дефектологии как составную часть профессионального образования педагогов любой специальности. Идеи компенсирующего обучения корреспондируют с теорией и практикой вариативного образования, ставшего реальностью в Москве, органично встраиваются в программу «Столичное образование». Трудно (без достаточной нормативной базы и необходимого финансирования) становятся на ноги центры реабилитации, осуществляющие психолого-педагогическую и социальную помощь детям. Процесс пошёл, но в силу указанных выше причин, не без перекосов, издержек, иногда граничащих с некомпетентностью. Отсюда совершенно естественно стремление органов образования упорядочить стихию, придать ей научно обоснованный, педагогически целесообразный характер, определить в строках нормативных документов необходимые и достаточные гарантии учащимся, учителям и родителям.

Насколько мне известно, такая работа ведётся сегодня на разных этапах управления образованием. Здесь, как нигде, необходим взвешенный до каждой запятой подход, с одной стороны максимально расширяющий возможности учреждения образования в решении задач компенсирующего обучения, с другой — исключая профанацию, волюнтаризм, администрирование в этой деликатной сфере. Необходимой выверенности достичь отнюдь не просто — слишком много соблазнов, добросовестных (и не очень) заблуждений подстерегает управленца, берущегося за решение этих сложных проблем.

Соблазн первый: чрезвычайно притягательная в силу своей гуманистической направленности идея интегративного обучения. В основе — благородное, добросердечное стремление обучать всех детей вместе, не выделяя учащихся с проблемами в отдельные классы и группы, избегая тем самым развития у слабых детей комплекса неполноценности, ощущения своей второсортности, сохраняя в неоднородном классе, в лице сильных учащихся, образцы для подражания, своеобразную «верхнюю планку», к которой будут подтягиваться остальные, пока ещё неуспешные. Учителю при таком подходе предлагается изошряться в своём педагогическом мастерстве, включая диагностику затруднений учащихся и подбор индивидуальных педагогических технологий. И это при тридцати учащихся в классе! При этом, разумеется, ссылаются на Запад, где в обычных классах обучаются даже дети-инвалиды, по отношению к которым все остальные проявляют трогательную заботу. Отношение к инвалидам — лакмусовая бумажка, определяющая зрелость общества. Здесь и «там» оно различно, условия существования несравнимы. Возможно, мне не повезло в учительской судьбе, но сегодня я знаю немногих педагогов, способных к такого рода филигранной работе. Один из них даже настоятельно просил меня так формировать класс, чтобы в него обязательно попали дети с проблемами, ибо это составной частью входит в его педагогическую стратегию и отвечает технологии обучения.

При всём благородстве замысла интегрированного обучения в наших конкретных социокультурных и педагогических условиях здесь невольно проступает некоторое лукавство. Легко заметить, что, помимо всего прочего, организация компенсирующего обучения — вещь ресурсоёмкая, дорогостоящая. Гораздо проще и дешевле свести всё к проблеме педагогического мастерства всё того же учителя.

Соблазн второй: он близок по замыслу к первому, ибо также предполагает смешение

контингента учащихся, но не всех, а лишь имеющих проблемы в начальной школе. Беда только в том, что проблемы эти существенно отличаются как по своим причинам, так и по особенностям коррекционной работы, необходимой для их устранения.

Как уже говорилось выше, сегодня в начальной школе существуют классы выравнивания, где оказывают помощь детям с задержкой психического развития. Они, строго говоря, не считаются дефектологическим контингентом, ибо первичный интеллект у них в норме, они подлежат обучению в массовых школах. Кроме классов выравнивания, в начальной школе организуются классы компенсирующего обучения для детей так называемой группы риска. К контингенту «группы риска» мы сегодня относим учащихся:

- с несформированными предпосылками школьной деятельности;
- не готовых к школьному обучению;
- с несформированной произвольной деятельностью;
- с нарушением работоспособности и повышенной утомляемостью;
- с отставанием в развитии когнитивных функций;
- с ярко выраженной педагогической запущенностью;
- с личностными проблемами;
- с повышенной тревожностью;
- с эмоциональными расстройствами;
- гиперактивные дети с нарушением поведения;
- социально дезадаптированные.

Перечень признаков, разумеется, можно продолжить. На практике неспециалистам трудно определить, кто из детей нуждается в классе выравнивания, а кому необходим класс компенсирующего обучения, ибо проблемы достаточно часто пересекаются и дают сходную внешнюю картину. И те и другие учащиеся показывают почти одинаковую неврологию, быструю утомляемость, нарастающую педагогическую запущенность. Это и соблазняет при почти тотальном отсутствии серьёзной диагностики (зачастую в штате школы нет профессионального дефектолога) «свалить» все трудные случаи без разбора в один класс, по сути дела ликвидировав классы выравнивания, оставляя лишь классы компенсирующего обучения. Предлагаемое «смещение жанров» неоправданно и даже опасно, так как при таком раскладе дети с задержками в психическом развитии не получают специализированной коррекционной помощи, включая медицинскую, а будучи органиками, они в ней нуждаются.

И, наконец, *соблазн третий*. В последние годы, после появления приказа Минобробразования № 333 от 08.09.1991 г., в основной средней школе были организованы классы педагогической поддержки, вызывающие неоднозначное к себе отношение. При своевременной, ранней диагностике детей ещё в детском саду и начальной школе с последующей организацией коррекционной работы «выпадающих» учащихся в среднем звене, казалось бы, не должно быть. Вот почему ставится под сомнение сама необходимость коррекционной работы в основной (средней) школе. Решение как будто напрашивается очевидное: те, кого не смогли реабилитировать в начальном звене, должны продолжать обучение не в массовой школе, а в специализированных учебных заведениях.

Однако жизнь показывает другое. Во-первых, по Закону РФ «Об образовании» за родителями остаётся право обучать своих детей в любом учебном заведении, что едва ли возможно при глубокой умственной отсталости, а с лёгкой формой олигофрении — сколько угодно. Во-вторых, отсутствие развитой дефектологической службы как в регионах, так и в самих учреждениях образования зачастую не позволяет оказать своевременную помощь нуждающимся в ней на ранних этапах обучения. С «нарисованными» тройками они благополучно переползают в среднюю школу, где «весомо, грубо, зримо» начинают демонстрировать свои проблемы, иллюстрируя древнюю, как мир, истину: «маленькие детки — маленькие бедки, большие дети — большие беды». В-третьих, миграция населения, усиливаясь в последние годы в связи с известными социально-экономическими процессами в стране, заставляет школу быть готовой в любой момент принимать детей, по разным причинам испытывающих сложности в обучении. Стоит ли обсуждать сложные случаи детей с отклоняющимся пове-

дением, когда одна лишь проблема беженцев с сопутствующим языковым барьером часто делает невозможным их обучение в обычном классе? (Полгода нигде не учился, да ещё и по-русски понимает слабо.) Как бы там ни было, но в ближайшие годы мы едва ли избавимся от необходимости открывать классы педагогической поддержки в среднем звене. В противном случае после «миллона терзаний» школа и семья, к взаимному удовольствию, расстанутся друг с другом. Угрожающие цифры скрытого отсева детей даже до 15 лет так же хорошо известны, как и социокриминальные последствия этой печальной статистики.

Как же решать это уравнение с тремя неизвестными, вдобавок сильно напоминающее задачу с неопределёнными условиями под кодовым названием «система компенсирующего обучения в массовой, общеобразовательной адаптивной школе»? Разумеется, я не претендую на исчерпывающий ответ, ибо своё веское слово должны сказать учёные. Но пока они спорят, позволю себе высказать ряд соображений, начертать лишь эскиз сложного здания компенсирующего обучения, в основании которого, на мой взгляд, должны лежать три кита: **гибкость, пластичность, здравый смысл**. Но сначала договоримся о терминологии. Под компенсирующим обучением в широком смысле слова мы подразумеваем систему мер диагностических, коррекционных, методических, организационных, которые предпринимает школа для оказания дифференцированной помощи нуждающемуся в ней ребёнку на протяжении всего процесса обучения с целью построения индивидуальной траектории развития с учётом его психофизиологических особенностей, способностей и склонностей, обеспечения максимально возможной самореализации.

Разумеется, определения в такой науке, как педагогика, уязвимы. Разве не относится вышесказанное к любому, без исключения, ребёнку, даже если он не доставляет нам лишних хлопот? Относится. Но если принять за аксиому, что идеальных детей, особенно в обстоятельствах нашей замороченной жизни, не существует, то приходится согласиться с очевидной реальностью, что проблема компенсирующего обучения перестаёт быть «одной из», приобретает поистине всеохватный характер и постепенно начинает занимать едва ли не центральное место в школе. Масштаб помощи, возможность дойти абсолютно до каждого ученика зависят от наличествующих в школе ресурсов: кадровых, экономических. А так как их, как правило, не хватает, то внимание обращается на наиболее тяжёлые случаи, что, разумеется, плохо, но такова реальность. Если же, продолжая оставаться на почве реальности, обратиться к науке, то мы убедимся, что не всё и не всегда можно достаточно успешно компенсировать в развитии ребёнка. Если пропустить называемый психологами сензитивный, чувствительный период (условно от 3 до 10–11 лет), многое будет безвозвратно потеряно. Вот почему термин «компенсирующее обучение» в узком смысле слова мы применяем к начальной стадии обучения и развития: в детском саду и начальной школе, куда смещается тяжесть проблемы, где реально можно что-то компенсировать. На следующих этапах обучения остаётся лишь поддерживать. Отсюда и термин «классы педагогической поддержки». Хотя, конечно же, учитель не имеет права на любом этапе обучения терять надежду на положительную динамику развития ребёнка. Просто необходимо отдавать себе отчёт в том, что чем позднее началась эта работа, тем сложнее добиться результата. Но пробовать надо бесконечно — миф о Сизифе имеет к нам непосредственное отношение.

Таким образом, под компенсирующим обучением в узком смысле слова мы понимаем **организацию дифференцированной помощи учащимся на тех возрастных этапах от 3 до 10 лет (самый сензитивный период), когда с помощью применения различных технологий обучения, ранней диагностики и коррекции действительно возможны серьёзная эффективная компенсация, социальная реабилитация и адаптация**. Руководствуясь таким подходом, мы предлагаем в детском саду и в начальной школе сохранить классы (группы) выравнивания для детей с задержкой в психическом развитии. Поскольку здесь мы имеем дело с органикой, необходим честный, прямой разговор с родителями, нацеливающий их на специализированную помощь, необходимую детям. Для учащихся же «группы риска» открываются адаптационные классы (группы). Сегодня они существуют под названием классов компенсирующего обучения. Но поскольку компенсирующее обучение мы понимаем не-

сколько шире, то во избежание терминологической путаницы предлагаем остановиться на этом названии: **классы адаптации**. Тем более что причины школьной дезадаптации многообразны, а сам термин не звучит «подозрительно» для детей и родителей. Не может адаптироваться в новых для себя условиях? С каждым это может случиться. Ничего страшного, будем помогать. Реабилитация и компенсация в самой семантике предполагают скрытые дефекты, что по сути правильно, но несколько отпугивает.

При оказании своевременной дифференцированной помощи школьнику возможен его перевод из классов, групп выравнивания в классы адаптации, а оттуда в общеобразовательные. В основной общеобразовательной школе с учётом того, что сохраняется необходимость дифференцированной помощи детям, создаются классы педагогической поддержки. Тоже достаточно широкое понятие, которое вводится применительно к основной средней школе, к детям 12–16 лет, когда возможности компенсации ограничены. Приоритетными задачами в классах педагогической поддержки стали: социальная и педагогическая реабилитация, профессиональная ориентация и, по возможности, предпрофессиональная подготовка. (Такого рода классы могут быть организованы как в общеобразовательных, так и в профессиональных, вечерних школах, учебно-производственных комбинатах.)

Чтобы избежать жёсткого селективного отбора учащихся, защитить интересы детей и родителей, предлагается вести раннюю диагностику — ещё в детском саду при обязательном участии дефектологов, психологов, медиков с последующей дифференцированной коррекционной работой в группах детского сада силами специалистов. Такая работа может быть организована только в комплексах, где детские сады стали подразделениями школ или где есть специализированные региональные психолого-педагогические центры, осуществляющие обследования детей. В тех случаях, когда такие условия отсутствуют, диагностика становится возможной и необходимой в первых классах общеобразовательных школ с участием привлечённых специалистов (психологов, дефектологов, медиков). В таком случае первичная диагностика должна осуществляться при наборе в общеобразовательную школу.

Но, как показывает опыт, первичная, как правило, одномоментная диагностика не всегда достаточна. Исходя из этого, мы настаиваем на определённом диагностическом цикле, который не должен быть затянут по времени, ибо проблемный ребёнок часто дезадаптируется в общеобразовательной школе. С другой стороны, диагностика не должна быть поверхностной. Практика показывает, что она может занимать от одной четверти до полугодия, а иногда требуется и целый диагностический год. В ходе диагностической работы привлечённые специалисты (дефектологи, психологи) и педагоги встречаются с родителями, обсуждают, куда определить ребёнка. Принцип добровольности при этом является непреложным.

Гибкость, пластичность системы компенсирующего обучения в адаптивной школе, возможность в любой момент перевести школьника в рамках одной параллели — дополнительная гарантия от всевозможных ошибок. При таком подходе открытие классов выравнивания и адаптации в начальной школе часто нельзя спланировать заранее, ибо я как директор не знаю, какой контингент учащихся придёт к нам в следующем году. В таком случае считаю целесообразным, чтобы органы образования сохранили финансовые и кадровые резервы, позволяющие открывать соответствующие классы (группы) в течение первого учебного года, а по итогам диагностики — и в начале второго. Для кадрового обеспечения компенсирующего обучения в начальной школе считаем возможным из специально подготовленных по соответствующей программе педагогов-реабилитаторов иметь резерв для работы в этих классах. Эти учителя участвуют в диагностике, вместе с привлечёнными специалистами ведут педагогическое наблюдение. Таких подготовленных специалистов можно рассматривать как методистов по компенсирующему обучению, придать им соответствующий статус. В зависимости от специфики и остроты проблем, выявленных в процессе диагностики, возможны такие формы компенсирующего обучения в начальной школе:

- начальные классы в школе для детей со смешанными способностями. Классы компенсирующего обучения (выравнивания и адаптации) не выделяют, а дифференцированную помощь оказывают за счёт школьного компонента в небольших группах детей, не выводя их из

обычного класса;

- выделяются классы компенсирующего обучения (выравнивания и адаптации).

В этом случае особенно необходимо систематическое отслеживание положительной динамики для своевременного перевода учащихся из класса выравнивания в класс адаптации, а оттуда — в общеобразовательные.

Систематические медико-психолого-педагогические консилиумы должны проводиться на протяжении всего периода обучения — как в начальной, так и в основной школе.

Для открытия классов выравнивания, адаптации, педагогической поддержки необходимо:

- наличие в школе психолого-педагогической службы или лаборатории с обязательным включением туда дефектологов;
- при отсутствии такой службы необходимо составить договор и разработать план совместной деятельности с региональными центрами психолого-педагогической помощи;
- наличие подготовленных для этой работы педагогов-реабилитаторов;
- соответствующая материальная база и методическое обеспечение коррекционно-развивающей работы;
- ввести в функциональные обязанности заместителя директора школы вопросы, связанные с организацией, контролем и руководством системой компенсирующего обучения в школе;
- организация постоянно действующей консультативной службы для детей и родителей силами педагогов и привлечённых специалистов;
- обязательность для органов образования выделения средств, стимулирующих работу кадров, решающих проблемы компенсирующего обучения.

Тонкая филигранная работа по организации компенсирующего обучения в школе немыслима без высокой педагогической культуры коллектива, без осознания необходимости поддержки любого, самого сложного ученика. Если в школе нет соответствующей атмосферы, то отдельные, пусть даже героические усилия специалистов закончатся провалом. На создание педагогической ауры уходят годы...

Первоочередными необходимыми шагами на этом многотрудном пути мы считаем:

- немедленный педагогический всеобуч учителей по основам дефектологии и психологии;
- выделение тех учителей, кто тяготеет по своим психологическим качествам к работе с проблемными учениками;
- последующее их обучение по уже имеющимся программам по специальности педагог-реабилитатор; материальное стимулирование этого труда;
- создание нормативной базы компенсирующего обучения с обязательным широким обсуждением специалистами, педагогами, общественностью каждого готовящегося документа.

Излишне говорить, что проблема психического здоровья ребёнка напрямую связана со здоровьем соматическим (телесным). ЮНЕСКО трактует понятие здоровья достаточно широко: как здоровье физическое, психическое и нравственное. Важным параметром адаптивной модели является её определение как школы здоровья, поэтому одной из центральных становится фигура медика.

Школьная медицина и лечебная педагогика

Не вчера и не вдруг пришло искреннее убеждение в необходимости перестроить школьную медицину, с тем чтобы более тесно переплести её с педагогикой. Этот подход предощущался нами, когда только разрабатывалась концепция адаптивной модели школы. В широком и разноплановом понятии адаптации мы выделяем адаптацию ребёнка к физическим, интеллектуальным и нервным нагрузкам в школе. Отрицательная динамика состояния здоровья детей в стране просматривалась медиками давно.

С переходом из класса в класс здоровье детей ухудшается. **За время обучения в школе число абсолютно здоровых детей снижается в 4–5 раз**, особенно в четвёртом-пятом классах, когда периоды полового созревания совпадают с повышенной учебной нагрузкой. Вот

почему пятые классы у нас находятся в отдельном здании начальной школы, а гимназические углубления начинаются лишь с шестого класса.

К восьмому классу в пять раз возрастает частота нарушений органов зрения, в три-четыре раза — пищеварительной и мочевыводящей системы, в два-три раза — нарушение осанки, в полтора-два раза — нейропсихических расстройств и отклонений в функциях сердечно-сосудистой системы. Эти данные приводятся по ст. Д.И. Зелинской «О состоянии здоровья детей России» (Школа здоровья. 1995. № 2).

Конечно, многое в последние годы можно отнести за счёт плохого социально-экономического положения страны: миграция и безработица, рост числа социально-неблагополучных семей, ухудшение структуры питания, кризис ценностей, падение нравственности и т.п. Но и школа вносит свой вклад в появление больных детей, она стала своего рода патогенным фактором. Л. Выготский ещё в двадцатые годы писал: «Ребёнок этого возраста (школьного. — Е.Я.) не только может быть охарактеризован как школьник, но и болезни его — это «школьные болезни» по преимуществу, т.е. болезни, в которых выражаются неблагоприятные влияния обучения на ребёнка»⁴. Л. Выготский показывает рост заболеваний школьников по мере прохождения ступеней обучения (статистика московских школ 1911–1912 гг.):

- 1-е классы — 35% заболеваемость;
- средние классы — 39,8%;
- старшие классы — 44,2%.

⁴ *Выготский Л.С.* Педология школьного возраста. М., 1996. С. 73.

Спустя 90 лет тенденция не только сохраняется, но становится более жёсткой. А может ли быть иначе, если даже эмпирически наблюдая год от года снижение психосоматического здоровья учащихся, руководители школ тем не менее потворствуют бесконтрольному повышению учебной нагрузки во имя оправдания престижного статуса своего учреждения. Во имя своих амбиций. В одном из регионов России я с грустью наблюдал в первом классе гимназии учебный план, состоящий из *шестнадцати* предметов, включая логику и риторику. Ей-богу, предпочтительней пригласить к детям-шестилеткам логопеда.

Примечательно также, что 90% инновационной деятельности педагогов сводится лишь к углублению и расширению содержания образования и только 10% к разработке и внедрению психикосберегающих, педагогически и медицински оправданных технологий обучения. Это объяснимо: учитель и школа таким образом «самореализуются». Беда в том, что самореализация эта часто происходит за счёт детей и в ущерб им. **Таким образом, адаптация учащихся к интеллектуальным, физическим и нервным нагрузкам становится актуальной проблемой, требующей своего решения не только в адаптивной школе.** Возможно, это кому-то покажется кощунственным, но общее снижение психосоматического здоровья детей должно привести и к снижению требований к государственным образовательным стандартам. В противном случае для большинства школ остаётся лишь два пути: либо очковтирательство, либо продолжать подрывать здоровье учеников.

Между тем адаптивная школа упорно ищет третий путь, основанный на глубокой дифференциации по всем линиям, включая содержание образования, педагогические технологии, формы организации учебного процесса, дозирование учебных нагрузок, **с учётом не только актуального, но и потенциального здоровья детей.** И здесь не обойтись без медиков.

Продуктивный многолетний диалог с врачами разных специальностей и физиологами помог нам, пока в самом общем виде, сформулировать пакет заказов к медицинскому подразделению медико-психолого-дефектологической службы школы. Начну с простого, но необходимого.

1. Контроль за нормами и требованиями основательно подзабытой, но актуальной сегодня школьной гигиены.

Доктор Эрисман, окулист и физиолог, вошёл в историю российской педагогики тем, что сконструировал уникальную парту, завоевавшую всю Европу, спасшую осанку и зрение де-

сяткам поколений. К сожалению, отказ от этой «архаики» с повсеместным внедрением столов и стульев привёл к обратным результатам. (До развала СССР мы имели возможность получать аналог парты Эрисмана из Белоруссии.)

Проанализировав состояние зрения детей начальной школы, мы увидели, что его снижение в классах, выходящих во двор, выше, чем во всех других. Следовательно, необходимы дополнительные средства на увеличение освещения в этих помещениях.

Занимаясь тонкими вопросами медико-биологической адаптации детей в нашей гуманной школе, не будем пренебрегать этими «мелочами». Но если традиционный гигиенический подход будет дополнен и эргономическим с правильным подбором дизайна школьных помещений, дидактических средств, то это самым благотворным образом скажется на здоровье детей.

2. Ранняя диагностика и профилактика наиболее часто встречающихся заболеваний у детей дошкольного и школьного возраста — медикам хорошо известны такие нозологические формы. Приведу их по степени убывания.

Первое место в структуре заболеваемости занимают болезни желудочно-кишечного тракта: гастриты, гастродуодениты; второе место — заболевания ЛОР-органов; третье место — патологии нервной системы (астено-невротическая симптоматика, вегето-сосудистые дистонии, различные проявления неврозов и др.).

Среди учащихся первых классов 28% имеют заболевания органов дыхания, причём в основном за счёт хронического тонзиллита; 22,2% — болезни органов пищеварения. Среди первоклассников в структуре заболеваемости второе место занимают болезни мочевыводящих путей (21,5%); третье место — болезни желудочно-кишечного тракта и психоневрологические отклонения.

Практически во всех школах крупных городов 1-е место в структуре заболеваний школьников занимает снижение остроты зрения (в основном за счёт спазма аккомодации и близорукости слабой и средней степеней).

В нашей школе: 1-е место в структуре заболеваемости занимают функциональные расстройства психоневрологического характера (37%); 2-е место — заболевания органа зрения; 3-е место — заболевания ЛОР-органов. Различные нарушения опорно-двигательного аппарата составляют 12%, хроническая патология — 14%. Особую обеспокоенность вызывают болезни органов пищеварения, которые среди всей хронической патологии составляют 62%.

Меня могут спросить: для чего же существуют детские поликлиники? Не лучше ли, чтобы каждое учреждение занималось своим непосредственным делом? Но не будем спешить с выводами. Во-первых, специфику школьной медицины можно понять только исходя из всего комплекса поставленных перед ней задач. Во-вторых, стремительная коммерциализация здравоохранения свела почти на нет некогда мощную и стабильную систему профилактической работы с детьми, придав ей формальный и необязательный характер, а издёрганные жизнью родители зачастую не имеют времени, сил и средств заниматься здоровьем детей. В таких условиях школа берёт на себя (а кому же ещё?) часть несвойственных ей функций. Бесплатные завтраки и обеды для учащихся — явление того же рода. Однако во всём необходимо чувство меры. Чуть ли не с нашей лёгкой руки пошла гулять идея создания причудливых комплексов: школа-поликлиника, поддержанная самыми высокими инстанциями. И при посещении ряда регионов действительно приходилось наблюдать развёрнутые при школах медицинские стационары, грязелечебницы и другие атрибуты чисто медицинских учреждений. В конце концов каждый руководитель школы имеет право, решая проблему детского здоровья, идти своим путём, но я и мои коллеги не разделяем идею превращения школы в лечебню, ибо нас в первую очередь интересует не тот ребёнок, который уже заболел, а тот, кто заболит завтра, в том числе и по вине школы. Отсюда — третья задача, поставленная перед медицинской службой школы.

3. Выявление патогенных (ведущих к заболеванию) факторов организации учебно-воспитательного процесса. Их скрупулёзное выявление вновь требует полидисциплинарного подхода, участия педиатров, неврологов, психологов, педагогов.

Никакая поликлиника не ставит перед собой подобных задач. Так, например, клиническая энцефалография выявляет у ряда детей несформированность к началу обучения некоторых структур мозга, показывая явное несоответствие паспортного и реального физиологического возраста, что, в свою очередь, превращает обычный, стандартный образовательный процесс в патогенный для такого ученика. Точно так же как неразвитость мелкой моторики, повышенный тонус руки — причины многих будущих неприятностей ребёнка в школе, если на это вовремя не обратить внимание. Из этого вытекает постановка ещё одной комплексной медико-педагогической задачи, органично связанной с предыдущей.

4. Выявление скрытых, глубинных причин школьной неуспешности, всевозможных отклонений в когнитивной и поведенческой сферах. Нерасчлененность, переплетённость этих двух проблем побуждают обсуждать их параллельно, одновременно. Среди ведущих причин, по которым обучение в школе неблагоприятно отражается на здоровье детей, специалисты называют такие: недостаточный уровень психической зрелости, невладение необходимыми способами учебной работы, несформированность мышления. В связи с этим выявляются два пути, по которым происходит нарушение здоровья школьников. Первый — чрезмерная занятость, перегрузки, возникающие из-за неумения учиться. Второй путь — несоответствие между требованиями и возможностями ребёнка, что приводит к развитию неврозов.

Исследования центра «Диагностика. Адаптация. Развитие» им. Л.С. Выготского показали, что серьёзным патогенным фактором стал авторитарный стиль учителя в начальных классах. У учителей с жёстким стилем общения дети болеют чаще, нежели у других педагогов. Причём речь не идёт о симуляции: дезадаптация открывает широкие ворота любым функциональным нарушениям — от ОРЗ до гастритов. К сожалению, даже самые выверенные педагогические технологии могут быть травмирующими для определённого контингента детей. Так, например, мы бы остереглись учить по технологии Занкова (на пределе трудностей, в высоком темпе) детей со слабой, инертной нервной системой. «Инертные» по своим нейродинамическим свойствам школьники скорее всего будут выброшены этой системой на обочину учебного процесса, а любезный сердцу педагога высокий темп урока неизбежно породит у детей неврозы и иные заболевания. Не система Занкова плоха, а её использование без учёта индивидуальных психосоматических особенностей школьников. То же относится к любым другим педагогическим технологиям и методикам.

Исследования нейропсихологов-клиницистов показали, что у ряда детей имеются так называемые малые мозговые дисфункции — одна из скрытых причин школьной неуспешности. Так вот, результатом этой малой мозговой дисфункции может быть, например, устойчивое нарушение слуховой памяти. Шепчите, подобно Ш.А. Амонашвили, к которому я отношусь с большим уважением, такому ребёнку на ухо сколь угодно долго — он всё равно уйдёт с такого урока пустым, ибо запоминает глазами, для него опорный конспект — спасение. А для другого — зрительные опоры убийственны, ибо ни в педагогике, ни в медицине не бывает универсального лекарства от всех болезней. Не от хорошей жизни стали мы пятнадцать лет назад заниматься внедрением методики обучения письму по системе М. Монтессори.

Проверка психологического состояния детей по тестам Люшера показала, что стресс у ребёнка первого класса при обычной методике обучения письму, к слову сказать, у хорошего, доброго, мягкого учителя, такой же, как у космонавта при взлёте. Пятнадцать минут такого урока, и кардиограф показывает классическую картину стенокардии у многих детей.

Между тем монтессорианская система с её опорой на развитие мелкой моторики и тактильную память на 50% снижает эмоциональную напряжённость ребёнка на уроке. Сколько будущих сердечно-сосудистых, язвенных эксцессов, не говоря уже о падении зрения, удалось предотвратить всего-навсего внедрением довольно старой, но психикосберегающей технологии.

Отклоняющееся поведение ребёнка — это клубок проблем, которые далеко не всегда удаётся выстроить в логическую цепочку. Полгода команда специалистов билась над решением проблем одного-единственного второклассника. Педагог обратил внимание на повы-

шенную агрессивность, конфликтность ученика, затем выяснилось, что у мальчика высокое внутричерепное давление, а в итоге оказалось, что у него от рождения не работает одна почка, о чём родители даже не догадывались. Вот вам и «хулиган»...

«В здоровом теле — здоровый дух», — утверждали древние. Но мы-то сегодня знаем, что дух и тело — понятия амбивалентные, бесконечно меняющиеся местами, а значит, при больном духе не долго потерять и тело. **Следовательно, насколько школьной должна быть медицина, настолько лечебной — педагогика. Именно в этом их поле пересечения.** Однако у медицины свои специфические способы и средства повышения адаптивного потенциала ребёнка. Использование их в школе — тоже не последнее дело. Формируя пакет заказов медикам на эту тему, мы должны принять во внимание несколько презумпций по отношению к применяемым медиками в школе методам профилактики. Чисто медицинские методы, применяемые в школе, должны отвечать следующим требованиям:

- быть неинвазивными, т.е. не внедряющимися в организм через слизистую оболочку или кожу;
- по возможности не нарушающими непрерывность образовательного процесса. Они должны органично встраиваться в него;
- сочетать групповые и индивидуальные формы работы;
- не иметь серьёзных противопоказаний для применения в массовой практике;
- быть привлекательными для детей и родителей как по результатам, так и по процедуре;
- дополнять друг друга;
- в совокупности сложиться в единую, достаточно универсальную технологию, обеспечивающую повышение адаптивного потенциала ребёнка и как следствие — ощутимое снижение заболеваемости детей в школе.

За годы работы совместно с центром «ДАР» им. Л.С. Выготского и другими научными подразделениями нам удалось подобрать веер методик, отвечающих вышеизложенным требованиям, прошедших апробацию и в других регионах России. Некоторые из них пришли к нам по конверсии из военной и космической медицины, где всегда были особые требования: зримая эффективность воздействия, наступление облегчения с первых процедур, непродолжительность воздействия по времени (на поле боя трудно рассчитывать на иное) и т.д.

Заканчивая размышления о полидисциплинарном, педологическом взаимодействии различных специалистов в адаптивной школе, хотел бы подчеркнуть: учитель был, есть и будет центральной фигурой учебно-воспитательного процесса. **Всё остальное в школе лишь сопровождение.** Тысячу раз мы убеждались в том, что интуиция опытного учителя — не менее надёжный инструмент, чем методы иных, более точных наук. Но постоянный диалог со «смежниками» позволяет уточнить педагогические позиции, грамотно сформулировать дидактические и воспитательные задачи, организовать учебно-воспитательный процесс наилучшим для ребёнка образом, избежать перекосов в построении сложной конструкции адаптивной школы.

В школе ребёнку очень нужны необходимые **качества** характера, качества личности, без которых — беда. А многие детские сады, подменяя школу, пытаются сегодня наращивать знания, умения, навыки, подрывая и без того слабое психосоматическое здоровье детей. Внедряя новые, да и старые методики, технологии, системы, прежде всего, задумаемся о противопоказаниях — их не может не быть! Встречаясь с поведенческими, дисциплинарными нарушениями, не будем спешить с оценками, задумаемся, что остаётся за кадром, коренится в глубинах психики и физиологии, ибо непослушный нахал, носящийся по школе, сбивающий всё и вся на своём пути, может оказаться гиперактивным ребёнком с нарушением пространственного восприятия, плохо развитой примоторной зоной мозга. Ему всё равно — 10 или 100 метров... Потребуется специальные упражнения для восстановления, реабилитации этого ученика. **Всё это чистой воды педагогика, но стоящая на прочном фундаменте комплекса наук о человеке.**

Для школ, которые ещё не владеют тонкими методами диагностики и необходимыми кадрами, предлагаем более мягкую и доступную форму педологических консилиумов,

включающую те же содержательные аспекты изучения ребёнка, но базирующуюся на более доступных учителям методах: наблюдениях, беседах с родителями, изучении документации. По сути дела, это целая программа изучения ребёнка.

Многолетняя совместная работа убедила нас в том, что именно дефектолог сегодня наилучший интегратор и координатор педагогических, медицинских и психологических данных о ребёнке. Знакомый в силу специального образования как с клиническими, так и с педагогическими методами диагностики и коррекции, он, как никто другой, способен не только грамотно переработать разноплановую информацию медицинского, психологического и педагогического свойства, но и наиболее комплексно наметить стратегию и тактику работы с ребёнком.