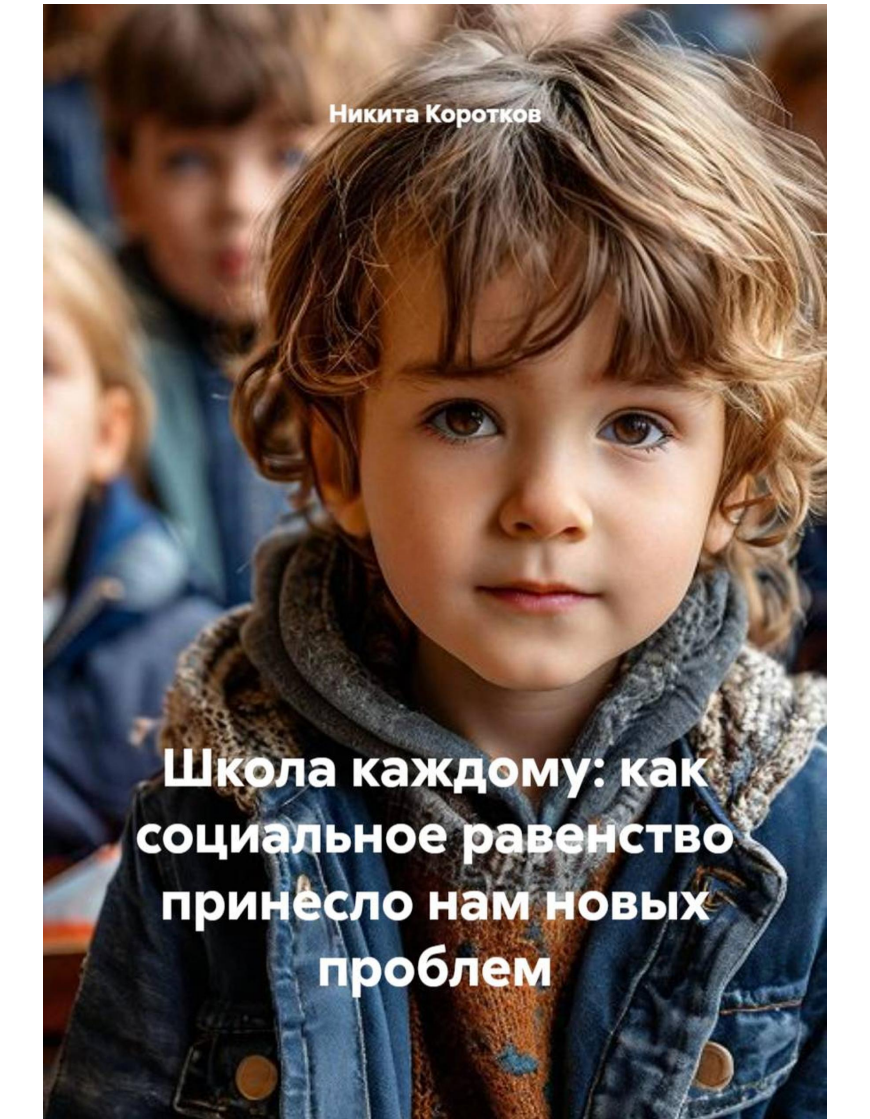




Никита Коротков

**Школа каждому: как
социальное равенство
принесло нам новых
проблем**

Никита Коротков
Школа каждому: как
социальное равенство
принесло нам новых проблем
Серия «Нейробиология
образования», книга 3

<https://litres.ru/74178783>

SelfPub; 2026

Аннотация

Инклюзия в современной российской школе — это не равенство, а эксперимент над детьми. Ребёнок с тяжёлым аутизмом, ребёнок с СДВГ, ребёнок с умственной отсталостью и двадцать нормативных учеников в одном классе. Без тьютора. Без дефектолога. Без адаптированной программы.

Результат: особые дети не получают нужной помощи и становятся изгоями. Обычные дети теряют качество образования. Учитель выгорает за год.

Эта книга — о том, почему красивая идея «школы для каждого» превратилась в формальный кошмар. О нейробиологии отторжения, о психологических защитах родителей, о кадровой некомпетентности и о том, как на самом деле работали советские

спецшколы и западные ресурсные классы. И главное — о честных, пусть и непопулярных, решениях.

Книга не для любителей политкорректных сказок. Она для тех, кто готов увидеть реальность и перестать делать вид, что всё хорошо.

Содержание

Предисловие	5
Введение: Благими намерениями вымощена дорога в ад инклюзии	9
Глава 1. Терминологический хаос: когда слова теряют смысл	14
Глава 2. Виды заболеваний и физиологических отличий	23
Глава 3. ПМПК: Механизм отбора, который не работает	39
Глава 4. МКБ-10 и МКБ-11: Битва классификаций, в которой проигрывают дети	47
Глава 5. Естественный отбор в классе: Адаптация без тормозов	62
Конец ознакомительного фрагмента.	68

Школа каждому: как социальное равенство принесло нам новых проблем

Предисловие

Дорогой мой читатель.

Если эта книга вас возмутит - если вы подумаете, что я антиглобалист, ретроград, враг инклюзии или просто бесчувственный циник, - значит, вы не поняли мой посыл. Если она попадёт в руки учёному-психологу, доктору педагогических наук, и он скажет: «Да как так можно? Он сумасшедший! Автор ничего не понимает в инклюзивном образовании!» - я приму эту критику. Но я хочу заметить вот что: я пишу эту книгу не с теоретической точки зрения. Я не защищаю диссертацию о «психологической готовности общества к принятию детей с ОВЗ». Я не строю красивые модели идеальной школы, где все счастливы и никто никому не мешает.

Я пытаюсь описать реальные проблемы и действительность такой, какая она есть. С точки зрения биологии, нейрофизиологии, эволюционной психологии и просто житей-

ской правды, которую каждый учитель видит каждый день, но боится произнести вслух.

Я задал себе вопрос: почему система, которая провозглашает равенство и инклюзию, привела к такому кошмару? Почему родители детей с лёгкими нарушениями требуют, чтобы их чадо училось в обычном классе, но при этом отказываются от помощи тьютора и пишут жалобы на учителя, который «не тянет»? Почему некоторые родители игнорируют очевидные проблемы собственного ребёнка? Почему обычный учитель - без образования дефектолога - оказывается перед выбором: либо игнорировать ребёнка с ОВЗ (и тогда он мучается и ничего не усваивает), либо посвящать ему всё время (и тогда страдают остальные 29 детей)?

Ответы на эти вопросы не лежат в плоскости морализаторства. «Надо быть добрее», «надо больше тренировать толерантность», «надо просто любить детей» - это красивые слова, которые разбиваются о суровую реальность: человеческий мозг эволюционно не приспособлен к постоянному сосуществованию с особями, чьё поведение выбивается из нормы. Я не говорю, что с детьми с ОВЗ нельзя работать. Я говорю, что формальная инклюзия без ресурсов, без специальной подготовки учителей, без работающей системы дифференциации по степени тяжести нарушений - это не гуманность, а эксперимент над детьми. И над учителями.

В этой книге мы разберём:

Почему смешивать в одном классе ребёнка с РАС (кото-

рому нужна тишина и предсказуемость) и ребёнка с СДВГ (который не может сидеть на месте) - это рецепт катастрофы.

Почему родители детей с лёгкими нарушениями часто блокируют перевод в спецшколу или интернат, даже когда это идёт во вред их собственному ребёнку (нейрофизиология отрицания и психологические защиты).

Почему советская система спецшкол-интернатов, при всех её недостатках, давала больше реальной социализации детям с тяжёлыми нарушениями, чем современная «инклюзия» без тьюторов.

Почему западная модель (ресурсный класс, индивидуальный образовательный маршрут, обязательные тьюторы) у нас не прижилась - мы взяли только лозунги, забыв про деньги и кадры.

И, главное, что делать. Не «как полюбить всех», а как построить работающую систему: от интернатов для детей с тяжёлыми множественными нарушениями до ресурсных комнат для детей с лёгкими отклонениями.

Я не предлагаю вернуться в советское прошлое. Я не призываю изолировать всех детей с ОВЗ. Я предлагаю честную сегрегацию по потребностям. Ребёнок с умеренной умственной отсталостью или тяжёлой формой аутизма не должен мучиться в обычном классе, где его травят, а учитель не понимает, что с ним делать. Он должен быть в специальной среде, где есть дефектологи, сенсорные комнаты, адаптированная программа и такие же дети, как он. А ребёнок с лёг-

кой дислексией или лёгким СДВГ может учиться в обычном классе - но с тьютором, ресурсной поддержкой и индивидуальным планом.

Это не антиглобализм. Это прагматизм, основанный на биологии.

Я понимаю, что эта книга вызовет гнев. Меня назовут «эйблистом», «дискриминатором», «врагом инклюзии». Но я прошу вас: прежде чем бросить книгу в стену, дочитайте до конца. Посмотрите на цитаты учителей, которые молятся, чтобы «особого» ученика перевели в другой класс. Посмотрите на статистику буллинга детей с ОВЗ в обычных школах (она ужасает). Посмотрите на глаза дефектологов, которые говорят: «Мы предупреждали, но нас не слышат».

Я пишу эту книгу не для того, чтобы кого-то оскорбить. Я пишу её для того, чтобы назвать проблему её настоящим именем. Потому что, пока мы будем называть формальную инклюзию «равенством», дети будут страдать. И учителя - выгорать. А система - разваливаться.

Договорились? Тогда поехали.

Введение: Благими намерениями вымощена дорога в ад инклюзии

Представьте себе обычный понедельник, 8:00 утра. Вы - учитель. Заходите в класс. За партами сидят 30 детей. Среди них - ребёнок с расстройством аутистического спектра (РАС), который не выносит громких звуков и резких движений. От малейшего шума он начинает раскачиваться и издавать монотонные звуки. Ему нужно, чтобы всё было предсказуемо, но класс - это хаос. Рядом - ребёнок с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ). Он не может усидеть на месте дольше трёх минут, постоянно встаёт, кричит с места, роняет вещи. Он не вредный - его мозг просто не имеет тормозов. Третий - ребёнок с умеренной умственной отсталостью (УО). Он не понимает половины того, что вы говорите. Он честно пытается писать в тетради, но выводит каракули. Ему нужна индивидуальная программа «счёт в пределах трёх», а по плану - дроби. Четвёртый - ребёнок с детским церебральным параличом (ДЦП) в инвалидной коляске. Он умён, сообразителен, но ему нужна особая парта, пандусы, помощь, чтобы переодеться и сходить в туалет. Всего этого в школе нет. И ещё 26 обычных детей, которые хотят слушать, учиться, отвечать. Но они не могут, потому что класс напоминает железнодорожный вокзал.

Что вы будете делать? Большинство учителей в такой ситуации имитируют бурную деятельность, ставят «тройки» за красивые глаза, чтобы не связываться с родителями, и молятся, чтобы кто-нибудь из этих детей перевёлся в другую школу. А в конце года берут больничный по эмоциональному выгоранию или пишут заявление об уходе. Это не выдумка. Это реальность тысяч российских школ после того, как государство взяло курс на тотальную инклюзию - интеграцию детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в обычные классы. Идея была прекрасной: разрушить сегрегацию, дать «особым» детям шанс социализироваться, воспитать в обычных детях толерантность. На бумаге - сплошной гуманизм. На деле - катастрофа.

И чтобы понять почему, нам придётся говорить не о педагогике и не о морали. Нам придётся говорить о биологии. Потому что проблемы инклюзии лежат не в плоскости «злой учитель» или «нетолерантные дети». Они лежат в устройстве человеческого мозга, сформированного миллионами лет эволюции. Мозг обычного ребёнка эволюционно настроен на то, чтобы избегать странных, непредсказуемых, пугающих особей. Дети с РАС, с неконтролируемыми вокализациями, с неловкими движениями вызывают у нормотипичных сверстников не сострадание, а настороженность и отторжение. Это не жестокость. Это работа миндалевидного тела - древней структуры, которая отвечает за распознавание угроз. Дети с СДВГ, которые постоянно дёргаются, пе-

ребивают, встают, разрушают любой ритм урока, вызывают у учителя не желание помочь, а хроническое раздражение. Потому что его префронтальная кора - центр планирования и самоконтроля - перегружена необходимостью следить за одним «буйным» в ущерб остальным двадцати девяти. А дети с тяжёлыми ментальными нарушениями (умеренная и тяжёлая умственная отсталость, глубокий аутизм) в обычном классе просто не обучаемы. Им нужен не учитель русского языка, а дефектолог, логопед, реабилитолог, сенсорная комната, режим дня с многократным повторением одних и тех же действий. Их помещение в массовую школу - это не инклюзия, а имитация заботы. Потому что реально они там не получают ничего, кроме стресса и травли.

Но об этом не принято говорить. Политкорректность и страх оскорбить «особенных» родителей загнали проблему вглубь. Учителя молчат, потому что боятся обвинений в дискриминации. Администрация школ отмалчивается, потому что инклюзия - это «тренд» и проверки. Родители обычных детей бессильно злятся, потому что их детей никто не спросил, хотят ли они учиться в одном классе с ребёнком, который бьётся головой о парту. Эта книга - попытка разрушить заговор молчания.

Важно понять: эта книга не против детей с ОВЗ. Я категорически против стигматизации и дискриминации. Но я ещё более категорически против формальной, неподготовленной, безресурсной инклюзии, которая калечит и «осо-

бых», и обычных. Эта книга не против инклюзии как идеи. Инклюзия возможна и нужна - но для лёгких форм нарушений (дислексия, лёгкий СДВГ, негрубые сенсорные дефекты) и при соблюдении трёх условий: малые классы (не более 15 человек), наличие тьютора у каждого «особого» ученика и ресурсная комната для занятий по индивидуальной программе. Эта книга - против того, что называют инклюзией по-русски: когда 30 детей в классе, тьютора нет, дефектолога нет, учитель не обучен, а родители «особых» детей пишут жалобы на каждого, кто пытается сказать правду и не хотят слушать ПМПК.

Мы разберём, кто такие дети с ОВЗ на самом деле - виды заболеваний, нейрофизиологию нарушений и почему путать аутиста с умственно отсталым преступно. Посмотрим, как работает ПМПК и почему её заключения часто вредят. Объясним, почему инклюзия в нынешнем виде проваливается из-за естественного отбора в классе, буллинга и нейробиологических механизмов отторжения «не таких». Поговорим о родителях: об их психологических защитах, отрицании, гневе и нейрофизиологии иррационального поведения, которая заставляет их блокировать перевод ребёнка в спецшколу даже во вред ему. Разберём кадровую некомпетентность - почему обычного учителя не готовят к работе с такими детьми и почему из-за этого падает качество образования у всех. Вспомним, как проблему решали в СССР (спецшколы-интернаты) и на Западе (ресурсные классы, тьюторы,

индивидуальные планы), и почему мы скопировали худшее, а лучшее проигнорировали. И наконец, предложим непопулярные, но работающие решения: восстановление сети лицеев-интернатов для детей с тяжёлыми множественными нарушениями, обязательную профессиональную переподготовку педагогов (не 72 часа, а 500+ часов практики) и методы постепенной социализации - от ресурсного класса к обычному, а не ныряние в прорубь.

Эта книга - для всех, кого касается эта непростая тема. Для учителя, который тонет в хаосе и винит себя. Для родителя, чей ребёнок не может учиться из-за постоянных срывов. Для родителя особого ребёнка, который запутался и боится принять трудное решение. Для чиновника, который подписывает отчёты об «успешной инклюзии», не видя реальных детей. Для психолога, который знает правду, но не может её озвучить. Для всех, кто готов посмотреть правде в глаза.

Давайте начнем.

Глава 1. Терминологический хаос: когда слова теряют смысл

Начнём с простого вопроса. Что такое ОВЗ?

Если вы спросите об этом учителя, он, скорее всего, пожмёт плечами и скажет что-то вроде: «Ну, это когда ребёнок не совсем здоров, но может учиться в обычной школе». Если вы спросите родителя, он ответит: «Это мой ребёнок, просто ему нужен особый подход». Если вы спросите чиновника из управления образования, он процитирует закон и скажет, что ОВЗ - это «ограниченные возможности здоровья», и все такие дети имеют право на инклюзию.

Но если вы спросите нейробиолога или дефектолога, он скажет: ОВЗ - это не диагноз. Это юридический ярлык. Под ним скрываются десятки совершенно разных состояний: от лёгкой дислексии, которая почти не мешает учёбе, до глубокой умственной отсталости, при которой ребёнок не способен освоить даже программу первого класса.

И вот здесь начинается главная проблема, с которой сталкивается каждый учитель инклюзивного класса. Ему говорят: «Вам пришёл ребёнок с ОВЗ». Но что это значит? Он не говорит ни слова? Он бьётся головой о стену? Он просто медленно читает? Он не слышит? Он гиперактивен? Ответа нет. Потому что ОВЗ - это чёрный ящик, в который запис-

нули всё, что не вписывается в понятие «норма».

ОВЗ - не диагноз, а корзина

Чтобы понять масштаб проблемы, представьте себе, что в больнице всех пациентов с любыми отклонениями от здоровья объединили в одну группу и называли «пациенты с ограниченными функциями организма». В одной палате лежат человек с переломом ноги, человек с пневмонией, человек с депрессией и человек с терминальной стадией рака. И всем им назначают одно и то же лечение, потому что «у них всех ограничены функции организма». Абсурд? Да. Но именно так устроена наша школьная система.

ОВЗ - это не медицинский диагноз. Это педагогическая и юридическая категория, которая была введена для того, чтобы дети с особыми потребностями могли получать дополнительное финансирование и поддержку. Но на практике она стала универсальной «корзиной», куда сваливают всё, что выбивается из нормы. В эту корзину попадают:

Ребёнок с нарушением слуха (которому нужен сурдопедагог и специальное оборудование);

Ребёнок с нарушением зрения (которому нужны брайль, крупный шрифт, тактильные пособия);

Ребёнок с ДЦП (которому нужен пандус, специальная парта, помощь ассистента, но интеллект у него может быть сохранён полностью);

Ребёнок с расстройством аутистического спектра (которому нужна тишина, предсказуемость, сенсорная разгрузка,

и у которого интеллект может варьироваться от гениального до глубоко сниженного);

Ребёнок с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (которому нужна чёткая структура, короткие задания, двигательная разрядка);

Ребёнок с умственной отсталостью (которому нужна принципиально иная программа обучения, часто - только социально-бытовая адаптация);

Ребёнок с задержкой психического развития (которому нужно больше времени и особые методики, но он в принципе обучаем по общей программе).

Все они - ОВЗ. Но что общего между слабослышащим ребёнком с сохранным интеллектом и ребёнком с тяжёлой умственной отсталостью, который не может освоить счёт до десяти? Только одно - ярлык. А подход к ним должен быть кардинально разным. И если учитель этого не понимает - если он пытается учить всех одинаково, «усреднённо» - он обрекает на провал и себя, и детей.

Путаница, которая стоит детям будущего

Самый страшный результат терминологического хаоса - это путаница в головах учителей и родителей. Я часто слышу фразы вроде:

- «У нас в классе аутист. Он ничего не понимает, пишет каракули, я с ним не могу работать». (При этом у ребёнка может быть высокофункциональный аутизм с сохранным интеллектом, но без понимания его особенностей учитель ви-

дит только странное поведение и делает вывод о «глупости».)

- «У нас ребёнок с ЗПР. Он просто ленится, не хочет учиться, родители принесли справку, чтобы его не трогали». (ЗПР - это не лень, это объективно замедленный темп психического развития. Такой ребёнок действительно усваивает материал медленнее, но при правильном подходе догоняет сверстников. Обвинять его в лени - всё равно что обвинять человека с близорукостью в том, что он не видит доску.)

- «У нас ребёнок с СДВГ. Он просто хулиган, его надо наказывать». (СДВГ - это нейробиологическое нарушение регуляции внимания и импульсивности. Наказания не работают - они только усугубляют состояние. Но учитель, не знающий физиологии, пытается «воспитывать» ремнём и двойками.)

- «У нас ребёнок с умственной отсталостью. Он будет учиться по общей программе, мы же за инклюзию». (Умственная отсталость - это стойкое, часто необратимое снижение познавательных способностей. Даже при лёгкой степени ребёнок не сможет освоить программу обычной школы. Его помещение в массовый класс без адаптированной программы - это издевательство над ним и над остальными детьми.)

Каждая такая фраза - это не просто незнание терминов. Это непонимание нейробиологии того или иного состояния. Это попытка лечить все болезни одним лекарством. И цена этой попытки - детские судьбы.

Почему аутизм - не умственная отсталость, а СДВГ - не распушенность

Давайте зафиксируем главное, что должен понять каждый учитель, каждый родитель, каждый чиновник.

Аутизм (расстройство аутистического спектра) - это нарушение развития нервной системы, которое проявляется в первую очередь в трудностях социального взаимодействия, коммуникации и в ограниченных, повторяющихся интересах и действиях. Это НЕ умственная отсталость. У многих людей с РАС интеллект сохранён или даже выше среднего. Аутичный ребёнок может блестяще решать математические задачи, но при этом не понимать, почему другой человек плачет. Он может отлично читать, но не выносить прикосновений. Он может знать наизусть энциклопедию, но не смотреть в глаза. Его проблема - не в «глупости», а в том, как его мозг обрабатывает социальную и сенсорную информацию.

Умственная отсталость (УО) - это стойкое и выраженное снижение интеллектуальных функций, которое проявляется в трудностях мышления, речи, памяти, самообслуживания. УО бывает разной степени: лёгкая (дебильность), умеренная (имбецильность), тяжёлая (идиотия). Ребёнок с лёгкой УО может освоить программу коррекционной школы, научиться читать и считать в пределах ста, получить простую профессию. Ребёнок с тяжёлой УО не сможет освоить даже азбуку. Для него обучение - это формирование базовых навыков самообслуживания и социально-бытовой адаптации.

СДВГ (синдром дефицита внимания и гиперактивности) - это нарушение работы префронтальной коры и дофамино-

вой системы, которое проявляется в неспособности удерживать внимание, импульсивности, повышенной двигательной активности. Это НЕ «непослушание» и НЕ результат плохого воспитания. Это физиология, которую невозможно исправить уговорами или наказаниями. Ребёнок с СДВГ может быть умным, способным, но он не может сидеть смирно 40 минут. Его мозг просто не позволяет ему это делать.

Задержка психического развития (ЗПР) - это временное отставание темпа психического развития. Она может быть вызвана разными причинами: педагогической запущенностью, лёгкой органической патологией, социальными факторами. Ключевое слово - «временное». При правильной коррекции ребёнок с ЗПР догоняет сверстников. Он не «глупый», не «ленивый» - ему просто нужно больше времени и специфические методы.

Если вы смешаете их всех в одном классе и скажете учителю: «Работай с ними одинаково», - вы получите хаос. Но если вы скажете родителям: «У вас ребёнок с ОВЗ, но мы не знаем, что именно», - они будут в ярости. И будут правы. Потому что им нужна конкретика, а не ярлык.

Цена ошибки: что происходит, когда диагноз поставлен неверно

Терминологическая путаница - это не просто теоретическая проблема. У неё есть конкретные, измеримые последствия. И они касаются каждого ребёнка, которого засунули в «корзину ОВЗ» без разбора.

Представьте себе девочку с аутизмом, у которой сохраненный интеллект, но которая не выносит шума и прикосновений. Её отправляют в обычную школу, потому что «ОВЗ - это инклюзия». Там она не может сосредоточиться из-за постоянного гула, её дёргают за рукав, заставляют участвовать в групповых играх. Она начинает кричать, закрывать уши, падать на пол. Учитель не понимает, что это сенсорная перегрузка. Он думает, что она «неуправляемая», и вызывает родителей. Родители, которые тоже не понимают аутизм, обижаются на учителя, обвиняют его в предвзятости и пишут жалобы. Девочка страдает. Её интеллект не развивается, потому что она не может учиться в стрессе. Её травмируют одноклассники. Учитель выгорает. А всё потому, что никто не сказал: «Этому ребёнку нужна тишина, сенсорная разгрузка и индивидуальный подход». Все просто сказали «ОВЗ».

Или возьмём мальчика с СДВГ. Ему ставят «ЗПР» или вообще «педагогическую запущенность», потому что он не может сидеть на месте. Его наказывают, оставляют после уроков, ставят двойки за поведение. Он становится агрессивным, начинает ненавидеть школу. Его родители, не зная о СДВГ, тоже наказывают его дома. А ведь если бы диагноз был поставлен правильно, ему бы дали короткие задания, двигательные паузы, медикаментозную поддержку. И он мог бы учиться и социализироваться. Но из-за того, что СДВГ спутали с невоспитанностью, он потерял годы.

Или ребёнок с лёгкой умственной отсталостью. Его поме-

щают в обычный класс, потому что «инклюзия». Он не понимает программу, отстаёт, его дразнят, он чувствует себя идиотом. Он не получает ни образования, ни социализации - только комплекс неполноценности. А если бы он попал в коррекционную школу, где программа адаптирована, где он был бы среди таких же детей, он бы научился читать, считать, получил бы профессию и жил бы полноценной жизнью. Но термин «ОВЗ» стёр границы, и теперь он страдает.

Это цена ошибки. И она платится детскими судьбами. Каждый раз, когда мы называем всех «особыми» и считаем, что этого достаточно, мы обрекаем их на мучения.

Что делать учителю, если он получил класс с «терминологическим хаосом»

Я не буду давать здесь волшебных рецептов. Их нет. Если вам сказали, что у вас в классе два ребёнка с ОВЗ, но не объяснили, какие именно, если у вас нет тьютора, если вы не прошли спецподготовку - вы обречены. Вы будете метаться, пытаться угодить всем, и в итоге не поможете никому.

Но есть одно, что вы можете сделать. Вы можете потребовать конкретики. На ПМПК, на родительском собрании, у администрации - вы имеете право знать, с кем вы работаете. «ОВЗ» - это не ответ. Ответ - это диагноз, рекомендации, адаптированная программа, заключение специалистов. Если вам этого не дают - вы работаете вслепую. И вы имеете право сказать: «Я не могу эффективно работать с ребёнком, если не знаю его особенностей».

Также вы можете - и должны - перестать использовать слово «ОВЗ» как синоним «плохого ученика». Называйте вещи своими именами. Дислексия. Аутизм. СДВГ. Умственная отсталость. Это не страшно. Это медицинские и педагогические термины, которые позволяют понять, как помочь ребёнку. Страшно - когда их боятся и замалчивают.

Терминологический хаос - это не случайность. Это системная проблема, которая возникла из-за того, что мы попытались заменить честную диагностику политкорректными ярлыками. Мы назвали всех по-разному «особыми» и решили, что этого достаточно. Но этого недостаточно. Потому что за ярлыком «ОВЗ» скрываются сотни совершенно разных состояний, и каждое требует своего подхода.

Пока мы не научимся различать аутизм и умственную отсталость, пока мы не перестанем считать СДВГ распущенностью, пока мы не признаем, что ЗПР - это временная проблема, а тяжёлая УО - постоянная, - мы будем топтаться на месте. И дети будут страдать.

В следующей главе мы разберем каждое ограничение более подробно.

Глава 2. Виды заболеваний и физиологических отличий

В предыдущей главе мы разобрались, что ОВЗ - это не диагноз, а юридическая корзина, в которую свалены совершенно разные состояния. Но чтобы понять, почему нельзя всех «особых» детей учить одинаково, нужно заглянуть в самую природу этих состояний. Нужно понять, как устроен мозг ребёнка с аутизмом, чем отличается ДЦП от умственной отсталости, почему СДВГ - это не распушенность, а нейробиологический сбой. И главное - почему каждый из этих диагнозов требует кардинально разной образовательной среды.

В этой главе мы пройдем по основным категориям нарушений, которые чаще всего встречаются в школе. Без воды, без политкорректных эвфемизмов - только факты, нейробиология и практические выводы для учителя. И мы пойдём глубже, чем в предыдущей версии: посмотрим на каждое нарушение с точки зрения работы мозга, восприятия и поведения.

Сенсорные нарушения: слабовидящие и слабослышащие

Начнём с нарушений, которые, казалось бы, проще всего - сенсорных. Ребёнок плохо видит или плохо слышит. Его интеллект сохранён. Его проблема - в недостатке информации,

которая поступает извне.

Нарушения зрения могут быть разной степени: от близорукости, которая корректируется очками, до полной слепоты. С точки зрения нейробиологии, зрение - это сложный процесс обработки световых сигналов сетчаткой, передачи их по зрительному нерву в затылочную кору (зрительная зона V1 и далее ассоциативные зоны). При повреждении глаза или зрительного нерва сигнал не доходит до коры. При повреждении самой затылочной коры (например, при ДЦП) ребёнок может видеть, но не может интерпретировать увиденное - это называется корковой слепотой. Но в большинстве случаев при изолированном нарушении зрения мозг ребёнка работает нормально. Он просто недополучает визуальную информацию.

Как это влияет на восприятие? Ребёнок со сниженным зрением видит мир размытым, фрагментированным. Он не может быстро считать с доски, не различает мелкие детали на картинках, не видит невербальные сигналы учителя (мимику, жесты). Ему трудно ориентироваться в пространстве, он может спотыкаться, бояться движущихся объектов. При этом его слух, тактильная чувствительность, мышление - сохранены. Он может отлично усваивать информацию на слух, через прикосновения, через речь. Но для этого ему нужны адаптированные материалы: крупный шрифт, тактильные пособия, аудиокниги, голосовое сопровождение. Без этого он будет отставать не потому, что глуп, а потому

что не видит.

Нарушения слуха - от тугоухости до глухоты. Слуховая система: звук улавливается ухом, преобразуется в нервные импульсы, идёт по слуховому нерву в височную кору (зона Вернике). При поражении на любом этапе ребёнок недополучает или не получает звуковую информацию. Интеллект при изолированной глухоте сохранён полностью. Ребёнок не слышит речь, но видит, мыслит, понимает. Его проблема - не в мышлении, а в доступе к устной речи.

Как это влияет на восприятие? Ребёнок с нарушением слуха живёт в мире, где речь - это чужие движения губ, а не звуки. Он не слышит интонаций, не различает оттенки голоса, не может оценить эмоциональный фон. Он учится читать по губам, но это очень утомительно и не всегда точно. В шумном классе он вообще ничего не слышит - для него это просто какофония. Он может казаться задумчивым, отстранённым, даже «туповатым», потому что не реагирует на вопросы. Но если ему дать сурдопереводчика, видеозапись с субтитрами, письменные инструкции - он покажет уровень понимания не хуже обычного ребёнка. Его мозг не повреждён - ему просто не хватает входа.

Дети с сенсорными нарушениями - это дети с сохранённым интеллектом, которые нуждаются в технической поддержке. Они не требуют упрощения программы, они требуют доступа к материалу. Если этого доступа нет - они будут казаться отстающими, но на самом деле просто не слышат

или не видят. Инклюзия для них должна начинаться с оборудования: звукоусиливающая аппаратура, брайль, крупный шрифт, сурдоперевод. Без этого - не инклюзия, а издевательство.

Двигательные нарушения (ДЦП и другие)

Детский церебральный паралич - это не болезнь прогрессирующая, а состояние, вызванное повреждением головного мозга в перинатальный период (во время беременности, родов или сразу после). Повреждение может затронуть разные зоны: кору, подкорковые структуры, мозжечок, пирамидные пути. В зависимости от локализации и тяжести поражения, ДЦП проявляется по-разному: спастические формы (повышенный тонус, скованность движений), дискинетические (непроизвольные движения), атаксические (нарушение координации), смешанные.

Ключевой момент: ДЦП - это двигательное нарушение. Оно не затрагивает интеллект напрямую. Да, часто при ДЦП есть сопутствующие нарушения (зрения, слуха, речи, эпилепсия), но сам по себе ДЦП не делает ребёнка умственно отсталым. Более того, многие дети с ДЦП имеют нормальный или даже высокий интеллект. Их мозг сохранил способность к обучению, анализу, абстрактному мышлению. Но их тело не слушается.

Как это влияет на восприятие и поведение в школе? Ребёнок с ДЦП может не писать - потому что не владеет рукой. Может не говорить - потому что нарушена артикуляция.

Может не передвигаться - нужна коляска. Он может долго выполнять простые действия. Он может уставать от необходимости постоянно контролировать своё тело. Но при этом он слышит, видит, понимает, запоминает. Он может решать сложные задачи в уме, но не может записать ответ. Он может знать правильный ответ, но не может произнести его чётко.

Учитель часто ошибочно воспринимает медлительность или неловкость как глупость. Он видит, что ребёнок пишет каракули, и ставит тройку. Он слышит невнятную речь и думает, что ребёнок не знает ответа. Он видит, что ребёнок в коляске не может встать, и не вызывает его к доске. А ведь ребёнок с ДЦП может быть самым умным в классе - если ему дать доступ к знаниям: голосовой ввод, компьютер, специальную клавиатуру, помощь ассистента для письма, дополнительное время на контрольных.

Ребёнок с ДЦП - это часто одарённый ребёнок, запертый в непослушном теле. Его нельзя судить по почерку, скорости или чёткости речи. Ему нужна техническая и физическая помощь, но не упрощение программы. Если вы не можете ему помочь - требуйте ассистента, требуйте пандусы и специальное оборудование. Но не списывайте его в «отстающие». Это преступление против его интеллекта.

Расстройства аутистического спектра (РАС)

Аутизм - это, пожалуй, самое сложное и самое неоднородное состояние из всех, что попадают в корзину ОВЗ. Под аббревиатурой РАС скрываются люди с совершенно разными

уровнями интеллекта, речи, социальных навыков. От профессора математики, который не смотрит в глаза, до человека, который не говорит и не обслуживает себя. Но нейробиологическая основа у всех вариантов РАС общая - это нарушение связей между различными зонами мозга, особенно между лобными долями, височными областями и миндалевидным телом.

Что происходит в мозге при РАС? В норме разные участки мозга работают синхронно, обмениваясь сигналами. При РАС синхронизация нарушена. Есть данные о том, что у людей с аутизмом наблюдается избыток локальных связей (внутри отдельных зон) и дефицит глобальных (между разными зонами). Это приводит к тому, что аутичный человек может быть гениален в деталях, но не может собрать их в целостную картину. Он видит отдельные факты, но не понимает контекста. Он слышит слова, но не улавливает эмоциональный подтекст. Он замечает мельчайшие изменения в расписании, но не понимает, почему кто-то плачет.

Ключевые структуры, вовлечённые в РАС:

Миндалевидное тело (амигдала) - центр обработки эмоций и страха. У многих аутистов миндалина увеличена или гиперактивна, что объясняет повышенную тревожность и бурные реакции на неожиданные изменения. Они видят угрозу там, где её нет.

Веретеновидная извилина - область, отвечающая за распознавание лиц. У аутистов она менее активна, поэтому они

могут не различать лица, не смотреть в глаза, не считывать эмоции по выражению лица.

Зеркальные нейроны - система, позволяющая нам понимать действия и намерения других. При РАС она работает плохо, поэтому аутичный ребёнок не понимает, почему другой человек делает то или иное действие, и не может подражать социально приемлемому поведению.

Сенсорные зоны коры обрабатывают сигналы от органов чувств необычным образом: шум может восприниматься как невыносимый, лёгкое прикосновение - как боль, а тусклый свет - как ослепляющий.

Как это влияет на восприятие и поведение в школе? Аутичный ребёнок слышит звонок - для него это может быть физическая боль. Учитель говорит «откройте тетради» - но для него это просто набор звуков, потому что он не связывает слова с действием. Его сосед дотрагивается до плеча - он вздрагивает и кричит, потому что это прикосновение он воспринимает как удар. Учитель меняет расписание - у него паника, потому что нарушилась предсказуемость.

При этом он может быть гениален в математике, знать наизусть энциклопедию, решать шахматные задачи на уровне гроссмейстера. Но он не может сидеть в шумном классе, не может работать в группе, не может понять, что от него хотят, когда учитель говорит «будь внимательнее».

Важно понять: странное поведение аутичного ребёнка - это не «капризы». Это его способ справиться с сенсорной и

социальной перегрузкой. Раскачивание, стереотипные движения, повторение одних и тех же слов - это саморегуляция. Это то, что помогает ему не сойти с ума от хаоса, который для него представляет обычный класс.

Ребёнок с РАС может учиться в обычной школе, но только при условиях: сенсорно-дружественная среда (приглушённый свет, минимум шума, предсказуемый распорядок), чёткие визуальные инструкции, индивидуальный темп, возможность выходить из класса при перегрузке, и, главное, тьютор, который понимает аутизм. Без этого такой ребёнок будет постоянно в стрессе, а стресс - враг обучения. Он не «плохой», он просто по-другому устроен.

Умственная отсталость (УО)

Умственная отсталость - это состояние, при котором интеллектуальные функции значительно снижены и это снижение носит стойкий характер. В отличие от ЗПР, УО не компенсируется с возрастом. Человек с УО никогда не догонит нормотипичных сверстников по интеллектуальному развитию.

С точки зрения нейробиологии, УО связана с поражением или недоразвитием коры головного мозга, особенно лобных долей (отвечают за планирование и контроль), височных (речь и память) и теменных (пространственное мышление). Причины могут быть разными: генетические нарушения (синдром Дауна, фенилкетонурия), внутриутробные инфекции, гипоксия, травмы, инфекции ЦНС в раннем воз-

расте. В зависимости от причины и степени поражения, УО может быть лёгкой, умеренной, тяжёлой или глубокой.

Важно понимать: при УО страдают именно когнитивные функции - мышление, память, речь, способность к абстракции, планированию, обобщению. Это не просто медленный темп (как при ЗПР) - это принципиально иной уровень обработки информации.

Различают три степени УО (по МКБ-10):

Лёгкая УО (дебильность) - IQ 50–69. Человек может освоить программу коррекционной школы, научиться читать, писать, считать в пределах ста. Он понимает социальные нормы, может быть наивным и внушаемым, но в целом способен к самостоятельной жизни и простому труду. Однако он не освоит физику, химию, алгебру. Его мышление конкретное, он плохо понимает переносный смысл, обобщения, причинно-следственные связи высокого уровня.

Умеренная УО (имбецильность) - IQ 35–49. Человек осваивает элементарные навыки самообслуживания, может говорить простыми фразами, читать отдельные слова, считать в пределах двадцати. Он нуждается в постоянной поддержке, не может жить один. Профессиональная деятельность - только в специальных мастерских под руководством. Он не освоит даже программу коррекционной школы на уровне чтения и письма.

Тяжёлая и глубокая УО (идиотия) - IQ ниже 35. Человек не говорит или говорит несколько слов, не обслуживает се-

бя, не понимает обращённую речь, реагирует только на базовые потребности (голод, боль). Обучение - это формирование простейших навыков: есть ложкой, проситься в туалет, реагировать на имя. Такие дети не обучаемы в академическом смысле.

Как это влияет на восприятие и поведение в школе? Ребёнок с лёгкой УО может сидеть на уроке, но не понимает объяснений учителя, если они абстрактны. Он может выучить таблицу умножения наизусть, но не поймёт, как применять её к задачам. Ему трудно обобщать, делать выводы, переносить знания в новый контекст. Он может быть послушным и старательным, но его усилия не приводят к пониманию сложного материала. Он устаёт быстрее, потому что его мозг работает на пределе, пытаясь обработать то, что ему недоступно.

Ребёнок с умеренной или тяжёлой УО в обычном классе просто беспомощен. Он не понимает ни слова из того, что говорит учитель. Он может рисовать каракули, раскачиваться, издавать звуки - не от скуки, а от того, что не в состоянии участвовать. Его помещение в массовую школу - это не инклюзия, а формальное помещение в среду, которая ему абсолютно чужда.

Умственная отсталость - это единственное состояние из всех, которые мы обсуждаем, где ребёнок действительно НЕ МОЖЕТ освоить общую программу. Его помещение в обычный класс - это не инклюзия, а издевательство. Он не полу-

чит знаний, не социализируется (его будут травить), и только потеряет время. Ему нужна специальная школа или интернат с адаптированной программой и подготовленными педагогами-дефектологами. Для лёгкой УО - коррекционная школа с трудовым обучением. Для умеренной и тяжёлой - центры реабилитации и ухода, а не школа.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ)

СДВГ - это нейробиологическое расстройство, связанное с дисфункцией префронтальной коры, базальных ганглиев и дофаминовой / норадреналиновой систем. У ребёнка с СДВГ снижена способность к произвольному вниманию, он быстро отвлекается, не может организовать свою деятельность, имеет проблемы с рабочей памятью и торможением импульсов.

Что происходит в мозге при СДВГ? Префронтальная кора - центр самоконтроля и планирования - у таких детей работает неэффективно. Нейроны этой зоны получают недостаточно дофамина и норадреналина - нейромедиаторов, которые отвечают за поддержание внимания и торможение импульсивных реакций. В результате ребёнок не может «затормозить» себя, когда нужно сидеть смирно, не может «сосредоточиться» на скучном задании, не может «переключиться» с одной задачи на другую плавно.

Есть три основных типа СДВГ: с преобладанием дефицита внимания (ребёнок «зависает», мечтает, не слышит), с преобладанием гиперактивности-импульсивности (ёрзает,

перебывает, кричит, бегает) и комбинированный. Важно: СДВГ - это НЕ распушенность, НЕ невоспитанность, НЕ лень. Это физиологическое состояние, которое невозможно «исправить» уговорами, наказаниями или криком.

Как это влияет на восприятие и поведение в школе? Ребёнок с СДВГ не может сидеть неподвижно дольше 3–5 минут. Он крутится, вертится, встаёт, роняет вещи. Он перебывает учителя, выкрикивает ответы, не дождавшись вопроса. Он забывает домашние задания, теряет вещи, не может организовать своё рабочее место. На контрольной он может допускать глупые ошибки из-за невнимательности, хотя материал знает.

При этом он не «злой» и не «вредный». Его импульсивность - это не злой умысел, а неспособность тормозить порывы. Его забывчивость - не неуважение, а дефицит рабочей памяти. Его гиперактивность - не желание навредить, а физическая потребность в движении, которая возникает из-за низкого тонуса дофамина.

Парадокс СДВГ: ребёнок может часами концентрироваться на игре или интересном видео (гиперфокус). Это вводит учителей в заблуждение: «Он же может, когда хочет!». Нет. Гиперфокус возникает только на то, что даёт мозгу естественную дофаминовую стимуляцию. Скудная задача такой стимуляции не даёт. Ребёнок физиологически не может переключиться на неё без внешней поддержки (лекарства, чёткой структуры, коротких заданий, немедленной обратной

связи).

Ребёнок с СДВГ не нуждается в упрощённой программе. Его интеллект сохранён. Ему нужна структура: чёткие правила, короткие задания, двигательные паузы каждые 10–15 минут, немедленная обратная связь, снижение отвлекающих факторов (посадить ближе к учителю, убрать лишнее с парты). Он может успешно учиться в обычном классе, если учитель понимает его особенности и не пытается «перевоспитать» наказаниями. Наказания только усугубляют тревожность и снижают самооценку.

Тяжёлые множественные нарушения (ТМНР)

ТМНР - это термин, который обозначает сочетание нескольких тяжёлых нарушений: например, ДЦП + глубокая умственная отсталость + эпилепсия, или аутизм + тяжёлая УО + отсутствие речи, или синдром Ретта с полиорганными поражениями. Это дети, которые не могут учиться даже по адаптированной программе коррекционной школы. Их «обучение» - это, по сути, уход, медицинская реабилитация и формирование базовых навыков самообслуживания: есть ложкой, проситься в туалет, реагировать на собственное имя, переключать внимание на короткое время.

С точки зрения нейробиологии, такие дети имеют множественные поражения головного мозга, часто органические и необратимые. У них может быть нарушена связь между корой и подкорковыми структурами, повреждены зоны, отвечающие за речь, движение, память, эмоции. Они не могут

учиться в обычном смысле этого слова. Их прогресс измеряется не освоением программы, а появлением улыбки в ответ на голос мамы или умением захватывать игрушку.

Как это влияет на поведение и восприятие? Ребёнок с ТМНР может не понимать обращённую речь, не говорить, не сидеть, не контролировать движения. Он может издавать звуки, размахивать руками, плакать без причины - это не «плохое поведение», а проявление его неврологического состояния. Он не может учиться в группе, потому что не воспринимает инструкции. Он не может социализироваться, потому что не вступает в контакт. Он не может даже просто находиться в шумном классе - это для него пытка.

Такие дети не должны находиться в обычной школе. Их помещение в массовый класс - это жестокая иллюзия инклюзии. Они не получают там ничего, кроме стресса и травм. Им нужны специализированные центры, интернаты с круглосуточным наблюдением, медицинским персоналом, дефектологами, реабилитологами, сенсорными комнатами. Там они могут получить уход, терапию и максимально возможное развитие в условиях, соответствующих их состоянию.

Если у вас в классе ребёнок с ТМНР, вы не можете его учить. Вы не обучены, у вас нет ресурсов. Вы можете только обеспечивать безопасность и вызывать родителей. Но честно говоря, такое решение должно быть принято не в школе, а на уровне ПМПК и министерства. Ребёнок с ТМНР не нуждается в школе - он нуждается в реабилитационном центре

и медицинском уходе.

Почему их нельзя смешивать: разные нейрофизиологические механизмы = разные требования

Теперь, когда мы детально прошли по всем основным категориям, становится очевидным: смешивать их в одном классе и учить одинаково - это не просто педагогическая ошибка. Это научная бессмыслица.

У слабослышащего ребёнка сохранен интеллект, но дефицит слуха. Ему нужен звук и визуальная поддержка.

У ребёнка с ДЦП сохранен интеллект, но дефицит движения. Ему нужна доступная среда и помощь ассистента.

У ребёнка с РАС интеллект может быть сохранён, но нарушена социальная и сенсорная обработка. Ему нужна тишина и предсказуемость.

У ребёнка с СДВГ интеллект сохранён, но нарушена регуляция внимания. Ему нужна структура и короткие задания.

У ребёнка с УО интеллект снижен стойко. Ему нужна принципиально иная программа.

У ребёнка с ТМНР нет ни интеллекта в обычном понимании, ни способности к обучению - ему нужен уход.

Эти состояния имеют разные нейрофизиологические механизмы. Они затрагивают разные отделы мозга, разные нейромедиаторные системы. Соответственно, и педагогические подходы должны быть разными. Нельзя лечить все болезни одним лекарством. Нельзя учить всех детей одним методом.

И именно здесь - корень проблемы современной инклю-

зии. Мы пытаемся применить универсальный подход к универсально разным детям. Мы заставляем аутиста сидеть в шумном классе, гиперактивного ребёнка - сидеть неподвижно, ребёнка с УО - учить дроби, а ребёнка с ТМНР - вообще присутствовать в школе. И терпим крах. Потому что биология не знает слова «равенство». Она знает только слова «разнообразие» и «адаптация».

В следующей главе мы разберём, как работает ПМПК - орган, который должен был бы разделять эти состояния и определять для каждого свой образовательный маршрут. Но на деле он часто усугубляет хаос, создавая ещё больше путаницы и неопределённости.

Глава 3. ПМПК: Механизм отбора, который не работает

В предыдущих главах мы разобрались, что ОВЗ - это не диагноз, а юридическая корзина, в которую свалены совершенно разные состояния. Мы детально прошли по основным видам нарушений и увидели, что каждое из них требует принципиально разного образовательного подхода. Но кто должен определить, какой именно подход нужен конкретному ребёнку? Кто должен сказать: «Этот ребёнок может учиться в обычном классе с тьютором, а этому нужна специальная школа»? Кто должен разделить «корзину ОВЗ» на отдельные образовательные маршруты?

Теоретически - психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК). Именно этот орган создан для того, чтобы диагностировать состояние ребёнка, определить его образовательные потребности и рекомендовать оптимальную программу обучения. На бумаге - это идеальный механизм: коллегиальное решение, учёт мнения родителей, межведомственный подход. На деле - это бюрократическая машина, которая часто не помогает, а вредит. Которая ставит формальные диагнозы, боится родителей, идёт на поводу у политкорректности и в итоге отправляет детей туда, где они не получают ничего, кроме стресса и травм.

Что такое ПМПК и как она устроена: законодательная база, история и структура

Психолого-медико-педагогическая комиссия - это орган, который существует в России с советских времён, но его функции и статус неоднократно менялись. Чтобы понять, почему сегодня ПМПК работает так, как работает, нужно заглянуть в историю, в нормативную базу и в то, как она укомплектована специалистами.

Исторический экскурс. В Советском Союзе существовали медико-педагогические комиссии (МПК), которые занимались отбором детей в специальные (коррекционные) школы. Их задача была простой и жёсткой: выявить детей с выраженными нарушениями и направить их в систему спецобразования. Детей с лёгкими отклонениями (ЗПР, СДВГ, дислексия) в спецшколы не направляли - они оставались в массовых классах и часто просто «выпадали» или списывались в неуспевающие. Система была сегрегационной, но она работала чётко: в спецшколы попадали только те, кто действительно не мог учиться в обычной среде. Решения МПК имели силу приказа - родители могли оспорить их с трудом, и это создавало перекося в другую сторону: жёсткость, а иногда и нарушение прав родителей.

В 1990-е годы, с принятием Конвенции ООН о правах ребёнка и началом реформ, система МПК была пересмотрена. Вместо «отбора» пришла идея «поддержки» и «индивидуального маршрута». В 2000-х годах МПК были преоб-

разованы в ПМПК - с добавлением «психолого-» в название, что подчеркнуло важность психологической диагностики. В 2012 году вышел Федеральный закон «Об образовании в РФ» № 273-ФЗ, который закрепил статус ПМПК как коллегиального органа, работающего в интересах ребёнка, и обязал школы создавать условия для детей с ОВЗ. С этого момента инклюзия стала официальной государственной политикой, а ПМПК - главным «шлюзом», через который ребёнок попадал в ту или иную образовательную среду.

Законодательная база сегодня. Основным нормативный акт, регулирующий работу ПМПК, - это Федеральный закон № 273-ФЗ, статья 42 (психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь), а также приказы Министерства образования и науки (ныне Минпросвещения). В частности, Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» определяет порядок создания ПМПК, их состав, права и обязанности. Согласно этому Положению, ПМПК создаются на муниципальном и региональном уровнях, их задача - проведение комплексного обследования детей, определение специальных условий обучения, выдача рекомендаций по образовательной программе.

В 2016 году был принят Приказ Минобрнауки № 1598 «Об утверждении федеральных государственных образовательных стандартов для детей с ОВЗ», который ввёл адаптированные основные общеобразовательные программы (АО-

ОП) для разных категорий - для глухих, слабослышащих, слепых, с РАС, с УО и т.д. ПМПК должна была рекомендовать, какая именно АООП подходит ребёнку. В 2021 году вышли новые СанПиН 1.2.3685-21, которые также упоминают необходимость создания специальных условий на основе заключения ПМПК.

В теории - стройная система: закон определяет права, ПМПК диагностирует, школа создаёт условия. На практике - провал. Почему - мы уже начали разбирать и продолжим. Но чтобы понять масштаб, нужно знать: законодательная база есть, но она не обеспечена ресурсами, а ПМПК - лишь формальный шаг в бюрократической цепочке, а не реальный инструмент помощи.

Структура ПМПК: кто входит в комиссию и зачем каждый нужен.

Согласно Приказу № 1082, в состав ПМПК входят специалисты разных профилей. Это не случайный набор - каждый из них выполняет свою, незаменимую функцию, и только совместная работа даёт полноценную картину состояния ребёнка. Рассмотрим каждого подробнее.

Врач-психиатр - ключевая фигура комиссии. Именно он оценивает психическое состояние ребёнка, определяет наличие или отсутствие психического расстройства, его структуру и степень тяжести. Психиатр проводит клиническую беседу, наблюдает за поведением, анализирует анамнез (наследственность, течение беременности и родов, раннее раз-

витие). Он ставит диагноз по МКБ (сейчас - МКБ-11), который ложится в основу всех остальных рекомендаций. Без психиатра невозможно отличить РАС от шизофрении, ЗПР от лёгкой УО, СДВГ от эмоциональных расстройств. Его заключение - это «скелет» всего решения. Проблема: многие районные психиатры работают по старым стандартам, не знают новых классификаций, а времени на полноценную беседу у них катастрофически мало.

Детский невролог оценивает состояние центральной и периферической нервной системы. Он выявляет органические поражения мозга (например, последствия гипоксии, родовых травм, инфекций), эпилептиформную активность, нарушения мышечного тонуса и координации. Его данные критичны для детей с ДЦП, эпилепсией, последствиями черепно-мозговых травм. Невролог может рекомендовать медикаментозную поддержку, физиотерапию, ЛФК. Но часто его заключение носит формальный характер - «здоров», «без очаговой симптоматики», хотя очевидные нарушения есть, но не зафиксированы инструментально.

Офтальмолог и сурдолог (или отоларинголог) - специалисты по сенсорным нарушениям. Они проверяют зрение и слух, определяют степень снижения, возможность коррекции (очки, аппараты). Для слепых и глухих детей их заключение - основа для выбора специальной программы (брайль, жестовый язык). Однако на многих ПМПК этих узких специалистов либо нет, либо они работают «по совместитель-

ству», и их обследование сводится к беглому осмотру. А ведь ребёнок с недиагностированной тугоухостью будет казаться «невнимательным» и «глупым» просто потому, что не слышит.

Педагог-психолог проводит психодиагностику: оценивает интеллект, память, внимание, мышление, эмоционально-волевую сферу. Он использует тесты (например, шкалу Векслера, методики на внимание, проективные методы). Его задача - не поставить медицинский диагноз, а описать актуальный уровень развития, сильные и слабые стороны, учебную мотивацию, тревожность. Именно психолог часто замечает, что ребёнок с РАС имеет высокий интеллект, но низкие социальные навыки. Или что ребёнок с СДВГ при правильной мотивации показывает хорошие результаты. Однако в условиях цейтнота психолог часто не успевает провести полноценное тестирование и пишет общие фразы.

Учитель-дефектолог - это собирательное название для нескольких специальностей. На ПМПК должны быть представлены:

Олигофренопедагог - специалист по работе с детьми с умственной отсталостью. Он оценивает уровень познавательных способностей, обучаемость, навыки самообслуживания, социально-бытовую ориентировку. Именно он определяет, может ли ребёнок освоить какую-либо образовательную программу и какую.

Логопед - оценивает речь: звукопроизношение, словар-

ный запас, грамматический строй, связную речь, понимание обращённой речи. Его заключение критично для детей с дислалией, алалией, дизартрией, задержкой речевого развития.

Сурдопедагог - для работы с глухими и слабослышащими.

Тифлопедагог - для работы со слепыми и слабовидящими.

К сожалению, на муниципальных ПМПК часто работает один универсальный дефектолог, который «закрывает» все направления, но не является экспертом ни в одном. Это приводит к поверхностным оценкам.

Социальный педагог оценивает социальную ситуацию развития: условия жизни семьи, отношения с родителями, материальное положение, наличие поддержки от родственников. Он выявляет факторы риска (неблагополучие, пренебрежение, жестокое обращение) и ресурсы (заинтересованность родителей, возможность оплаты дополнительных занятий). Его роль особенно важна для детей из неблагополучных семей, где педагогическая запущенность маскирует реальные нарушения. Но часто социальный педагог на ПМПК отсутствует или его функции выполняет кто-то из других специалистов «по совместительству».

Представитель органа управления образованием - обычно методист или специалист отдела образования. Он не проводит диагностику, но участвует в оформлении рекомендаций, согласовании маршрута, обеспечивает связь со школами. Его присутствие должно гарантировать, что рекоменда-

ции будут выполнены. На практике он часто лишь фиксирует решение и не контролирует его исполнение.

В идеале все эти специалисты работают в одной команде, обмениваются данными, обсуждают каждый случай, приходят к консенсусу. В реальности каждый пишет своё заключение в отрыве от других, время ограничено, и решение часто принимает психиатр «под диктовку» остальных или под давлением родителей. К тому же, многие ПМПК не укомплектованы полностью - не хватает узких специалистов, а те, что есть, перегружены.

Проблема структуры усугубляется тем, что порядок работы ПМПК не предусматривает повторного обследования в динамике, не требует от специалистов повышения квалификации по современным протоколам, и не даёт родителям чёткого алгоритма действий после получения заключения. Формально структура есть - по факту она хромает.

Именно из-за этого кадрового и организационного дефицита ПМПК часто выдаёт некачественные заключения. А значит, дети попадают не в те условия, учителя не знают, как работать, а система инклюзии превращается в фикцию.

Глава 4. МКБ-10 и МКБ-11: Битва классификаций, в которой проигрывают дети

В предыдущих главах мы разобрались, что такое ОВЗ, почему это не диагноз, а юридическая корзина, и как ПМПК должна была бы разделять разные состояния, но на практике создаёт хаос. Но есть ещё один слой проблемы, который делает диагностику и образовательные решения ещё более запутанными. Это международные классификации болезней - МКБ-10 и МКБ-11.

Спросите любого учителя, что такое МКБ. Он пожмёт плечами. Спросите родителя - он не знает. Спросите врача или психолога - они скажут, что это международный стандарт для кодирования диагнозов. Но мало кто задумывается: то, как классифицируется болезнь, напрямую определяет, какой образовательный маршрут получит ребёнок. И когда классификация меняется, а система не успевает за ней, страдают миллионы детей.

В России по-прежнему действует МКБ-10. Несмотря на то, что МКБ-11 была принята ВОЗ ещё в 2019 году, наш переход на новую классификацию многократно откладывался и до сих пор не завершён. По состоянию на 2026 год медицинские организации, психиатры, ПМПК и все, кто выдаёт

заключения для школы, работают по устаревшей МКБ-10. Это создаёт огромный разрыв между тем, что знает современная наука, и тем, что используется на практике. Врачи и педагоги вынуждены оперировать понятиями, которые уже 30 лет считаются устаревшими, а дети не получают диагнозов, соответствующих их реальному состоянию.

В этой главе мы разберём, что такое МКБ-10 и МКБ-11, чем они отличаются, как эти различия влияют на диагностику и образование, и почему битва классификаций - в которой наша страна пока остаётся на стороне прошлого - это битва, в которой проигрывают дети.

Что такое МКБ и зачем она нужна

МКБ - это Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Её разрабатывает Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ), и она предназначена для того, чтобы врачи из разных стран могли говорить на одном языке. Когда психиатр в России говорит «F84.0», психиатр в Германии понимает, что речь идёт о детском аутизме. Когда в США пишут «F90.0», в Японии знают - это СДВГ с преимущественным нарушением внимания.

МКБ нужна не только для врачей. Она нужна для статистики, для планирования здравоохранения, для финансирования, для исследований. И, что важно для нас, она нужна для образования. Именно код МКБ, который пишет психиатр в заключении, определяет:

Попадёт ли ребёнка в обычную школу или в специальную.

Получит ли он тьютора, адаптированную программу, коррекционные занятия.

Будет ли его состояние считаться «временным» (и тогда можно надеяться на улучшение) или «стойким» (и тогда нужно строить долгосрочные планы).

Ошибка в коде МКБ - это не просто ошибка в документе. Это ошибка, которая меняет жизнь.

МКБ пересматривается примерно раз в 10–20 лет. МКБ-10 была принята в 1990 году, МКБ-11 - в 2019. Тридцать лет - огромный срок для медицины. За это время нейробиология, генетика, психиатрия шагнули далеко вперёд. То, что казалось правильным в 1990-х, сегодня устарело. И это создаёт грандиозную проблему. Особенно остро она стоит в России, где МКБ-10 продолжает использоваться и в 2026 году.

Краткая история: от МКБ-9 к МКБ-10, и почему МКБ-10 устарела

МКБ-9 (1975 год) была ещё более примитивной. Психиатрия в ней была представлена в основном психозами и неврозами. Детских расстройств почти не было. Аутизм, СДВГ, дислексия - всё это было либо не выделено, либо смешано с другими состояниями.

МКБ-10 (1990 год) стала прорывом. Впервые появился отдельный раздел (класс V) для психических расстройств и расстройств поведения. Впервые появились чёткие кри-

терии для аутизма (F84.0, F84.1), СДВГ (F90.0), дислексии (F81.0), умственной отсталости (F70-F79). Это позволило врачам и педагогам хотя бы примерно понимать, о чём идёт речь.

Но МКБ-10 быстро устарела. И вот почему.

Во-первых, она основана на категориальной модели - считалось, что болезнь либо есть, либо её нет. Аутизм - либо есть, либо нет. СДВГ - либо есть, либо нет. Это упрощение, которое не отражает реальность. Сегодня мы знаем: большинство состояний существуют в спектре. Есть лёгкие формы аутизма, есть тяжёлые. Есть дети, которые на границе нормы и патологии. Категориальная модель не даёт места «полутонам». А в реальности полутонов больше, чем чёрного и белого.

Во-вторых, МКБ-10 не учитывает современные нейробиологические данные. Например, она разделяет «детский аутизм» и «атипичный аутизм». Но сегодня мы знаем: это одно и то же состояние, просто с разной степенью тяжести и разными проявлениями. Она разделяет СДВГ и «гиперкинетическое расстройство» - но это одно и то же. Она не включает некоторые состояния, которые сегодня признаны отдельными расстройствами (например, расстройство пристрастия к компьютерным играм).

В-третьих, МКБ-10 была создана в эпоху, когда о нейроразнообразии почти не говорили. Диагнозы звучали как приговор. Сегодня мы знаем, что многие состояния не являются

«болезнями» в классическом смысле - это особенности развития, которые требуют поддержки, а не лечения. МКБ-10 этого не отражает.

Ключевые изменения в МКБ-11: что и почему поменялось

МКБ-11 - это не просто «новая версия». Это смена парадигмы. Разработчики постарались учесть всё, что мы узнали за последние 30 лет. И это радикально изменило подход к классификации психических расстройств и нарушений развития.

Первое: переход от категориальной к размерной модели. Вместо бинарного «есть/нет» МКБ-11 предлагает оценивать выраженность симптомов по шкале. Например, при расстройстве аутистического спектра теперь можно уточнить уровень нарушения интеллектуального развития и уровня нарушения речевой функции. Это не просто «аутизм» - это «аутизм с лёгким нарушением интеллекта и с нарушением речи» или «аутизм без нарушения интеллекта и без нарушения речи». Это позволяет точнее описать ребёнка и подобрать ему правильную образовательную среду. Для ПМПК это означает: вместо одного ярлыка «ребёнок с РАС» комиссия получает более детальную картину, которая помогает выбрать маршрут.

Второе: отказ от термина «детский аутизм» в пользу «расстройства аутистического спектра».

В МКБ-10 были отдельные рубрики для разных форм

аутизма. В МКБ-11 - одна рубрика 6A02 «Расстройство аутистического спектра», но с возможностью уточнять уровень интеллектуального и речевого развития. Это признание того, что аутизм - это не отдельные болезни, а спектр состояний с общей нейробиологической основой, но разными проявлениями.

Третье: объединение СДВГ и гиперкинетического расстройства в одну категорию (6A05).

Раньше психиатры из разных стран могли ставить разные диагнозы одному и тому же ребёнку. Теперь - единая категория с подтипами: преимущественно с нарушением внимания, преимущественно с гиперактивностью-импульсивностью, смешанный тип. Это упрощает диагностику и делает её более унифицированной.

Четвёртое: новые критерии интеллектуальных нарушений.

В МКБ-10 умственная отсталость оценивалась по IQ. В МКБ-11 акцент смещается на адаптивное поведение. Это принципиально важно, потому что IQ не всегда отражает реальные возможности человека. Ребёнок с низким IQ может иметь высокие адаптивные навыки, и наоборот. Для образования это означает: решение о программе обучения должно приниматься не только на основе теста интеллекта, но и на основе того, как ребёнок справляется с повседневными задачами.

Пятое: выделение новых диагностических категорий.

Например, «Расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм» (6C51) - признание того, что игровая зависимость существует и требует внимания. Или «Патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи» (6B83) - для детей, которые не просто «привередливы», а имеют клинически значимое расстройство пищевого поведения. Или «Нарушение целостности восприятия собственного тела» (6C21) - состояние, при котором человек хочет стать инвалидом. Раньше эти состояния не имели чёткого места в классификации, и специалисты не знали, как их кодировать.

Шестое: перенос некоторых состояний из психиатрической главы в другие разделы.

Сексуальные дисфункции, расстройства сна, гендерное несоответствие - всё это теперь кодируется в других главах. Это признание того, что не всё, что связано с психикой, является «психическим расстройством» в узком смысле. Для педагога это может показаться неважным, но на практике это меняет подход к детям с такими состояниями.

Как различия в классификациях влияют на ПМПК

Теперь самое главное. В России продолжает действовать МКБ-10, и ПМПК работает именно по ней. Но международное медицинское сообщество уже перешло на МКБ-11. Это создаёт несколько фундаментальных проблем.

Проблема первая: наши диагнозы - не мировые.

Когда российский психиатр ставит ребёнку диагноз

«F84.0 - детский аутизм», он использует код, который в большинстве стран мира уже не применяется. В МКБ-11 такого диагноза нет. Это означает, что российские дети с РАС не могут быть сопоставлены с детьми из других стран по единым критериям. Исследования, статистика, международные проекты - всё это становится несопоставимым. Но для школы это означает другое: родители, которые хотят получить для ребёнка помощь за рубежом или участвовать в международных исследованиях, сталкиваются с тем, что их диагнозы «недействительны».

Проблема вторая: разные диагнозы - один ребёнок.

Представьте ребёнка с высокофункциональным аутизмом, который хорошо говорит и имеет нормальный интеллект, но испытывает серьёзные трудности в социальном взаимодействии и сенсорной переработке. По МКБ-10 ему могут поставить «F84.0 - детский аутизм» или даже «F84.5 - синдром Аспергера» (если специалист знает эту редкую рубрику). По МКБ-11 ему бы поставили «6A02.0 - расстройство аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с легким нарушением речевой функции или без него».

В России он получает один из старых диагнозов. В зависимости от того, какой именно, рекомендации ПМПК будут разными: от «инклюзия в обычный класс с тьютором» до «специальная школа для детей с РАС». При этом ребёнок один, а подходы различаются - потому что классификация

устарела и не даёт точной картины.

Проблема третья: разное понимание тяжести.

В МКБ-10 степень умственной отсталости определялась по IQ: лёгкая (50–69), умеренная (35–49), тяжёлая (20–34), глубокая (менее 20). В МКБ-11 акцент - на адаптивном поведении. Это означает, что один и тот же ребёнок по МКБ-10 может получить диагноз «лёгкая умственная отсталость», а по МКБ-11 - «умеренная» (если его адаптивные навыки значительно ниже интеллектуального потенциала). Или наоборот: ребёнок с IQ 45 по МКБ-10 получает «умеренную УО», а по МКБ-11 - «лёгкую», если его социальные навыки развиты хорошо.

В России он получает диагноз по IQ. А его адаптивные навыки игнорируются. В результате ребёнок может быть направлен в неподходящую школу, потому что классификация не учитывает, как он на самом деле справляется в жизни.

Проблема четвёртая: старые диагнозы, которых больше нет в мире.

В МКБ-11 нет синдрома Аспергера (он включён в общий спектр РАС). Нет «атипичного аутизма». Нет «гиперкинетического расстройства» (оно вошло в СДВГ). Но в России эти термины всё ещё используются. Ребёнок приходит в школу с диагнозом «синдром Аспергера», и учитель, который слышал этот термин, пытается работать по старым рекомендациям. А ПМПК, которая формально работает по МКБ-10, не может дать современных рекомендаций. Возникает пута-

ница, которая мешает ребёнку получить помощь вовремя.

Проблема пятая: непонимание новых категорий.

Новые категории МКБ-11, такие как «расстройство вследствие пристрастия к компьютерным играм» или «патологическое избирательно-ограничительное потребление пищи», часто не воспринимаются всерьёз специалистами, привыкшими к МКБ-10. «Это же просто капризы!» - говорят они. И не направляют ребёнка на нужное обследование. А ребёнок страдает. Его игровая зависимость прогрессирует, или его пищевое расстройство приводит к истощению, а диагноз не поставлен, потому что специалист не признаёт новую классификацию. В России, где МКБ-11 не введена, такие состояния вообще не получают должного внимания.

Реальный пример: ребёнок с РАС и сохранным интеллектом

Возьмём конкретный случай. Мальчик 10 лет. Он прекрасно читает, решает сложные математические задачи, знает наизусть энциклопедию по динозаврам. Но он не смотрит в глаза, не понимает шуток, не может поддерживать разговор, а в шумном классе закрывает уши и кричит.

По МКБ-10 ему могут поставить: F84.5 - синдром Аспергера. Или F84.0 - детский аутизм (если специалист не отличает высокофункциональный аутизм от синдрома Аспергера). Или вообще F83 - смешанное специфическое расстройство психологического развития (если специалист не уверен). В зависимости от того, какой диагноз поставлен, реко-

мендации ПМПК будут разными: от «инклюзия в обычный класс с тьютором» до «специальная школа для детей с РАС».

По МКБ-11 ему бы поставили: 6A02.0 - расстройство аутистического спектра без нарушения интеллектуального развития и с легким нарушением речевой функции или без него. Это более точное описание. ПМПК видит: интеллект сохранён, речь - лёгкие нарушения (или их нет). Значит, ребёнок может учиться по общей программе, но ему нужна сенсорная разгрузка, визуальная поддержка, помощь в социальной адаптации.

Но в России он получит один из старых диагнозов. И его маршрут будет зависеть от того, какой именно. Это лотерея. А ведь если бы работали по МКБ-11, рекомендации были бы точнее, а шансы на правильную школу - выше.

Почему Россия до сих пор на МКБ-10 и когда это изменится

Причины задержки многообразны. Во-первых, масштаб: переход требует перестройки всей системы здравоохранения - электронных баз данных, статистических отчётов, учебных программ для врачей. Это колоссальные затраты времени и денег. Во-вторых, сопротивление части профессионального сообщества: многие специалисты старшего поколения привыкли к МКБ-10 и не хотят переучиваться. В-третьих, нехватка методических материалов на русском языке: хотя перевод главы по психическим расстройствам уже существует, он не является официальным, и многие врачи просто не

имеют доступа к актуальной информации.

В 2021–2022 годах Минздрав объявлял о планах перехода, но сроки многократно сдвигались. По состоянию на 2026 год официального перехода не произошло. В лучшем случае речь идёт о 2027–2028 годах, но даже эти сроки не гарантированы. В результате дети продолжают получать диагнозы по классификации, которая была разработана ещё до того, как их родители пошли в школу.

Что это значит для школы, учителя и ПМПК? Всё остаётся по-старому. Заключение пишется по МКБ-10, рекомендации - по МКБ-10, образовательные программы - по МКБ-10. Но международная наука уже ушла вперёд. И дети, которые могли бы получить более точную помощь, продолжают страдать от устаревших подходов.

Нейробиологический аспект: разные классификации отражают разное понимание природы нарушений

Разные классификации - это не просто разные слова. Это разное понимание того, что происходит в мозге ребёнка.

МКБ-10 была создана в эпоху, когда психиатрия и нейробиология ещё не были так тесно связаны. Диагнозы основывались на внешних признаках (симптомах), а не на биологических механизмах. Поэтому в МКБ-10 много «синдромов» - наборов симптомов, которые могут иметь разные причины.

МКБ-11 - это попытка учесть нейробиологические данные. Аутизм рассматривается как спектр, потому что исследования показывают общие нейробиологические механиз-

мы. СДВГ объединён с гиперкинетическим расстройством, потому что это одно и то же состояние с разными названиями. Умственная отсталость оценивается по адаптивному поведению, потому что IQ не всегда отражает реальные возможности мозга.

Но в России специалист использует старую классификацию. Он смотрит на ребёнка через устаревшую оптику. Он видит «синдром Аспергера», а не «расстройство аутистического спектра с сохранным интеллектом». Он видит «гиперкинетическое расстройство», а не «СДВГ с нарушением внимания». Он видит «умственную отсталость», а не «нарушение интеллектуального развития с хорошими адаптивными навыками».

А нейробиология, в отличие от классификаций, не стоит на месте. Мы знаем, что при аутизме нарушены связи между лобными долями, височными областями и миндалиной. Мы знаем, что при СДВГ снижена активность дофаминовых рецепторов в префронтальной коре. Мы знаем, что при умственной отсталости страдают определённые зоны коры. Эти знания должны влиять на то, как мы классифицируем состояния и как мы помогаем детям.

И когда мы игнорируем новые классификации, мы игнорируем новые знания. Мы продолжаем лечить (и учить) детей по устаревшим схемам, которые не учитывают того, что мы уже знаем о работе их мозга.

Пока мы не синхронизируем диагностические под-

ходы с современной наукой, образовательные решения будут приниматься на основе устаревших данных

МКБ-10 и МКБ-11 - это не просто техническое обновление. Это смена парадигмы в понимании психических расстройств и нарушений развития. И пока Россия остаётся на МКБ-10, образовательные решения будут приниматься на основе устаревших данных.

Пока психиатры ставят диагнозы по МКБ-10, а ПМПК работает по тем же устаревшим критериям, дети не получают точных диагнозов и правильных рекомендаций. Пока учителя не понимают, что означают старые коды, они не могут правильно строить уроки. Пока родители не знают, что их дети могли бы получить более точную помощь, они не могут требовать её.

Что делать?

Ускорить переход на МКБ-11. Министерство здравоохранения должно выделить ресурсы и установить чёткие сроки. Без политической воли переход не состоится.

Обучать специалистов уже сейчас. Даже до официального перехода врачи и психологи должны изучать новые критерии. Это можно делать через курсы повышения квалификации, вебинары, публикации.

Разработать переходные таблицы. Для ПМПК и других органов, которые работают с заключениями, нужны чёткие таблицы соответствия кодов МКБ-10 и МКБ-11. Это временное решение, но оно необходимо, чтобы избежать оши-

бок.

Объяснять учителям. Учителя не должны знать МКБ наизусть, но они должны понимать, что означают коды в заключениях ПМПК. Нужны простые, доступные памятки: «Если в заключении написано X, это значит, что ребёнку нужны Y и Z».

Пересмотреть образовательные стандарты. Программы обучения для детей с ОВЗ должны быть пересмотрены с учётом новой классификации. То, что работало для «синдрома Аспергера», не всегда работает для «РАС без нарушения интеллекта». Адаптированные программы должны быть гибкими и учитывать нейробиологические реалии.

Пока этого не произойдёт, битва классификаций будет продолжаться. И в этой битве проигрывают дети.

В следующей главе мы перейдём к тому, как инклюзия в её нынешнем виде проваливается в реальном классе. Мы разберём механизмы естественного отбора, буллинга и социальной изоляции, которые делают жизнь «особого» ребёнка в обычной школе невыносимой. И увидим, почему даже самые лучшие намерения разбиваются о биологию и устаревшие классификации.

Глава 5. Естественный отбор в классе: Адаптация без тормозов

В предыдущих главах мы разобрали, кто такие дети с ОВЗ, как работает ПМПК и почему классификации МКБ создают хаос. Но даже если все диагнозы будут поставлены правильно, даже если ПМПК будет работать как часы, остаётся главная проблема, с которой сталкивается каждый учитель инклюзивного класса: сам класс.

Класс - это не просто 30 детей за партами. Это социальная группа. Со своими законами, иерархией, борьбой за статус, механизмами включения и исключения. И эти законы сформированы не педагогикой и не гуманизмом. Они сформированы эволюцией. Миллионами лет естественного отбора, который научил нас распознавать «чужих», избегать «странных», защищать группу от «не таких».

Когда мы помещаем ребёнка с ОВЗ в обычный класс без тьютора, без ресурсной поддержки, без предварительной работы с коллективом, мы не даём ему «шанс социализироваться». Мы бросаем его в естественную среду, где законы стаи работают быстрее и жёстче, чем любые педагогические установки. И эти законы беспощадны.

Класс как социальная группа: законы стаи

Чтобы понять, что происходит в школьном классе, нуж-

но отбросить педагогическую оптику и посмотреть на него глазами этолога - учёного, изучающего поведение животных в естественной среде. Виктор Дольник, выдающийся российский этолог, посвятил свою жизнь изучению того, как инстинктивные программы, доставшиеся нам от далёких предков, управляют поведением современного человека. Его главная мысль, которую он многократно повторял в своих работах, звучит жёстко и бескомпромиссно: человек - стадное животное. И все наши благородные порывы, всё воспитание и культура - лишь тонкая плёнка над мощными эволюционными механизмами, которые включаются в критических ситуациях.

Школьный класс - это микромодель первобытной стаи. В ней действуют те же биологические программы, которые миллионы лет управляли поведением наших предков: иерархия, территория, статус, изгнание «чужаков». И эти программы не спрашивают разрешения у педагогов.

Этологический взгляд на класс

В работе «Непослушное дитя биосферы» Дольник показывает, что поведение человека в группе подчиняется тем же закономерностям, что и поведение волков, шимпанзе или крыс. Эти закономерности не являются результатом «дурного воспитания» - они врождённые. И в школе они проявляются с пугающей точностью.

Закон первый - иерархия. В любой группе социальных животных есть чёткая структура доминирования-подчинения.

Кто-то выше, кто-то ниже. Кто-то командует, кто-то подчиняется. Эта иерархия снижает количество конфликтов: когда статусы распределены, можно не драться каждый раз за ресурсы. В классе иерархия строится вокруг силы, ума, красоты, популярности. Дети интуитивно чувствуют, кто «альфа», кто «бета», кто «гамма». И ребёнок с ОВЗ почти всегда попадает на самые нижние ступени. Его странное поведение воспринимается как слабость, а слабость в иерархии наказывается.

Закон второй - территория. У животных есть территории, которые они метят и защищают. В классе - это парты, личное пространство, место в иерархии. Ребёнок с ОВЗ, который постоянно нарушает границы (подходит слишком близко, берёт чужие вещи, издаёт громкие звуки), воспринимается как нарушитель территориального порядка. Группа реагирует агрессивно - как стая на чужака, который вторгся на её территорию.

Закон третий - этологическая изоляция. У социальных животных есть механизм отторжения «нестандартных» особей. Больные, странные, непохожие изгоняются из группы или забиваются до смерти. Это жестоко, но эволюционно оправданно: больная особь может заразить стаю, а странное поведение может привлечь хищников. В классе этот механизм работает через буллинг, насмешки, изоляцию. Ребёнок с РАС, который раскачивается и не смотрит в глаза, - «странный». Ребёнок с СДВГ, который не может сидеть на месте, -

«бесячий». Ребёнок с УО, который не успевает за темпом, - «тупой». Они - те самые «больные» и «странные», которых стая стремится изгнать.

Закон четвёртый - ритуал доминирования. В животном мире есть ритуалы, которые подтверждают иерархию. Более сильный демонстрирует угрозу, более слабый принимает позу подчинения. В классе ритуалы приняли более тонкие формы, но суть осталась той же. Обидчик унижает жертву - и повышает свой статус в глазах группы. Это биологический механизм: агрессор показывает, что он сильнее, а группа принимает это как доказательство его лидерства. Жертва становится инструментом для повышения статуса.

Закон пятый - групповой конформизм. Для стадного животного быть изгнанным из группы - смерть. Поэтому индивид подчиняется групповым нормам, даже если они ему не нравятся. В классе дети, которые могли бы защитить «особого» одноклассника, часто молчат или присоединяются к травле. Не потому, что они злые. А потому, что их мозг подчиняется древней программе: «Будь как все, иначе тебя тоже изгонят».

Закон шестой - снятие напряжения через аутсайдера. В любой группе накапливается напряжение. Конкуренция за статус, борьба за ресурсы, усталость от жёсткой иерархии. Это напряжение нужно куда-то сбрасывать. Самый простой способ - выбрать жертву и спроецировать на неё всю агрессию. Именно так работает буллинг в школе. Ребёнок с ОВЗ

становится идеальным козлом отпущения: он не может дать сдачи, он «не такой», на него можно списать все проблемы класса. Дольник называл это механизмом «смещения агрессии» - когда агрессия, которая должна быть направлена на реальную угрозу (или на конкурента), переадресуется на более слабого и безопасного члена группы.

Закон седьмой - половой диморфизм и статус. У многих социальных животных статус самца определяет его доступ к самкам. Это тоже эволюционный механизм, который работает и у людей. Дети (особенно подростки) постоянно конкурируют за статус в глазах противоположного пола. И унижение «слабого» - один из способов показать свою силу и привлекательность. Ребёнок с ОВЗ, который не может ответить на удар, становится идеальной мишенью для демонстрации «крутости». Это не злоба - это биология.

Закон восьмой - реакция на «нестандартную» внешность и поведение. Дольник писал: «Человек запрограммирован на узнавание себе подобных. Отклонения от нормы вызывают настороженность». Это подтверждается экспериментами: даже дети в возрасте 2–3 лет предпочитают играть с теми, кто выглядит и ведёт себя «как они». Странные движения, необычная речь, отсутствие зрительного контакта - всё это считается мозгом как «чужой». А «чужой» - это потенциально опасный. Поэтому даже до того, как ребёнок с ОВЗ совершит какую-то социальную ошибку, он уже вызывает у одноклассников подсознательное отторжение.

Закон девятый - игра и отвержение. Дольник часто подчёркивал, что игра у молодых социальных животных - это не просто развлечение. Это тренировка социальных навыков, отработка иерархических отношений, обучение взаимодействию. В игре отрабатываются роли: кто будет лидером, кто - подчинённым. В школьной жизни эта динамика проявляется постоянно. Ребёнок с ОВЗ, который не умеет играть по правилам, нарушает ход игры, «ломает» игру - из игры его исключают. А в реальности это означает изоляцию от сверстников.

Закон десятый - имитация и подражание. У социальных животных молодые особи учатся, подражая старшим и более успешным. Это важнейший механизм обучения. В классе дети подражают тем, кто выше по статусу. Если лидер класса травит «особого» - вся группа начинает травить. Если лидер смеётся - вся группа смеётся. Это не злой умысел. Это подражание. И именно поэтому работа с классом должна начинаться с работы с лидерами. Если они примут ребёнка с ОВЗ - скорее всего, примет вся группа. Если они отвергнут - отвергнут все.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «Литрес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на Литрес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.