

**Учебно-методические материалы программы повышения квалификации
специалистов психолого-медико-педагогических комиссий психолого-педагогического
профиля по вопросам использования в работе новых классификаций и критериев для
формирования заключений психолого-медико-педагогических комиссий**

1 – вариативный модуль

Лекционный материал

**Раздел 1. Нормативная и правовая база получения образования детьми с
ограниченными возможностями здоровья, в том числе с инвалидностью, в
образовательных организациях**

*1.1 Нормативно-правовые основы образования обучающихся с ОВЗ и обучающихся с
инвалидностью в Российской Федерации*

Основополагающим законодательным актом, регулирующим процесс образования детей с ОВЗ в РФ, является Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее – ФЗ № 273), регламентирующий право детей с ОВЗ и с инвалидностью на образование и обязывающий федеральные государственные органы, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления создавать необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами названных категорий, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации.

При создании ФЗ №273, учитывались требования следующих международных актов (подписанных СССР или Российской Федерацией) в части защиты прав на получение образования детьми с ограниченными возможностями здоровья и/или с инвалидностью: Декларация о правах умственно отсталых лиц от 20 декабря 1971г.; Декларация о правах инвалидов от 09.12.1975г.; Всемирная программа действий в отношении инвалидов от 3 декабря 1982г.; Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов, 1993г.; «Саламанкская декларация» и «Рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями», июнь 1994 г., в которых правительства всех стран призывают:

- уделять первоочередное внимание необходимости придать «включающий» (инклюзивный) характер системе образования;
- включить принцип «включающего» (инклюзивного) образования как компонент правовой или политической системы;
- разрабатывать способы планирования, контроля и оценки образовательного обеспечения детей и взрослых;
- способствовать и облегчать участие родителей и организаций инвалидов;
- финансировать стратегию ранней диагностики и раннего вмешательства;
- финансировать развитие профессиональных аспектов «включающего» (инклюзивного) образования;
- обеспечивать наличие должных программ по подготовке учителей.

Самым значимым международным документом в области защиты прав лиц с ограниченными возможностями является Конвенция о правах инвалидов от 13 декабря 2006г., ратифицированная Россией в 2012 году. В статье 24 Конвенции говорится, что государства-участники признают право инвалидов на образование. В целях реализации этого права без дискриминации и на основе равенства возможностей государства-участники обеспечивают инклюзивное образование на всех уровнях и обучение в течение всей жизни.

В соответствии с Конвенцией образование должно быть направлено на:

- развитие умственных и физических способностей в самом полном объеме;

- обеспечение инвалидам возможности эффективно участвовать в жизни свободного общества;
- доступ инвалидов к образованию в местах своего непосредственного проживания, при котором обеспечивается разумное удовлетворение потребностей лица;
- предоставление эффективных мер индивидуальной поддержки в общей системе образования, облегчающих процесс обучения;
- создание условий для освоения социальных навыков;
- обеспечение подготовки и переподготовки педагогов.

Напомним, что Конституция РФ (Статья 43) также провозглашает право каждого на образование. Принцип равноправия включает также запрещение дискриминации по состоянию здоровья. Также Россия гарантирует своим гражданам общедоступность и бесплатность общего и начального профессионального образования (ФЗ РФ «Об основных гарантиях прав ребенка в РФ» от 24 июля 1998г. № 124: «Ребенку от рождения принадлежат и гарантируются государством права и свободы человека и гражданина в соответствии с Конституцией Российской Федерации, общепризнанными принципами и нормами международного права, международными договорами Российской Федерации, Семейным кодексом Российской Федерации и другими нормативными правовыми актами Российской Федерации» (статья 10).

Указ «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы» № 761 от 01.06.2012г. признает социальную исключённость уязвимых категорий детей (дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, дети-инвалиды и дети, находящиеся в социально опасном положении) и ставит задачи:

- законодательного закрепления правовых механизмов реализации права детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья на включение в существующую образовательную среду на уровне дошкольного, общего и профессионального образования (права на инклюзивное образование);
- обеспечения предоставления детям качественной психологической и коррекционно-педагогической помощи в образовательных учреждениях;
- нормативно-правового регулирования порядка финансирования расходов, необходимых для адресной поддержки инклюзивного обучения и социального обеспечения детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья;
- внедрения эффективного механизма борьбы с дискриминацией в сфере образования для детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья в случае нарушения их права на инклюзивное образование;
- пересмотр критериев установления инвалидности для детей;
- реформирования системы медико-социальной экспертизы, имея в виду комплектование ее квалифицированными кадрами, необходимыми для разработки полноценной индивидуальной программы реабилитации ребенка, создание механизма межведомственного взаимодействия бюро медико-социальной экспертизы и психолого-медико-педагогических комиссий.
- внедрение современных методик комплексной реабилитации детей-инвалидов.

В Статье 2 ФЗ №273 определены следующие основные понятия, важные для деятельности ПМПК:

9) *образовательная программа* - комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий и в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом, форм аттестации, который представлен в виде учебного плана, календарного учебного графика, рабочих программ учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов, а также оценочных и методических материалов;

16) *обучающийся с ограниченными возможностями здоровья* - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, **подтвержденные**

психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий;

23) *индивидуальный учебный план - учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося;*

27) *инклюзивное образование - обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей;*

28) *адаптированная образовательная программа - образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц...*

Исходя из этих понятий, статус ребенка с ОВЗ, специальные условия для получения им образования и адаптированную образовательную программу может определить только ПМПК.

Согласно **Статье 5** Закона:

5. В целях реализации права каждого человека на образование федеральными государственными органами, органами государственной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления:

1) создаются необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов и наиболее подходящих для этих лиц языков, методов и способов общения и условия, в максимальной степени способствующие получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию этих лиц, в том числе посредством организации инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.

В нескольких статьях ФЗ № 273 говорится об организации образования лиц с ОВЗ и лиц с инвалидностью, и даже предусмотрена отдельная статья 79, регламентирующая организацию получения образования лицами с ОВЗ.

Согласно части 3 статьи 79 ФЗ № 273 под специальными условиями для получения образования обучающимися с ОВЗ понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ОВЗ.

В соответствии с данной статьей органами государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования с учетом рекомендаций ПМПК, а для инвалидов – в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида организуется обучение названной категории обучающихся, включая создание специальных условий в общеобразовательных организациях, реализующих как основные общеобразовательные программы, так и адаптированные основные общеобразовательные программы, как в отдельном коррекционном классе, так и совместно с другими обучающимися.

Необходимость создания образовательных условий для ребенка с ОВЗ фиксируется в рекомендациях ПМПК в соответствии с приказом Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».

Зачисление в образовательные организации детей с ОВЗ регламентируется порядками приема граждан на обучение по образовательной программе дошкольного образования, утвержденной приказом Минобрнауки России от 8 апреля 2014 г. № 293 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам дошкольного образования», и программе общего образования, утвержденной приказом Минобрнауки России от 22 января 2014 г. № 32 «Об утверждении Порядка приема граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования», и осуществляется на основании личного заявления родителя (законного представителя) ребенка и заключения и рекомендаций ПМПК.

В рекомендациях ПМПК должна быть определена образовательная программа (основная образовательная программа начального, или основного, или среднего общего образования; вариант адаптированной основной образовательной программы начального общего образования, или адаптированная основная образовательная программа основного общего или среднего общего образования – ч. 2 ст. 79 ФЗ № 273; вариант адаптированной основной общеобразовательной программы обучающегося с умственной отсталостью; адаптированная образовательная программа или специальная индивидуальная образовательная программа развития, учитывающая особенности психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию обучающегося с ОВЗ, в том числе с умственной отсталостью, – п. 28 ст. 2 ФЗ № 273); форма получения образования; необходимость диагностического периода обучения; направления работы специалистов сопровождения (учитель-логопед, педагог-психолог, специальный психолог, учитель-дефектолог (олигофренопедагог, сурдопедагог, тифлопедагог), социальный педагог; условия прохождения государственной итоговой аттестации и др.

К категории детей-инвалидов относятся дети до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации вследствие нарушений развития и роста ребенка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контроля за своим поведением, обучения, общения, трудовой деятельности в будущем, статус которых установлен учреждениями медико-социальной экспертизы.

Заключение ПМПК ребенка с ОВЗ, как и индивидуальная программа реабилитации или абилитации ребенка с инвалидностью, для родителей (законных представителей) носит заявительный характер (они имеют право не представлять эти документы в образовательные и иные организации). Вместе с тем представленное в образовательную организацию заключение ПМПК и/или ИПРА является основанием для создания органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими государственное управление в сфере образования, и/или органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией условий для обучения и воспитания детей.

В соответствии с частью 11 статьи 13 ФЗ № 273 Минобрнауки России утверждены порядки организации и осуществления образовательной деятельности и устанавливаются требования к организациям, осуществляющим образовательную деятельность по основным общеобразовательным и дополнительным общеобразовательным программам, в том числе в части получения образования детьми-инвалидами и обучающимися с ОВЗ с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья:

– по основным общеобразовательным программам различного уровня и (или) направленности – приказ Минобрнауки России от 17 июля 2015 г. № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования», регламентирующий особенности организации образовательной деятельности для инвалидов и лиц с ОВЗ;

– по дополнительным общеобразовательным программам – приказ Минобрнауки России от 29 августа 2013 г. № 1008 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам».

ФЗ № 273 выделил некоторые особенности при реализации вышеуказанных образовательных программ. В частности, ч. 3 ст. 55 определяет особый порядок приема детей на обучение по рассматриваемым программам: только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций ПМПК.

Для отдельных категорий лиц, обучавшихся по адаптированным основным общеобразовательным программам, предусмотрен особый порядок выдачи документов об обучении. В части 13 ст. 60 ФЗ № 273 указано, что «лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся по адаптированным основным общеобразовательным программам, выдается свидетельство об обучении по образцу и в порядке, которые устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования».

Частью 6 ст. 11 вышеуказанного закона определено, что в целях обеспечения реализации права на образование обучающихся с ОВЗ устанавливаются ФГОС или включаются в федеральные государственные образовательные стандарты специальные требования. А согласно ч. 7 ст. 12 организации, осуществляющие образовательную деятельность по имеющим государственную аккредитацию образовательным программам, разрабатывают образовательные программы в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами и с учетом соответствующих примерных основных образовательных программ.

В части 1 ст. 92 ФЗ № 273 предусмотрено, что государственная аккредитация образовательной деятельности проводится по основным образовательным программам, реализуемым в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, за исключением образовательных программ дошкольного образования.

Таким образом, адаптированные основные общеобразовательные программы являются предметом лицензирования и государственной аккредитации, если образовательная организация до момента разработки АООП не имела лицензии на образовательную деятельность (например, при открытии новых школ).

Согласно ч. 9 ст. 108 ФЗ № 273 выданные до 1 сентября 2013 г. лицензии на осуществление образовательной деятельности и свидетельства о государственной аккредитации переоформляются в целях приведения образовательной деятельности в соответствие с ФЗ № 273 до 1 января 2016 года. Если переоформление лицензии и свидетельства о государственной аккредитации вызвано исключительно приведением образовательной деятельности в соответствие с ФЗ № 273 (без проведения лицензирования или государственной аккредитации новых образовательных программ либо новых мест осуществления образовательной деятельности), то названные процедуры осуществляются без проведения проверки соответствия образовательной организации лицензионным требованиям и аккредитационной экспертизы соответственно. В остальных случаях данные мероприятия проводятся согласно установленному порядку.

Особенности организации образовательной деятельности по основным образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования для лиц с ОВЗ установлены разделом III Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации 17 июля 2015 г. № 1015.

Обучение по адаптированным основным общеобразовательным программам для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как в отдельных образовательных организациях – ч. 5 ст. 79 ФЗ № 273, так и в отдельных классах, группах – ч. 4 рассматриваемой статьи. Организация обучения обучающегося с ОВЗ *совместно* с другими обучающимися – инклюзивное образование – должна осуществляться по адаптированной образовательной программе либо по основной образовательной программе образовательной организации в соответствии с индивидуальным учебным планом, отражающим организацию психолого-педагогической помощи и программу коррекционной работы. Позиция Минобрнауки России по проблеме сосуществования двух подходов к организации обучения детей с ОВЗ изложена в письме от 7 июня 2013 г. № ИР-535/07.

В соответствии со статьей 16 ФЗ № 273 предусмотрена возможность реализации образовательных программ с применением электронного обучения и дистанционных образовательных технологий, в том числе для детей с инвалидностью и детей с ОВЗ. Порядок применения дистанционных образовательных технологий утвержден приказом Минобрнауки России 9 января 2014 года № 2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».

В данном разделе представлены документы федерального, регионального, муниципального уровней и уровня образовательной организации, знание которых является обязательным для специалистов ПМПК. Это обусловлено тем, что условия получения образования детьми с ОВЗ в Российской Федерации определяются психолого-медико-педагогическими комиссиями.

Статья 8. Полномочия органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования

1. К полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования относятся:

12) организация предоставления психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, своем развитии и социальной адаптации.

Таким образом, 5 и 8 статьи Закона определяют ответственных за организацию обучения и поддержку детей с ОВЗ.

В соответствии с частью 6 **статьи 11** Закона в целях обеспечения реализации права на образование обучающихся с ОВЗ устанавливаются федеральные государственные образовательные стандарты (далее – ФГОС) образования указанных лиц или в федеральные государственные образовательные стандарты включаются специальные требования.

Приказом Минобрнауки РФ от «19» декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» и приказом Минобрнауки РФ от «19» декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)» закреплены вариативные возможности обучения для всех категорий детей с ОВЗ исходя из образовательных потребностей каждого, в том числе, и совместное - инклюзивное образование. Тем самым обеспечивается единство образовательного пространства Российской Федерации, устраняются существующие препятствия между общим и специальным образованием, в чем отчетливо воплощается движение к международным стандартам образовательной политики в отношении лиц с ОВЗ. Важно то, что ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ ориентирован на федеральный государственный стандарт начального общего образования, имеет единую с ним структуру и

цели, но увеличение сроков обучения позволяет получить ребенку цензовое образование, но в более комфортных условиях.

Но при этом ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) подчеркивает в п.2.4, что «АООП может быть реализована в разных формах: как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях. В таких организациях создаются специальные условия для получения образования указанными обучающимися.»

Это в свою очередь, воплощается в определении во ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ четырех вариантов образовательной программы (1, 2, 3, 4), которые предполагают увеличение удельного веса компонента жизненной компетентности от первого варианта к четвертому при – соответственно - уменьшении удельного веса академического компонента, а также – в случае необходимости – пролонгирование календарных сроков обучения.

При этом для всех вариантов образовательных программ обязательным является включение в их содержание специальной коррекционной работы, а также специальная организация среды и обеспечение систематической специальной помощи обучающимся с ОВЗ с целью создания условий для удовлетворения их особых образовательных потребностей. Кроме того, реализация всех вариантов образовательных программ предполагает создание адаптированных основных общеобразовательных программ (АООП), которые при необходимости индивидуализируются (адаптированная образовательная программа (АОП) в вариантах 1, 2, 3 и специальная индивидуальная программа развития (СИПР) в варианте 4), к которым также могут быть созданы учебные планы, в том числе и индивидуальные, с учетом образовательных потребностей групп или отдельных обучающихся. Соответственно, в разработанном Стандарте дифференцированно формулируются *требования* к кадровому, финансово-экономическому, материально-техническому и учебно-методическому обеспечению образовательных программ, а также рекомендации к осуществлению государственного контроля качества образования детей с ограниченными возможностями здоровья.

Согласно Стандартам обучение ребенка с ОВЗ по тому или иному варианту осваиваемой образовательной программы не является зафиксированной раз и навсегда константой: напротив, предусматривается возможность перехода с одного варианта на другой с учетом мнения родителей, педагогов и решения психолого-медико-педагогической комиссии.

Говоря об обучении детей с ОВЗ нельзя обойти вниманием статью 17 Закона, т.к. именно в ней определяются возможные формы получения образования, определяемые ПМПК или индивидуальной программой реабилитации ребенка с инвалидностью:

Статья 17. Формы получения образования и формы обучения

2. Обучение в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с учетом потребностей, возможностей личности и в зависимости от объема обязательных занятий педагогического работника с обучающимися осуществляется в очной, очно-заочной или заочной форме.

4. Допускается сочетание различных форм получения образования и форм обучения.

5. Формы получения образования и формы обучения по основной образовательной программе по каждому уровню образования,..... определяются соответствующими федеральными государственными образовательными стандартами, образовательными стандартами, если иное не установлено настоящим Федеральным законом.

Определяя образовательную программу ребенка с ОВЗ, специалисты ПМПК должны учитывать, что образовательную деятельность могут осуществлять не только образовательные организации, но и:

Статья 31. Организации, осуществляющие обучение

3. Организации, осуществляющие лечение, оздоровление и (или) отдых, организации, осуществляющие социальное обслуживание, вправе осуществлять образовательную

деятельность по основным и дополнительным общеобразовательным программам, основным программам профессионального обучения.

Определяя для ребенка с ОВЗ специальные условия образования, специалисты ПМПК должны помнить, что их предоставление относится к основным правам обучающихся:

Статья 34. Основные права обучающихся и меры их социальной поддержки и стимулирования

1. Обучающимся предоставляются академические права на:

2) предоставление условий для обучения с учетом особенностей их психофизического развития и состояния здоровья, в том числе получение социально-педагогической и психологической помощи, бесплатной психолого-медико-педагогической коррекции;

Статья 41 и Статья 63 определяют условия обучения обучающихся, осваивающих основные общеобразовательные программы. Но на практике медицинские организации рекомендуют обучение на дому не только детям с соматическими заболеваниями, но и с нарушениями психофизического развития. В этом случае, речь идет о детях с ОВЗ и условия их обучения определяются Статьей 79 Закона.

Статья 41. Охрана здоровья обучающихся

5. Для обучающихся, осваивающих основные общеобразовательные программы и нуждающихся в длительном лечении, создаются образовательные организации, в том числе санаторные, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для таких обучающихся. Обучение таких детей, а также детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, может быть также организовано образовательными организациями на дому или в медицинских организациях. Основанием для организации обучения на дому или в медицинской организации являются заключение медицинской организации и в письменной форме обращение родителей (законных представителей).

6. Порядок регламентации и оформления отношений государственной и муниципальной образовательной организации и родителей (законных представителей) обучающихся, нуждающихся в длительном лечении, а также детей-инвалидов в части организации обучения по основным общеобразовательным программам на дому или в медицинских организациях определяется нормативным правовым актом уполномоченного органа государственной власти субъекта Российской Федерации.)

Статья 63. Общее образование

10. Для обучающихся, нуждающихся в длительном лечении, детей-инвалидов, которые по состоянию здоровья не могут посещать образовательные организации, обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования организуется на дому или в медицинских организациях.

В **Статье 42** Закона - Психолого-педагогическая, медицинская и социальная помощь обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации зафиксирована одна из моделей организации ПМПК (5. На центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи может быть возложено осуществление функций психолого-медико-педагогической комиссии, в том числе проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей, подготовка по результатам обследования детей рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждение, уточнение или изменение ранее данных рекомендаций. Положение о психолого-медико-педагогической комиссии и порядок проведения комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования, по согласованию с федеральным органом исполнительной власти,

осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения.)

Статья 44 Закона - Права, обязанности и ответственность в сфере образования родителей (законных представителей) несовершеннолетних обучающихся – определяет не только права, но и обязанности родителей обучающихся, в том числе и с ОВЗ.

3. Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся имеют право:

1) выбирать до завершения получения ребенком основного общего образования с учетом мнения ребенка, а также с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии (при их наличии) формы получения образования и формы обучения, организации, осуществляющие образовательную деятельность, язык, языки образования, факультативные и элективные учебные предметы, курсы, дисциплины (модули) из перечня, предлагаемого организацией, осуществляющей образовательную деятельность;

б) получать информацию о всех видах планируемых обследований (психологических, психолого-педагогических) обучающихся, давать согласие на проведение таких обследований или участие в таких обследованиях, отказаться от их проведения или участия в них, получать информацию о результатах проведенных обследований обучающихся;

8) присутствовать при обследовании детей психолого-медико-педагогической комиссией, обсуждении результатов обследования и рекомендаций, полученных по результатам обследования, высказывать свое мнение относительно предлагаемых условий для организации обучения и воспитания детей.

4. Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся обязаны:

1) обеспечить получение детьми общего образования;

6. За неисполнение или ненадлежащее исполнение обязанностей, установленных настоящим Федеральным законом и иными федеральными законами, родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся несут ответственность, предусмотренную законодательством Российской Федерации.

Кроме того, в **Статье 55** Закона - Общие требования к приему на обучение в организацию, осуществляющую образовательную деятельность – подчеркивается роль родителей и ответственность организации в организации обучения ребенка с ОВЗ по адаптированной основной общеобразовательной программе:

3. Дети с ограниченными возможностями здоровья принимаются на обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии.

Особая роль – консультативная и экспертная - специалистов ПМПК связана с выполнением **Статьи 58** Закона - Промежуточная аттестация обучающихся:

9. Обучающиеся в образовательной организации по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности с момента ее образования, по усмотрению их родителей (законных представителей) оставляются на повторное обучение, переводятся на обучение по адаптированным образовательным программам в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии либо на обучение по индивидуальному учебному плану.

Трудности на этапе перевода обучающегося на обучение по адаптированной образовательной программе заключаются в том, что велика вероятность выявления у ребенка умственной отсталости. Что, соответственно, ведёт к изменению не только программы обучения, но и всего образовательного маршрута, т.к. обучающийся не сможет получить аттестат об образовании. Все эти вопросы необходимо обсуждать с родителями ребенка.

Итоговая аттестация регулируется **Статьей 59** Закона, но необходимость создания условий и сами условия рекомендуются специалистами ПМПК:

Статья 59. Итоговая аттестация

13. Государственная итоговая аттестация по образовательным программам среднего общего образования проводится в форме единого государственного экзамена (далее - единый государственный экзамен), а также в иных формах, которые могут устанавливаться:

1), для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по образовательным программам среднего общего образования или для обучающихся детей-инвалидов и инвалидов по образовательным программам среднего общего образования федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

Статьей 79 Закона - Организация получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья - закреплено право детей с ОВЗ, в том числе и со сложной структурой дефекта, детей с выраженными формами умственной отсталости, на получение образования по адаптированным основным образовательным программам, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Образование обучающихся с ОВЗ и инвалидностью осуществляется в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по общеобразовательным программам и (или) адаптированным основным общеобразовательным программам. В таких организациях создаются специальные условия для получения образования указанными обучающимися:

Если ребенок с ОВЗ обучается в общеобразовательном классе - *1. Содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.*

Содержание и условия обучения ребенка с ОВЗ в отдельных образовательных организациях или отдельных классах регулируется адаптированной основной общеобразовательной программой согласно п.2, 4 и 5 Статьи 79 Закона:

2. Общее образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам. В таких организациях создаются специальные условия для получения образования указанными обучающимися.

4. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

5. Отдельные организации, осуществляющие образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам, создаются органами государственной власти субъектов Российской Федерации для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с умственной отсталостью, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами и других обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

3. Под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья в настоящем Федеральном законе понимаются условия обучения, воспитания и развития таких обучающихся, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

11. При получении образования обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков. Указанная мера социальной поддержки является расходным обязательством субъекта Российской Федерации в отношении таких обучающихся, за исключением обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета. Для инвалидов, обучающихся за счет бюджетных ассигнований федерального бюджета, обеспечение этих мер социальной поддержки является расходным обязательством Российской Федерации.

1.2 Роль ПМПК в системе образования РФ

Необходимо понимать, что приведенный перечень специальных условий, в основном описывает изменения условий образования как несколько избыточно (сурдопереводчики и тифлосурдопереводчики никогда не работали в системе специального (коррекционного) образования, и их так мало в России, что предоставить каждому ребенку с сенсорными нарушениями не представляется возможным), так и не достаточно полно, т.к. особые образовательные потребности у каждого обучающегося с ОВЗ специфичны и отразить их в Законе невозможно. Как раз уточнение и определение образовательных условий и входит в сферу ответственности специалистов ПМПК.

Необходимо помнить, что статус ребенка-инвалида и ребенка с ОВЗ не обязательно будут у одного лица. Согласно Федеральному закону от 24 ноября 1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» инвалид — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты. Процедура (порядок, условия, орган) признания человека инвалидом и лицом с ОВЗ различна, различны и цели установления такого статуса. Вообще, и прежний, и новый законы учитывают разницу между понятиями «лицо с ОВЗ» и «инвалид». Оба термина упоминаются в текстах Законов, но инвалидам и обучающимся с ОВЗ предоставляются разные меры поддержки. Меры поддержки детям с инвалидностью обеспечиваются Федеральными органами власти, в отличие от расходов по созданию специальных образовательных условий для детей с ОВЗ, что особенно важно в условиях сиквестирования бюджетов субъектов РФ. Кроме того, в Федеральном законе Российской Федерации от 28 декабря 2013 г. № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» определены цели социального обслуживания – улучшение условий жизнедеятельности человека и (или) расширение его возможностей самостоятельно обеспечивать основные жизненные потребности и введено понятие «социальное сопровождение» (ст. 22). В социальное обслуживание входит, помимо социальных услуг, также содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи.

В Положении о психолого-медико-педагогической комиссии (Приказ Минобрнауки РФ от 20 сентября 2013 г. № 1082 г.) определены основные направления деятельности ПМПК:

- а) проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) детей в возрасте от 0 до 18 лет с целью своевременного выявления недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;
- б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;
- г) оказание федеральным государственным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида.

Согласно Приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 10 декабря 2013 г. № 723 «Об организации работы по межведомственному взаимодействию федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы с психолого-медико-педагогическими комиссиями» при обследовании на ПМПК ребенка с

инвалидностью необходимо учитывать, что «.... *федеральные государственные учреждения медико-социальной экспертизы организуют взаимодействие с психолого-медико-педагогическими комиссиями в целях координации действий при освидетельствовании детей с целью установления инвалидности для решения следующих задач:*

а) повышения объективности установления структуры и степени ограничений жизнедеятельности ребенка;

б) повышения качества и оперативности медико-социальной экспертизы при признании ребенка инвалидом;

в) разработки оптимальных для детей-инвалидов индивидуальных программ реабилитации (далее - ИПР)».

Отсюда вытекает задача заключить договоры о сотрудничестве между двумя ведомствами в части форм запросов о предоставлении сведений из протоколов и заключений психолого-медико-педагогических комиссий (при согласии законного представителя ребенка) и приглашения для участия в проведении медико-социальной экспертизы представителя психолого-медико-педагогической комиссии с правом совещательного голоса в целях оказания содействия в разработке ИПР ребенка-инвалида.

Приказом Минтруда России от 17.12.2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» определена количественная система оценки степени выраженности стойких нарушений функций организма человека, обусловленных заболеваниями, последствиями травм или дефектами (в процентах, применительно к клинико-функциональной характеристике стойких нарушений функций организма человека. И выделяются 4 степени выраженности стойких нарушений функций организма человека:

I степень - стойкие незначительные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 10 до 30 процентов;

II степень - стойкие умеренные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 40 до 60 процентов;

III степень - стойкие выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 70 до 80 процентов;

IV степень - стойкие значительно выраженные нарушения функций организма человека, обусловленные заболеваниями, последствиями травм или дефектами, в диапазоне от 90 до 100 процентов.

Задача ПМПК состоит в помощи Бюро МСЭ по объективизации образовательного статуса ребенка и разработке рекомендаций по созданию специальных условий получения образования в рамках определения способности к обучению при разработке индивидуальной программы реабилитации инвалида или абилитации инвалида - комплекса оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности» (Приказ Минтруда России от 31.07.2015 № 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»).

В этом приказе впервые обозначены виды помощи, оказываемые ребёнку-инвалиду в преодолении барьеров, мешающих получению им услуг на объектах социальной,

инженерной и транспортной инфраструктур наравне с другими лицами, организациями, представляющими услуги населению:

- Помощь ребенку-инвалиду, передвигающемуся в кресле-коляске, на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, при входе в такие объекты и выходе из них, посадке в транспортное средство и высадке из него, в том числе с использованием кресла-коляски.

- Сопровождение ребенка-инвалида, имеющего стойкие расстройства функции зрения и самостоятельного передвижения, и оказание ему помощи на объектах социальной, инженерной и транспортной инфраструктур

- Обеспечение допуска на объекты социальной, инженерной и транспортной инфраструктур, в которых предоставляются услуги, собаки-проводника при наличии документа, подтверждающего ее специальное обучение в соответствии с законодательством Российской Федерации.

- Предоставление ребенку-инвалиду по слуху при необходимости услуги с использованием русского жестового языка, включая обеспечение допуска сурдопереводчика, тифлосурдопереводчика.

- Оказание необходимой помощи ребенку-инвалиду в доступной для него форме в уяснении порядка предоставления и получения услуги, в оформлении документов, в совершении им других необходимых для получения услуги действий.

Результатом посещения ребенком с ОВЗ психолого-медико-педагогической комиссии должны стать рекомендации по созданию условий получения образования исходя из особых образовательных потребностей ребенка, а не из наличия этих условий в организации.

Исходя из комплексной оценки состояния организма ребёнка с ОВЗ на основе анализа его клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых и психологических данных бюро МСЭ может признать его инвалидом.

В связи с тем, что обучение и воспитание детей дошкольного возраста, определено Законом об образовании в РФ как уровень общего образования, все вышеизложенное, в части деятельности ПМПК, относится к гражданам Российской Федерации с момента рождения до достижения ими 18 лет, и/или до окончания их обучения по образовательным программам, регламентируемым всеми Федеральными государственными образовательными стандартами.

Перечень нормативно-правовых документов, знание которых необходимо сотруднику ПМПК:

ФЗ от 3 мая 2012 г. № 46-ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов»

ФЗ от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 21.07.2014, с изм. от 01.12.2014) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

Постановление Правительства РФ от 20 февраля 2006 г. № 95 «О порядке и условиях признания лица инвалидом»

ФЗ от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

ФЗ от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации».

Санитарно-эпидемиологические правила и нормативы СанПиН 2.4.2.3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» (утверждены постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 10 июля 2015 г. № 26).

Приказ Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»

Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 №1013н (в ред. от 26.01.2012) «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при осуществлении медико-

социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

Приказ Минтруда России от 29.09.2014 № 664н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

Приказ Минтруда России от 17.12.2015 №1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы»

Приказ Минтруда России от 31.07.2015 № 528н «Об утверждении Порядка разработки и реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалида, индивидуальной программы реабилитации или абилитации ребенка-инвалида, выдаваемых федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы, и их форм»

Приказ Минтруда России от 15.10.2015 №723н «Об утверждении формы и Порядка предоставления органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями независимо от их организационно-правовых форм информации об исполнении возложенных на них индивидуальной программой реабилитации или абилитации инвалида и индивидуальной программой реабилитации или абилитации ребенка-инвалида мероприятий в федеральные государственные бюро медико-социальной экспертизы»

Приказ Минобрнауки России от 9.11.2015 №1309 «Об утверждении порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи»

Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья»

Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

Федеральные государственные образовательные стандарты начального, основного и среднего общего образования

Приказ Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования» (в ред. от 17 июля 2015 г.).

Приказ Минобрнауки России от 4 октября 2010 г. № 986 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений».

Приказ Минобрнауки России от 22 января 2014 г. № 32 «Об утверждении порядка приема граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

Приказ Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. №1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии.

Приказ Минобрнауки России от 29 августа 2013 г. № 1008 «Порядок организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным образовательным программам».

Приказ Минтруда России от 18 октября 2013 г. № 544н «Об утверждении профессионального стандарта «Педагог (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель)».

Приказ Минобрнауки России от 14 октября 2013 г. № 1145 «Об утверждении образца свидетельства об обучении и порядка его выдачи лицам с ограниченными возможностями

здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся по адаптированным основным образовательным программам».

Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

Приказ Минобрнауки России от 9 января 2014 года № 2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».

Приказ Минобрнауки России от 2 сентября 2013 г. № 1035 «О признании не действующим на территории Российской Федерации письма Министерства просвещения СССР от 5 мая 1978 г. № 28-М «Об улучшении организации индивидуального обучения больных детей на дому» и утратившим силу письма Министерства народного образования РСФСР от 14 ноября 1988 г. № 17-253-6 «Об индивидуальном обучении больных детей на дому» (совместно с письмом Министерства образования и науки РФ от 5 сентября 2013 г. № 07-1317 «Об индивидуальном обучении больных детей на дому»).

Приказ Минобрнауки России от 9 ноября 2015 г. № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи».

Приказ Министерства образования и науки РФ от 30 августа 2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам дошкольного образования».

Приказ Министерства образования и науки РФ от 30 августа 2013 г. № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».

В соответствии с Законом в данных приказах изложены особенности организации образовательной деятельности для лиц с ограниченными возможностями здоровья и предусмотрена возможность обучения по индивидуальному учебному плану, в порядке, установленном локальными нормативными актами образовательной организации, организация обучения по адаптированным программам, создание специальных условий образования для лиц с ОВЗ и реализация программ посредством сетевых форм.

Основная литература

1. «Об образовании в Российской Федерации» - Закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 года.
2. «Всеобщая Декларация прав человека» Генеральной Ассамблеи ООН 10 декабря 1948 года
3. «Конвенция о борьбе с дискриминацией в области образования» Принята 14 декабря 1960 года Генеральной конференцией Организации Объединенных Наций по вопросам образования, науки в культуры (ЮНЕСКО)
4. «Декларация Генеральной Ассамблеи ООН о правах умственно отсталых лиц» - принята Генеральной Ассамблеей ООН 20 декабря 1971 г.
5. «Декларация ООН о правах инвалидов» - провозглашена резолюцией 3447 (XXX) Генеральной Ассамблеи от 9 декабря 1975 года
6. «Всемирная программа действий в отношении инвалидов» - Принята резолюцией 37/52 Генеральной Ассамблеи ООН от 3 декабря 1982 года

7. «Конвенция ООН о правах ребенка» - Принята резолюцией 45/25 Генеральной Ассамблеи ООН от 20 ноября 1989 г., ратифицирована Постановлением Верховного Совета СССР от 13 июня 1990 г.

Дополнительная литература

1. «Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» - приняты резолюцией 48/96 Генеральной Ассамблеи от 20 декабря 1993 года

2. «Саламанкская декларация о принципах, политике и практической деятельности в сфере образования лиц с особыми потребностями», Саламанка, Испания, 7-10 июня 1994 г.

3. «Конвенция о правах инвалидов» - принята резолюцией 61/106 Генеральной Ассамблеи от 13 декабря 2006 года

4. «Рекомендация №R (92) 6 Комитета министров государствам-членам о последовательной политике в отношении инвалидов» - принята Комитетом министров Совета Европы 9 апреля 1992 года

5. «Осуществление Всемирной программы действий в отношении инвалидов: достижение провозглашенных в Декларации тысячелетия целей в области развития, касающихся инвалидов - принята резолюцией Генеральной Ассамблеей ООН № 62/127 от 18.12.2007.

Раздел 2. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

В данном разделе рассматриваются требования к структуре и содержанию Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 года № 1598) и Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.12.2014 года № 1599) вступают в действие с 1 сентября 2016 года и закрепляются права и обязанности по определению варианта адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающегося с ограниченными возможностями здоровья, а также по предоставлению рекомендаций по изменению варианта данной программы.

2.1 Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья: структура, содержание

Структура Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья представляет собой совокупность обязательных требований при реализации адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Стандарт включает в себя требования к:

1) структуре адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования (в том числе к соотношению обязательной части основной общеобразовательной программы и части, формируемой участниками образовательных отношений) и их объему;

2) условиям реализации адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования, в том числе кадровым, финансовым, материально-техническим и иным условиям;

3) результатам освоения адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования.

Требования к структуре АООП НОО

Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования определяет содержание и организацию образовательной деятельности на уровне начального общего образования и обеспечивает решение задач образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования самостоятельно разрабатывается в соответствии со Стандартом и с учетом примерной АООП НОО и утверждается организацией.

Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования реализуется с учетом образовательных потребностей *групп* или отдельных обучающихся с ограниченными возможностями здоровья *на основе специально разработанных учебных планов*, в том числе индивидуальных, которые обеспечивают освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося.

На основе Стандарта организация может разработать в соответствии со спецификой своей образовательной деятельности один или несколько вариантов адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования с учетом особых образовательных потребностей обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. *Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования может быть реализована как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях.* Для обеспечения освоения обучающимися с ОВЗ адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования возможно использование сетевой формы.

Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования включает обязательную часть и часть, формируемую участниками образовательных отношений.

Соотношение частей определяется дифференцированно в зависимости от варианта данной программы. Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования реализуется организацией через организацию урочной и внеурочной деятельности.

Структура Адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования должна содержать три раздела: целевой, содержательный и организационный.

Целевой раздел определяет общее назначение, цели, задачи и планируемые результаты реализации адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования, а также способы определения достижения этих целей и результатов и включает:

- пояснительную записку;
- планируемые результаты освоения обучающимися с ограниченными возможностями здоровья адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования;
- систему оценки достижения планируемых результатов освоения адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования.

Содержательный раздел определяет общее содержание начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и включает следующие программы, ориентированные на достижение личностных, предметных и метапредметных результатов (в зависимости от варианта АООП НОО содержательный раздел может быть ориентирован на достижение только личностных и предметных результатов):

- программу формирования универсальных учебных действий у обучающихся (в зависимости от варианта АООП НОО);

- программы отдельных учебных предметов, курсов коррекционно-развивающей области и курсов внеурочной деятельности;
- программу духовно-нравственного развития, воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья при получении начального общего образования (*в зависимости от варианта АООП НОО – нравственного развития, воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья*);
- программу формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни;
- программу коррекционной работы;
- программу внеурочной деятельности.

Организационный раздел определяет общие рамки организации образовательной деятельности, а также механизмы реализации адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования.

Организационный раздел включает:

- учебный план начального общего образования, включающий предметные и коррекционно-развивающую области, направления внеурочной деятельности;
- систему специальных условий реализации адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования в соответствии с требованиями Стандарта.

Учебный план обеспечивает введение в действие и реализацию требований стандарта, определяет общий объем нагрузки и максимальный объем аудиторной нагрузки обучающихся, состав и структуру обязательных предметных и коррекционно-развивающей областей по классам (годам обучения).

Учебный план включает предметные области в зависимости от вариантов АООП НОО. Количество учебных занятий по предметным областям за 4 учебных года не может составлять более 3039 часов, за 5 учебных лет – более 3821 часа, за 6 учебных лет – более 4603 часов.

Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования может включать как один, так и несколько учебных планов.

Реализация АООП НОО может быть организована как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях. Для обеспечения освоения обучающимися с ОВЗ АООП НОО возможно использование сетевой формы. АООП НОО включает обязательную часть и часть, формируемую участниками образовательных отношений. Соотношение частей определяется дифференцированно в зависимости от варианта АООП НОО и составляет: 80% и 20%, 70% и 30% или 60% и 40%.

Адаптированные основные общеобразовательные программы начального общего образования могут быть разработаны в общеобразовательных организациях при наличии в них классов для детей разных категорий, обучающихся по вариантам 1, 2, 3, а также при наличии классов для детей с умственной отсталостью – варианты 1, 2 в соответствии с ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), и вариант 4 в соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ.

Адаптированные образовательные программы могут быть разработаны по числу детей с ограниченными возможностями здоровья в инклюзивных классах и/или при включении обучающегося с ОВЗ, имеющего особые образовательные потребности, в класс, реализующий АООП. Например, обучающегося с глухотой и легкой степенью умственной отсталости в класс для глухих детей.

Определение варианта адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования осуществляется на основе рекомендаций психолого-педагогической комиссии, сформулированных по результатам комплексного психолого-медико-педагогического обследования ребенка, в случае наличия у обучающегося инвалидности – с учетом ИПР и мнения родителей (законных представителей).

Поскольку стандарт закрепляет за психолого-медико-педагогической комиссией права и обязанности по установлению условий получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья, определению варианта адаптированной основной общеобразовательной программы для каждого обучающегося с ограниченными возможностями здоровья с учетом его образовательных потребностей, а также предоставлению рекомендаций по изменению варианта адаптированной основной образовательной программы обучающегося с ограниченными возможностями здоровья, то это позволит предупредить негативные последствия пребывания обучающегося с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательной организации без создания специальных условий получения образования, одним из которых и является адаптированная основная общеобразовательная программа.

Требования к условиям реализации АООП НОО

Стандарт определяет требования к кадровым, финансовым, материально-техническим и иным условиям получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья.

Требования к условиям получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья представляют собой интегративное описание совокупности условий, необходимых для реализации адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования, и структурируются по сферам ресурсного обеспечения. Интегративным результатом реализации указанных требований является создание комфортной коррекционно-развивающей образовательной среды для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, построенной с учетом их особых образовательных потребностей, которая обеспечивает высокое качество образования, его доступность, открытость и привлекательность для обучающихся, их родителей (законных представителей), духовно-нравственное (нравственное) развитие обучающихся, гарантирует охрану и укрепление физического, психического и социального здоровья обучающихся.

Материально-технические условия реализации адаптированной основной образовательной программы начального общего образования обучающихся с ОВЗ должны обеспечивать:

1) возможность достижения обучающимися с ОВЗ установленных стандартом требований к результатам освоения адаптированной основной образовательной программы начального общего образования;

2) соблюдение:

- санитарно-гигиенических норм образовательного процесса (требования к водоснабжению, канализации, освещению, воздушно-тепловому режиму и т.д.);
- санитарно-бытовых условий (наличие оборудованных гардеробов, санузлов, мест личной гигиены и т.д.);
- социально-бытовых условий (наличие оборудованного рабочего места, учительской, комнаты психологической разгрузки и т.д.);
- пожарной и электробезопасности;
- требований охраны труда;
- своевременных сроков и необходимых объемов текущего и капитального ремонта.

3) возможность для беспрепятственного доступа обучающихся к информации, объектам инфраструктуры образовательного учреждения.

Образовательные организации самостоятельно за счет выделяемых бюджетных средств и привлеченных в установленном порядке дополнительных финансовых средств должны обеспечивать оснащение образовательного процесса на ступени начального общего образования.

Материально-техническое и информационное оснащение образовательного процесса должно обеспечивать возможность:

- создания и использования информации (в том числе запись и обработка изображений и звука, выступления с аудио-, видеосопровождением и графическим сопровождением, общение в сети Интернет и др.);
- получения информации различными способами из разных источников (поиск информации в сети Интернет, работа в библиотеке и др.);
- проведения экспериментов, в том числе с использованием учебного лабораторного оборудования, вещественных и виртуально-наглядных моделей и коллекций основных математических и естественно-научных объектов и явлений; цифрового (электронного) и традиционного измерения;
- наблюдений (включая наблюдение микрообъектов), определения местонахождения, наглядного представления и анализа данных; использования цифровых планов и карт, спутниковых изображений;
- создания материальных объектов, в том числе произведений искусства;
- обработки материалов и информации с использованием технологических инструментов;
- проектирования и конструирования, в том числе моделей с цифровым управлением и обратной связью;
- исполнения, сочинения и аранжировки музыкальных произведений с применением традиционных инструментов и цифровых технологий;
- физического развития, участия в спортивных соревнованиях и играх;
- планирования учебного процесса, фиксирования его реализации в целом и отдельных этапов (выступлений, дискуссий, экспериментов);
- размещения своих материалов и работ в информационной среде образовательного учреждения;
- проведения массовых мероприятий, собраний, представлений;
- организации отдыха и питания.

Материально-техническое обеспечение школьного образования обучающихся с ОВЗ должно отвечать не только общим, но и их специфическим образовательным потребностям. В связи с этим в структуре материально-технического обеспечения процесса образования той или иной категории обучающихся отражена специфика требований к:

- организации пространства, в котором обучается ребенок с ОВЗ;
- организации временного режима обучения;
- организации рабочего места;
- техническим средствам обучения;
- учебникам, рабочим тетрадям и дидактическим материалам, отвечающим особым образовательным потребностям детей на каждой ступени образования в соответствии с выбранным уровнем и вариантом программы;
- материально-техническому обеспечению педагогических кадров и других участников образовательного процесса.

Требования к результатам освоения АООП НОО

Стандарт устанавливает требования к личностным, метапредметным и предметным результатам освоения обучающимися с ограниченными возможностями здоровья разных вариантов адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования.

В зависимости от варианта адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования Стандарт может устанавливать требования только к личностным и предметным результатам, например, для глухих обучающихся – варианты 1.3-1.4; для слабослышащих и позднооглохших обучающихся – вариант 2.3; для слепых обучающихся – вариант 3.3-3.4; для слабовидящих – вариант 4.3; для обучающихся с НОДА – варианты 6.3-6.4; для обучающихся с РАС – варианты 8.3-8.4.

Личностные результаты включают овладение обучающимися компетенциями, необходимыми для решения практико-ориентированных задач и обеспечивающими становление социальных отношений обучающихся в различных средах, сформированность мотивации к обучению и познанию.

Метапредметные результаты включают освоенные обучающимися универсальные учебные действия (познавательные, регулятивные и коммуникативные), которые составляют основу умения учиться, обеспечивают овладение межпредметными знаниями, приобретение опыта познания и осуществление разных видов деятельности.

Предметные результаты связаны с овладением обучающимися содержанием каждой предметной области, характеризуют опыт специфической для предметной области деятельности по получению нового знания, достижения в усвоении знаний и умений, возможности их применения в практической деятельности и жизни. Предметные результаты овладения содержанием коррекционно-развивающей области обеспечивают обучающимся с ограниченными возможностями здоровья эффективное освоение адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования, коррекцию и профилактику нарушений развития, социализацию и социальную адаптацию.

Модель связей универсальных учебных действий с учетом возрастно-психологических особенностей обучающихся с ОВЗ и в зависимости от характера нарушения и структуры дефекта обусловлена наличием системы:

- мотивов,
- особенностей целеполагания,
- учебных действий,
- контроля и оценки.

Основными критериями сформированности универсальных учебных действий у детей с ОВЗ является:

- соответствие возрастно-психологическим нормативным требованиям;
- соответствие свойств универсальных действий заранее заданным требованиям;
- сформированность творческой деятельности обучающихся, отражающая уровень развития метапредметных действий, выполняющих функцию управления познавательной деятельностью обучающихся.

Вместе с тем, определены условия и факторы развития и формирования универсальных учебных действий в образовательном процессе у обучающихся с ОВЗ на этапе завершения обучения. Значимость выделения и описания условий и факторов развития и формирования универсальных учебных действий в образовательном процессе обусловлена новым социальным запросом, отражающим трансформацию России из индустриального в постиндустриальное информационное общество, основанное на знаниях и высоком инновационном потенциале граждан и обусловлена определением цели образования как общекультурного, личностного и познавательного развития обучающихся, обеспечивающей ключевую компетенцию образования как «научить учиться» детей с ОВЗ.

Понятие «универсальные учебные действия» в образовательном процессе означает способность субъекта к саморазвитию и самосовершенствованию путем сознательного и активного присвоения нового социального опыта, а также: совокупность действий обучающегося, обеспечивающих его культурную идентичность, социальную компетентность, толерантность, способность к самостоятельному усвоению новых знаний и умений, включая организацию этого процесса.

Условия развития и формирования универсальных учебных действий в образовательном процессе:

- обеспечение возможностей обучающегося самостоятельно осуществлять деятельность учения, ставить учебные цели, искать и использовать необходимые средства и способы достижения, контролировать и оценивать процесс и результаты деятельности;

- обеспечение развитие личности и ее самореализации на основе готовности к непрерывному образованию, компетентности «научить учиться», толерантности жизни в поликультурном обществе, высокой социальной и профессиональной мобильности;

- обеспечение успешного усвоения знаний, умений и навыков и формирование картины мира и компетентностей в любой предметной области познания.

Факторы развития и формирования универсальных учебных действий в образовательном процессе:

- надпредметный, метапредметный характер образовательной деятельности при получении образования;

- целостность общекультурного, личностного и познавательного развития и саморазвития личности;

- преемственность всех уровней образования;

- организация и регуляция любой деятельности обучающегося независимо от ее специально-предметного содержания;

- усвоение учебного содержания и формирования психологических способностей обучающегося.

Итак, стандарт устанавливает дифференцированные требования к результатам освоения адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования в соответствии с особыми образовательными потребностями разных групп обучающихся с ОВЗ. *Итоговая оценка качества освоения обучающимися с ограниченными возможностями здоровья адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования осуществляется организацией.*

2.2 Требования к адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования обучающихся с тяжелыми нарушениями речи

Рассмотрим требования к адаптированной основной общеобразовательной программе начального общего образования на примере обучающихся с тяжелыми нарушениями речи.

Адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования определяет содержание и организацию образовательной деятельности на уровне начального общего образования.

Вариант 5.1. предполагает, что обучающийся с ТНР получает образование, полностью соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения образованию сверстников с нормальным речевым развитием, находясь в их среде и в те же сроки обучения. Срок освоения АООП НОО составляет 4 года.

Вариант 5.2. предполагает, что обучающийся с ТНР получает образование, соответствующее по конечным достижениям с образованием сверстников, не имеющих нарушений речевого развития, но в более пролонгированные календарные сроки, находясь в среде сверстников с речевыми нарушениями и сходными образовательными потребностями или в условиях общего образовательного потока (в отдельных классах).

На основе стандарта организация может разработать в соответствии со спецификой своей образовательной деятельности один или несколько вариантов АООП НОО с учетом особых образовательных потребностей обучающихся.

АООП НОО включает обязательную часть и часть, формируемую участниками образовательного процесса. Обязательная часть АООП НОО для обучающихся с ТНР составляет – 80%, а часть, формируемая участниками образовательного процесса – 20% от общего объема АООП НОО. Учебный план включает обязательные предметные области и коррекционно-развивающую область.

По варианту 5.1. – обязательные предметные области учебного плана и основные задачи реализации содержания предметных областей соответствуют ФГОС НОО.

По варианту 5.2. – обязательные предметные области учебного плана и основные задачи реализации содержания предметных областей соответствуют ФГОС НОО, однако выделяются дополнительные задачи реализации содержания в предметных областях:

филология, математика и информатика, обществознание и естествознание (Окружающий мир) и др.

Коррекционно-развивающая область и основные задачи реализации содержания.

По варианту 5.1. – коррекционно-развивающая область является обязательной частью внеурочной деятельности, поддерживающей процесс освоения содержания АООП НОО. Содержание коррекционно-развивающей работы для каждого обучающегося определяется с учетом его особых образовательных потребностей на основе рекомендаций ПМПК, ИПР.

По варианту 5.2. – коррекционно-развивающая область является обязательной частью внеурочной деятельности, поддерживающей процесс освоения содержания АООП НОО. Содержание коррекционно-развивающей области представлено следующими обязательными коррекционными курсами: «Произношение», «Логопедическая ритмика», «Развитие речи».

Программа формирования универсальных учебных действий у обучающихся. Программа формирования универсальных учебных действий у обучающихся с ТНР должна содержать описание связи универсальных учебных действий с содержанием индивидуальной и (или) подгрупповой логопедической работы. Сформированность универсальных учебных действий у обучающихся с ТНР должна быть определена на этапе завершения обучения в начальной школе.

Программы отдельных учебных предметов, курсов коррекционно-развивающей области разрабатывается на основе требований к личностным, метапредметным и предметным результатам освоения АООП НОО для обучающихся с ТНР и программы формирования универсальных учебных действий.

Программа духовно-нравственного развития, воспитания. Программа духовно-нравственного развития должна включать перечень планируемых социальных компетенций, моделей поведения обучающихся с ТНР, формы организации работы.

Программа коррекционной работы.

По варианту 5.1 – программа коррекционной работы должна обеспечивать осуществление специальной поддержки освоения АООП НОО.

Специальная поддержка освоения АООП НОО осуществляется в ходе всего учебно-образовательного процесса.

Основными образовательными направлениями в специальной поддержке освоения АООП НОО являются:

- коррекционная помощь в овладении базовым содержанием обучения;
- коррекция нарушений устной речи, коррекция и профилактика нарушений чтения и письма;
- развитие сознательного использования языковых средств в различных коммуникативных ситуациях с целью реализации полноценных социальных контактов с окружающими;
- обеспечение обучающемуся успеха в различных видах деятельности с целью предупреждения негативного отношения к учебе, ситуации школьного обучения в целом, повышения мотивации к школьному обучению.

В целях удовлетворения особых образовательных потребностей обучающихся с ТНР программа коррекционной работы расширяется за счет включения индивидуально-ориентированного коррекционно-логопедического воздействия, сквозными направлениями которого выступают: работа по преодолению нарушений фонетического компонента речевой функциональной системы; фонологического дефицита и совершенствованию лексико-грамматического строя речи, связной речи, по профилактике и коррекции нарушений чтения и письма, по развитию коммуникативных навыков.

Программа коррекционной работы может предусматривать вариативные формы специального сопровождения обучающихся с тяжелыми нарушениями речи. Варьироваться могут содержание, организационные формы работы, степень участия специалистов сопровождения, что способствует реализации и развитию больших потенциальных возможностей обучающихся с ТНР и удовлетворению их особых образовательных

потребностей. Коррекционная работа осуществляется в ходе всего учебно-воспитательного процесса, при изучении предметов учебного плана и на логопедических занятиях, проводимых на базе организованных при общеобразовательных организациях логопедических пунктов, где осуществляется коррекция нарушений устной речи, профилактика и коррекция нарушений чтения и письма, препятствующих полноценному усвоению программы по всем предметным областям, формированию полноценной речемыслительной деятельности. Достижение уровня речевого развития, оптимального для обучающегося, возможно при реализации вариативных форм логопедического воздействия (подгрупповые, индивидуальные логопедические занятия) с сохранением базового объема знаний и умений обучающихся в области общеобразовательной подготовки.

По варианту 5.2 – программа коррекционной работы обеспечивает:

- возможность освоения обучающимися с ТНР АООП НОО и их интеграции в образовательной организации;
- возможность овладения обучающимися с ТНР навыками коммуникации; дифференциации и осмысления картины мира и ее временно-пространственной организации; осмысление своего социального окружения и освоение соответствующих возрасту системы ценностей и социальных ролей;
- соблюдение допустимого уровня нагрузки, определяемого с привлечением медицинских работников;
- проведение подгрупповых и индивидуальных логопедических занятий.

Программа коррекционной работы должна содержать:

- цель и задачи коррекционной работы с обучающимися на ступени начального общего образования;
- программы коррекционных курсов, обеспечивающих удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся с ТНР, их интеграцию в образовательной организации и освоение ими АООП НОО;
- описание специальных условий обучения и воспитания обучающихся с ТНР, в том числе безбарьерной среды их жизнедеятельности;
- механизм взаимодействия в разработке и реализации коррекционных мероприятий учителей, специалистов в области коррекционной педагогики, психологов, медицинских работников образовательного учреждения и других организаций, специализирующихся в области семьи и других институтов общества, который должен обеспечиваться в единстве урочной, внеурочной и внешкольной деятельности;
- планируемые результаты коррекционной работы.

Программа коррекционной работы на ступени начального общего образования обучающихся с ТНР включает в себя взаимосвязанные направления, отражающие ее основное содержание:

- диагностическая работа обеспечивает своевременное выявление у обучающихся с ТНР особых потребностей в адаптации к освоению АООП НОО, проведение комплексного обследования и подготовку рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи в условиях образовательной организации;
- коррекционно-развивающая работа обеспечивает оказание своевременной адресной специализированной помощи в освоении содержания образования и коррекцию недостатков в физическом и (или) психическом, речевом развитии обучающихся с ТНР;
- консультативная работа обеспечивает непрерывность специального сопровождения обучающихся с ТНР в освоении АООП НОО, консультирование специалистов, работающих с обучающимися, их семей по вопросам реализации дифференцированных психолого-педагогических условий образования, воспитания, коррекции, развития и социализации обучающихся с ТНР;
- информационно-просветительская работа направлена на разъяснительную деятельность по вопросам, связанным с особенностями образовательного процесса для

обучающихся с ТНР, со всеми его участниками - сверстниками, родителями (законными представителями).

Коррекционная работа осуществляется в ходе всего учебно-воспитательного процесса, при изучении предметов учебного плана, специальных курсов и на индивидуальных и (или) подгрупповых логопедических занятиях.

Система оценки достижения планируемых результатов освоения АООП НОО

По варианту 5.1. – система оценки должна ориентировать образовательный процесс на духовно-нравственное развитие, воспитание обучающихся с ТНР; на достижение планируемых результатов освоения содержания учебных предметов НОО, формирование универсальных учебных действий; обеспечивать комплексный подход к оценке результатов освоения обучающимися с ТНР АООП НОО, позволяющий вести оценку предметных, метапредметных и личностных результатов; предусматривать оценку достижений, в том числе итоговую оценку, обучающихся с ТНР, освоивших АООП НОО. Система оценки достижений планируемых результатов должна учитывать результаты коррекционной работы в поддержке освоения АООП НОО, обеспечивающие удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся, успешность в развитии различных видов деятельности.

По варианту 5.2. – система оценки должна ориентировать образовательный процесс на духовно-нравственное развитие, воспитание обучающихся с ТНР; на достижение планируемых результатов освоения содержания учебных предметов НОО и курсов коррекционно-развивающей области, формирование универсальных учебных действий; обеспечивать комплексный подход к оценке результатов освоения обучающимися с ТНР АООП НОО, позволяющий вести оценку предметных (в том числе результатов освоения коррекционно-развивающей области), метапредметных и личностных результатов; предусматривать оценку достижений, в том числе итоговую оценку, обучающихся с ТНР, освоивших АООП НОО. Особенности системы оценки достижений планируемых результатов являются:

1) реализация системно-деятельностного подхода к оценке освоения содержания учебных предметов, специальных курсов, обеспечивающего способность решения учебно-практических и учебно-познавательных задач;

2) реализация уровневого подхода к разработке системы оценки достижения планируемых результатов, инструментария и представления их;

3) использование системы оценки достижения планируемых результатов, предусматривающей оценку эффективности коррекционно-развивающей работы не только в поддержке освоения АООП НОО, но и в формировании коммуникативных умений и навыков во взаимодействии со сверстниками и взрослыми;

4) критерии эффективности освоения АООП НОО устанавливаются не в сопоставлении с общими нормативами, а исходя из достижения оптимальных (лучших для данного обучающегося в данных конкретных условиях) успехов, которые могут быть достигнуты при правильной организации обучения.

Программа внеурочной деятельности. При организации внеурочной деятельности обучающихся организацией используются возможности организаций дополнительного образования детей, организаций культуры и спорта. В период каникул для продолжения внеурочной деятельности могут использоваться возможности организаций отдыха детей и их оздоровления, тематических лагерных смен, летних школ и других. Содержание внеурочной деятельности осуществляется по направлениям: духовно-нравственное, общеинтеллектуальное, спортивно-оздоровительное, социальное, общекультурное.

Адаптированная основная общеобразовательная программа реализуется образовательным учреждением через урочную и внеурочную деятельность с соблюдением требований государственных санитарно-эпидемиологических правил и нормативов. Внеурочная деятельность организуется по направлениям развития личности (духовно-нравственное, физкультурно-спортивное и оздоровительное, социальное,

общеинтеллектуальное, общекультурное, коррекционное) в таких формах, как кружки, художественные студии, спортивные клубы и секции, юношеские организации, краеведческая работа, научно-практические конференции, школьные научные общества, олимпиады, поисковые и научные исследования, общественно полезные практики, военно-патриотические объединения, индивидуальные и подгрупповые логопедические занятия, психологические тренинги.

Формы организации образовательного процесса, чередование урочной и внеурочной деятельности в рамках реализации основной или адаптированной основной общеобразовательной программы определяет образовательная организация с учетом рекомендаций психолого-медико-педагогической комиссии, возможно в рамках сетевого взаимодействия.

Термины

Федеральный государственный образовательный стандарт – совокупность обязательных требований к образованию определенного уровня и (или) к профессии, специальности и направлению подготовки, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

Адаптированная образовательная программа – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Образовательная программа – комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий и в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом, форм аттестации.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий.

Примерная основная образовательная программа – учебно-методическая документация (примерный учебный план, примерный календарный учебный график, примерные рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов), определяющая рекомендуемые объем и содержание образования определенного уровня и (или) определенной направленности, планируемые результаты освоения образовательной программы, примерные условия образовательной деятельности, включая примерные расчеты нормативных затрат оказания государственных услуг по реализации образовательной программы

Основная литература

1. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

Дополнительная литература

2. Федеральный Государственный образовательный стандарт начального общего образования. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 6 октября 2009 г. № 373 – М.: Просвещение, 2009.

Раздел 3. Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

3.1 Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями): структура, содержание

В данной лекции рассмотрены структура и содержание Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

Структура Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) включает:

I. Общие положения.

II. Требования к структуре АООП.

III. Требования к условиям реализации АООП.

IV. Требования к результатам освоения АООП.

Приложение. Требования к АООП обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) – *вариант 1* (требования к АООП для обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) и *вариант 2* (требования к АООП для обучающихся с умственной отсталостью (умеренной, тяжелой, глубокой, тяжелыми и множественными нарушениями развития)).

Общие положения.

Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) – представляет собой совокупность обязательных требований при реализации адаптированных основных общеобразовательных программ в организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Предметом регулирования Стандарта являются отношения в сфере образования вышеназванных групп обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

АООП разрабатывается на основе Стандарта с учетом особенностей указанных групп обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), их психофизического развития, индивидуальных возможностей и обеспечивает коррекцию нарушений развития и их социальную адаптацию.

Стандарт включает в себя требования к:

1) структуре АООП (в том числе к соотношению обязательной части и части, формируемой участниками образовательных отношений) и их объему;

2) условиям реализации АООП, в том числе кадровым, финансовым, материально-техническим и иным условиям;

3) результатам освоения АООП.

Стандарт учитывает их возрастные, типологические и индивидуальные особенности, особые образовательные потребности.

Стандарт определяет *особые образовательные потребности*, являющиеся *общими* для всех обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), и *специфические*, характерные для разных групп обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

К *особым образовательным потребностям*, являющимся *общими* для всех обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), относятся:

- раннее получение специальной помощи средствами образования;
- обязательность непрерывности коррекционно-развивающего процесса, реализуемого как через содержание предметных областей, так и в процессе коррекционной работы;

- научный, практико-ориентированный, действенный характер содержания образования;
- доступность содержания познавательных задач, реализуемых в процессе образования;
- удлинение сроков получения образования;
- систематическая актуализация сформированных у обучающихся знаний и умений;
- специальное обучение их «переносу» с учетом изменяющихся условий учебных, познавательных, трудовых и других ситуаций;
- обеспечение особой пространственной и временной организации общеобразовательной среды с учетом функционального состояния центральной нервной системы и нейродинамики психических процессов обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями);
- использование преимущественно позитивных средств стимуляции деятельности и поведения обучающихся, демонстрирующих доброжелательное и уважительное отношение к ним;
- развитие мотивации и интереса к познанию окружающего мира с учетом возрастных и индивидуальных особенностей обучающегося к обучению и социальному взаимодействию со средой;
- стимуляция познавательной активности, формирование позитивного отношения к окружающему миру.

К особым образовательным потребностям, характерным для обучающихся с легкой степенью умственной отсталости (интеллектуальными нарушениями), относятся:

- выделение пропедевтического периода в образовании, обеспечивающего преемственность между дошкольным и школьным этапами;
- введение учебных предметов, способствующих формированию представлений о природных и социальных компонентах окружающего мира;
- овладение разнообразными видами, средствами и формами коммуникации, обеспечивающими успешность установления и реализации социокультурных связей и отношений обучающегося с окружающей средой;
- возможность обучения по программам профессиональной подготовки квалифицированных рабочих, служащих;
- психологическое сопровождение, оптимизирующее взаимодействие обучающегося с педагогами и другими обучающимися;
- психологическое сопровождение, направленное на установление взаимодействия семьи и организации;
- постепенное расширение образовательного пространства, выходящего за пределы организации.

Удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), тяжелыми и множественными нарушениями развития обеспечивается:

- существенным изменением содержания образования, предполагающим включение учебных предметов, отсутствующих при обучении обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями): «Речь и альтернативная коммуникация», «Человек» и другие;
- созданием оптимальных путей развития;
- использованием специфических методов и средств обучения; дифференцированным, «пошаговым» обучением;
- обязательной индивидуализацией обучения;
- формированием элементарных социально-бытовых навыков и навыков самообслуживания;

- обеспечением присмотра и ухода за обучающимися;
- дозированным расширением образовательного пространства внутри организации и за ее пределами;
- организацией обучения в разновозрастных классах (группах);
- организацией взаимодействия специалистов, участвующих в обучении и воспитании обучающегося, и его семьи, обеспечивающей особую организацию всей жизни обучающегося (в условиях организации и дома).

Стандарт является основой объективной оценки качества образования обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) и соответствия образовательной деятельности организации установленным требованиям.

В основу Стандарта положены деятельностный и дифференцированный подходы.

Стандарт направлен на решение задач образования обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями):

- формирование общей культуры, обеспечивающей разностороннее развитие их личности (нравственно-эстетическое, социально-личностное, интеллектуальное, физическое);
- охрана и укрепление физического и психического здоровья детей, в том числе их социального и эмоционального благополучия;
- формирование основ гражданской идентичности и мировоззрения обучающихся в соответствии с принятыми в семье и обществе духовно-нравственными и социокультурными ценностями;
- формирование основ учебной деятельности (умение принимать, сохранять цели и следовать им в процессе решения учебных задач, планировать свою деятельность, контролировать ее процесс, доводить его до конца, адекватно оценивать результаты, взаимодействовать с педагогами и сверстниками);
- создание специальных условий для получения образования в соответствии с возрастными и индивидуальными особенностями и склонностями, развитие способностей и творческого потенциала каждого обучающегося как субъекта отношений в сфере образования;
- обеспечение вариативности и разнообразия содержания АООП и организационных форм получения образования обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) с учетом их образовательных потребностей, способностей и состояния здоровья, типологических и индивидуальных особенностей;
- формирование социокультурной и образовательной среды с учетом общих и специфических образовательных потребностей разных групп обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

Стандарт устанавливает сроки освоения АООП обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) 9-13 лет.

Стандарт предусматривает возможность гибкой смены образовательного маршрута, программ и условий получения образования обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) на основе комплексной оценки личностных и предметных результатов освоения АООП, заключения психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ПМПК) и согласия родителей (законных представителей).

Требования ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) к структуре АООП

АООП определяет содержание и организацию образовательной деятельности образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

АООП для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), имеющих инвалидность, дополняется *индивидуальной программой реабилитации инвалида* (далее — ИПР) в части создания специальных условий получения образования.

На основе Стандарта организация может разработать в соответствии со спецификой своей образовательной деятельности один или несколько вариантов АООП с учетом особых образовательных потребностей обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (дифференцированные требования к АООП приведены в приложении к Стандарту).

Для обучающихся с умеренной, тяжелой или глубокой умственной отсталостью, с тяжелыми и множественными нарушениями развития на основе требований Стандарта и АООП организация разрабатывает *специальную индивидуальную программу развития* (далее — СИПР), учитывающую специфические образовательные потребности обучающихся (в соответствии с приложением к Стандарту, вариант 2).

АООП может быть реализована в разных формах: как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях. В таких организациях создаются специальные условия для получения образования указанными обучающимися.

Для обеспечения возможности освоения обучающимися АООП, может быть применена сетевая форма ее реализации с использованием ресурсов нескольких организаций, а также при необходимости с использованием ресурсов и иных организаций.

АООП включает обязательную часть и часть, формируемую участниками образовательных отношений.

Соотношение частей определяется дифференцированно в зависимости от варианта АООП и составляет не менее 70% и не более 30%, не менее 60% и не более 40% (в соответствии с приложением к настоящему Стандарту).

АООП реализуется организацией через организацию урочной и внеурочной деятельности.

3.2 Требования к структуре адаптированной основной общеобразовательной программы

В соответствии с требованиями Стандарта АООП для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) должна содержать три раздела: целевой, содержательный и организационный.

Целевой раздел определяет общее назначение, цели, задачи и планируемые результаты реализации АООП, а также способы определения достижения этих целей и результатов.

Целевой раздел включает:

- пояснительную записку;
- планируемые результаты освоения обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) АООП;
- систему оценки достижения планируемых результатов освоения АООП.

Кратко прокомментируем основные структурные элементы целевого раздела.

Пояснительная записка в соответствии с требованиями ФГОС содержит:

- 1) цели реализации АООП, конкретизированные в соответствии с требованиями Стандарта к результатам освоения АООП;
- 2) принципы и подходы к формированию АООП;
- 3) общую характеристику АООП;
- 4) психолого-педагогическую характеристику обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями);
- 5) описание особых образовательных потребностей обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями);
- 6) описание структуры и общую характеристику СИПР обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (в соответствии с приложением к настоящему Стандарту, вариант 2).

Раскроем примерное содержание пояснительной записки.

Вариант 2 АООП для обучающихся с умственной отсталостью (нарушениями интеллекта) направлен на формирование общей культуры, обеспечивающей, в соответствии

с общепринятыми нравственными и социокультурными ценностями, развитие необходимых для самореализации и жизни в обществе практических представлений, умений и навыков, позволяющих достичь максимально возможной самостоятельности и независимости в повседневной жизни.

Вследствие системных нарушений развития обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью и с ТМНР для данной категории детей показан индивидуальный уровень итогового результата общего образования. Благодаря вариативности ФГОС все обучающиеся, вне зависимости от тяжести состояния, могут быть включены в образовательное пространство, где принципы организации предметно-развивающей среды, оборудование, технические средства, программы учебных предметов, коррекционных технологий, а также содержание и методы обучения и воспитания определяются индивидуальными возможностями и особыми образовательными потребностями ребенка.

Итоговые достижения обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с ТМНР (вариант 2 АООП) принципиально отличаются от требований к итоговым достижениям детей с легкой умственной отсталостью (вариант 1 АООП). В первом варианте АООП формируется на основе вытекающего из особых образовательных потребностей обучающихся принципа учета индивидуальных возможностей ребенка.

Овладение знаниями, умениями и навыками в различных образовательных областях («академический» компонент) регламентируется рамками полезных и необходимых инструментов для решения задач повседневной жизни. Накопление доступных навыков коммуникации, самообслуживания, бытовой и доступной трудовой деятельности, а также перенос сформированных представлений и умений в собственную деятельность (компонент «жизненной компетенции») готовит обучающегося к использованию приобретенных в процессе образования умений для активной жизни в семье и обществе. В связи с этим АООП для обучающихся по 2 варианту формируется на основе принципа максимального развития жизненной компетенции обучающегося.

Итогом образования человека с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с ТМНР является нормализация его жизни. Под нормализацией понимается такой образ жизни, который является привычным и необходимым для подавляющего большинство людей: жить в семье, решать вопросы повседневной жизнедеятельности, выполнять полезную трудовую деятельность, определять содержание своих увлечений и интересов, иметь возможность самостоятельно принимать решения и нести за них ответственность. Общим результатом образования такого обучающегося может стать набор компетенций, позволяющих соразмерно психическим и физическим возможностям максимально самостоятельно решать задачи, направленные на нормализацию его жизни. В связи с этим еще одним значимым принципом формирования образовательной программы является принцип ориентации на нормализацию жизни обучающихся.

Для обучающихся, получающих образование по данному варианту АООП, характерно интеллектуальное и психофизическое недоразвитие в умеренной, тяжелой или глубокой степени, которое может сочетаться с локальными или системными нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, эмоционально-волевой сферы, выраженными в различной степени тяжести. У некоторых детей выявляются текущие психические и соматические заболевания, которые значительно осложняют их индивидуальное развитие и обучение.

Дети с умеренной и тяжелой умственной отсталостью характеризуются выраженным недоразвитием мыслительной деятельности, препятствующим освоению предметных учебных знаний. Наряду с нарушением базовых психических функций, памяти и мышления отмечается своеобразное нарушение всех структурных компонентов речи: фонетико-фонематического, лексического и грамматического. У детей с тяжелой и глубокой степенью умственной отсталости затруднено или невозможно формирование устной и письменной речи, что требует для большей части обучающихся использование разнообразных средств

невербальной коммуникации, а также логопедической коррекции. Внимание у обучающихся с умеренной и тяжелой умственной отсталостью отличается низким уровнем продуктивности из-за быстрой истощаемости, неустойчивости, отвлекаемости. Слабость активного внимания препятствует решению сложных задач познавательного содержания, формированию устойчивых учебных действий, однако, при продолжительном и направленном использовании методов и приемов коррекционной работы становится заметной положительная динамика общего психического развития детей, особенно при умеренном недоразвитии мыслительной деятельности.

Психофизическое недоразвитие характеризуется также нарушениями координации, точности, темпа движений, что осложняет формирование физических действий: бег, прыжки и др., а также навыков несложных трудовых действий. У части детей с умеренной умственной отсталостью отмечается замедленный темп, рассогласованность, неловкость движений. У других – повышенная возбудимость сочетается с хаотичной нецеленаправленной деятельностью.

Наиболее типичными для данной категории обучающихся являются трудности в овладении навыками, требующими тонких точных дифференцированных движений: удержание позы, захвата карандаша, ручки, кисти, шнурование ботинок, застегивание пуговиц, завязывание ленточек, шнурков и др. Некоторые обучающиеся полностью зависят от помощи окружающих при одевании, раздевании, при приеме пищи, совершении гигиенических процедур и др.

Дети с глубокой умственной отсталостью часто не владеют речью, и они постоянно нуждаются в уходе и присмотре. Значительная часть детей с тяжелой и глубокой умственной отсталостью имеют и другие нарушения, что дает основание говорить о тяжелых и множественных нарушениях развития (ТМНР), которые представляет собой не сумму различных ограничений, а сложное качественно новое явление с иной структурой, отличной от структуры каждой из составляющих. Различные нарушения влияют на развитие человека не по отдельности, а в совокупности, образуя сложные сочетания. В связи с этим человек требует значительной помощи, объем которой существенно превышает содержание и качество поддержки, оказываемой при каком-то одном нарушении: интеллектуальном или физическом.

Уровень психофизического развития детей с тяжелыми множественными нарушениями невозможно соотнести с какими-либо возрастными параметрами. Органическое поражение центральной нервной системы чаще всего является причиной сочетанных нарушений и выраженного недоразвития интеллекта, а также сенсорных функций, движения, поведения, коммуникации. Все эти проявления совокупно препятствуют развитию самостоятельной жизнедеятельности ребенка, как в семье, так и в обществе. Динамика развития детей данной группы определяется рядом факторов: этиологии, патогенеза нарушений, времени возникновения и сроков выявления отклонений, характера и степени выраженности каждого из первичных расстройств, специфики их сочетания, а также от сроков начала, объема и качества оказываемой коррекционной помощи.

В связи с выраженными нарушениями и (или) искажениями процессов познавательной деятельности, прежде всего: восприятия, мышления, внимания, памяти и др. непродуктивными оказываются подходы, требующие формирования абстрактно-логического мышления и речемыслительных процессов. В этой связи возникают непреодолимые препятствия в усвоении «академического» компонента различных программ дошкольного, а тем более школьного образования. Специфика эмоциональной сферы определяется не только ее недоразвитием, но и специфическими проявлениями гипо- и гиперсензитивности. В связи с неразвитостью волевых процессов дети не способны произвольно регулировать свое эмоциональное состояние в ходе любой организованной деятельности, что не редко проявляется в негативных поведенческих реакциях. Интерес к какой-либо деятельности не имеет мотивационно-потребностных оснований и, как правило, носит кратковременный, неустойчивый характер.

Нарушения интеллекта обучающихся данной категории, как правило, в той или иной форме, осложнена нарушениями опорно-двигательных функций, сенсорными, соматическими нарушениями, расстройствами аутистического спектра и эмоционально-волевой сферы или другими нарушениями, различное сочетание которых определяет особые образовательные потребности детей (см. раздел 2 лекции). Наиболее характерные особенности обучающихся позволяют выделить, с точки зрения их потребности в специальных условиях, три условные группы, каждая из которых включает детей с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с ТМНР.

Часть детей, отнесенных к категории обучающихся с ТМНР, имеют тяжёлые нарушения неврологического генеза – сложные формы ДЦП (спастический тетрапарез, гиперкинез и т.д.), вследствие которых они полностью или почти полностью зависят от помощи окружающих их людей в передвижении, самообслуживании, предметной деятельности, коммуникации и др. Большинство детей из этой группы не могут самостоятельно удерживать тело в положении сидя. Спастичность конечностей часто осложнена гиперкинезами. Процесс общения затруднен из-за органического поражения речевого аппарата и невозможности овладения средствами речи.

Вместе с тем, интеллектуальное развитие таких детей может быть различно по степени умственной отсталости и колебаться от умеренной до глубокой. Дети с умеренной формой интеллектуального недоразвития проявляют элементарные способности к развитию представлений, умений и навыков, значимых для их социальной адаптации. Так, у этой группы обучающихся проявляется интерес к общению и взаимодействию с детьми и взрослыми, что является позитивной предпосылкой для обучения детей вербальным и невербальным средствам коммуникации, простейшим основам счета, письма, чтения и др. Способность ребенка к выполнению некоторых двигательных действий: захват, удержание предмета, контролируемые движения шеи, головы и др. создает предпосылки для обучения некоторым приемам и способам по самообслуживанию и развитию предметно-практической и трудовой деятельности.

Особенности развития другой группы обучающихся обусловлены выраженными нарушениями поведения (чаще как следствие аутистических расстройств). Они проявляются в расторможенности, «полевом», нередко агрессивном поведении, стереотипиях, трудностях коммуникации и социального взаимодействия. Аутистические проявления затрудняют установление подлинной тяжести интеллектуального недоразвития, так как контакт с окружающими отсутствует или он возникает как форма физического обращения к взрослым в ситуациях, когда ребёнку требуется помощь в удовлетворении потребности. У детей названной группы нет интереса к деятельности окружающих, они не проявляют ответных реакций на попытки учителя (родителя) организовать их взаимодействие со сверстниками. Эти дети не откликаются на просьбы, обращения в случаях, запрещающих то или иное действие, проявляют агрессию или самоагрессию, бросают игрушки, предметы, демонстрируют деструктивные действия. Такие реакции наблюдаются при смене привычной для ребенка обстановки, наличии рядом незнакомых людей, в шумных местах. Особенности физического и эмоционально-волевого развития детей с аутистическими проявлениями затрудняют их обучение в условиях группы, поэтому на начальном этапе обучения они нуждаются в индивидуальной программе и индивидуальном сопровождении специалистов.

У третьей группы детей отсутствуют выраженные нарушения движений и моторики, они могут передвигаться самостоятельно. Моторная дефицитарность проявляется в замедленности темпа, недостаточной согласованности и координации движений. У части детей также наблюдаются деструктивные формы поведения, стереотипии, избегание контактов с окружающими и другие черты, сходные с детьми, описанными выше. Интеллектуальное недоразвитие проявляется преимущественно в форме умеренной степени умственной отсталости. Большая часть из детей данной группы владеет элементарной речью: могут выразить простыми словами и предложениями свои потребности, сообщить о выполненном действии, ответить на вопрос взрослого отдельными словами,

словосочетаниями или фразой. У некоторых – речь может быть развита на уровне развернутого высказывания, но часто носит формальный характер и не направлена на решение задач социальной коммуникации. Другая часть, не владея речью, может осуществлять коммуникацию при помощи естественных жестов, графических изображений, вокализаций, отдельных слогов и стереотипного набора слов. Обучающиеся могут выполнять отдельные операции, входящие в состав предметных действий, но недостаточно осознанные мотивы деятельности, а также неустойчивость внимания и нарушение последовательности выполняемых операций – препятствуют выполнению действия как целого.

Описанные индивидуально-типологические особенности детей учитывают также клинические аспекты онтогенеза, но не отражают общепринятую диагностику ОВЗ в части умственной отсталости (см. МКБ-10). Учет типологических особенностей с позиции специальной психологии и педагогики позволяет решать задачи организации условий обучения и воспитания детей в образовательной организации, имея ввиду достаточное количество персонала и специалистов для удовлетворения потребностей в физическом сопровождении детей, выбор необходимых технических средств индивидуальной помощи и обучения, планирование форм организации учебного процесса.

Описание групп обучающихся строится на анализе психолого-педагогических данных, но не предполагает разделение детей в образовательной организации на группы/классы по представленным выше характеристикам. Состав обучающихся в классе должен быть смешанным, и даже важно, чтобы в нем были представители каждой из указанных выше типологических групп. Смешанное комплектование обучающихся создает условия, где дети учатся подражать и помогать друг другу, при этом важно рациональное распределение учебных, воспитательных, сопровождающих функций персонала.

Наполняемость класса/группы обучающихся по варианту 2 АООП для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) должна быть до пяти человек. Рекомендуются следующее комплектование класса: до 2-х обучающихся из первой группы; 1 обучающийся из второй группы, 2 или 3 обучающихся из третьей группы. Возможно, также, объединение двух классов, но в этом случае увеличивается количество персонала (не менее 4-х педагогов на 10 обучающихся).

Особенности развития обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с ТМНР и их особые образовательные потребности диктуют необходимость специальной индивидуальной программы развития (СИПР) для их обучения и воспитания. Целью реализации такой программы является обретение обучающимся таких жизненных компетенций, которые позволяют ему достигать максимально возможной самостоятельности в решении повседневных жизненных задач, обеспечивают его включение в жизнь общества на основе индивидуального поэтапного, планомерного расширения жизненного опыта и повседневных социальных контактов в доступных для каждого обучающегося пределах.

Специальная индивидуальная программа развития разрабатывается на основе адаптированной основной общеобразовательной программы (вариант 2) и нацелена на образование детей с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с ТМНР с учетом их индивидуальных образовательных потребностей.

Планируемые результаты освоения АООП должны:

- 1) обеспечивать связь между требованиями Стандарта, образовательным процессом и системой оценки результатов освоения АООП;
- 2) являться основой для разработки АООП организациями;
- 3) являться содержательной и критериальной основой для разработки рабочих программ учебных предметов и учебно-методической литературы, а также для системы оценки качества освоения обучающимися АООП в соответствии с требованиями Стандарта.

Структура и содержание планируемых результатов освоения АООП должны адекватно отражать требования Стандарта, передавать специфику образовательного процесса (в частности, специфику целей изучения отдельных учебных предметов и курсов

коррекционно-развивающей области), соответствовать возрастным возможностям и особым образовательным потребностям обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

Планируемые результаты зависят от индивидуальных возможностей и особых образовательных потребностей обучающихся. В связи с этим, требования к результатам освоения образовательных программ представляют собой описание возможных результатов образования данной категории обучающихся.

Результаты освоения с обучающимися с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) АООП оцениваются как итоговые на момент завершения образования.

Освоение обучающимися АООП, которая создана на основе ФГОС, предполагает достижение ими двух видов результатов: *личностных и предметных*.

В структуре планируемых результатов ведущее место принадлежит *личностным* результатам, поскольку именно они обеспечивают овладение комплексом социальных (жизненных) компетенций, необходимых для достижения основной цели современного образования — введения обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) в культуру, овладение ими социокультурным опытом.

Личностные результаты освоения АООП образования включают индивидуально-личностные качества и социальные (жизненные) компетенции обучающегося, социально значимые ценностные установки.

Предметные результаты освоения АООП образования включают освоенные обучающимися знания и умения, специфичные для каждой предметной области, готовность их применения. Предметные результаты обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) не являются основным критерием при принятии решения о переводе обучающегося в следующий класс, но рассматриваются как одна из составляющих при оценке итоговых достижений.

АООП определяет два уровня овладения предметными результатами: минимальный и достаточный.

Минимальный уровень является обязательным для большинства обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Вместе с тем, отсутствие достижения этого уровня отдельными обучающимися по отдельным предметам не является препятствием к получению ими образования по этому варианту программы. В том случае, если обучающийся не достигает минимального уровня овладения предметными результатами по всем или большинству учебных предметов, то по рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии и с согласия родителей (законных представителей) Организация может перевести обучающегося на обучение по индивидуальному плану или на АООП (вариант 2).

Минимальный и достаточный уровни усвоения предметных результатов по отдельным учебным предметам на конец обучения в младших классах (IV класс), на конец школьного обучения (XII класс) описаны в ПАООП образования обучающихся с легкой умственной отсталостью.

Итоговые достижения обучающихся с умственной отсталостью, с ТМНР (вариант «2») принципиально отличаются от требований к итоговым достижениям умственно отсталых детей без дополнительных нарушений (вариант «1»). Они (итоговые достижения) определяются индивидуальными возможностями ребенка и тем, что его образование нацелено на максимальное развитие жизненной компетенции. Овладение знаниями, умениями и навыками в различных образовательных областях («академический» компонент) регламентируется рамками полезных и необходимых инструментов для решения задач повседневной жизни. Накопление доступных навыков коммуникации, самообслуживания, бытовой и доступной трудовой деятельности, а также перенос сформированных представлений и умений в собственную деятельность (компонент «жизненной

компетенции») готовит обучающегося к использованию приобретенных в процессе образования умений для активной жизни в семье и обществе.

Система оценки достижения планируемых результатов освоения АООП должна:

1) закреплять основные направления и цели оценочной деятельности, описание объекта и содержание оценки, критерии, процедуры и состав инструментария оценивания, формы представления результатов, условия и границы применения системы оценки;

2) позволять осуществлять оценку динамики учебных достижений обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) и развития их жизненной компетенции;

3) обеспечивать комплексный подход к оценке результатов освоения АООП, позволяющий оценивать в единстве предметные и личностные результаты его образования.

Оценка достижений планируемых результатов освоения АООП обучающимися с легкой степенью умственной отсталости.

В соответствии с требованиями Стандарта для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) оценке подлежат личностные и предметные результаты.

Личностные результаты включают овладение обучающимися с легкой степенью умственной отсталости социальными (жизненными) компетенциями, необходимыми для решения практико-ориентированных задач и обеспечивающими формирование и развитие социальных отношений обучающихся в различных средах.

Оценка личностных результатов предполагает, прежде всего, оценку продвижения ребенка в овладении социальными (жизненными) компетенциями, которые, в конечном итоге, составляют основу этих результатов. При этом, некоторые личностные результаты (например, комплекс результатов: «формирования гражданского самосознания») могут быть оценены исключительно качественно.

Всесторонняя и комплексная оценка овладения обучающимися социальными (жизненными) компетенциями может осуществляться на основании применения метода экспертной оценки, который представляет собой процедуру оценки результатов на основе мнений группы специалистов (экспертов). Состав экспертной группы определяется общеобразовательной организацией и включает педагогических и медицинских работников (учителей, воспитателей, учителей-логопедов, педагогов-психологов, социальных педагогов, врача невролога, психиатра, педиатра), которые хорошо знают ученика. Для полноты оценки личностных результатов освоения обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) АООП следует учитывать мнение родителей (законных представителей), поскольку основой оценки служит анализ изменений поведения обучающегося в повседневной жизни в различных социальных средах (школьной и семейной). Результаты анализа должны быть представлены в форме удобных и понятных всем членам экспертной группы условных единиц: 0 баллов — нет фиксируемой динамики; 1 балл — минимальная динамика; 2 балла — удовлетворительная динамика; 3 балла — значительная динамика. Подобная оценка необходима экспертной группе для выработки ориентиров в описании динамики развития социальной (жизненной) компетенции ребенка. Результаты оценки личностных достижений заносятся в индивидуальную карту развития обучающегося (дневник наблюдений), что позволяет не только представить полную картину динамики целостного развития ребенка, но и отследить наличие или отсутствие изменений по отдельным жизненным компетенциям.

Основной формой работы участников экспертной группы является психолого-медико-педагогический консилиум.

На основе требований, сформулированных в Стандарте, Организация разрабатывает программу оценки личностных результатов с учетом типологических и индивидуальных особенностей обучающихся, которая утверждается локальными актами организации. Программа оценки включает:

1) полный перечень личностных результатов, прописанных в тексте ФГОС, которые выступают в качестве критериев оценки социальной (жизненной) компетенции учащихся.

Перечень этих результатов может быть самостоятельно расширен общеобразовательной организацией;

2) перечень параметров и индикаторов оценки каждого результата.

Предметные результаты связаны с овладением обучающимися содержанием каждой предметной области и характеризуют достижения обучающихся в усвоении знаний и умений, способность их применять в практической деятельности.

Оценку предметных результатов целесообразно начинать со второго полугодия II-го класса, т. е. в тот период, когда у обучающихся будут сформированы некоторые начальные навыки чтения, письма и счета. Кроме того, сама учебная деятельность для них будет привычной, и они смогут ее организовывать под руководством учителя.

Во время обучения в первом подготовительном (I¹-м) и I-м классах, а также в течение первого полугодия II-го класса целесообразно всячески поощрять и стимулировать работу учеников, используя только качественную оценку. При этом не является принципиально важным, насколько обучающийся продвигается в освоении того или иного учебного предмета. На этом этапе обучения центральным результатом является появление значимых предпосылок учебной деятельности, одной из которых является способность ее осуществления не только под прямым и непосредственным руководством и контролем учителя, но и с определенной долей самостоятельности во взаимодействии с учителем и одноклассниками.

В целом оценка достижения обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) предметных результатов должна базироваться на принципах индивидуального и дифференцированного подходов. Усвоенные обучающимися даже незначительные по объему и элементарные по содержанию знания и умения должны выполнять коррекционно-развивающую функцию, поскольку они играют определенную роль в становлении личности ученика и овладении им социальным опытом.

Для преодоления формального подхода в оценивании предметных результатов освоения АООП обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) необходимо, чтобы балльная оценка свидетельствовала о качестве усвоенных знаний. В связи с этим основными критериями оценки планируемых результатов являются следующие: соответствие / несоответствие науке и практике; полнота и надежность усвоения; самостоятельность применения усвоенных знаний.

Результаты овладения АООП выявляются в ходе выполнения обучающимися разных видов заданий, требующих верного решения:

по способу предъявления (устные, письменные, практические);

по характеру выполнения (репродуктивные, продуктивные, творческие).

Чем больше верно выполненных заданий к общему объему, тем выше показатель надежности полученных результатов, что дает основание оценивать их как «удовлетворительные», «хорошие», «очень хорошие» (отличные).

В текущей оценочной деятельности целесообразно соотносить результаты, продемонстрированные учеником, с оценками типа:

«удовлетворительно» (зачёт), если обучающиеся верно выполняют от 35% до 50% заданий;

«хорошо» — от 51% до 65% заданий.

«очень хорошо» (отлично) свыше 65%.

Такой подход не исключает возможности использования традиционной системы отметок по 5-балльной шкале, однако требует уточнения и переосмысления их наполнения. В любом случае, при оценке итоговых предметных результатов следует из всего спектра оценок выбирать такие, которые стимулировали бы учебную и практическую деятельность обучающегося, оказывали бы положительное влияние на формирование жизненных компетенций.

Согласно требованиям Стандарта по завершению реализации АООП проводится итоговая аттестация в форме двух испытаний:

первое — предполагает комплексную оценку предметных результатов усвоения обучающимися русского языка, чтения (литературного чтения), математики и основ социальной жизни;

второе — направлено на оценку знаний и умений по выбранному профилю труда.

Организация самостоятельно разрабатывает содержание и процедуру проведения итоговой аттестации.

Результаты итоговой аттестации оцениваются в форме «зачет» / «не зачет».

Оценка достижений планируемых результатов освоения АООП обучающимися с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с ТМНР происходит *строго индивидуально с учетом особенностей психофизического развития и особых образовательных потребностей каждого обучающегося.*

Для текущей оценки результатов освоения АООП, два раза в год в СИПР отражается сформированность представлений, умений и навыков обучающихся, отмечается степень их самостоятельности. В ходе мониторинга специалисты образовательной организации оценивают уровень сформированности представлений, действий/операций, внесенных в СИПР (подробнее см. следующий раздел лекции).

Для оценки результатов развития жизненных компетенций ребёнка целесообразно применять метод экспертной группы (на междисциплинарной основе). Она объединяет представителей всех заинтересованных участников образовательного процесса, тесно контактирующих с ребёнком, включая учителя, учителя-логопеда, учителя АФВ, педагога-психолога и др., а также членов его семьи. Задачей экспертной группы является выработка согласованной оценки достижений ребёнка в сфере жизненных компетенций. Основой служит анализ результатов обучения ребёнка, динамика развития его личности. Результаты анализа должны быть представлены в удобной и понятной всем членам группы форме оценки, характеризующей наличный уровень жизненной компетенции. По итогам освоения отраженных в СИПР задач и анализа результатов обучения составляется развернутая характеристика учебной деятельности ребёнка, оценивается динамика развития его жизненных компетенций.

Предметом итоговой оценки освоения обучающимися адаптированной основной общеобразовательной программы образования для обучающихся с умственной отсталостью (вариант 2) должно быть достижение результатов освоения специальной индивидуальной программы развития последнего года обучения и развития жизненной компетенции обучающихся. *Итоговая* аттестация осуществляется в течение последних двух недель учебного года путем наблюдения за выполнением обучающимися специально подобранных заданий, позволяющих выявить и оценить результаты обучения. При оценке результативности обучения важно учитывать затруднения обучающихся в освоении отдельных предметов (курсов) и даже образовательных областей, которые не должны рассматриваться как показатель неуспешности их обучения и развития в целом.

Содержательный раздел раскрыт в Стандарте и в примерной адаптированной основной общеобразовательной программе образования обучающихся с легкой степенью умственной отсталости (интеллектуальными нарушениями) и примерной адаптированной основной общеобразовательной программе образования обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), тяжелыми и множественными нарушениями развития.

Содержательный раздел определяет общее содержание образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) и включает следующие программы, ориентированные на достижение *личностных и предметных результатов*:

- программу формирования базовых учебных действий;
- программы отдельных учебных предметов, курсов коррекционно-развивающей области;
- программу духовно-нравственного (нравственного) развития, воспитания обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями);

- программу формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни;
- программу коррекционной работы (в соответствии с приложением к Стандарту, вариант 1);
- программу сотрудничества с родителями (в соответствии с приложением к Стандарту, вариант 2);
- программу внеурочной деятельности.

Программа формирования базовых учебных действий.

Программа формирования базовых учебных действий обучающихся с легкой степенью умственной отсталости (интеллектуальными нарушениями) (далее — программа формирования БУД, Программа) реализуется в процессе всего школьного обучения и конкретизирует требования Стандарта к личностным и предметным результатам освоения АООП. Программа формирования БУД реализуется в процессе всей учебной и внеурочной деятельности.

Программа строится на основе деятельностного подхода к обучению и позволяет реализовывать коррекционно-развивающий потенциал образования школьников с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

Базовые учебные действия — это элементарные и необходимые единицы учебной деятельности, формирование которых обеспечивает овладение содержанием образования обучающимися с умственной отсталостью. БУД не обладают той степенью обобщенности, которая обеспечивает самостоятельность учебной деятельности и ее реализацию в изменяющихся учебных и внеучебных условиях. БУД формируются и реализуются только в совместной деятельности педагога и обучающегося.

БУД обеспечивают становление учебной деятельности ребенка с умственной отсталостью в основных ее составляющих: познавательной, регулятивной, коммуникативной, личностной.

Основная цель реализации программы формирования БУД состоит в формировании основ учебной деятельности учащихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), которые обеспечивают его подготовку к самостоятельной жизни в обществе и овладение доступными видами профильного труда.

Программа формирования базовых учебных действий обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), тяжелыми и множественными нарушениями развития имеют важное значение, как пропедевтика учения.

Программа формирования базовых учебных действий у обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), с ТМНР направлена на формирование готовности у детей к овладению содержанием АООП образования для обучающихся с умственной отсталостью (вариант 2) и включает следующие задачи:

Подготовку ребенка к нахождению и обучению в среде сверстников, к эмоциональному, коммуникативному взаимодействию с группой обучающихся.

Формирование учебного поведения:

- направленность взгляда (на говорящего взрослого, на задание);
- умение выполнять инструкции педагога;
- использование по назначению учебных материалов;
- умение выполнять действия по образцу и по подражанию.

Формирование умения выполнять задание:

- в течение определенного периода времени,
- от начала до конца,
- с заданными качественными параметрами.

Формирование умения самостоятельно переходить от одного задания (операции, действия) к другому в соответствии с расписанием занятий, алгоритмом действия и т.д.

Задачи по формированию базовых учебных действий включаются в СИПР с учетом особых образовательных потребностей обучающихся. Решение поставленных задач происходит как на групповых и индивидуальных занятиях по учебным предметам, так и на специально организованных коррекционных занятиях в рамках учебного плана.

Программы отдельных учебных предметов, курсов коррекционно-развивающей области должны обеспечивать достижение планируемых результатов освоения АООП.

Программы отдельных учебных предметов, коррекционных курсов разрабатываются на основе:

- требований к личностным и предметным результатам (возможным результатам) освоения АООП;

- программы формирования базовых учебных действий.

Программы учебных предметов, коррекционных курсов должны содержать:

- пояснительную записку, в которой конкретизируются общие цели образования с учетом специфики учебного предмета, коррекционного курса;

- общую характеристику учебного предмета, коррекционного курса с учетом особенностей его освоения обучающимися;

- описание места учебного предмета в учебном плане;

- личностные и предметные результаты освоения учебного предмета, коррекционного курса;

- содержание учебного предмета, коррекционного курса;

- тематическое планирование с определением основных видов учебной деятельности обучающихся;

- описание материально-технического обеспечения образовательной деятельности.

Программа духовно-нравственного (нравственного) развития, воспитания обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (далее – Программа) должна быть направлена на обеспечение духовно-нравственного (нравственного) развития (в соответствии с приложением к Стандарту) обучающихся в единстве урочной, внеурочной и внешкольной деятельности, в совместной педагогической работе организации, семьи и других институтов общества.

В основу этой Программы должны быть положены ключевые воспитательные задачи, базовые национальные ценности российского общества.

Программа должна обеспечивать:

- создание системы воспитательных мероприятий, позволяющих обучающемуся осваивать и на практике использовать полученные знания;

- формирование целостной образовательной среды, включающей урочную, внеурочную и внешкольную деятельность и учитывающей историко-культурную, этническую и региональную специфику.

Программа духовно-нравственного (нравственного) развития должна включать цель, задачи, основные направления работы, перечень планируемых результатов воспитания (социальных компетенций, моделей поведения школьников с умственной отсталостью), формы организации работы.

Реализация программы должна проходить в единстве урочной, внеурочной и внешкольной деятельности, в совместной педагогической работе общеобразовательной организации, семьи и других институтов общества.

Программа формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни должна обеспечивать:

- формирование представлений об основах экологической культуры на примере экологически сообразного поведения в быту и природе, безопасного для человека и окружающей среды;

– пробуждение в обучающихся желания заботиться о своем здоровье (формирование заинтересованного отношения к собственному здоровью) путем соблюдения правил здорового образа жизни и организации здоровьесберегающего характера учебной деятельности и общения;

– формирование познавательного интереса и бережного отношения к природе;

– формирование установок на использование здорового питания;

– использование оптимальных двигательных режимов для детей с учетом их возрастных, психологических и иных особенностей, развитие потребности в занятиях физической культурой и спортом;

– соблюдение здоровьесозидающих режимов дня;

– формирование негативного отношения к факторам риска здоровью детей (сниженная двигательная активность, курение, алкоголь, наркотики и другие психоактивные вещества, инфекционные заболевания);

– формирование потребности обучающегося обращаться к врачу по любым вопросам, связанным с особенностями роста и развития, состоянием здоровья, развитие готовности самостоятельно поддерживать свое здоровье на основе использования навыков личной гигиены;

– формирование умений безопасного поведения в окружающей среде и простейших умений поведения в экстремальных (чрезвычайных) ситуациях;

– становление умений противостояния вовлечению в табакокурение, употребление алкоголя, наркотических и сильнодействующих веществ.

Программа формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни должна содержать цели, задачи, планируемые результаты, основные направления и перечень организационных форм.

Наиболее эффективным путём формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни у обучающихся (вариант АООП 1) является направляемая и организуемая взрослыми самостоятельная деятельность обучающихся, развивающая способность понимать своё состояние, обеспечивающая усвоение способов рациональной организации режима дня, двигательной активности, питания, правил личной гигиены. Однако только знание основ здорового образа жизни не обеспечивает и не гарантирует их использования, если это не становится необходимым условием ежедневной жизни ребёнка в семье и социуме.

Реализация программы должна проходить в единстве урочной, внеурочной и внешкольной деятельности, в совместной педагогической работе общеобразовательной организации, семьи и других институтов общества.

Программа формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни является составной частью адаптированной общеобразовательной программы и должна проектироваться в согласовании с другими ее компонентами: планируемыми результатами, программой формирования базовых учебных действий, программами отдельных учебных предметов, внеурочной деятельности, нравственного развития.

Программа формирования экологической культуры здорового и безопасного образа жизни нацелена на развитие стремления у обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью, с ТМНР вести здоровый образ жизни и бережно относиться к природе.

С учетом индивидуальных образовательных потребностей обучающихся задачи программы конкретизируются в СИПР и реализуются на уроках по предметам: «Окружающий природный мир», «Человек», «Адаптивная физкультура», в ходе коррекционных занятий, а также в рамках внеурочной деятельности.

Основными организационными формами внеурочной деятельности, на основе которых реализуется содержание программы, являются: режим труда и отдыха, проекты, спортивно-развлекательные мероприятия, дни здоровья, беседы, походы и др.

Программа коррекционной работы (в соответствии с приложением к Стандарту, вариант 1).

Программа коррекционной работы направлена обеспечение успешности освоения АООП обучающимися с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

Коррекционная работа представляет собой систему комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) в условиях образовательного процесса, направленного на освоение ими АООП, преодоление и/или ослабление имеющихся у них недостатков в психическом и физическом развитии.

Программа коррекционной работы должна обеспечивать:

- выявление особых образовательных потребностей детей с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), обусловленных недостатками в их психическом и физическом развитии;

- осуществление индивидуально ориентированной психолого-медико-педагогической помощи детям с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) с учетом особенностей психофизического развития и индивидуальных возможностей детей (в соответствии с рекомендациями ПМПК);

Программа коррекционной работы должна содержать:

- механизм взаимодействия учителей и других специалистов в области сопровождения, медицинских работников организации и специалистов других организаций с целью реализации программы коррекционной работы;

- перечень, содержание и план реализации индивидуально ориентированных коррекционных мероприятий, обеспечивающих удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями);

- систему комплексного психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) в условиях образовательного процесса, включающего психолого-медико-педагогическое обследование детей с целью выявления их особых образовательных потребностей, мониторинг динамики развития детей, корректировку коррекционных мероприятий.

Специфика организации коррекционной работы с обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

Коррекционная работа с обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) проводится:

- в рамках образовательного процесса через содержание и организацию образовательного процесса (индивидуальный и дифференцированный подход, сниженный темп обучения, структурная простота содержания, повторность в обучении, активность и сознательность в обучении);

- в рамках внеурочной деятельности в форме специально организованных индивидуальных и групповых занятий (коррекционно-развивающие и логопедические занятия, занятия ритмикой);

- в рамках психологического и социально-педагогического сопровождения обучающихся.

Программа сотрудничества с родителями (в соответствии с приложением к Стандарту, вариант 2).

Программа сотрудничества с семьей обучающегося должна отражать направленность на обеспечение конструктивного взаимодействия специалистов организации и родителей (законных представителей) обучающегося в интересах особого ребенка и его семьи.

При приеме ребенка в образовательную организацию с родителями подписывается договор об образовании, в котором устанавливается ответственность сторон и предусматривается, в частности, обязательство родителей выполнять рекомендации специалистов по воспитанию и обучению ребенка в условиях дома.

Договор фиксирует обязательства основных участников образовательного процесса, вместе с тем, в практике взаимодействия образовательной организации с семьями, воспитывающими детей-инвалидов, часто возникают трудности выполнения достигнутых договоренностей со стороны родителей. Изучение и анализ причин родительской пассивности в сотрудничестве с педагогами выявил, что часто родители, несмотря на уже школьный возраст ребенка и многолетний жизненный опыт его воспитания, находятся в состоянии депрессии, испытывая чувство вины в связи с имеющимися проблемами развития ребенка и недоверия специалистам, потому что не видят существенных изменений в его состоянии. Недостаток информации или ее искажения по правовым, психолого-педагогическим, медицинским вопросам помощи ребенку приводит к ошибочным действиям со стороны родителей в отношении ребенка. Кроме того, трудности в семье (психологические, межличностные, материальные), часто негативное отношение социального окружения приводят к изолированности семьи, нередко и к ее распаду.

В такой ситуации трудно ожидать, что члены семьи будут сразу готовы к сотрудничеству с педагогами. Последние рискуют быть не услышанными не потому, что родители не хотят этого, а потому что они не готовы к взаимодействию. Поэтому специалистам важно осознавать необходимость психологической помощи родителям. Именно она обычно является первым шагом на пути к устойчивому сотрудничеству семьи и специалистов.

Психологическая помощь выстраивается на основе результатов психологической диагностики семьи, в ходе которой выявляются причины, препятствующие адекватной поддержке развития ребенка, нарушающие гармоничную внутрисемейную жизнедеятельность.

В целях психологической поддержки, по желанию родителей организуются психокоррекционные группы, в которых родители обсуждают специально отобранные психологом темы. В рамках данного направления проводятся индивидуальные консультации родителей и членов семьи с психологом. Важную психотерапевтическую роль играет родительский клуб, где организуется общение родителей и детей в форме проведения культурно-досуговых мероприятий, а также тематических встреч, на которых обсуждаются актуальные вопросы развития и социальной интеграции ребенка.

Родители часто оказываются некомпетентны в правовых вопросах, от решения которых зависит материальное состояние семьи и обеспечение условий для развития ребенка в условиях дома. В связи с этим проводится *социально-правовая поддержка* семей, включающая такие виды деятельности, как: проведение тематических семинаров для родителей с целью их юридического просвещения по вопросам прав и льгот, предоставляемых семьям, воспитывающим ребенка инвалида; индивидуальные консультации членов семьи по правовым вопросам; помощь в составлении письменных документов (обращений, заявлений, ходатайств и пр.) и др.

По мере решения психологических проблем, развития общения с другими более опытными родителями, создаются благоприятные условия для расширения сотрудничества со специалистами образовательной организации по вопросам обучения и воспитания детей. *Психолого-педагогическая помощь* включает мероприятия, проводимые образовательной организацией с родителями (законными представителями), например:

- консультации по всем вопросам оказания психолого-педагогической помощи ребенку;
- просвещение по вопросам воспитания и обучения ребенка-инвалида;
- участие родителей (законных представителей) в разработке СИПР;
- согласование требований к ребенку и выбор единых подходов к его воспитанию и обучению в условиях образовательной организации и семьи;
- помощь в создании для ребенка предметно-развивающей среды дома;

- выполнение заданий, составленных специалистами образовательной организации для занятий с ребёнком в домашних условиях;
- участие родителей в работе психолого-медико-педагогических консилиумов по актуальным вопросам помощи их ребенку;
- регулярные контакты родителей и специалистов (телефон, интернет, дневник и др.) в течение всего учебного года и др.

Согласованные с родителями (законными представителями) мероприятия, направленные на поддержку и сопровождение семьи, заносятся в программу сотрудничества семьи и образовательной организации, которая становится составной частью СИПР.

Программа сотрудничества с семьей направлена на обеспечение конструктивного взаимодействия специалистов образовательной организации и родителей (законных представителей) обучающегося в интересах особого ребенка и его семьи. Программа обеспечивает сопровождение семьи, воспитывающей ребенка-инвалида, путем организации и проведения различных мероприятий:

Кроме того, важную роль играет участие родителей (законных представителей) в решении вопросов, связанных с *управлением образовательной организацией*. Представители родительской общественности входят в состав Совета образовательной организации и участвуют в принятии решений, связанных с организацией ее работы. Родители и созданные ими некоммерческие общественные организации участвуют в сетевой работе совместно с образовательной организацией, привлекая дополнительные средства на реализацию социально значимых проектов, направленных на социальную интеграцию обучающихся.

Программа внеурочной деятельности включает направления развития личности (в соответствии с приложением к Стандарту).

Организация самостоятельно разрабатывает и утверждает программу внеурочной деятельности.

Программа внеурочной деятельности (вариант 1) предполагает следующие направления: спортивно-оздоровительное, нравственное, социальное, общекультурное в таких формах как индивидуальные и групповые занятия, экскурсии, кружки, секции, соревнования, общественно полезные (трудовые) практики и т. д.

Время, отводимое на внеурочную деятельность (с учетом часов на коррекционно-развивающую область), составляет в течение 9 учебных лет не более 3050 часов, в течение 12 учебных лет не более 4070 часов, в течение 13 учебных лет не более 4400 часов.

Программа внеурочной деятельности (вариант 2), направлена на социально-эмоциональное, спортивно-оздоровительное, творческое, нравственное, познавательное, общекультурное развитие личности средствами физического, нравственного, эстетического, трудового воспитания. Внеурочная деятельность также направлена на расширение контактов обучающихся с обычно развивающимися сверстниками и взаимодействие с разными людьми.

Программа внеурочной деятельности должна предусматривать организацию и проведение специальных внеурочных мероприятий, направленных на развитие личности обучающихся, конкурсы, выставки, таких как: игры, экскурсии, занятия в кружках по интересам, творческие фестивали и, соревнования («веселые старты», олимпиады), праздники, лагеря, походы, реализация доступных проектов и др.

Внеурочная деятельность, должна способствовать социальной интеграции обучающихся путем организации и проведения мероприятий, в которых предусмотрена совместная деятельность обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) и обучающихся, не имеющих каких-либо нарушений развития, из различных организаций. Виды совместной внеурочной деятельности необходимо подбирать с учетом возможностей и интересов как обучающихся с нарушениями развития, так и их обычно развивающихся сверстников. Для результативного процесса интеграции в ходе внеурочных мероприятий важно обеспечить условия, благоприятствующие самореализации и успешной совместной деятельности для всех ее участников.

При организации внеурочной деятельности обучающихся используются возможности сетевого взаимодействия (например, с участием организаций дополнительного образования детей, организаций культуры и спорта). В период каникул для продолжения внеурочной деятельности используются возможности организаций отдыха детей и их оздоровления, тематических лагерных смен, летних школ, создаваемых на базе общеобразовательных организаций и организаций дополнительного образования детей.

Внеурочная деятельность осуществляется через мероприятия (в том числе интеграционные, проектные), направленные на развитие личности обучающихся и на обогащение опыта взаимодействия со сверстниками и с местным сообществом в целом. Выбор адекватных проектов для внеурочной деятельности будет способствовать не только социализации обучающихся, но и формировать уважительное отношение в обществе к людям с инвалидностью.

Задачи и мероприятия, реализуемые на внеурочной деятельности, включаются в СИПР.

Организационный раздел определяет общие рамки организации образовательного процесса, а также механизмы реализации АООП.

Организационный раздел включает:

- учебный план, включающий предметные и коррекционно-развивающие области, внеурочную деятельность;
- систему специальных условий реализации АООП в соответствии с требованиями Стандарта.

Учебный план является основным организационным механизмом реализации АООП.

Учебный план обеспечивает введение в действие и реализацию требований Стандарта, определяет общий объем нагрузки и максимальный объем аудиторной нагрузки обучающихся, состав и структуру обязательных предметных и коррекционно-развивающих областей по классам (годам обучения).

АООП может включать как один, так и несколько учебных планов.

Формы организации образовательного процесса, чередование учебной и внеурочной деятельности в рамках реализации АООП определяет организация.

Учебные планы обеспечивают возможность преподавания и изучения государственного языка Российской Федерации, государственных языков республик Российской Федерации и родного языка из числа языков народов Российской Федерации, а также устанавливают количество занятий, отводимых на их изучение по классам (годам) обучения.

Учебный план состоит из двух частей — обязательной части и части, формируемой участниками образовательных отношений. Обязательная часть учебного плана определяет состав учебных предметов обязательных предметных областей, которые должны быть реализованы во всех имеющих государственную аккредитацию образовательных организациях, реализующих АООП, и учебное время, отводимое на их изучение по классам (годам) обучения.

Учебный план включает предметные области в зависимости от варианта АООП (в соответствии с приложением к Стандарту).

Количество учебных занятий по предметным областям для обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) за 9 учебных лет составляет не более 8 377 часов, за 12 учебных лет - не более 11 845 часов, за 13 учебных лет - не более 12 538 часов.

Количество учебных занятий для обучающихся с умеренной, тяжелой, глубокой умственной отсталостью; тяжелыми и множественными нарушениями развития за 12 учебных лет составляет не более 13 646 часов, включая коррекционные курсы, за 13 учебных лет - не более 14 636 часов, включая коррекционные курсы.

Обязательным элементом структуры учебного плана является «Коррекционно-развивающая область», реализующаяся через содержание коррекционных курсов (в соответствии с приложением к Стандарту).

Количество часов, выделяемых на реализацию коррекционно-развивающей области учебного плана для обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), составляет за 9 учебных лет не более 1 830 часов, за 12 учебных лет - не более 2 442 часов, за 13 учебных лет - не более 2 640 часов.

Выбор коррекционных курсов и их количественное соотношение самостоятельно определяется организацией исходя из особых образовательных потребностей обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) на основании рекомендаций ПМПК и (или) ИПР.

В целях обеспечения индивидуальных потребностей обучающихся часть учебного плана, формируемая участниками образовательных отношений, предусматривает:

- учебные занятия, обеспечивающие различные интересы обучающихся, в том числе этнокультурные;
- увеличение учебных часов, отводимых на изучение отдельных учебных предметов обязательной части;
- введение учебных курсов, обеспечивающих удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) и необходимую коррекцию недостатков в психическом и (или) физическом развитии;
- введение учебных курсов для факультативного изучения отдельных учебных предметов (в соответствии с приложением к Стандарту).

АООП в организации разрабатывается на основе примерной АООП.

Требования ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) к условиям реализации АООП

Стандарт определяет требования к кадровым, финансовым, материально-техническим (включая учебно-методическое и информационное обеспечение) и иным условиям получения образования обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), контроль за состоянием системы условий. Требования к условиям получения образования обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) представляют собой интегративное описание совокупности условий, необходимых для реализации АООП, и структурируются по сферам ресурсного обеспечения. Интегративным результатом реализации указанных требований является создание комфортной коррекционно-развивающей образовательной среды для обучающихся, построенной с учетом их образовательных потребностей, которая обеспечивает высокое качество образования, его доступность, открытость и привлекательность для обучающихся, их родителей (законных представителей), нравственное развитие обучающихся, гарантирует охрану и укрепление физического, психического и социального здоровья обучающихся.

В рамках каждого раздела, наряду с условиями для осуществления образовательной деятельности, важно предусмотреть условия, обеспечивающие *уход и присмотр* за обучающимися (вариант АООП 2), т.к. среди детей данной категории имеется немало нуждающихся в уходе при приеме пищи, одевании и раздевании, в туалете, а также в присмотре в течение внеучебного времени.

Специальная индивидуальная программа развития, как специальное условие позволяющее удовлетворить особые образовательные потребности обучающихся по варианту 2 АООП для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

Вследствие системных нарушений развития обучающихся им показан индивидуальный уровень итогового результата общего образования. Благодаря обозначенному в ФГОС варианту образования все обучающиеся, вне зависимости от тяжести состояния, могут быть включены в образовательное пространство, где принципы организации предметно-развивающей среды, оборудование, технические средства, программы учебных предметов, коррекционных технологий, а также содержание и методы

обучения и воспитания определяются индивидуальными возможностями и особыми образовательными потребностями ребенка.

Оптимально учесть индивидуальную специфику образования ребенка с тяжелыми нарушениями развития может специальная индивидуальная программа развития (СИПР), которая разрабатывается на основе адаптированной основной образовательной программы. СИПР составляется на ограниченный период времени (полгода, один год). В ее разработке принимают участие все специалисты, работающие с ребенком в образовательной организации, при участии его родителей.

Структура специальной индивидуальной программы развития включает: общие сведения о ребенке; характеристику, включающую оценку развития обучающегося на момент составления программы, и определяющую приоритетные направления воспитания и обучения ребенка; индивидуальный учебный план; содержание образования в условиях организации и семьи; возможные подходы, методы педагогической работы с ребенком; основные технические средства и дидактические материалы; средства мониторинга (оценки) динамики обучения. Кроме того, программа может иметь приложение, включающее задания и рекомендации для их выполнения ребенком в домашних условиях.

I. Общие сведения содержат персональные данные о ребенке и его родителях.

II. Характеристика ребенка составляется на основе результатов психолого-педагогического обследования ребенка, проводимого специалистами образовательной организации, с целью оценки актуального состояния развития обучающегося и определения зоны его ближайшего развития (структуру и содержание см. раздел 3.2.). Характеристика включает описание бытовых условий семьи, оценку отношения членов семьи к образованию ребенка, а также заключение ПМПК.

III. Индивидуальный учебный план отражает доступные для обучающегося приоритетные предметные области, учебные предметы, коррекционные занятия, внеурочную деятельность и устанавливает объем недельной нагрузки на обучающегося.

IV. Содержание образования СИПР включает конкретные задачи, отобранные из содержания учебных предметов, коррекционных занятий и других программ (формирования базовых учебных действий; нравственного воспитания; формирования экологической культуры, здорового и безопасного образа жизни обучающихся; внеурочной деятельности), которые актуальны для образования конкретного обучающегося и включены в его индивидуальный учебный план. Задачи формулируются в качестве возможных (ожидаемых) результатов обучения и воспитания ребенка на один учебный год.

V. Необходимым условием реализации образовательной программы ряда обучающихся является организация ухода (кормление, одевание/раздевание, совершение гигиенических процедур) и присмотра. Планирование и осуществление ухода и присмотра отражается в индивидуальном графике с указанием времени, деятельности и лица, осуществляющего уход и присмотр, а также перечня необходимых специальных материалов и средств.

VI. Специалисты, участвующие в реализации СИПР, например: учитель класса, учитель музыки, учитель физкультуры или адаптивной физкультуры, учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог и др.

VII. Программа сотрудничества специалистов с семьей обучающегося содержит задачи, включающие повышение информированности семьи об образовании ребенка, развитие мотивации родителей к конструктивному взаимодействию со специалистами, отражающие способы контактов семьи и организации с целью привлечения родителей к участию в разработке и реализации СИПР и преодоления психологических проблем семьи.

VIII. Перечень необходимых технических средств общего и индивидуального назначения, дидактических материалов, индивидуальные средства реабилитации, необходимых для реализации СИПР.

IX. Средства мониторинга и оценки динамики обучения. Мониторинг результатов обучения проводится не реже одного раза в полугодие. В ходе мониторинга специалисты

образовательной организации оценивают уровень сформированности представлений, действий/операций, внесенных в СИПР. Например, «выполняет действие самостоятельно», «выполняет действие по инструкции» (вербальной или невербальной), «выполняет действие по образцу», «выполняет действие с частичной физической помощью», «выполняет действие со значительной физической помощью», «действие не выполняет»; представление: «узнает объект», «не всегда узнает объект» (ситуативно), «не узнает объект». Итоговые результаты образования за оцениваемый период оформляются описательно в форме характеристики за учебный год. На основе итоговой характеристики составляется СИПР на следующий учебный период.

В конце учебного года на основе анализа данных на каждого учащегося составляется характеристика, делаются выводы и ставятся задачи для СИПР на следующий год. В целях информирования о результатах обучения детей их родителям (законным представителям) направляется информационное письмо, отражающее содержание предоставленной в течение учебного года психолого-педагогической помощи ребёнку, динамику развития и оценку сотрудничества учреждения и семьи по вопросам воспитания и обучения ребенка.

СИПР составляется на ограниченный период времени (полгода, один год). В ее разработке принимают участие все специалисты, работающие с ребенком в образовательной организации, при участии его родителей.

Индивидуальный учебный план (ИУП) устанавливает предметные области, предметы и коррекционные занятия, соответствующие возможностям и особым образовательным потребностям конкретного обучающегося. Общий объем нагрузки, включенной в индивидуальные учебные планы не может превышать объем, предусмотренный учебным планом адаптированной основной образовательной программы общего образования умственно отсталых обучающихся (вариант 2).

С учетом образования обучающихся на основе СИПР, индивидуальная недельная нагрузка может варьироваться, так индивидуальные учебные планы отдельных обучающихся (например, с ТМНР) по варианту 2 АООП могут не включать отдельные предметы основной части примерного учебного плана, а для других обучающихся (например, с умеренной умственной отсталостью) ИУП преимущественно состоит из учебных предметов первой части примерного учебного плана и дополняется отдельными коррекционными занятиями из второй части. Таким образом, использование ИУП позволяет формировать учебную нагрузку гибко, с учетом индивидуальных возможностей и образовательных потребностей ребенка, избегая перегрузки обучающихся.

Требования ФГОС образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) к результатам освоения АООП

Стандарт устанавливает требования к личностным и предметным результатам освоения обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) *двух вариантов АООП* (в соответствии с приложением к Стандарту).

Совокупность личностных и предметных результатов составляет содержание жизненных компетенций обучающихся.

Личностные результаты включают овладение обучающимися социальными (жизненными) компетенциями, необходимыми для решения практико-ориентированных задач и обеспечивающими становление социальных отношений обучающихся в различных средах, сформированность мотивации к обучению и познанию.

Предметные результаты связаны с овладением обучающимися содержанием каждой предметной области и характеризуют их достижения в усвоении знаний и умений, возможности их применения в практической деятельности.

Достижение личностных результатов обеспечивается содержанием отдельных учебных предметов и внеурочной деятельности, овладением доступными видами деятельности, опытом социального взаимодействия.

Термины

Федеральный государственный образовательный стандарт – совокупность обязательных требований к образованию определенного уровня и (или) к профессии, специальности и направлению подготовки, утвержденных федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования.

Адаптированная образовательная программа – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Образовательная программа – комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий и в случаях, предусмотренных настоящим Федеральным законом, форм аттестации.

Примерная основная образовательная программа – учебно-методическая документация (примерный учебный план, примерный календарный учебный график, примерные рабочие программы учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), иных компонентов), определяющая рекомендуемые объем и содержание образования определенного уровня и (или) определенной направленности, планируемые результаты освоения образовательной программы, примерные условия образовательной деятельности, включая примерные расчеты нормативных затрат оказания государственных услуг по реализации образовательной программы.

Основная литература

1. Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

Дополнительная литература

1. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья. Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014 г. N 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

Раздел 4. Профессиональные стандарты педагога, педагога-психолога, дефектолога

4.1 Характеристика профессионального стандарта педагога

Модернизация общего и дошкольного образования как института социального развития предполагает целенаправленное повышение качества образования и рост профессионального уровня педагогических работников. Появление новых Федеральных государственных образовательных стандартов влечет за собой новые требования к профессиональной деятельности педагогических работников. Новые технологии, новые профессии требуют новых стандартов, чтобы «привести деятельность педагогов в соответствие с тем, что происходит в мире».

Структура профессионального стандарта регламентирована приказом Минтруда России «Об утверждении макета профстандарта» от 12.04.2013 № 147н и отражает:

- функционал, который может выполнять работник, занятый в той или иной сфере деятельности;
- то, какую квалификацию он должен иметь;
- требуемый уровень образования и опыт работы;

– наименование должности, в рамках которой работник может выполнять данную трудовую деятельность.

Таким образом, профстандарты разрабатываются Минтрудом России, а их регистрацию производит Минюст. Только после этого профстандарт вступает в силу. Любая организация обязана применять профессиональные стандарты в отношении должностей, пребывание на которых влечет получение льгот и компенсаций либо связано с определенными ограничениями. Данное требование установлено не напрямую, а через обязательство составлять на основе указанных стандартов трудовые договоры (ст. 57 ТК РФ).

Для профессионального развития специалистов психолого-медико-педагогических комиссий отечественного образования важно учитывать Профессиональные стандарты педагога, педагога-психолога и педагога-дефектолога. Вкратце остановимся на каждом из них.

Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от «18» октября 2013 г. № 544н утвержден Профессиональный стандарт Педагог (педагогическая деятельность в дошкольном, начальном общем, основном общем, среднем общем образовании) - (воспитатель, учитель).

Зачем нужен профессиональный стандарт педагога ?

- Стандарт – инструмент реализации стратегии образования в меняющемся мире.
- Стандарт – инструмент повышения качества образования и выхода отечественного образования на международный уровень.
- Стандарт – объективный измеритель квалификации педагога.
- Стандарт – средство отбора педагогических кадров в учреждения образования.
- Стандарт – основа для формирования трудового договора, фиксирующего отношения между работником и работодателем.

Необходимость наполнения профессионального стандарта учителя новыми компетенциями:

- Работа с одаренными учащимися.
- Работа в условиях реализации программ инклюзивного образования.
- Преподавание русского языка учащимся, для которых он не является родным.
- Работа с учащимися, имеющими проблемы в развитии.
- Работа с девиантными, зависимыми, социально запущенными и социально уязвимыми учащимися, имеющими серьезные отклонения в поведении.

Характеристика стандарта

– Профессиональный стандарт педагога – рамочный документ, в котором определяются основные требования к его квалификации.

– Общенациональная рамка стандарта может быть дополнена региональными требованиями, учитывающими социокультурные, демографические и прочие особенности данной территории (мегаполисы, районы с преобладанием сельского населения, моноэтнические и полиэтнические регионы накладывают свою специфику на труд педагога).

– Профессиональный стандарт педагога может быть также дополнен внутренним стандартом образовательного учреждения (по аналогии со стандартом предприятия), в соответствии со спецификой реализуемых в данном учреждении образовательных программ (школа для одаренных, инклюзивная школа и т.п.).

– Профессиональный стандарт педагога является уровневый, учитывающий специфику работы педагогов в дошкольных учреждениях, начальной, основной и старшей школе.

– Учитывая особое место и роль в общем среднем образовании таких предметов, как математика и русский язык, обязательность их сдачи в форме ЕГЭ для всех без исключения выпускников школ, в приложениях к документу отдельно выделяются профессиональные стандарты педагога по этим специальностям.

– Профессиональный стандарт педагога отражает структуру его профессиональной деятельности: обучение, воспитание и развитие ребенка. В соответствии со стратегией современного образования в меняющемся мире, он существенно наполняется психолого-педагогическими компетенциями, призванными помочь учителю в решении новых стоящих перед ним проблем.

– Стандарт выдвигает требования к личностным качествам учителя, неотделимым от его профессиональных компетенций, таких как: готовность учить всех без исключения детей, вне зависимости от их склонностей, способностей, особенностей развития, ограниченных возможностей.

Область применения.

Сфера дошкольного, начального и общего среднего образования. Профессиональный стандарт педагога может применяться:

- а) при приеме на работу в общеобразовательное учреждение на должность «педагог»;
- в) при проведении аттестации педагогов образовательных учреждений региональными органами исполнительной власти, осуществляющими управление в сфере образования;
- г) при проведении аттестации педагогов самими образовательными организациями, в случае предоставления им соответствующих полномочий.

Профессиональные компетенции педагога, отражающие специфику работы в начальной школе

Педагог начальной школы должен

– Учитывать своеобразие социальной ситуации развития первоклассника в связи с переходом ведущей деятельности от игровой к учебной, целенаправленно формировать у детей социальную позицию ученика.

– Обеспечивать развитие умения учиться (универсальных учебных действий) до уровня, необходимого для обучения в основной школе.

– Обеспечивать при организации учебной деятельности достижение метапредметных образовательных результатов как важнейших новообразований младшего школьного возраста.

– Быть готовым, как самый значимый взрослый в социальной ситуации развития младшего школьника, к общению в условиях повышенной степени доверия детей учителю.

– Уметь реагировать на непосредственные по форме обращения детей к учителю, распознавая за ними серьезные личные проблемы. Нести ответственность за личностные образовательные результаты своих учеников.

– Учитывать при оценке успехов и возможностей учеников неравномерность индивидуального психического развития детей младшего школьного возраста, а также своеобразие динамики развития учебной деятельности мальчиков и девочек.

Часть пятая: профессиональные компетенции педагога дошкольного образования (воспитателя), отражающие специфику работы на дошкольном уровне образования

Педагог дошкольного образования должен

– Знать специфику дошкольного образования и особенности организации образовательной работы с детьми раннего и дошкольного возраста.

– Знать общие закономерности развития ребенка в раннем и дошкольном детстве; особенности становления и развития детских деятельностей в раннем и дошкольном возрасте.

– Уметь организовывать ведущие в дошкольном возрасте виды деятельности: предметно-манипулятивную и игровую, обеспечивая развитие детей. Организовывать совместную и самостоятельную деятельность дошкольников.

– Владеть теорией и педагогическими методиками физического, познавательного и личностного развития детей раннего и дошкольного возраста.

- Уметь планировать, реализовывать и анализировать образовательную работу с детьми раннего и дошкольного возраста в соответствии с ФГОС дошкольного образования (ФГТ).

- Уметь планировать и корректировать образовательные задачи (совместно с психологом и другими специалистами) по результатам мониторинга, с учетом индивидуальных особенностей развития каждого ребенка раннего и/или дошкольного возраста.

- Реализовывать педагогические рекомендации специалистов (психолога, логопеда, дефектолога и др.) в работе с детьми, испытывающими трудности в освоении программы, или детьми с особыми образовательными потребностями.

- Участвовать в создании психологически комфортной и безопасной образовательной среды, обеспечивая безопасность жизни детей, сохранение и укрепление их здоровья, поддерживая эмоциональное благополучие ребенка в период пребывания в образовательной организации.

- Владеть методами и средствами анализа психолого-педагогического мониторинга, позволяющего оценить результаты освоения детьми образовательных программ, степень сформированности у них необходимых интегративных качеств детей дошкольного возраста, необходимых для дальнейшего обучения и развития в начальной школе.

- Владеть методами и средствами психолого-педагогического просвещения родителей (законных представителей) детей раннего и дошкольного возраста, уметь выстраивать партнерское взаимодействие с ними для решения образовательных задач.

- Владеть ИКТ-компетенциями, необходимыми и достаточными для планирования, реализации и оценки образовательной работы с детьми раннего и дошкольного возраста.

Психолого-педагогические требования к квалификации учителя

Настоящее Приложение относится к требованиям, которые установлены в пунктах 4.3–4.5 профессионального стандарта педагога.

1. Для эффективного выполнения указанной трудовой функции учителю необходимо усвоить ряд фундаментальных понятий из психологии личности, возрастной и педагогической психологии, определяющих результаты образовательного процесса, степень развития метапредметных компетенций, уровень и показатели социализации личности, ее развития, в том числе следующие:

- Гражданская и социальная идентичность.
- Уважение прав и свобод личности.
- Система ценностей личности.
- Образцы и нормы просоциального поведения, в том числе в виртуальной и поликультурной среде.

- Показатели стадий и параметры кризисов возрастного и личностного развития.
- Развитие коммуникативной компетентности обучающихся.
- Формирование системы регуляции поведения и деятельности обучающихся.
- Формирование и становление учебной мотивации и системы универсальных учебных действий.

- Особенности освоения и смены видов ведущей деятельности.

- Формирование детско-взрослых сообществ.

- Становление картины мира.

4.2 Характеристика профессионального стандарта педагога-психолога, дефектолога

Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от «24» июля 2015 г. № 514н утверждён *Профессиональный стандарт Педагог-психолог (психолог в сфере образования)*.

Согласно стандарту основная цель профессиональной деятельности педагога-психолога – Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в образовательных организациях общего, профессионального и дополнительного образования, основных и

дополнительных образовательных программ; оказание психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетним обучающимся, признанным в случаях и в порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу либо являющимся потерпевшими или свидетелями преступления

Выделены 2 обобщенные трудовые функции:

А - Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса в образовательных организациях общего, профессионального и дополнительного образования, сопровождение основных и дополнительных образовательных программ

В - Оказание психолого-педагогической помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетним обучающимся, признанным в случаях и в порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу либо являющимся потерпевшими или свидетелями преступления

Педагоги-психологи, работающие в ПМПК выполняют обобщенную трудовую функцию В, которая включает в себя несколько трудовых функций:

- Психологическое просвещение субъектов образовательного процесса в области работы по поддержке лиц с ограниченными возможностями здоровья, детей и обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

- Психологическая профилактика нарушений поведения и отклонений в развитии лиц с ограниченными возможностями здоровья, детей и обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

- Психологическое консультирование лиц с ограниченными возможностями здоровья и обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

- Психологическая коррекция поведения и развития детей и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, а также обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации

- Психологическая диагностика особенностей лиц с ограниченными возможностями здоровья, обучающихся, испытывающих трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, в том числе несовершеннолетних обучающихся, признанных в случаях и в порядке, которые предусмотрены уголовно-процессуальным законодательством, подозреваемыми, обвиняемыми или подсудимыми по уголовному делу либо являющихся потерпевшими или свидетелями преступления, по запросу органов и учреждений системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних

Каждая из трудовых функций заключается в выполнении перечня трудовых действий, владении необходимыми умениями и знаниями. Их описание содержится в Характеристике обобщенной трудовой функции В (раздел Профессионального стандарта).

По решению Министерства образования и науки Профессиональный стандарт педагога-психолога проходит апробацию в 12 регионах Российской Федерации и вступит в силу с 1 сентября 2017 года. В апробацию включены:

- Новосибирская область
- Республика Башкортостан
- Республика Чувашия

- Хабаровская край
- Калининградская область
- Калужская область
- Краснодарский край
- Самарская область
- Свердловская область
- Челябинская область
- Ярославская область
- Город Москва

В каждом их регионов определен Региональный центр по апробации и базовые организации-участники. Результаты апробации подлежат анализу научного сообщества, этим занимается Московский государственный психолого-педагогический университет (разработчик стандарта) в сотрудничестве с Федерацией психологов образования России.

Профессиональный стандарт Педагог-дефектолог (учитель-логопед, сурдопедагог, олигофренопедагог, тифлопедагог) находится в настоящее время в разработке. Разработчиками стандарта является Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Московский педагогический государственный университет», город Москва.

Основная цель профессиональной деятельности - организация деятельности обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенциями, необходимыми для жизни человека в обществе, обеспечение достижения ими нормативно установленных результатов образования; оказание коррекционной помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья; методическое обеспечение процессов образования, оказания коррекционной помощи лицам с ограниченными возможностями здоровья

Выделено 4 обобщенные трудовые функции:

- Обобщенная трудовая функция «Обучение, воспитание, коррекция нарушений развития и социальной адаптации обучающихся с тяжелыми нарушениями речи»
- Обобщенная трудовая функция «Обучение, воспитание, коррекция нарушений развития и социальной адаптации глухих, слабослышащих, позднооглохших обучающихся»
- Обобщенная трудовая функция «Обучение, воспитание, коррекция нарушений развития и социальной адаптации обучающихся с задержкой психического развития, различными формами умственной отсталости»
- Обобщенная трудовая функция «Обучение, воспитание, коррекция нарушений развития и социальной адаптации слепых, слабовидящих обучающихся»

Примечание:

Что делать, если работник не соответствует установленным требованиям ?

Уволить сотрудника в связи с его несоответствием профессиональному стандарту невозможно, поскольку ТК РФ в принципе не предусматривает такого основания для расторжения трудовых отношений.

Не стоит путать это с ситуацией, когда работник не отвечает занимаемой должности или не справляется с поручаемой работой в связи с недостаточным уровнем квалификации. В этом случае, если работодатель считает возможным уволить сотрудника, необходимо официально подтвердить его несоответствие посредством проведения аттестации (см. абз. 4 ст. 81 ТК РФ).

Если работодатель выявляет несоответствие уровня образования требованиям утвержденного профстандарта, он должен организовать для такого сотрудника соответствующее обучение. Работодатели, которые не провели для своих работников предусмотренное профстандартом обучение, могут быть привлечены к ответственности (см., например, постановление 13-го ААС от 30.10.2014 по делу № А56-26857/2014).

Итак, профессиональные стандарты с 2016 года будут обязательными к применению государственными органами и организациями, если такое решение будет принято Правительством РФ. Для юридических лиц с частной формой собственности применение данных правил носит рекомендательный характер, за исключением должностей, пребывание на которых дает работнику право на гарантии и компенсации или влечет некие ограничения.

Уволить сотрудника за несоответствие профессиональному стандарту работодатель не правомочен.

Основная литература

1. Забродин, Ю. М., Сергоманов П. А. Основные итоги апробации и внедрения профессионального стандарта педагога // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 2. С. 44–58. doi: 10.17759/pse.2016210206
2. Забродин, Ю.М. Модернизация психолого-педагогического образования как стратегический ориентир разработки профессионального стандарта педагога-психолога // Психологическая наука и образование. 2014. Т. 19. № 3. С. 58–73.
3. Забродин, Ю.М., Гаязова Л. А., Сергоманов П. А. Дифференцированные уровни квалификации педагога и структура профессионального стандарта педагога // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 2. С. 59–65. doi: 10.17759/pse.2016210207
4. Забродин, Ю.М., Леонова О.И., Мелентьева О.С., Перепеченова О.М. О разработке профессионального стандарта педагога-психолога, психолога в образовании (пояснительная записка к профессиональному стандарту) // Бюллетень Учебно-методического объединения вузов РФ по психолого-педагогическому образованию. 2013. № 2. С. 21–41.
5. Марголис, А. А., Аржаных, Е. В., Гуркина, О. А., Новикова, Е. М. Готовность педагогов к введению профессионального стандарта: результаты социологического исследования // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 2. С. 22–34. doi: 10.17759/pse.2016210204.

Дополнительная литература

1. Минюрова, С. А., Леонова О. И. Профессиональный экзамен: оценка квалификации педагога на соответствие требованиям профессионального стандарта // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 2. С. 66–75. doi: 10.17759/pse.2016210208
2. Рекомендации участников Всероссийского съезда «Профессиональный стандарт педагога: апробация и внедрение» по итогам апробации и поэтапного внедрения на базе 21 стажировочной площадки Минобрнауки России стандарта профессиональной деятельности педагога (педагогическая деятельность в сфере дошкольного, начального общего, основного общего, среднего общего образования) (воспитатель, учитель) для последующего распространения полученного опыта в другие регионы РФ // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 2. С. 7–11. doi: 10.17759/pse.2016210202
3. Ямбург, Е. Ш. Внедрение профессионального стандарта педагога: необходимость второго шага // Психологическая наука и образование. 2016. Т. 21. № 2. С. 35–43. doi: 10.17759/pse.2016210205

Раздел 5. Модели и технологии психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья

5.1 ПМПК как элемент психолого-педагогического сопровождения

В соответствии с требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов для каждой из категории детей с нарушениями в развитии комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение в условиях образовательного процесса всех детей с особыми образовательными потребностями должно осуществляться с учётом состояния здоровья и особенностей психофизического развития. Последние описаны и в целом определены в соответствующих общих характеристиках каждой из категорий детей с

ОВЗ. Сама специфика психолого-педагогического сопровождения для каждой из имеющихся на настоящий момент категорий детей с ОВЗ в каждом из ФГОСов и их вариантах не детализирована, но определяется соответствующими специальными образовательными условиями, определяемыми на психолого-медико-педагогической комиссии. Подобные условия исходят из специфики особенностей психофизического развития каждой категории детей с ОВЗ приведенными в соответствующих разделах ФГОСов.

В соответствии с требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов для каждой из категорий детей с нарушениями в развитии организационный раздел основной образовательной программы всех образовательных учреждений должен содержать описание системы психолого-педагогических условий и ресурсов, которые должны обеспечивать:

- выявление и удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся с ограниченными возможностями здоровья при освоении ими рекомендуемой образовательной программы и их дальнейшую интеграцию в образовательной организации;
- реализацию комплексного индивидуально ориентированного психолого-медико-педагогического сопровождения в условиях образовательного процесса всех детей с особыми образовательными потребностями с учётом состояния здоровья и особенностей психофизического развития (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии);
- создание специальных условий воспитания, обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, безбарьерной среды жизнедеятельности и учебной деятельности; использование специальных образовательных программ, разрабатываемых образовательной организацией совместно с другими участниками образовательного процесса, специальных учебных и дидактических пособий; соблюдение допустимого уровня нагрузки, определяемого с привлечением медицинских работников; проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий; предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую техническую помощь.

Коррекционная программа в структуре психолого-педагогического сопровождения должна содержать:

- цели и задачи коррекционной работы с обучающимися;
- перечень и содержание индивидуально ориентированных коррекционных направлений работы, способствующих освоению обучающимися с особыми образовательными потребностями рекомендуемой образовательной программы;
- систему комплексной психолого-медико-социальной поддержки обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, включающую комплексное обследование, мониторинг динамики развития, успешности освоения образовательной программы;
- механизм взаимодействия, предусматривающий общую целевую и единую стратегическую направленность работы с учётом вариативно-деятельностной тактики учителей, специалистов в области коррекционной и специальной педагогики, специальной психологии, медицинских работников образовательной организации, других образовательных организаций и институтов общества;
- планируемые результаты коррекционной работы.

Основой эффективного психолого-педагогического сопровождения является выполнение ряда системообразующих условий. К ним относятся:

- адекватное определение вида, варианта, режима образовательной программы, а также специальных образовательных условий ее реализации на психолого-медико-педагогической комиссии;
- наличие в образовательной организации психолого-медико-педагогического консилиума, высококвалифицированных специалистов, обеспечивающих реализацию психолого-педагогического сопровождения;

- материально-технического обеспечения, в том числе программно-методического обеспечения;

- наличие в шаговой доступности реально функционирующей сети образовательных и иных организаций, обеспечивающих дополнительное комплексное сопровождение ребенка с ОВЗ вне образовательной организации, в которой он обучается

Психолого-педагогические условия реализации рекомендуемой ПМПК образовательной программы должны обеспечивать:

- преемственность содержания и форм организации образовательного процесса по отношению к предыдущему уровню образования;

- учет специфики возрастного психофизического развития обучающихся, в том числе особенности перехода из младшего школьного возраста в подростковый;

- формирование и развитие психолого-педагогической компетентности обучающихся, педагогических и административных работников, родительской общественности;

- вариативность направлений психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса;

- диверсификацию уровней психолого-педагогического сопровождения (индивидуальный, групповой, уровень класса, уровень учреждения);

- вариативность форм психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса (профилактика, диагностика, консультирование, коррекционная работа, развивающая работа, просвещение, экспертиза).

Все вышеприведенные условия и задачи не могут быть эффективно решены, если не создана целостная система психолого-медико-педагогического сопровождения одним из основных элементов которой и является психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

Но, в любом случае, вне зависимости от юридической формы существования ПМПК, на наш взгляд, можно говорить о единых задачах, принципах и организации непосредственной деятельности системы психолого-медико-педагогического консультирования детей, нуждающихся в организации специальных условий для получения образования.

Вместе с тем принципиально важно разграничивать сферы компетенции ПМПК и консилиумов образовательных организаций (ПМПК).

Комиссия несет ответственность за определение статуса ребенка (то есть присвоению ему статуса «ребенок с ограниченными возможностями здоровья»). Фактически, определение потребности/ее отсутствия в создании для ребенка специальных образовательных условий, что и должно быть отмечено в заключении присваивает ребенку статус «ребенок с ОВЗ». ПМПК должно определить и специальные образовательные условия, в том числе, определение соответствующей возможностям ребенка образовательной программы, режима и возможной формы обучения и общих направлений коррекционно-развивающей работы специалистов. Статус «ребенок с ОВЗ» рассматривается как определяющий, в первую очередь, для дополнительного финансирования в соответствии с повышающим коэффициентом, принятом в данном регионе. В свою очередь, консилиум и руководитель образовательной организации несут ответственность за создание и реализацию необходимых условий, которые «прописаны» в заключении ПМПК. Если ПМПК решает «стратегические» задачи в отношении образования и социальной адаптации ребенка с ОВЗ, то консилиум решает тактические задачи, определяет саму реализацию рекомендаций ПМПК.

Очевидно, что ПМПК взаимодействует не только с образовательными организациями. Для эффективной реализации рекомендаций по созданию специальных образовательных условий для ребенка с ОВЗ необходим и ряд внешних (по отношению к образованию) организаций иного ведомственного подчинения. Помимо взаимодействия с бюро МСЭ, что входит в одно из непосредственных направлений деятельности ПМПК, необходимо тесное

сотрудничество с учреждениями здравоохранения, по крайней мере, находящимися в составе того же территориального образования, в первую очередь с имеющимися реабилитационными центрами и отделениями восстановительного лечения, физкультурными диспансерами. А также с структурными подразделениями системы социальной защиты (центрами социального обеспечения (ЦСО), реабилитационными центрами для различных категорий детей-инвалидов и т.п.). Без подобных взаимосвязей эффективное комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ практически невозможно.

Необходимо сказать и о «внешних» условиях, необходимых для организации деятельности всей системы ПМПК, также определяющих эффективность деятельности психолого-медико-педагогической комиссии.

К ним относятся:

Наличие образовательных учреждений разных уровней образования, реализующих различные образовательные программы (основную общеобразовательную, адаптированные основные общеобразовательные для различных категорий детей с ОВЗ (образовательная вертикаль: Система ранней помощи, дошкольные организации, школы, реализующие различные виды образовательных программ, система профессиональной подготовки), обеспечивающие системность развития образования детей с ОВЗ;

Преемственность и взаимодействие между отдельными звеньями этой вертикали;

Наличие в регионе структур, оказывающих эффективную методическую и организационную поддержку и сопровождение образовательных организаций, их структурных подразделений (соответствующие службы Управлений образованием, методические службы и центры, ресурсные ППМС-Центры).

Создание и функционирование муниципального (регионального, городского) Совета по инклюзивному образованию.

Наличие социальных партнеров.

Дополнительными условиями успешной деятельности ПМПК, в том числе задач, связанных с инклюзивной практикой - является наличие как формальной базы данных по учреждениям образования (муниципалитета, город, региона), реализующим различные адаптированные образовательные программы, включая и учреждения дополнительного образования, так и неформальных связей со специалистами и администрацией этих образовательных учреждений.

Помимо этого необходимо иметь представление об организациях здравоохранения, реализующих задачи диагностики, реабилитации и лечения детей с различными вариантами отклоняющегося развития. Безусловно, что у специалистов ПМПК должна быть полная информация и об учреждениях системы социальной защиты населения, реализующих свои программы и услуги для детей-инвалидов.

Также важными могут стать данные о негосударственных, некоммерческих организациях и фондах, центрах, реализующих различные программы работы с детьми с ОВЗ и их родителями.

В новой образовательной ситуации претерпевают определенные изменения и задачи, стоящие перед ПМПК – так важной для организации деятельности ПМПК является «...подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций», что вызывает необходимость проведения динамических обследований, а также тесное взаимодействие с психолого-медико-педагогическими консилиумами образовательных организаций. Это условие в определенной степени изменяет как организацию самой деятельности ПМПК, так и функционал ее специалистов.

Первое определяется необходимостью мониторингования, прослеживание эффективности созданной ребенку «образовательной траектории» - совокупностью всех образовательных условий, формы обучения, режимных моментов, а также деятельности «внешних» по отношению к образовательным структурам (здравоохранительных, социальной защиты, культурно-досуговых и физкультурно-оздоровительных организаций и др.) ведомств. С другой стороны, подобная деятельность (отслеживания, мониторингования и

т.п.) влечет за собой возможность достаточно объективной оценки эффективности деятельности ПМПК разного уровня. Возникает возможность менеджмента качества деятельности системы ПМПК, повышение ее «управляемости». В том числе, общественно-профессиональная экспертиза деятельности ПМПК «заказчиками» (как органами образования, так и родителями) и другими экспертами.

Точно также в определенной степени видоизменяется и консультативная составляющая деятельности ПМПК. Возможность длительного наблюдения за ребенком (в процессе его развития и обучения в образовательной среде), серии динамических обследований и, вследствие этого, неоднократного консультирования родителей и педагогов позволяет включать в консультативный процесс ранее недоступные (вследствие кратковременности) технологии и психотерапевтические приемы, позволяющие, в свою очередь, значительно повысить и эффективность консультирования.

Фактически новой задачей является задача взаимодействия государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Это взаимодействие направлено на повышение эффективности и координации действий по разработке индивидуальных программ (ИПРА) для детей, признанных детьми-инвалидами с учетом мнения специалистов ПМПК в части образования.

До 2009 года деятельность системы ПМПК и бюро МСЭ различных уровней протекала, фактически, изолированно друг от друга. Несмотря на то, что при освидетельствовании детей с целью установления инвалидности на бюро МСЭ запрашивало психолого-педагогические характеристики из образовательных учреждений, непосредственная разработка ИПР и ее разделов проводилась лишь силами специалистов МСЭ. Поэтому разделы, касающиеся психолого-педагогической и социальной реабилитации, что в большинстве случаев проходит в стенах образовательных организаций, часто оказывались либо недостаточно конкретизированными применительно к особенностям ребенка-инвалида, либо вообще не прописывались. Недостаточность проработки мероприятий психолого-педагогической реабилитации касалась определения всех аспектов образования ребенка, которые приведены в ИПР (тип дошкольного/школьного учреждения, форма обучения, режим и т.п.). На практике ребенок-инвалид, имеющий ИПР, попадая на ПМПК, повторно оценивался его специалистами с теми же самыми целями – определить образовательную траекторию, включая программу обучения, необходимые условия образования, форму обучения, режимные моменты и т.п. Но в отличие от ИПР, рекомендации ПМПК, приведенные в заключении, носили исключительно рекомендательный характер.

В свою очередь, специалисты ПМПК не имели информации об уровне ограничений жизнедеятельности ребенка, что в обязательном порядке прописывалось в ИПР и являлось задачей специалистов МСЭ. Такая ситуация разобщенности, естественно, не способствовала эффективности образования и реабилитации ребенка-инвалида. Точно также важная информация о необходимых технических средствах реабилитации, мероприятиях медицинской реабилитации оставались фактически недоступными специалистам ПМПК, и тем самым не могла учитываться ими при определении этих компонентов специальных образовательных условий. Такая ситуация «параллелизма» и разобщенности, естественно, снижала эффективность образования, лишала его необходимой комплексности. И на методическом уровне и на практике эта задача оставалась нереализованной.

Очевидно, что организация деятельности ПМПК в ситуации возникновения и интенсивного развития в образовании инклюзивной практики, не затрагивая основные аспекты ее деятельности, в то же время, в определенной степени видоизменяет и ее задачи. Подобные изменения касаются не столько изменения процедуры оценки особенностей и возможностей самого ребенка, сколько относятся к особенностям определения вида образовательной программы, специальным образовательным условиям ее реализации в среде обычных сверстников.

Именно ПМПК становится связующим, координирующим звеном в сетевом взаимодействии образовательных и иных организаций по обеспечению качественного

доступного образования детям с ОВЗ, поскольку именно на ней «замыкаются» практически все связи данной территории (муниципалитета, города).

Комплексное обследование ребенка с ОВЗ на ПМПК, тем более ребенка с выраженными часто сочетанными нарушениями в развитии – весьма сложная и многоаспектная процедура, вынужденно ограниченная во времени.

Как известно, до сих пор ни в сообществе специалистов, ни в нормативных документах не выработано единого взгляда относительно роли каждого из членов комиссии, приоритета мнений при формировании коллегиального заключения, используемой при этом терминологии.

Долгие годы в ПМПК господствовала фигура врача-психиатра. Это было обусловлено исторически, а также тем законодательно закрепленным обстоятельством, что заключение комиссии должно было формулироваться в форме медицинского диагноза. При таком подходе трудно было говорить об эффективной командной работе.

Переход к междисциплинарной деятельности команды специалистов позволил в значительной степени повысить эффективность проведения ПМПК, снизить ресурсозатраты и специалистов и ребенка, но, что не менее важно, минимизировать вероятность ошибочного решения в определении особенностей психического развития ребенка (его типологизации), а, отсюда, и «прописывание» адекватных состоянию ребенка специальных образовательных условий. Естественно, что в этой ситуации должен быть изменен и сам процесс проведения обследования ребенка, процесс консультирования его родителей, и даже использование специалистами диагностических и дидактических средств в процессе обследования.

Сам алгоритм проведения ПМПК, как определенная технология, включает ряд последовательных этапов:

Знакомство с представленными родителями документами, формирование первичной гипотезы относительно основных проблем и особенностей развития ребенка и его образовательных возможностей.

Комплексное обследование, включающее такие процессы как анализ предшествующего развития (сбор анамнестических данных) и непосредственная оценка особенностей развития ребенка, его возможностей различными специалистами;

Анализ полученных результатов и их коллегиальное обсуждение;

Принятие решения об «образовательной траектории» (вид образовательной программы, ее форма, режим реализации, аспекты коррекционной программы и другие необходимые специальные образовательные условия) и составление заключения ПМПК;

Консультирование родителей и согласование с ними специальных образовательных условий, необходимых ребенку для обучения, развития, и адекватной социализации: в первую очередь, характера образовательной программы в той образовательной организации, в которой родители хотят обучать ребенка, других специальных образовательных условий.

Каждый из этих этапов (подэтапов) обладает соответствующей структурой, собственными характеристиками, в том числе, собственной продолжительностью в общем процессе психолого-медико-педагогического консультирования.

Схема сбора анамнестических данных

Для всех специалистов, когда-либо участвующих в проведении ПМПК очевидно, что анализ истории развития и заболеваний ребенка, у медиков имеющий определение «анамнез», - в первую очередь, является профессиональной обязанностью врача. Именно врач в большинстве случаев начинает разговор с родителями (прежде всего с матерью), опрашивая их об особенностях жизни ребенка, начиная даже не с момента рождения, а с определенных моментов беременности женщины. Отметим, что в некоторых случаях, когда у ребенка имеется неврологическое или психическое заболевание, которое и является основной причиной создания для ребенка специальных образовательных условий, врач (невролог или психиатр) принимает активное участие на протяжении всего консультирования. Это не означает, что именно медицинский диагноз должен ставиться «во главу» рекомендаций и приводиться как основной в заключении ПМПК.

Объективный анамнез собирается со слов родителей (желательно матери, так как она обычно наилучшим образом осведомлена в подробностях истории ребенка) и в той или иной степени подтверждается медицинскими документами, которые принесли родители. Чем подробнее сделана поликлиническая выписка из истории болезни, чем больше «на руках» родителей результатов клинических обследований, тем более объективно можно оценить характер всего жизненного пути ребенка. Сразу же отметим, что желательно, чтобы максимально большее количество медицинских документов с разрешения родителей было отсканировано и включено в Карту Развития ребенка. Это входит в функцию социального педагога.

В то же время краткость самой процедуры ПМПК не дает возможность сбора полного, как это приводится в медицинской литературе, анамнеза с подробными описаниями протекания того или иного заболевания. В случае обследования ребенка на ПМПК необходимо, в первую очередь, выяснить следующие основные показатели:

- были ли какие-либо особенности состояния матери и плода в течение беременности и родов, (угрозы выкидыша, преждевременные роды, осложнения во время родов, когда закричал после рождения, что сказали врачи, другие особенности);
- состояние ребенка непосредственно после рождения, ребенка (в том числе, показатели по шкале Апгара) - сроки первого кормления (что косвенно отражает состояние новорожденного) сроки выписки из роддома. Отмечались ли в роддоме какие-либо отклонения у ребенка;
- каким был ребенок на первом году жизни (спокойный/беспокойный), специфика мышечного тонуса на первом году жизни, сроки становления моторного развития (сел, встал, пополз, пошел), какие трудности отмечали родители в этот период. У каких специалистов медицинского профиля находился на диспансерном учете (ортопед, невролог, окулист и пр.);
- особенности поведения и отношения к окружающему на первом году жизни, которые замечали родители и другие члены семьи;
- сроки речевого развития (гуление, лепет, первые слова, простая фраза – в каком возрасте, сроки появления местоимения «Я», другие особенности речевого развития);
- Привыкание к новым видам пищи (аллергозы, дисбактериозы, другие нарушения пищеварения) на первом году жизни и в последующие годы. Явные пищевые предпочтения ребенка и их выраженность;
- у каких врачей наблюдался после первого года жизни, с какими диагнозами. Были ли какие-либо тяжелые заболевания, наркозы (почему, когда и сколько), физические травмы;
- были ли психические «травмы» - причины, продолжительность, наблюдаются ли последствия психической травматизации;
- отношение ребенка к взрослым (своим и чужим), к другим детям, к животным;
- интересы и увлечения ребенка (возрастные, не возрастные, какие-либо особые) в разные периоды жизни, их выраженность;
- как адаптировался в детском саду и\или школе, какие проблемы при этом были, остаются в настоящий момент;
- были ли какие-либо изменения в социальной ситуации и в составе семьи ребенка в прошлом и в настоящее время.

Дополнительно к полученным со слов родителей и подтвержденным документально анамнестическим данным анализируются необходимые документы в соответствии с пп. 15е Положения о ПМПК.

Наиболее важными для врача ПМПК (как и для всех остальных специалистов) в выписке из истории болезни является:

- выписка от врача-педиатра, под наблюдением которого находится ребенок, отражающая его соматический статус и перенесенные заболевания;
- выписка от невролога или психиатра, если ребенок наблюдается и получает лечение;

– выписки (и результаты соответствующих обследований) врачей сурдолога, офтальмолога, ортопеда – при наличии у ребенка соответствующих заболеваний органов слуха, зрения, нарушений опорно-двигательного аппарата.

Особое внимание следует уделить синхронности развития сфер психического вплоть до возраста 8-9 лет (в данном случае мы говорим о регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной сферах).

Рассогласование в темпах и характере формирования каждой из трех анализируемых нами сфер (и, следовательно, нарушение нормативной синхронизации) следует рассматривать как признак возможного дизонтогенеза. Причем сам характер подобного рассогласования может определяться как формирующийся показатель того или иного типа (варианта) отклоняющегося развития и служить одним из его диагностических критериев. Так, например, в ситуации раннего моторного развития и, в целом, по возрасту когнитивного развития можно говорить о вероятности возникновения недоразвития регуляторного компонента деятельности, приводящего к не только к двигательной расторможенности, но и к недостаточности сформирования функций программирования и контроля, и, возможно, к варианту парциальной недостаточности регуляторно-волевой сферы.

В случае, когда когнитивное развитие соответствует или даже превышает возрастную норму (обладая при этом своеобразными особенностями: наличием латентных признаков в мыслительной деятельности, не возрастным характером познавательных интересов, нехарактерной для данного возраста склонностью к абстрагированию, философским рассуждениям и т.п.), в то время, как аффективно-эмоциональная сфера в значительной степени отстает от средних возрастных показателей – можно предполагать такой тип отклоняющегося развития как вариант асинхронного или даже искаженного психического развития. Можно говорить и о достаточно большом количестве и других рассогласований и неравномерностей в темпе и самом характере развития анализируемых психических сфер.

Все это можно рассматривать как специфический дифференциально-диагностический критерий, определенный нами как *критерий раннего возраста* (М.М. Семаго, 2010, Семаго М.М., Семаго Н.Я., 2011).

В ситуации комиссионного обследования практически каждый специалист ПМПК (не только врач, но и психолог, логопед, сурдо- и тифлопедагог) должен проанализировать историю развития ребенка со своей профессиональной точки зрения. Технология анализа синхронии/дисинхронии темпов развития может быть полностью распространена и на характер формирования тех «сфер», которые они анализируют (речевая деятельность, развитие психических процессов и функций, познавательное развитие, в то числе, в ситуации сенсорных нарушений и т.п.)

Таким образом, каждый специалист может внести ясность в отношении особенностей психического развития ребенка в сфере своей компетенции. Тем самым создается «объемная» целостно динамическая картина динамики психофизического развития ребенка, собранная как бы из отдельных «пазлов» (анамнестических данных специалистов в собственной профессиональной сфере).

Отсюда выстраивается и определенная технология самого анализа истории развития ребенка: каждый специалист не должен дублировать общий ход сбора анамнестических сведений, но «вычленив» из него характерные особенности развития собственного предмета анализа, лишь уточняет у родителей, из документов недостающие для себя факты. При этом сверяется темп формирования показателей, анализируемых другими специалистами ПМПК, и динамика изменений собственного предмета оценки.

Это позволяет не только получить целостную информацию о траектории психического развития ребенка – «вывести» специалистов на тот или иной вариант отклоняющегося развития, но и в достаточной степени минимизировать ресурсные затраты специалистов, оптимизировать сам анализ анамнестических данных.

Построение диагностической гипотезы и особенности ее реализации в процессе ПМПК

Диагностическая гипотеза определяет для каждого специалиста ПМПК и подбор наиболее эффективных диагностических средств (в сфере собственной профессиональной компетенции), тактику и технологии их использования в процессе обследования, приемы и порядок предъявления стимульных материалов, характер помощи, необходимой ребенку, построение мотивационного компонента обследования и многое другое. Она должна опираться не только на объективные жалобы, предъявляемые к ребенку взрослым или его собственные проблемы. В первую очередь, она должна исходить из знания типичных и специфичных для различных вариантов дизонтогенеза особенностей психомоторного и, в дальнейшем, психоэмоционального развития. В этом случае полученные в ходе сбора анамнеза данные о предыдущих этапах развития играют чрезвычайно важную роль в формировании самой гипотезы проведения обследования ребенка.

Помимо этого, в построении (по крайней мере, первичной) диагностической гипотезы значительная роль принадлежит и непосредственному наблюдению за особенностями, как внешнего вида ребенка, так и его поведения и характера взаимодействия, и до обследования, и непосредственно в ходе работы с ним. Как отмечается большинством авторов именно оценка внешнего вида и поведения, в том числе выделяющихся особенностей внешнего вида ребенка играет важную роль, и в постановке предварительной гипотезы обследования, и в подборе соответствующих методических материалов для его проведения.

Основная «рабочая» диагностическая гипотеза (или ее варианты при дифференциальной диагностике) должна быть сформирована к началу непосредственной работы с ребенком. Следует отметить, что в этой логике расспрос, разговор с ребенком анализ его «свободного» поведения в процессе ожидания семьей приема и непосредственно на приеме также играют необычайно важную роль для уточнения диагностической гипотезы. Среди наблюдаемых особенностей поведения, еще до начала непосредственной работы с ребенком, большую роль играют такие неспецифические критерии как критичность ребенка к самой ситуации взаимодействия, адекватность его поведения в условиях обследования и обучаемость (в широком смысле этого слова). Часто диагностическая гипотеза может измениться, если специалист видит, что ребенок не понимает инструкций, не удерживает их или вообще ведет себя «нелепо».

Отметим следующую принципиальную особенность построения диагностической гипотезы в процессе проведения ПМПК. Поскольку, подобный вид деятельности проходит, как правило, коллегиально, то наиболее эффективным является построение общей, единой для всех специалистов проводящих консультирование диагностической гипотезы! Очевидно, что такая ситуация возможна только когда все специалисты в своей междисциплинарной деятельности придерживаются общей методологии анализа, включающей, в том числе, и построение диагностической гипотезы.

Желательно, чтобы с самого начала диагностическая гипотеза заключалась в «гипотетическом» отнесении развития ребенка в целом к тому или иному варианту, виду (типу) развития. То есть уже изначально «предполагается» тот или иной вариант, тип или условно-нормативного, или отклоняющегося развития. В этом случае, вся система оценки особенностей психического развития ребенка (подбор наиболее эффективных диагностических средств, тактика и технология их использования в процессе обследования, приемы предъявления стимульных материалов, характер помощи, необходимой ребенку, построение мотивационного компонента обследования и т.п.) строится с учетом специфики того, что развитие ребенка идет «в рамках» предполагаемого варианта отклоняющегося развития.

В соответствии с результатами, демонстрируемыми ребенком в ходе непосредственной работы с ним того или иного специалиста, первичная диагностическая гипотеза может изменяться, в том числе и кардинально изменяться (правило Байеса). В соответствии с этим, другие специалисты ПМПК подбирают и соответствующим образом подают ребенку адекватные диагностические методики и дидактические материалы, модифицируют приемы собственной работы.

Возможны и промежуточные варианты изменения диагностической гипотезы в ходе непосредственного обследования ребенка, когда требуется лишь корректировка первичной гипотезы и изменение лишь технологий и приемов обследования. Естественно, что все специалисты должны придерживаться единой методологии анализа, понимать, что каждый из них делает, почему «вдруг» коллега именно таким образом изменил свою работу и т.п.

В процессе уже собственной деятельности каждый из специалистов лишь уточняет, дополняет данные истории развития (анамнеза), конкретизируя особенности различных сторон развития ребенка, важные для понимания причин и механизмов возникновения данного состояния (варианта отклоняющегося развития) в контексте собственной профессиональной деятельности. Мы рассматриваем подобную стратегию построения комплексного обследования как наиболее эффективный вариант деятельности специалистов ПМПК с самыми различными категориями детей, позволяющий в значительной степени минимизировать затраты сил и времени, сохранить ресурсные возможности ребенка на протяжении всего обследования.

Технология проведения сессии ПМПК как начала психолого-педагогического сопровождения

Весь процесс проведения психолого-медико-педагогического консультирования на ПМПК может быть технологично представлен в виде последовательности этапов, определяющих характер комиссионного приема. В данном случае мы рассматриваем деятельность ПМПК, как базового элемента системы ПМПК.

1. Запись на обследование

Инициаторы обращения записываются на конкретную дату проведения ПМПК по телефону, или лично и получают информацию о необходимых для проведения комиссионного приема документах на ребенка и взрослых (лиц заменяющих родителей) – решение опекуна, доверенность от родителей на имя близкого родственника и т.п.

Если семья приходит на ПМПК по рекомендации специалистов образовательной организации, в которой обучается ребенок, то в перечень документов, в соответствии с Положением о ПМПК (пп. 15г.), в обязательном порядке должны быть включены заключения специалистов ее консилиума или специалистов, работающих с ребенком, включая воспитателя, учителя и др. Это не означает, что если родители обучающегося ребенка самостоятельно обратятся на ПМПК, то они не должны таких заключений принести. В любом случае при записи им должно быть разъяснено (что входит в функции регистратора), что наличие подобного заключения (и заключений каждого специалиста, сопровождающего ребенка в детском саду или школе) значительно лучше поможет специалистам ПМПК разобраться в ситуации, более эффективно разработать рекомендации, минимизировать ресурсные затраты и самих родителей и ребенка.

2. Первичный анализ

В назначенное время родители с ребенком приходят на консультацию. В случае ожидания семьи в коридоре перед приемом хорошо работает так называемая «коридорная диагностика». Один из специалистов выходит как бы невзначай в коридор «по делам» и наблюдает ребенка в естественной ситуации, видит, как он себя ведет, как общается с родителями, как они общаются с ним и т.п. Это помогает сформулировать первичную гипотезу и сориентировать всех специалистов, готовящихся к приему.

Непосредственно на приеме специалисты знакомятся с родителями (лицами их замещающими), выясняют характер проблем ребенка или характер его трудностей или жалоб и трудностей со стороны родителей или специалистов ОУ, выясняют точку зрения родителей на возникшие проблемы или ситуацию. Родителям разъясняются задачи ПМПК, их права и ответственности сторон.

В протоколе ПМПК фиксируется перечень документов на ребенка, поступивших на ПМПК. Одновременно ведется наблюдение за поведением ребенка в свободной ситуации и ознакомление с документами. Естественно, что, в первую очередь, врач, знакомясь с

медицинскими документами, расспрашивает родителей о заболеваниях, развитии ребенка, об выделяющихся особенностях развития – то есть «снимает анамнез».

3. Комплексное обследование

По мере освоения ребенка в помещении, специалисты начинают взаимодействие с ребенком, целью которого является предварительная оценка особенностей развития ребенка и формирование первичной диагностической гипотезы. Этот момент можно рассматривать как определенный *подэтап* целостного обследования.

Одной из задач ПМПК является отнесение ребенка к той или иной категории отклоняющегося развития, поскольку это позволяет специалистам ПМПК не только определить ближайшие условия (в широком смысле), необходимые для включения ребенка в среду обычных сверстников, но и представлять вероятностный прогноз и условия для развития ребенка и его социальной адаптации на более длительный период, в частности, прогноз результативности овладения той или иной образовательной программой.

Специалист, который установил контакт с ребенком (это может быть любой из специалистов ПМПК), начинает его обследование в соответствии с собственными профессиональными задачами, методическими средствами, приемами и методами.

Сам процесс обследования представляет собой последовательное, гибкое «подключение» к работе с ребенком других специалистов в соответствии с диагностической гипотезой и выстроенными стратегиями взаимодействия с ребенком. При этом каждый специалист, ориентируясь на уже полученные коллегой результаты и включая их в собственное профессиональное «понимание» особенностей ребенка, использует собственные диагностикумы и методические средства, не дублируя методического обеспечения предыдущего обследования. Отметим, что при этом не должна быть «потеряна», «недобрана» необходимая информация для определения собственного профессионального заключения (диагноза) и на основании его формулирования необходимых рекомендаций по психолого-медико-педагогическому сопровождению и коррекционно-развивающей работе, других специальных условиях его обучения и воспитания.

4. Обсуждение результатов.

После того, как все специалисты ПМПК в целом готовы к обсуждению результатов собственных обследований и квалификации состояния ребенка, родители и ребенок по просьбе секретаря выходят из кабинета.

После этого происходит междисциплинарное обсуждение и коллегиальная оценка особенностей и уровня развития ребенка, на основе которых делается общий вывод о характере отклоняющегося развития, отнесение его к той или иной категории. Естественно, что каждый специалист в рамках собственной профессиональной деятельности формулирует эти особенности на «своем языке», что и должно быть в кратком виде отражено в соответствующем разделе протокола ПМПК, как это и предлагается в пункте 20 Положения.

Верификация варианта отклоняющегося развития должна позволить определить стратегические направления помощи ребенку и играет важную роль при выборе образовательного маршрута, позволяет более точно выбрать условия необходимые для адаптации ребенка в образовательном учреждении и оценить дальнейший прогноз его существования в образовательной среде.

Индивидуальные особенности развития ребенка – поведенческие, коммуникативные, учебно-познавательные, в том числе, ресурсные возможности ребенка позволяют оценить и *принципиальную возможность посещения ребенком* той или иной образовательной организации (детского сада или школы, реализующих основную общеобразовательную программу или тот или иной вариант адаптированной основной образовательной программы (АООП) или адаптированную образовательную программу (АОП) в ситуации получения им инклюзивного образования.

На основании всех этих данных принимается решение об условиях, необходимых для развития ребенка, его обучения и воспитания, в том числе, для успешной адаптации в детской среде – выбирается форма и объем включения в детскую среду; режим обучения;

стратегия включения; необходимость тьюторского сопровождения и его характер; спецификация коррекционно-развивающих занятий со специалистами; потребность в специальном оборудовании и другие условия, в том числе требования к безбарьерной архитектурной среде.

5. Оформление протокола и заключения ПМПК

В протоколе ПМПК помимо тех записей, о которых речь шла выше (паспортные данные ребенка, Ф.И.О. родителей, наличие инвалидности и на какой срок она дана, сведения об образовании ребенка и другие данные, которые определяются федеральным и региональным законодательством), отмечается перечень документов, представленных родителями, а также наиболее важные сведения из истории развития и причины обращения на ПМПК.

В соответствии с требованиями Положения (п. 20) в протоколе должны быть приведены «...результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов». Формулировка этого пункта Положения и наш опыт говорит о том, что в протоколе должны быть именно результаты и итоговые мнения **каждого специалиста** (выделено автором), а не обобщенные клинико-педагогическая или психолого-педагогическая характеристики как это практиковалось ранее. Такой подход к оформлению протокола позволяет, с одной стороны, более эффективно фиксировать динамику изменений состояния ребенка и его обученность при динамическом обследовании (см. далее), а с другой – налагает персональную ответственность на каждого специалиста за собственные результаты и собственные выводы.

В конце краткого описания результатов обследования каждым специалистом должна быть приведена собственная итоговая оценка состояния ребенка. Мы считаем, что в качестве такого вывода должен быть приведен соответствующий диагноз: нозологический диагноз медика, психологический диагноз – психолога, логопедическое заключение учителя-логопеда. В качестве такой итоговой оценки (вывода) дефектолога (соответствующей квалификации – олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога) должна быть оценка уровня обученности (своего рода педагогический диагноз) ребенка соотнесенный с требованиями образовательного стандарта для данного возраста и уровня образования.

В протоколе также должно быть приведено коллегиальное итоговое заключение специалистов комиссии. Именно оно (продублированное в заключении ПМПК, которое приводится на отдельном бланке) является обоснованием для вывода о наличии либо отсутствии необходимости создания для ребенка специальных образовательных условий со всеми вытекающими отсюда последствиями. В качестве такого итога мы рассматриваем предельно краткое описание **особенностей психического развития ребенка**, на основании которых и определяются специальные условия образования. Как правило, это основное (ведущее) нарушение развития, определяющее всю остальную специфику развития ребенка. При этом необходимо отметить и поведенческие особенности ребенка, темп и продуктивность деятельности другие особенности, определяющие характер необходимых образовательных условий.

Примеры. «Двусторонняя сенсоневральная глухота с выраженными поведенческими нарушениями. Состояние после кохлеарной имплантации справа».

«Гиперметропия средней степени, косоглазие у ребенка со снижением темпа и продуктивности деятельности на фоне социально-педагогической запущенности».

«Тотальное недоразвитие психических функций без нарушений поведения, грубое снижение операциональных характеристик у ребенка с генетическим заболеванием».

«Неравномерная недостаточность развития психических функций, грубое снижение темпа и продуктивности деятельности у ребенка с ДЦП (спастическая диплегия с акцентом справа)».

«Общее недоразвитие речи, второй-третий уровень речевого развития у ребенка с недостаточностью когнитивного компонента деятельности».

«Выраженная недостаточность регуляторного компонента психической деятельности у ребенка с некомпенсированным диффузным повреждением ЦНС на фоне низкой работоспособности».

«Выраженная недостаточность работоспособности, темпа и продуктивности деятельности, низкий уровень психического тонуса у ребенка с хроническим пиелонефритом».

Все чаще в практике ПМПК встречаются дети с сочетанием различных тяжелых нарушений. Например, сочетание нарушений опорно-двигательного аппарата и сенсорных систем, слухового и зрительного анализаторов, нарушений опорно-двигательного аппарата (по типу ДЦП) и интеллектуального недоразвития, процессуального психического расстройства, осложненного эпилепсией и т.п. И при этом невозможно выделить какое-либо ведущее (основное) нарушение развития.

В этих случаях в итоговом заключении предполагается простое перечисление имеющихся нарушений с указанием степени тяжести и особенностями операциональных характеристик деятельности. Точно также указываются и наличие/отсутствие поведенческих нарушений.

Примеры. *«Ретинопатия новорожденных III степени, частичная атрофия зрительного нерва, сенсоневральная тугоухость I-II степени, педагогическая запущенность на фоне низкого уровня психического тонуса без поведенческих нарушений».*

«Негрубая неравномерная недостаточность развития психических функций у ребенка с левосторонним гемипарезом и частичной атрофией зрительного нерва (ЧАЗН) на фоне низкой работоспособности».

Из опыта работы ПМПК хорошо известно, что в многих случаях у ребенка наблюдается несколько первичных сочетанных нарушений. Особенно часто это наблюдается у детей с расстройствами аутистического спектра, когда у одного и того же ребенка мы видим и специфическое нарушение речи, «неподходящее» под общее недоразвитие речи и специфические нарушения мышления, его неравномерность в целом, не отражающее понятие «ЗПР» и, эмоциональные нарушения, волевою незрелость, неадекватность. В этом случае после оценки состояния ребенка каждым специалистом в итоговое заключение имеет смысл выносить на первый план то нарушение, которое определяет образовательную программу наиболее адекватную для его состояния.

Примеры. *«Специфическое нарушение речи, неравномерность развития психических функций у ребенка с синдромом Аспергера (III-я группа раннего детского аутизма)».* В этом случае предполагается, что адекватной образовательной программой для этого ребенка будет соответствующий вариант программы для детей с тяжелыми нарушениями речи.

«Неравномерная выраженная недостаточность развития психических функций с поведенческими нарушениями у ребенка с РАС (атипичный аутизм)». В этом случае предполагается рекомендация обучения ребенка по адаптированной основной образовательной программе для детей с интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью) и созданием иных необходимых специальных образовательных условий.

Это коллегиальное заключение социальный педагог вносит в протокол, после чего все специалист его подписывают. Забегая вперед, отметим, что полученное коллегиальное заключение дублируется на бланке заключения ПМПК в соответствующем разделе.

Особенности оформления заключения ПМПК

В «шапке» заключения приводится название комиссии, дублируется номер протокола ПМПК и паспортные данные ребенка.

В разделах заключения отражаются необходимые (в соответствии с п.21 Положения) данные:

– обоснованные выводы о наличии/отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении;

- наличие/отсутствие необходимости создания условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов;

- рекомендации по определению образовательной программы, которую может освоить ребенок

- форма и режим получения образования;

- рекомендации о необходимых направлениях коррекционно-развивающей работы специалистов в рамках реализации Коррекционной программы;

- рекомендации по созданию других необходимых специальных образовательных условий:

- программно-дидактического обеспечения;

- специальных технических средств;

- безбарьерной, в том числе, специально организованной среды;

- использование специальных педагогических методов и приемов.

Именно в качестве обоснования таких выводов мы и рассматриваем коллегиальное (итоговое) заключения специалистов ПМПК, отдельные примеры которого приведены выше. На основании такого коллегиального заключения, которое в обязательном порядке дублируется в разделе заключения, делается вывод о том, что ребенок *«является/не является ребенком с ОВЗ»* и *«нуждается/не нуждается в организации специальных образовательных условий»*.

Эти условия включают в себя (и прописываются в соответствующих разделах заключения) следующие компоненты:

Образовательная программа

- *Вид программы:* основная образовательная программа; адаптированная образовательная программа, адаптированная основная образовательная программа (для определенной категории детей с нарушениями развития), специальная индивидуальная программа (СИП) для детей с выраженной интеллектуальной недостаточностью и множественными нарушениями.

- Для детей дошкольного возраста должна быть указана направленность групп (общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная или комбинированная), а для детей до 3 лет – вид: группы кратковременного пребывания без реализации образовательной программы дошкольного образования, обеспечивающие развитие, присмотр и уход (последняя для детей до 7 лет).

- *Организационная форма реализации образовательной программы:* очная, индивидуальное обучение на дому, заочная, экстернат, семейное образование.

- *Режим обучения:* полный день, неполный, группа кратковременного пребывания (для детей от 2 мес. До 7 лет).

- *Специальные методы и приемы обучения.*

- *Необходимость сопровождения тьютором или ассистентом.* Эта рекомендация определяется исходя из особенностей поведения ребенка, необходимости помощи в реализации АОП при составлении индивидуального учебного плана (тьюторское сопровождение), а также в случае, если подобное «техническое» сопровождение определено в ИПР для ребенка-инвалида (сопровождение ассистента). Последнее, как правило, определяется для детей-инвалидов с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, тяжелыми нарушениями зрения и при сочетанных (множественных) нарушениях. Поскольку у этих специалистов различные функциональные обязанности и квалификационные характеристики, то иногда необходимо сопровождение и того и другого.

Коррекционно-развивающая деятельность (коррекционная программа).

В контексте деятельности ПМПК приводится не детальная разработка всех компонентов коррекционной программы (как и адаптация к возможностям ребенка самой образовательной программы – это является обязанностью самой образовательной

организации, ее специалистов), но основная стратегия коррекционно-развивающей деятельности – *основные направления деятельности специалистов* психолого-педагогического сопровождения самой образовательной организации: психолога, логопеда, дефектолога. При сетевой форме получения образования ребенком – рекомендуемые направления коррекционно-развивающей работы могут реализовываться специалистами иной образовательной организации.

Здесь же должна быть приведена организационная форма проведения занятий: групповая, в группе малой наполняемости, индивидуальная и др.

Дополнительные условия. Среди дополнительных условий, которые чаще всего не могут быть реализованы в самой организации или ее сетевым партнером, являются, в первую очередь, консультации и сопровождение специалистами медицинского профиля на базе учреждений здравоохранения или социальной защиты. Специалистами ПМПК в заключении должны быть отмечены те направления помощи, которые необходимы ребенку для успешной социальной и образовательной адаптации. Например, среди таких рекомендаций могут быть:

«Наблюдение психиатра и/или невролога по месту жительства», «консультация генетика», «занятия адаптивной физкультурой», «обращение в бюро медико-социальной экспертизы с целью уточнения реабилитационных мероприятий», «сопровождение семьи социальным педагогом» и т.п.

Срок повторного ПМПК. Поскольку, одной из задач ПМПК является динамическое сопровождение детей, ранее прошедших комиссию, но законодательно не определены (и не могут быть определены, так как в каждом конкретном случае они будут свои) сроки повторного обследования, то в обязательном порядке в заключении должен быть *спрогнозирован и рекомендован* срок повторного обследования. Тем самым комиссией фактически задается период, на который определяются специальные образовательные условия, – в первую очередь, период реализации той образовательной программы, которую рекомендует ПМПК. Отметим, что срок повторного (динамического) обследования будет находиться в прямой зависимости от того вида образовательной программы, той образовательной организации, которую выберут родители для образования своего ребенка. Этот срок может быть определен и самой образовательной организацией (специалистами ее консилиума). В этом случае в заключении ПМПК относительно срока повторного обследования приводится следующая формулировка *«по запросу образовательной организации»* или *«по решению консилиума образовательной организации»*.

Все разделы (кроме вида образовательной программы, формы ее реализации и режима обучения, а также срока повторного прохождения ПМПК) могут заполняться до непосредственного консультирования родителей, поскольку на этом этапе еще неизвестно их решение относительно того, где будет обучаться ребенок, будут ли они последовательно выполнять рекомендации ПМПК по «образовательной траектории» или будут настаивать на своем выборе.

6. Консультирование родителей.

После принятия коллегиального решения о необходимости организации специальных образовательных условиях приглашаются его родители (лица их замещающие), которым в доступной форме разъясняются рекомендации ПМПК: соответствующая возможностям ребенка образовательная программа, ее форма и режим реализации. Родители знакомятся с мнением специалистов о том, какие специальные условия нужны ребенка для успешной его адаптации в образовательной среде, какие нужны дополнительные консультации, наблюдения специалистов (медиков, реабилитологов и т.п.). Здесь важно отметить, что, несмотря на то, что в соответствии с федеральным законодательством для ребенка не подбирается конкретная образовательная организация, родителям разъясняют их права относительно выбора ими учреждения, в котором может быть наиболее эффективно для ребенка реализована рекомендованная образовательная программа и специальные условия, а также организации, которые могут на сегодняшний день обеспечить дополнительную

коррекционно-развивающую и реабилитационную помощь (ППМС-Центры и реабилитационные центры системы социальной защиты и здравоохранения).

В случае желания родителей обучать ребенка в организации, осуществляющей инклюзивную практику, даются рекомендации относительно необходимости составления в этом случае адаптированной образовательной программы (АОП) и индивидуального учебного плана. Также родителям необходимо знать о формах и возможностях промежуточной и итоговой аттестации их ребенка, в инклюзивной образовательной организации.

Помимо этого при необходимости каких-либо дополнительных исследований или консультаций (в частности медицинских) специалисты ПМПК информируют родителей, в каких учреждениях, и где их можно провести.

Рекомендации относительно конкретной образовательной организации, если родители заинтересованы в такой информации осуществляются по принципу максимальной приближенности соответствующего учреждения к месту проживания ребенка или максимальной наполненности его (учреждения) необходимыми специальными, в том числе техническими, образовательными условиями. Важное значение при этом приобретает «безбарьерность» (в широком смысле этого слова) этого учреждения.

Хорошо, если при этом в ПМПК имеется достаточная база данных по различным образовательным организациям, в том числе реализующим специальное и инклюзивное образование. Это относится не только к школам, но и к дошкольным организациям.

После этого один из родителей (лицо его заменяющее) ставит свою подпись в протоколе ПМПК (в специально предусмотренной строке) о том, что он ознакомлен и согласен (не согласен) с решением ПМПК и его рекомендациями.

Секретарь ПМПК вносит все данные по протоколу в специальный журнал. Родителям выдается справка о том, что ребенок прошел ПМПК такого-то числа и номер карты ребенка.

Таким образом обследование ребенка с ОВЗ на ПМПК можно рассматривать как начало комплексного психолого-педагогического сопровождения ребенка в целостной системе ПМПК, в которой комиссия, ее технологии являются (фактически) первичным элементом.

Основная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования /под общ. ред. М.М.Семаго, Н.Я.Семаго. – АРКТИ, 2014.

2. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. — М.: АРКТИ, 2005.

Дополнительная литература

1. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.

2. Совершенствование деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в Орловской области: итоги пилотного проекта // Материалы конференции / Под ред. А.Я.Юдильевича, И.А.Ульченок. – М.; Орел: ТАСИС-проект; Упр.общ. и проф. образования, 2002.

5.2 Психолого-педагогическое сопровождение в образовании (преемственность)

Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ в условиях инклюзивного образования рассматривается как междисциплинарная деятельность специалистов образовательной организации, направленная на оптимальное в соответствии с возможностями включение ребенка в образовательную среду вместе с другими, не имеющими подобных ограничений детей, и поддержание его социально-психологической и образовательной адаптации на всем протяжении его обучения и воспитания. В рамках психолого-педагогического сопровождения реализуется соответствующий вариант образовательной программы, рекомендованный ПМПК. Вся деятельность специалистов сопровождения направлена на поддержание социально-психологической и образовательной

адаптации ребенка с ОВЗ, в том числе и в рамках работы с другими субъектами инклюзивного образования. В целом психолого-педагогическое сопровождение представляет собой комплекс различных диагностических, коррекционно-развивающих профилактических, организационных и просветительских технологий.

Психолого-педагогическое сопровождение в образовательных организациях относительно молодое направление в образовании, но уже является неотъемлемой частью образовательного процесса. Психолого-педагогическое сопровождение сегодня выступает как комплексная технология, особая культура поддержки и помощи ребенку в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации. Концепция модернизации российского образования на период до 2010 г. определила приоритетные цели и задачи, решение которых потребовало построения адекватной системы психолого-педагогического сопровождения. Государственная программа Российской Федерации «Развитие образования» на 2013 -2020 годы одним из приоритетов в сфере общего образования определила обеспечение учебной успешности каждого ребенка, независимо от состояния его здоровья, социального положения семьи. Особое внимание на данном этапе уделяется формированию инструментов поддержки особых групп детей в системе образования (одаренные дети, дети с ограниченными возможностями здоровья, дети в трудной жизненной ситуации, дети мигрантов). Федеральная целевая программа развития образования на 2011-15 годы, рамках мероприятия «Распространение на всей территории Российской Федерации современных моделей успешной социализации детей» во всех субъектах Российской Федерации определяет необходимость распространения следующих моделей общего и дополнительного образования:

- инновационные воспитательные модели, обеспечивающие формирование гражданской идентичности обучающихся в условиях поликультурного и поликонфессионального общества;
- современные образовательные и организационно-правовые модели, обеспечивающие успешную социализацию детей с ограниченными возможностями здоровья и детей-инвалидов;
- современные образовательные и организационно-правовые модели, обеспечивающие успешную социализацию детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- модели формирования культуры безопасного образа жизни, развития системы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения обучающихся.

В настоящее время в соответствии с требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов общего образования, в том числе ФГОС для детей с ОВЗ и ФГОС для детей с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) организационный раздел программ всех образовательных организаций должен содержать описание системы психолого-педагогических условий и ресурсов, в том числе вариативных областей для отдельных категорий детей с ОВЗ и УО. Требованиями Стандарта к психолого-педагогическим условиям реализации основной образовательной программы начального и основного общего образования являются:

- обеспечение преемственности содержания и форм организации образовательного процесса по отношению к дошкольной и начальной ступени общего образования с учётом специфики возрастного психофизического развития обучающихся;
- формирование и развитие психолого-педагогической компетентности участников образовательного процесса;
- обеспечение вариативности направлений и форм, а также диверсификации уровней психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса.

Сопровождение ребенка (группы детей) с ограниченными возможностями здоровья в образовательном процессе, в соответствии с подходом М.Р. Битяновой (1998) определяется как целостная системно организованную деятельность, в процессе которой создаются

социально-психологические и педагогические условия для успешного обучения и психологического развития ребенка в школьной среде.

В то же время, следует отметить, что само понятие «сопровождение» следует рассматривать не только в отношении деятельности психолога образования или педагога, но и других специалистов — логопедов, дефектологов, социальных работников, педагогов в структуре образовательных организаций, в том числе и ПМПК которая и обеспечивает преемственность между различными вариантами ФГОС с учетом психофизических особенностей ребенка. Таким образом, это понятие может быть в наиболее широком смысле транслировано образовательной среде в целом. Определение сопровождения теснейшим образом сочетается с пониманием его как текущей (динамической) оценки адаптированности ребенка в образовательной среде, с одной стороны, и, соответственно, поддержанием оптимальной адаптации ребенка в этой среде — с другой.

В ситуации, когда в ходе образовательного процесса увеличиваются нагрузки на ребенка (эмоционально-мотивационные воздействия или непосредственно когнитивные), субъектами образовательного процесса явно не планируется желание «перегрузить» ребенка, но способствовать обученности, воспитанности. В отсутствие четких и понятных для специалистов (в первую очередь, педагогов) критериев максимальной и, в то же время, оптимальной нагрузки возникает необходимость контроля состояния ребенка со стороны других субъектов образования (в структуре деятельности психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации). Его целью является оптимизация воздействий со стороны образовательной среды и «уравновешивание» этих воздействий с возможностями ребенка.

Сопровождение, в данном случае, должно осуществляться как дозирование образовательных нагрузок (в широком смысле этого понятия) — с одной стороны максимально-оптимальных и достаточных для разностороннего полноценного развития ребенка, с другой — не выходящих за пределы индивидуально допустимых для данного ребенка с целью не допустить его дезадаптации.

Таким образом, рассматривая ребенка с ОВЗ как субъекта образовательной среды с ограниченными возможностями адаптации, можно конкретизировать цели и задачи сопровождения как непрерывное поддержание силами всех специалистов – участников (субъектов) образовательного процесса равновесной ситуации между реальными возможностями ребенка по амплификации образовательных воздействий (определяемых, в первую очередь, внутренними условиями и закономерностями индивидуального развития ребенка) и объемом, динамическими показателями этих образовательных воздействий со стороны педагогов, родителей, любых других субъектов образовательной среды.

Подобная формулировка позволяет подойти к пониманию процесса сопровождения как к регулируемой динамической системе с отрицательной обратной связью.

В соответствии с этим в процессе реализации психолого-педагогического сопровождения должны быть определены конкретные формы, содержание, технологии деятельности специалистов: комплексная диагностика, развивающая и коррекционная деятельность, консультирование и просвещение педагогов, родителей, других участников образовательного процесса, экспертная деятельность по определению и коррекции программы индивидуального сопровождения ребенка с ОВЗ как компонента адаптированной образовательной программы. Каждое из этих направлений деятельности специалистов и педагогов включается в единый процесс сопровождения, обретая свою специфику, конкретное содержательное наполнение.

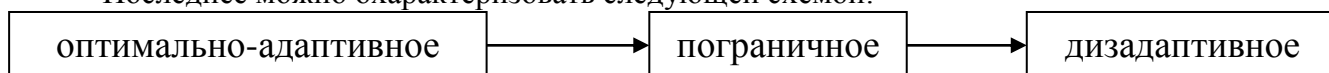
Критерии оптимальности психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ

Реализация подобных целей и задач, определение форм и содержательное наполнение деятельности субъектов образовательного пространства требует определения критериев создания и поддержания оптимальности и эффективности сопровождения как одного из основных компонентов образовательного процесса в целом.

В качестве подобных критериев необходимо определить такие показатели существования ребенка в образовательном пространстве, которые отражают ситуацию равновесия (оптимальной успешности) между образовательными воздействиями со стороны среды и эффективностью обучения и развития ребенка в целом. Из этого следует, что одной из первостепенных задач сопровождения является определение критериев максимально-оптимально-допустимых образовательных воздействий, критериев перехода состояния ребенка (при увеличении силы, сложности и объема образовательных воздействий) в пограничную с дезадаптивным состоянием зону, то есть зону, в которой ребенок будет демонстрировать преддезадапционное состояние. Последнее теснейшим образом связано с определением «цены деятельности» ребенка по амплификации образовательных воздействий.

Такое пограничное состояние ребенка традиционно описывается как нахождение ребенка в группе риска по конкретному показателю (школьная или социальная дезадаптация, девиантное или деликventное поведение, в том числе суицидальное поведение, эмоционально-аффективная дезадаптация). Для точной оценки этого состояния, его границ необходимо определить критерии и характеристики (соматические, психологические, психопатологические, социальные) перехода ребенка в состояние дезадаптации.

Последнее можно охарактеризовать следующей схемой:



Представление возможных изменений адаптивного состояния ребенка в динамике соотносительно с объемом образовательных воздействий представлено на рис. 1.

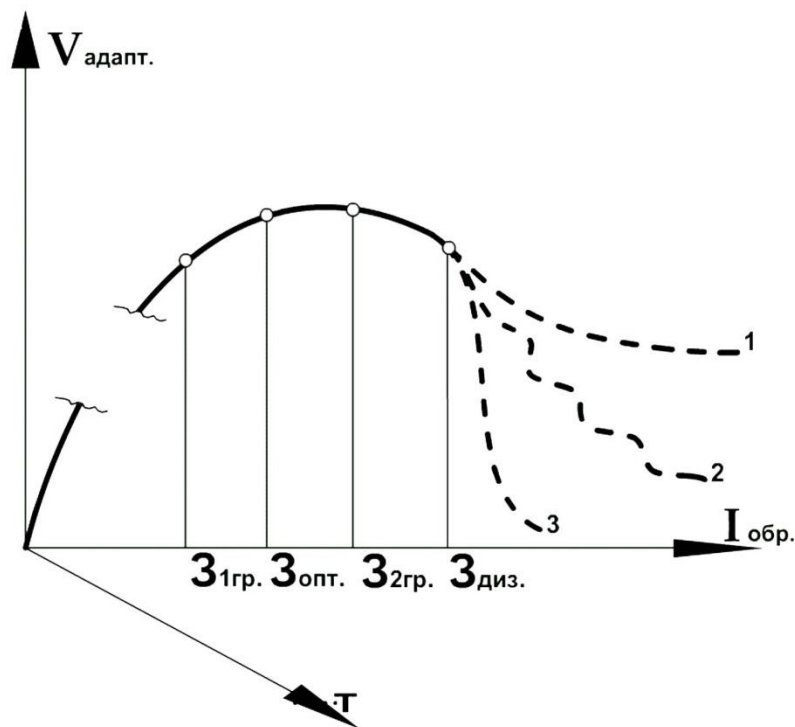


Рис. 1. Адаптационные возможности ребенка при различном уровне образовательных воздействий.

Пояснения к рисунку. Ось Y ($V_{адапт.}$) — увеличение успешности амплификации ребенком образовательных воздействий в плане позитивного развития (в условных единицах);

Ось X ($I_{обр.}$) — интегральный показатель силы, сложности и объема образовательных воздействий. Последнее может быть определено через поток образовательной информации обозначаемый как $I_{обр.}$.

Z опт. — является зоной оптимальных нагрузок, когда соотношение нагрузок и возможностей способствует максимальному раскрытию личностного потенциала ребенка и его амплификационных возможностей;

$Z_{1,2гр.}$ — зоны пограничных нагрузок, зона риска по дезадаптивному состоянию, определяется в зависимости от индивидуально-типологических особенностей ребенка, детерминируемых, в первую очередь, его психофизиологическими особенностями;

$Z_{диз.}$ — зона дезадаптивного состояния. Пунктирные линии показывают возможный (условный) спектр характера протекания дезадаптивного состояния при дальнейшем увеличении образовательных воздействий;

Ось Z — время (T), на протяжении которого происходит сопровождение ребенка.

В данном случае представляемая кривая достаточно условна и определяет исключительно качественный характер состояния ребенка. Условность «кривой адаптации» распространяется и на характер соотношения успешности амплификации и объема воздействий при показателях образовательных воздействий значительно меньших, чем оптимальные для данного ребенка. Точно также следует подчеркнуть, что предлагаемая ситуация рассматривается для конкретного возрастного среза. При учете возрастных изменений ребенка мы получим систему подобных кривых, распределенных во времени (по оси Z), представляющих в сумме некую поверхность, определяемую по крайней мере тремя независимыми факторами, что значительно усложнит качественное восприятие ситуации.

«Уход» ребенка в дезадаптационное состояние будет происходить (как видно из рис.1) индивидуально - специфическими путями как в плане динамики развития дезадаптивного состояния, так и в качественном своеобразии этого процесса (например, в увеличении числа простудных заболеваний или развитии психосоматических заболеваний для одного ребенка, в нарушениях поведения (вплоть до асоциального) — для другого, логоневроза — для третьего). Оценка этих показателей изменения состояния ребенка должна явиться одной из рядоположных задач процесса сопровождения в рамках построения индивидуального образовательного маршрута.

Таким образом, одной из возможных дефиниций понятия «сопровождение ребенка в образовательной среде» является создание оптимальной организации образовательной среды, соотносенной с возможностями ребенка, а при необходимости и специально организованного «доразвития» (в рамках коррекционного компонента АООП или адаптированной образовательной программы (АОП), реализуемого специалистами, входящими в состав психолого-медико-педагогического консилиума). В этом случае силами всех участников образовательного процесса должно быть создано своего рода равновесие между образовательными воздействиями (организацией программ обучения, характером и организацией межличностного взаимодействия, в том числе мотивационных воздействий, структурно-топологической организации образовательного пространства и т.п.) и индивидуальными амплификационными возможностями ребенка. Подобное равновесное состояние должно поддерживаться для каждого отдельного момента времени нахождения ребенка в образовательном пространстве, то есть носить динамический характер.

Критерием эффективности сопровождения ребенка является нахождение ребенка в индивидуально-адаптивной зоне уровня образовательных воздействий и динамический контроль изменения показателей адаптации для «недопущения» сдвига этих показателей в пограничную и, тем более, дезадаптивную зону, что может достигаться как за счет индивидуально-специфической для каждого ребенка организации образовательной среды в целом, так и в результате поддержания амплификационных возможностей ребенка развивающими или, при необходимости, коррекционными средствами со стороны других субъектов образовательной среды.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение, в том числе особенности реализации адаптированной образовательной программы и работы по индивидуальной программе с ребенком с ОВЗ основывается на определенных принципах и положениях. Это модель психолого-педагогического сопровождения, представления о взаимодействии ребенка с ОВЗ и образовательной среды как системе передачи и амплификации потока образовательной информации (информации о знаниях, умениях, навыках и информации о воспитательных воздействиях, в том числе эмоциональной составляющей всей деятельности с ребенком и его окружением). Главным в подобном сопровождении следует считать сбалансированность между объемом, сложностью такой информации и собственными возможностями ребенка с ОВЗ к амплификации, присвоению этой информации. Отсюда определяются и критерии оптимального, гармоничного психолого-педагогического сопровождения ребенка. В качестве основного критерия принимается «выход» всех показателей психического развития ребенка за пределы оптимальной зоны амплификации и границы перехода состояния ребенка в дезадаптивное. Собственно говоря, все сопровождение ребенка с ОВЗ и определяется оценкой этих границ и поддержанием необходимого объема образовательной информации в оптимальных границах, не допуская перехода состояния ребенка в дезадаптивное.

Исходя из вышесказанного, определяется весь набор психолого-педагогических технологий, используемых специалистами психолого-медико-педагогического консилиума, а также и разработка адаптированной образовательной программы или эффективная реализация коррекционно-развивающих областей в составе АООП. При этом нельзя забывать и об еще одном компоненте сопровождения – социализации включаемого ребенка. Этот процесс является неотъемлемой составляющей индивидуальной образовательной программы. В целом его также можно отнести к психолого-педагогическому сопровождению. Причем социализацию включаемого ребенка нельзя рассматривать в отрыве от социализации всех остальных детей класса, группы. Фактически это полисубъектный процесс (по И.В. Вачкову) и, следовательно, ориентирован, по крайней мере, на двух субъектов сопровождения: ребенка с ОВЗ и других детей, окружающих его в образовательном пространстве.

Субъекты психолого-педагогического сопровождения

Отметим, что в рамках психолого-педагогического сопровождения необходимо, говорить о нескольких основных субъектах инклюзивной практики.

Естественно, основным субъектом является ребенок с ограниченными возможностями здоровья, который по результатам обследования на психолого-медико-педагогической комиссии, нуждается в организации специальных образовательных условиях и разработке адаптированной образовательной программы во всех ее компонентах.

Следующим по значимости субъектом (скорее, субъектами) инклюзивного образовательного пространства являются остальные дети, включенные в то же самое образовательное пространство, которое после появления ребенка с ОВЗ, нуждающегося в организации специальных условий образования приобретает свойство «инклюзивного». Эти дети также будут нуждаться в определенном психолого-педагогическом сопровождении, хотя и несколько иного плана. Важно понимать, что дети окружающего нашего включаемого ребенка не являются по отношению к нему однородным «коллективным субъектом». Некоторые из них с различной степенью негативности относятся к ребенку с ОВЗ, другие – нейтральны – он для них как бы не существует. Третьи, возможно, испытывают позитивные чувства и положительное отношение. В этой неоднородной межличностной ситуации предельно важно обеспечить как оценку межличностных отношений в детском коллективе, так и разработать ряд психолого-педагогических мероприятий, позволяющих минимизировать негативные отношения и использовать позитивные отношения для создания не просто толерантной образовательной среды, но эффективного включения создаваемых позитивных отношений в структуру комплексного психолого-педагогического сопровождения.

Субъектами инклюзивного образовательного пространства также являются родители и включаемого ребенка, и других детей класса. Совершенно очевидно, что в данном случае родителей нельзя рассматривать как однородный субъект сопровождения для каждой категории родителей должны быть разработаны отдельные технологии оценки и сопровождения специалистами школьного консилиума, в первую очередь, психологом ПМПк. Также коллективным субъектом инклюзивной практики, нуждающимся в психолого-педагогическом сопровождении, являются непосредственные участники инклюзивного образования – педагогический коллектив общеобразовательного учреждения. Педагогов следует рассматривать как особых субъектов сопровождения, поскольку они сами непосредственно включены в инклюзивное образование как специалисты, но, в то же время, в силу специфики своей профессиональной подготовки нуждаются в помощи и поддержке со стороны специалистов школьного консилиума, обладающих специальными знаниями и умениями в отношении различных категорий детей с ОВЗ.

Основные этапы психолого-педагогического сопровождения инклюзивного процесса, особенности психолого-педагогического сопровождения субъектов инклюзивной образовательной среды

Процесс психолого-педагогического сопровождения цикличен и предусматривает последовательную реализацию четырех этапов: диагностического, поисково-вариативного, практико-действенного и аналитического (по Л.Н. Харавиной). Наша практика показывает, что в целом можно пользоваться подобным подходом к определению этапности психолого-педагогического сопровождения, с условием большей дифференциации.

Так первый этап – *диагностический* – предполагает первичную экспертизу всех компонентов, составляющих основу сопровождения. К таким компонентам следует отнести: оценку имеющихся ресурсов образовательного учреждения для запуска инклюзивных процессов, включая прогноз количества детей с ОВЗ, которые в целом способны «потянуть» образовательное учреждение (подготовительный подэтап); оценку состава детей во всех параллелях, в первую очередь, поступивших в школу на начало учебного года по наличию среди них детей, нуждающихся в организации специальных образовательных условий и индивидуализации образовательного маршрута, разработки индивидуальной образовательной программы, ее компонентов (подэтап выявления); углубленную оценку выявленных детей с особыми образовательными потребностями – то есть тех детей, которые (по решению школьного консилиума, подтвержденного рекомендациями ПМПк, в ситуации, когда ребенок прошел там обследование) нуждаются в разработке индивидуальной образовательной программы и специальных образовательных условиях. Сюда же должен быть включено коллегиальное консилиумное обсуждение детей, прошедших углубленное обследование всеми специалистами школьного консилиума. Таким образом, диагностический этап психолого-педагогического сопровождения может быть описан рядом важных подэтапов.

На втором поисково-вариативном этапе осуществляется определение целевых ориентиров комплексного сопровождения в рамках разрабатываемой здесь же индивидуальной образовательной программы. После детального определения всех образовательных потребностей ребенка с ОВЗ, с учетом «стратегических» рекомендаций ПМПк по организации психолого-педагогического сопровождения вначале обсуждаются, а затем разрабатываются и детализируются отдельные компоненты сопровождения ребенка специалистами школьного консилиума. Каждый специалист в пределах собственной профессиональной компетенции и с учетом проведенного им же обследования ребенка предлагает варианты собственного маршрута сопровождения, которые в дальнейшем должны, с одной стороны, обеспечить ребенку компенсацию и «доразвитие» имеющихся особенностей в рамках профессиональной деятельности того или иного специалиста сопровождения, а с другой – не только «сопрягаться» с деятельностью других специалистов консилиума, реализуя целостность сопровождения, но и быть в определенной степени включенными непосредственно в образовательную деятельность педагога в ситуации

фронтального обучения ребенка наравне с другими детьми класса. Последнее может быть достигнуто посредством как рекомендаций специалиста педагогу (или нескольким педагогам) по организации обучения, режимных моментов, внеурочной деятельности, так и непосредственном включении специализированных компонентов в адаптацию учебного материала, включенность собственной деятельности в «ткань» урока в качестве ассистента педагога, проведение совместных уроков.

Подобные разработки каждого специалиста вряд ли могут иметь жесткую неизменяемую «конструкцию», нуждаются в гибкой корректировке уже на этапе междисциплинарного обсуждения и зависят от многих факторов, в том числе от нагрузки специалиста, количества детей, нуждающихся в его помощи, режиме работы, графика деятельности. Поэтому вначале они могут иметь лишь вариативный характер.

Результатом этого этапа являются целостная индивидуально ориентированная образовательная программа во всех своих компонентах, а само психолого-педагогическое сопровождение приобретает характер междисциплинарного, учитывающего общность аналитических подходов различных специалистов, последовательность подключения к сопровождению специалистов школьного консилиума. Важным моментом, который должен быть рассмотрен на этапе разработки целостной индивидуальной образовательной программы, является определение срока, на который она разрабатывается. При этом должны быть учтены достаточно большое количество факторов, таких как прогноз достижения планируемых результатов, заявляемых каждым специалистом консилиума, включая планирование динамики усвоения учебных умений и навыков со стороны педагогов, учет включенности родителей в образовательный процесс, оценка состояния и прогноз динамики межличностных отношений в классе между детьми и взрослыми и некоторые другие. В подобной многофакторной ситуации определение срока действия данного варианта АОП/АООП также будет носить вероятностный вариативный характер.

На третьем *практико-действенном этапе* совершаются реальные действия всех субъектов инклюзивной образовательной среды по осуществлению программы психолого-педагогического сопровождения включаемого ребенка, других субъектов инклюзивной практики в соответствии с прописанными в индивидуальной образовательной программе направлениями деятельности специалистов сопровождения, методами и формами, в целом организацией деятельности школьного консилиума. На этом этапе важно постоянно отслеживать динамику изменений, как состояния ребенка, так и степени амплификации (присвоения) им образовательных воздействий. Точно также важным является поддержание необходимых (прописанных в рекомендациях ПМПК и детализированных в коллегиальном заключении школьного консилиума) ребенку специальных образовательных условиях, определяющих эффективную реализацию адаптированной образовательной программы. Подобная «следающая» оценка стабильности необходимых условий важна не только для оценки выполнения самой образовательной программы, но и для оценки условий, создаваемых в рамках психолого-педагогического сопровождения каждым из его специалистов.

На следующем – *аналитическом* – этапе психолого-педагогического сопровождения происходит, как это следует из самого его названия, анализ эффективности деятельности отдельных специалистов консилиума и оценка эффективности сопровождения ребенка в целом во всех его аспектах. Совершенно очевидно, что подобная оценка эффективности сопровождения, не имеющая на настоящий момент четко обозначенных критериев, может определяться лишь опосредованно через аттестационные показатели овладения ребенком адаптированного учебного материала, сформированности школьнозначимых умений и навыков, традиционных показателей социализированности включенного ребенка. Подобную оценку эффективности следует рассматривать как еще одну не менее значимую технологию психолого-педагогического сопровождения. В то же время, каждый специалист школьного консилиума должен предоставить на заседание консилиума, которое назначается по завершению очередного этапа реализации индивидуальной программы сопровождения,

данные по результативности собственной профессиональной деятельности, «заложенные» в контекст сопровождения ребенка в качестве планируемых результатов. На этом консилиуме, который имеет характер планового, всеми специалистами должны быть проанализированы результаты сопровождения, факторы, оказавшие как негативный, так и позитивный эффект на мероприятия по сопровождению ребенка с ОВЗ. На основании полученных результатов и дальнейшем прогнозе динамики образования и социализации инклюзивного ребенка проводится коррекция всех компонентов адаптированной образовательной программы и ее компонентов, корректируется дальнейшая деятельность всех специалистов сопровождения. В зависимости от полученных результатов процесс психолого-педагогического сопровождения в рамках подвергшейся коррекции индивидуальной образовательной программы, либо продолжается, либо встает вопрос об кардинальном изменении образовательного маршрута – выведении ребенка в другое образовательное учреждение.

Общие подходы к технологиям ППС как основным компонентам модели психолого-педагогического сопровождения в инклюзивной практике

Под технологией (от греч. *techno* – искусство, мастерство, *logos* – наука) понимают совокупность и последовательность методов и процессов преобразования исходных материалов, позволяющих получить продукцию с заданными параметрами. Педагогическая технология (а психолого-педагогическое сопровождение можно в полном объеме отнести к педагогическим технологиям) – строгое научное проектирование и точное воспроизведение гарантирующих успех педагогических действий; систематическое и последовательное воплощение на практике заранее спроектированного учебно-воспитательного процесса. Технологичность подобного процесса позволяет с большой определенностью предсказывать и достигать планируемых результатов; обеспечивать благоприятные условия для развития личности не только включаемого в образовательное пространство ребенка с ОВЗ, ребенка-инвалида, но и других окружающих его детей; уменьшать влияние неблагоприятных обстоятельств на личность ребенка; анализировать и систематизировать на научной основе имеющийся практический опыт и его использование; выбирать наиболее эффективные и оптимально использовать имеющиеся в распоряжении ресурсы для решения возникающих образовательных и социально-педагогических задач. Описанию педагогических технологий посвящены работы В. П. Беспалько, Л. В. Байбородовой, В. В. Гузеева, М. В. Кларина, М. М. Левиной, Г. К. Селевко, А. И. Умана и других отечественных ученых, а также зарубежных авторов (Л. Андерсон, Б. Блум, Т. Гилберт, Р. Мейджер, К. Силбер, Р. Томас и др.). В качестве рабочего может быть взято определение педагогической технологии Г. М. Коджаспировой, характеризующее ее как систему способов, приемов и шагов, последовательность выполнения которых обеспечивает решение задач воспитания, обучения и развития личности обучающегося, а сама деятельность представлена процедурно, как определенная система действий; то есть это разработка и процедурное воплощение компонентов педагогического процесса в виде системы действий, обеспечивающей гарантированный результат (Г. М. Коджаспирова, 2001)

Технологии психолого-педагогического сопровождения опираются на скоординированное междисциплинарное взаимодействие субъектов образовательного процесса, обеспечивающее благоприятные условия для их личностного и профессионального развития.

Само понятие «педагогическая технология» может рассматриваться в трех аспектах:

научном – как часть педагогической науки, изучающая и разрабатывающая цели, содержание и методы обучения и проектирующая педагогические процессы;

процессуальном – как описание (алгоритм) процесса, совокупность целей, содержания, методов и средств достижения планируемых результатов обучения, воспитания и социализации;

деятельностном – как осуществление технологического (психолого-педагогического) процесса, функционирование всех личностных, инструментальных и методологических педагогических средств.

Любая технология должна удовлетворять основным методологическим требованиям - критериям технологичности, которыми являются: концептуальность; системность; управляемость; эффективность; воспроизводимость.

Концептуальность технологии предполагает, что каждая технология опирается на определенную научную концепцию, включающую философское, психологическое, дидактическое и социально-педагогическое обоснование достижения образовательных целей.

Системность означает, что технология должна обладать всеми признаками системы, а именно: логикой процесса; взаимосвязью его частей; целостностью. В рамках психолого-педагогического сопровождения этот критерий определяет, в том числе, необходимость определения оценки результативности, планируемых достижений ребенка при переходе с одного этапа своего развития, адаптации в образовательной среде и социализации на другой.

Управляемость предполагает возможность диагностического целеполагания, планирования, проектирования процесса сопровождения, поэтапной диагностики, возможного варьирования средств и методов с целью коррекции результатов.

Эффективность указывает на то, что современные психолого-педагогические технологии существуют в конкурентных условиях и должны быть эффективными как по результатам, так и оптимальными по ресурсным затратам, а также в определенной степени гарантировать достижение заложенного в адаптированную образовательную программу планируемого результата.

Воспроизводимость подразумевает возможность применения (повторения, воспроизведения) данной технологии в других однотипных образовательных организациях другими субъектами.

В свою очередь, технологии психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики должны опираться на:

- знание этапов и закономерностей нормативного онтогенеза в различные возрастные периоды;
- понимание психологических задач каждого конкретного возраста, а не навязанных социумом нормативов обучения;
- специфику психического развития детей с различными вариантами отклоняющегося развития, с опорой на понимание механизмов и причин возникновения этих особенностей;
- знание клинических проявлений того или иного варианта психического дизонтогенеза и возможностей медикаментозной поддержки;
- учет различных образовательных задач, внутри каждого уровня образования;
- знание этапов и закономерностей развития взаимодействия в детском сообществе в различные возрастные периоды.

Перечислим основные технологии психолого-педагогического сопровождения. К ним следует, в первую очередь, отнести:

- Построение адекватной возможностям ребенка последовательности и глубины подачи программного материала в контексте адаптации образовательной программы для различных категорий детей с ОВЗ по каждой отдельной компетенции или предмету.
- Технологию проведения междисциплинарных консилиумов специалистов, что в свою очередь способствует выстраиванию приоритетов и определению стратегии медицинского и психолого-педагогического сопровождения как в конкретные моменты, так и на длительные периоды, а также оценке эффективности той или иной стратегии сопровождения.
- Технологию выделения детей группы риска по различным видам дизадаптации (образовательной и/или поведенческой).
- Технологию оценки особенностей и уровня развития ребенка, с выявлением причин и механизмов (психологической, клинической и педагогической типологизации

состояния ребенка) его проблем, для задач создания адекватной абилитации и сопровождения ребенка и его семьи.

- Технологию оценки внутригрупповых взаимоотношений, для решения задач сопровождения всех субъектов инклюзивного образовательного пространства, формирования эмоционального принятия и группового сплочения.

- Технологии собственно коррекционно-развивающей работы с включаемыми детьми и, при необходимости, с другими субъектами инклюзивного образовательного пространства.

- Технологии психокоррекционной работы с различными участниками образовательного процесса (педагогами, специалистами, родителями, старшеклассниками, администрацией), в том числе, крайне специфической психологической работы с родительскими и учительскими ожиданиями.

Каждая из представленных здесь технологий характеризуется конкретным содержанием, этапностью, профессиональной направленностью, используемыми методическими и инструментальными средствами, индикаторами и критериями оценки результативности, планируемыми результатами на каждом этапе. Важным аспектом каждой технологии является ее междисциплинарный характер, взаимосвязь деятельности каждого специалиста с другими специалистами сопровождения, а также определенная включенность непосредственно в педагогическую деятельность.

Основная литература

1. Левченко, И.Ю., Киселева, Н.А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / Под научной редакцией И.Ю. Левченко. – М.: Национальный книжный центр, 2013.

2. Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями. Пособие для учителей, психологов и родителей. Минск, Национальный институт образования, 2005.

3. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. /под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – АРКТИ, 2014.

4. Организация инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья: Учебное пособие /Отв. Ред. С.В. Алехина, Е.Н. Кутепова. – М.: МГППУ, 2013.

5. Психолого-медико-педагогический консилиум в общеобразовательном учреждении. Методические рекомендации. /Авторы-составители: Э.Н. Абуталипова, С.И. Галяутдинова, М.М. Семаго. /Башкирский институт развития образования. Уфа, 2002.

Дополнительная литература

1. Психолого-педагогические основы инклюзивного образования: коллективная монография /Отв. Ред. С.В. Алехина. – М.: МГППУ, ООО «Буки Веди», 2013.

2. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я. Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности. – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.

3. Семаго, Н.Я. Технологии определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Серия: Инклюзивное образование. вып. 2. – М.: «Школьная книга», 2010.

4. Совершенствование деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в Орловской области: итоги пилотного проекта; материалы конференции /под ред. А.Я. Юдилевича, И.А. Ульчонок, – М.-Орел: ТАСИС проект, управление общего и профессионального образования, 2002.

5. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С.В. Алехиной, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2012.

Раздел 6. Специфика деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий

6.1 Междисциплинарное взаимодействие как основа деятельности специалистов ПМПК

Одним из основных специфических компонентов деятельности специалистов ПМПК является их междисциплинарное взаимодействие. В целом понятие взаимодействия можно определить как «процесс непосредственного или опосредованного воздействия объектов (субъектов) друг на друга, порождающий их взаимную обусловленность и связь. Взаимодействие выступает как интегрирующий фактор, способствующий образованию структур. Если в процессе взаимодействия обнаруживается противоречие, то оно выступает источником самодвижения и саморазвития структур...» (Л.А. Карпенко).

В нашем случае (деятельность ПМПК) под образованием структур можно понимать как формирование диагностического полифункционального коллектива ПМПК, так и выработку в ходе продуктивного взаимодействия членов команды адекватного коллегиального структурно-динамического заключения, отражающего особенности развития ребенка в различных аспектах, важных для разработки комплексных рекомендаций по созданию специальных образовательных условий его развития, обучения, социальной адаптации, оздоровления (Юдилевич, 2008).

Как отмечает тот же автор (Совершенствование деятельности..., 2002) в современной командной работе специалистов ПМПК реализуются два основных принципа – *мультидисциплинарный* и *междисциплинарный*.

Л.П. Фальковская (2013) рассматривает и еще один вариант подхода, названный ею «трансдисциплинарным». Он предполагает исследование ситуации обращения в ПМПК сразу на нескольких уровнях, например физическом и ментальном, глобально и локально. Данный подход напрямую связан с прогнозированием формирования ресурсов развития и обретения жизненно необходимых компетентностей ребенком с ОВЗ и его семьей.

Мультидисциплинарный принцип (от лат. *multum* много), состоит в реализации комплексного подхода к психике ребенка, предложенного в психологической диагностике ведущими отечественными психологами А.Н.Леонтьевым, А.Р.Лурией, А.А.Смирновым. Он предусматривает необходимость равноправного учета данных всех специалистов (врачей, психологов, педагогов, социальных работников, иных) для оценки психического развития ребенка. В этой ситуации каждый специалист в оценке особенностей ребенка получает результаты исходит из собственного профессионального видения ребенка, анализирует получаемые в процессе собственного обследования в контексте собственной профессиональной сферы.

Естественно, что при этом и терминология, и анализируемые специалистом психические структуры, и конечный результат, воплощенный в категоризацию нарушений (отклонений) – собственный профессиональный диагноз (итоговое заключение) будут аккумулированы исключительно «в пределах» профессиональных возможностей специалиста. В этом случае можно говорить об осевой системе диагностики (оценки) особенностей развития ребенка. В этом случае в качестве итогового заключения, воплощаемого в коллегиальное заключение ПМПК можно рассматривать целостный набор отдельных диагнозов, определяющих категоризацию той или иной стороны психофизического развития ребенка.

Подобная ситуация, фактически, в настоящее время присутствует в протоколе ПМПК, где согласно Положению должны быть приведены краткие описания особенностей развития ребенка и выводы (диагнозы, заключения) каждого специалиста.

Междисциплинарный принцип деятельности специалистов при оценке психического развития ребенка предусматривает необходимость, и выработки (согласования)

коллегиальных подходов при такой оценке, и преломления (в некоторых случаях серьезной коррекции) мнения каждого из специалистов, в зависимости от мнения других членов ПМПК.

В основе подобного консенсуса должны находиться общие для всех подходы к оценке и анализу особенностей психического развития, единая, насколько это возможно, терминология. Главной особенностью последней является то, что терминологический аппарат, понятийная определенность должен отражать профессиональную деятельность большинства специалистов ПМПК и, следовательно, быть понятным всем, в том числе и родителям. Действительно, в рамках профессиональных подходов каждого из специалистов ПМПК (психолога, логопеда, дефектолога и даже специалиста одного из медицинских специализаций) всегда существует возможность (и необходимость) анализа одной из представленных сфер: регуляторно-волевой, когнитивной, аффективно-эмоциональной. Естественно, что каждая из них в деятельности различных специалистов оказывается представленной собственной единицей анализа (для медика – это поведенческие особенности, включающие как регуляторную, так и аффективно-эмоциональную; логопед исследуя речевую деятельность, фактически анализирует один из компонентов когнитивной сферы, а также регулятивный компонент коммуникации; психолог – оценивает все три сферы). Далее мы увидим, как особенности оценки каждой из предлагаемой сферы «преломляются» в основные критерии оценки, которые точно также могут быть оценены каждым из специалистов ПМПК.

Заметим, что междисциплинарный подход оказывается наиболее эффективным именно в условиях коллегиального обследования и временного дефицита, а также в условиях высокой истощаемости большей части детей с ОВЗ, детей-инвалидов.

Из вышесказанного следует, что учет обоих принципов командной работы специалистов на первый план выдвигает не только задачи образования (хотя последние и воплощаются в конкретных рекомендациях по созданию специальных условий получения образования), но и непосредственно с ним связанные задачи психолого-педагогического сопровождения ребенка и его семьи. Все это: «... в значительной мере снижает возможность возникновения диагностических ошибок и способствует выработке наиболее продуктивных подходов в решении судьбы маленького человека, соблюдении его прав» (Совершенствование деятельности..., 2002, С. 34).

В соответствии с общей технологией деятельности ПМПК и характером междисциплинарного взаимодействия можно говорить и об отдельных технологиях деятельности каждого из ее специалистов. Очевидно, что подобные технологии в условиях психолого-медико-педагогического консультирования будут достаточно специфичны по сравнению с деятельностью тех же специалистов в любых других условиях – в ситуации консилиумной деятельности в образовательной организации, в ППМС-Центре и т.п. С другой стороны в рамках проведения психолого-медико-педагогического консультирования каждый специалист включен в комплексное и единовременно проводимое коллегиальное обследование ребенка. Поэтому все и каждая из применяемых технологий должны быть комплиментарны друг другу и в основных своих «звеньях» сочетаться с деятельностью других специалистов. Только в этом случае консультирование будет эффективным и результативным. Все это требует не только общих подходов и единой методологии анализа особенностей развития ребенка, но и ролевой и содержательной «распределенности» деятельности каждого из специалистов ПМПК, что также определяет специфичность их деятельности.

Другими словами, одни и те же показатели особенностей психического развития ребенка его возможностей, в том числе, ресурсные и компенсаторные возможности должны быть, с одной стороны, оценены каждым из специалистов в соответствии с собственной профессиональной компетентностью, но с другой, - дублирование аналогичных, «однотипных» оценок разных специалистов должно быть по возможности минимальным.

Этому будет способствовать и формирование общей диагностической гипотезы, и получение собственных оценок за счет наблюдения деятельности других специалистов комиссии.

Таким образом, каждый из специалистов сможет сократить собственное обследование, без потери значимой информации. Каждый специалист (в соответствии с Положением о ПМПК) должен внести в протокол собственные выводы и результаты обследования ребенка в кратком обобщенном виде. В свою очередь, результаты обследования каждым специалистом команды ПМПК должны согласовываться с результатами других специалистов. В противном случае можно говорить либо о диагностической ошибке одного из специалистов, либо о принципиальной (особой) позиции специалиста. Подобная ситуация может возникать, например, когда на ПМПК приходит ребенок с нарушениями слуха, зрения, тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата или сложным расстройством аутистического спектра и в составе команды ПМПК он обследуется специалистом соответствующего профиля (сурдо- или тифлопедагогом, специалистом, хорошо знакомым с такой категорией детей, как дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, психологом или психиатром, хорошо знающим психопатологию аутистических расстройств). Поскольку бывает, что не все специалисты ПМПК (психологи, логопеды, дефектологи) владеют достаточным опытом анализа этих нарушений развития, у них может возникать несколько иное «видение» ребенка и, вследствие этого, и возникают разногласия в квалификации состояния ребенка и прогноза его образовательных возможностей.

Иногда могут возникать ситуации, когда состояние ребенка настолько сложное и/или тяжелое, что его невозможно оценить за время одной сессии консультирования и, соответственно, сделать прогноз его образовательных возможностей. Последнее часто вызывает необходимость назначения диагностического периода обучения/воспитания и, возможно, повторного обследования на ПМПК.

Результаты каждого специалиста, отраженные в соответствующем разделе протокола ПМПК, являются основанием для принятия общего коллегиального заключения о состоянии и особенностях психического развития ребенка. Это коллегиальное заключение является, с одной стороны, итоговой частью протокола ПМПК, а с другой стороны – в соответствии с Положением о ПМПК является основанием для определения наличия или отсутствия необходимости в создании для ребенка специальных образовательных условий. То есть определяет статус ребенка как ребенка с ОВЗ, нуждающегося в организации специальных образовательных условий.

Мы считаем, что каждый специалист ПМПК в процессе своего обследования или наблюдения за обследованиями других специалистов должен вести свои собственные краткие записи по ходу обследования. Собственный «протокол» позволяет не только описать, пусть и в краткой форме, результаты собственного обследования, но и зарегистрировать важные с профессиональной точки зрения данные, получаемые в процессе обследования ребенка и разговора других специалистов с его родителями. Все эти данные (и собственные и результаты других специалистов) позволяют более точно построить диагностическую гипотезу собственного обследования, более емко и максимально информативно заполнить соответствующий раздел общего протокола ПМПК, а при составлении коллегиального заключения обеспечить профессионально подкрепленные доводы собственной позиции в отношении и особенностей ребенка, и создания необходимых для него специальных образовательных условий.

Специфика деятельности специалистов ПМПК при использовании новых подходов к оценке особенностей психофизического развития ребенка

Прежде, чем говорить о специфичности критериального подхода к оценке особенностей ребенка в ситуации проведения психолого-медико-педагогической комиссии, необходимо сказать о специфичности самого инструментария подобной оценки.

Логика подбора методических средств предполагает, что специалист ПМПК (логопед, психолог или дефектолог) может выбрать из имеющегося достаточно широкого набора диагностикумов, именно те методики, которые подходят для обследования конкретного

ребенка *данного возраста и уровня психического развития*. Для этого на предыдущем этапе проекта деятельности ПМПК были разработаны (отобраны как наиболее эффективные и информативные в деятельности ПМПК) пакеты диагностических средств для всех возрастных диапазонов Детства – от рождения ребенка до его 18-летия.

Особенности построения диагностических методик, входящих в состав пакетов были разработаны с учетом возможности их использования в различных возрастных диапазонах – то есть, были градуированы по степени их усложнения. Поэтому одни и те же методики имели задания различной степени сложности как одном пакете и могли использоваться для детей всего заявляемого возрастного диапазона, так и были представлены в примерных пакетах для разных возрастных диапазонов в случае, когда степень сложности входящих в них однотипных заданий «перекрывает» нормативные возможности выполнения детьми соответствующего возраста. Подобная возможность использования однотипных методических средств в различных возрастах достигается изменениями инструкций специалистов, модифицированных для разных возрастных групп.

Важным и специфичным компонентом использования диагностических средств, является сама стратегия работы специалистов с детьми разного возраста.

Чем младше ребенок, тем нормативно более непосредственным может быть его поведение в ситуации взаимодействия (то есть без рефлексивного анализа того, как его поведение оценивают другие взрослые). Ребенок как бы естественен в своем поведении, оно в наименьшей степени еще опосредовано социальными нормами (как надо и как не надо вести себя в подобной ситуации). Заинтересовавшись каким-либо заданием или игрой, маленький ребенок может, с одной стороны, не захотеть от него оторваться (для работы с другими заданиями), а с другой, — может прервать свое занятие в любой момент, заинтересовавшись чем-то новым.

Использование любых методических средств для обследования детей, начиная от младенческого до младшего дошкольного возраста (от рождения до 4,5 лет), представляет наибольшую трудность для специалистов ПМПК, даже с достаточным опытом работы с детьми.

Следует отметить, что к особенностям поведения и работоспособности, в первую очередь, нужно отнести нормативную в этом возрасте небольшую расторможенность, повышенную ориентировочную реакцию или, наоборот, тормозимость, скованность и робость. Чаще всего эти показатели свидетельствуют не только об особенностях аффективного развития ребенка, но могут являться ситуативными реакциями на те требования, которые предъявляет к нему необходимость взаимодействия с незнакомыми взрослыми.

Безусловно, будет наблюдаться преобладание игровой мотивации и игровой деятельности в целом. Это «играет на руку» специалисту, но этим надо еще уметь воспользоваться. Операциональные характеристики деятельности еще недостаточно устойчивы и невелики в этом возрасте (внимание неустойчиво, произвольная регуляция собственной деятельности находится в начальной стадии формирования). У ребенка достаточно быстро наступает пресыщение (а вслед за ним и утомление) и требуется достаточно гибкое и изощренное взаимодействие специалиста с ребенком, чтобы эти естественные возрастные особенности не «зашумляли» результаты обследования. То есть специалист должен «следовать» за интересами ребенка и одновременно достаточно жестко проводить линию обследования, не забывая, в то же время, о быстро наступающем пресыщении и утомлении ребенка.

Исключение составляют выраженные варианты расторможенного поведения или негативизм, когда ребенок не выполняет задания, а производит «неспецифические» действия с тестовым материалом (сбрасывает со стола, стучит о стол и т.п.).

Далее, в зависимости от уровня психической активности и заинтересованности ребенка исследуется специфика мнестической деятельности (объем слухоречевого запоминания). Это является ключевым моментом психологического обследования и для этого возраста. Исходя

из этого и учитывая уровень речевого развития в целом, который, в свою очередь, может быть оценен заранее в процессе наблюдения за ребенком в группе или в первые моменты обследования, «строятся» все инструкции и стиль речевого взаимодействия с ребенком.

По результатам выполнения перцептивно-действенных или рисуночных заданий оценивается общий уровень развития познавательной сферы: соотношение величины и формы на конкретных объектах (*Доски Сегена, Разрезные картинки* и т.п.), уровень понятийного развития (*Предметная классификация, методика Выготского–Сахарова, Исключение предметов*), сформированность пространственных представлений (*Разрезные Картинки, методика Кооса, методики исследования пространственно-временных представлений* и др.).

Как уже отмечалось, это не идет единой «обоймой», но энергоемкие задания (*Предметная классификация, Доски Сегена* и т.п.), перемежаются *двигательными пробами*, а малоинтересные или пресыщающие задания (в основном, методики *вербального типа*) — не длительными методиками исследования эмоционально-личностной сферы (различные *рисуночные тесты* по типу методики *Метаморфозы*, игра «*Что происходит?*» — *Контурный С.А.Т.–Н.*, «*Угадай настроение*» — методика «*Эмоциональные лица*» и др.). Необходимо повторить, что подача того или иного задания должна быть жестко «увязана» с уровнем психической активности в каждый конкретный момент, степенью утомления и нарастанием признаков расторможенности. Чаще всего задания на исследование эмоционально-личностной сферы являются релаксирующими, «тушат» расторможенность ребенка. Однако имеет смысл сказать, что при наличии выраженных страхов (пусть даже возрастных) задания по типу заданий методики *Метаморфозы* могут перевозбудить или инертно зафиксировать ребенка на той или иной теме. Поэтому в арсенале любого специалиста ПМПК должны быть и средства, и умения переключить ребенка, и средства разумного рационального объяснения условий задания.

Поскольку функция собственного контроля в возрасте 3–3,5 лет находится в самой начальной стадии своего формирования, следует иметь в виду, что для организации продуктивной деятельности ребенка в процессе диагностического взаимодействия нужен постоянный внешний «отслеживающий» контроль и программирование деятельности со стороны специалиста.

С ребенком *в возрасте 3-х – 3,5 лет* начать работу в «классическом режиме» скорее всего не удастся. Необходимо исходить из того, что в начале работы придется использовать те «игрушки-методики», которые заинтересовали ребенка в процессе обследования «новой территории» — помещения, где проходит ПМПК.

В любом случае для начала совместной деятельности необходимо дать ребенку заведомо доступное и интересное для него задание, позволив при этом располагаться в таких местах и позах (например, на коврике на коленках), как это удобно ему. Только через некоторое время, при уже установленном контакте возможно усаживание ребенка за стол или в другую, более удобную для специалиста позицию.

По мере утомления ребенок младшего дошкольного возраста имеет право «съезжать» со стула, стремиться переместиться, например, на колени к матери, прерывать саму процедуру обследования без объяснения причин, только потому, что он устал, и ему это надоело. Все это является показателем недостаточности произвольных механизмов владения собой, свойственных обсуждаемому возрасту в норме. В то же время следует помнить, что такой ребенок может просто испугаться самой ситуации (нового помещения, предметов в нем, необходимости общаться с незнакомым человеком) и не пойти на контакт.

Ближе к 4-м годам мы наблюдаем как бы «перерастание» непосредственного поведения в опосредованное самим взаимодействием с посторонним взрослым в безопасной для ребенка ситуации, то есть поведение, зависящее от определенных социальных норм, принятыми в конкретной социокультурной среде. Важно отметить, что этот период развития ребенка совпадает и с началом формирования функции произвольной регуляции собственной деятельности (функций программирования и контроля деятельности). В соответствии с этим,

оценка уровня развития ребенка, его поведенческих особенностей, познавательного и социально-эмоционального развития в целом будет опираться на понимание значения этих «новообразований» возраста, позволяющих до определенной степени регулировать свое поведение и аффективные реакции.

В аналогичной ситуации взаимодействия (с целью оценки особенностей развития) ребенок *4–5-ти лет* будет вести себя иначе. Несмотря на то, что и в этом возрасте его поведение может оставаться несколько полевым и непосредственным (в основном за счет непосредственности ориентировочной реакции) мы вправе ожидать от него принятия задачи экспертизы, что будет выражаться в выполнении по просьбе взрослого тех или иных заданий, пусть даже без особого желания. Для работы с ребенком этого возраста также удобно применять вначале яркие игровые и доступные для ребенка диагностические методики. Однако наряду с этим ему можно уже предложить не столь интересное задание, объяснив, что эта «игра» ему потом понравится, или что ее делают все большие дети. В этом возрасте мы уже вправе ожидать произвольной регуляции не только поведения в целом, но и элементов произвольной регуляции эмоционального состояния. Это будет проявляться в сдерживании негативных проявлений по поводу того или иного задания или по отношению к самой процедуре обследования или исследователю. Безусловно, что на фоне утомления возможность произвольного владения «собой» будет снижаться.

В возрасте *5–6-ти лет* (и старше) нормативно ребенок, как правило, принимает ситуацию экспертизы и при правильном поведении взрослых в процессе взаимодействия нуждается в минимальном использовании каких либо дополнительных приемов в организации совместной работы. Поэтому здесь уже возможны стандартные инструкции к методикам.

К *7-летнему возрасту* в норме ребенок действительно не нуждается в специальных «приемах» при проведении диагностики, но часто еще нуждается в стимулирующей помощи, особенно, в ней нуждаются дети, недостаточно уверенные в своих силах. На фоне утомления дети даже этого возраста в определенной степени нуждаются и в небольшом объеме организующей помощи. Совершенно очевидно, что в каждом конкретном случае при оценке особенностей развития ребенка психологом отмечаются и анализируются все специфичные для данного случая виды и способы взаимодействия, объем и тип оказанной ребенку помощи.

Ребенку, начиная с *8–9-летнего возраста*, можно предложить самостоятельно выбрать стиль и меру сложности заданий (с более трудного или, наоборот, легкого задания он хочет начать работу, будет ли он «доделывать» задание до конца или прервется на трудном этапе и т.п.), входящие в каждую методику пакета для данного возраста, в ситуации градуирования сложности заданий.

Такое рода поведение специалиста позволяет быстрее и надежнее сформировать тот необходимый «объем» доверительных отношений, без которого результаты выполнения тех или иных заданий (в особенности при исследовании аффективно-эмоциональной сферы) нельзя считать полностью достоверными и надежными.

Трудности в психическом развитии подростка *старше 11-ти лет* нуждаются в понимании, принятии и правильном психологическом воздействии на личность подростка со стороны специалистов ПМПК. Подросток в ситуации подобной экспертной оценки может проявлять различного рода отклонения в поведении, как в связи со своими личностными особенностями (например, акцентуацией характера, свойствами темперамента, перенесенными психическими заболеваниями, особенностями эмоционально-волевой сферы и др.), так и в связи с негативными процессами в семье (гиперопека, гипоопека, непоследовательный тип воспитания ребенка, алкоголизация семьи, развод родителей и т.д.), школе (необъективное отношение к ученику, конфликты с учителями, проблемы в ученическом коллективе). То есть он будет и на ПМПК демонстрировать то, что называется девиантным поведением – то есть «... систему поступков, противоречащих принятым в обществе нормам и проявляющихся в виде несбалансированности психических процессов,

неадаптивности, нарушении процесса самоактуализации или в виде уклонения от нравственного и эстетического контроля за собственным поведением» (В.Д.Менделевич).

Подросток в силу несформированности поведенческих актов может применять неконструктивные способы взаимодействия с окружающей действительностью, такие как противодействие реальности, болезненное противостояние, уход от реальности, который может быть расценен как проявление слабости подростка и игнорирование окружающей действительности. Наиболее конструктивным видом взаимодействия подростка с реальностью является приспособление, что указывает на развитость адаптивной системы подростка. В этой ситуации специалист ПМПК должен принять стратегию предъявления методических средств таким образом, чтобы преодолеть негативное поведение путем определения оптимальных форм взаимодействия с окружающей действительностью.

Естественно, что использование того или иного набора диагностических средств каждым специалистом ПМПК дает огромную (в зависимости от опыта специалиста) и разнородную информацию о самых различных сторонах и особенностях психофизического развития ребенка. Использование всего «массива» такой феноменологической информации для определения специальных образовательных условий и, в первую очередь, образовательной программы, которая может быть рекомендована этому ребенку, тем более, в условиях дефицита времени обследования не представляется возможным. Поэтому нами были выделены основные специфические для всех категорий детей с ОВЗ критерии и, соответственно, качественные и количественные показатели по каждому из них. Все многообразие полученной в результате обследования ребенка информации может быть без явных потерь сведено к предлагаемым критериям. Приведем эти критерии.

Перечень предлагаемых критериев

- Психофизические особенности
- Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз
- Поведение и регуляция деятельности
- Социально-эмоциональная адекватность / адаптированность
- Коммуникация \ коммуникативная активность
- Речь
- Когнитивные особенности
- Обучаемость
- Помощь со стороны взрослого
- Обученность (в соответствии с ООП)
- Критерий раннего развития

Соответственно, совокупность показателей и их выраженность, полученные для обследуемого ребенка, могут быть соотнесены с вариантом рекомендуемой адаптированной основной общеобразовательной программы (АООП) или же с АООП, разработанной на ее основе в ситуации включения ребенка с ОВЗ в образовательную среду сверстников имеющих отличные от него особенности психофизического развития (инклюзивное образование).

Очевидно, что каждый из этих критериев может быть отнесен к компетенции одного из специалистов ПМПК (дефектолога, логопеда, психолога, социального педагога). При этом оценка специалиста по характерному именно для его специфике деятельности критерию может быть подтверждена мнением другого специалиста, что также определяет междисциплинарность взаимодействия как основной принцип деятельности специалистов ПМПК.

При этом при оценке выполнения заданий и полученных показателей для каждого критерия можно в целом руководствоваться системой ограничений, аналогичных используемых в заключении МСЭ.

При этом степени ограничения отражают конкретную проблематику, ограничения возможности выполнения заданий данной методики в соответствии с направленностью

деятельности каждого специалиста ПМПК. В обобщенном виде можно говорить о следующей категоризации ограничений выполнения заданий:

0-ая степень ограничения – Задания выполняются в полном объеме в соответствии с примерными возрастными нормативами (определяются в соответствии с качественно детерминированными региональными (местными) социально-психологическими, в том числе, образовательными нормативами), включая темп выполнения заданий. Никакой помощи специалиста ребенку не требуется.

1-ая степень ограничения – Проблем выполнения нет или специалист фиксирует легкие проблемы, единичные ошибки при выполнении соответствующих заданий в каждой методике. Качество выполнения в целом соответствует возрасту. Помощь специалиста либо не требуется, либо представляет собой мотивирующую помощь.

2-ая степень ограничения – Специалист регистрирует умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении соответствующих заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, задания выполняются и исправляются ребенком самостоятельно (без обучающей помощи взрослого). При этом оказывается стимулирующая, организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи может вводиться дополнительная мотивация.

3-я степень ограничения – Ребенок самостоятельно выполнить задание не может. Стратегия деятельности может быть непоследовательная. Для выполнения соответствующих заданий требуется большой объем обучающей помощи взрослого. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи специалиста. Ошибки ребенок замечает не всегда, критичность к собственной деятельности и ситуации снижена. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

4-ая степень ограничения – Ребенок не в состоянии выполнить соответствующие задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи со стороны взрослого. В своей деятельности ребенок не учитывает собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

При этом предусмотрена следующая градация выполнения заданий, предлагаемых логопедом ПМПК:

0-ая степень ограничения – речевое развитие полностью соответствует возрастным нормативам.

1-ая степень ограничения – при обследовании наблюдаются недостатки произношения отдельных звуков; относительно более медленный темп освоения процессов чтения и письма; наличие отдельных специфических ошибок при чтении и на письме; легкая степень нарушения тембра голоса; в эмоционально напряженной ситуации наблюдаются отдельные запинки судорожного характера.

2-ая степень ограничения – специалист отмечает грубое нарушение звукопроизношения, не затрудняющее процесс коммуникации; негрубое недоразвитие лексико-грамматического строя речи; дисграфию и/или дислексию средней степени выраженности, при понимании текстов в полном объеме; отмечаются нарушения тембра голоса; регулярные запинки судорожного характера; наличие фиксации на речи.

3-я степень ограничения – отмечается грубое нарушение звукопроизношения, затрудняющее полноценное бытовое общение; выраженное лексико-грамматическое недоразвитие; несформированность чтения и письма, обусловленные общим недоразвитием речи, имеющим прогрессивный характер; дисграфии и дислексии других видов, выраженные в значительной степени тяжести; грубые нарушения тембра речи; выраженная степень тяжести заикания, выраженная фиксация на речи (логофобия тяжелой степени выраженности).

4-ая степень ограничения – фиксируется грубое недоразвитие всех сторон устной речи, процессы чтения и письма формируются с большими искажениями или вообще не

формируются; отмечается отсутствие звучного голоса и/или выраженные коммуникативные трудности различного генеза.

В свою очередь, результаты дефектологического обследования могут быть проранжированы следующим образом:

0-ая степень ограничения – задания методики выполняются в полном соответствии с программными требованиями и в соответствующем темпе. Помощь специалиста не требуется.

1-ая степень ограничения – Проблем выполнения в целом нет или возможны легкие проблемы при выполнении заданий в каждой методике. Качество выполнения в целом соответствует возрасту. Помощь взрослого либо не требуется, либо представляет собой стимулирующую помощь.

2-ая степень ограничения – дефектолог выявляет умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, при этом задания выполняются методом проб и ошибок в перцептивно-действенном плане при этом с достаточной вербализацией результатов. При этом дефектологом оказывается стимулирующая организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи вводятся наглядные средства и объяснения.

3-я степень ограничения – Ребенок выполнить задание не может. При этом деятельность хаотична. К объяснению и показу взрослого прислушивается мало, не обращает внимания. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи дефектолога. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

4-ая степень ограничения – Ребенок не в состоянии выполнить задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи дефектолога. Деятельность полностью хаотична без учета собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

Результаты подобной оценки особенностей психофизического развития ребенка должны быть соотнесены как с рекомендуемым вариантом образовательной программы, так и с другими специфическими условиями получения образования.

Основная литература

1. Левченко И.Ю., Киселева Н.А. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / Под научной редакцией И.Ю.Левченко. – М.: Национальный книжный центр, 2013.
2. Организация инклюзивного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья: Учебное пособие /Отв. Ред. С.В.Алехина, Е.Н.Кутепова. – М.: МГППУ, 2013.
3. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. /под общ. ред. М.М.Семаго, Н.Я.Семаго. – АРКТИ, 2014.
4. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
5. Психолого-педагогические основы инклюзивного образования: коллективная монография /Отв. Ред. С.В.Алехина. – М.: МГППУ, ООО «Буки Веди», 2013.
6. Семаго, Н.Я. Технологии определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Серия: Инклюзивное образование. вып. 2. – М.: «Школьная книга», 2010.

Дополнительная литература

1. Вильшанская, А.Д., Прилуцкая, М.И., Протченко, Е.М. Психолого-медико-педагогический консилиум в школе: Взаимодействие специалистов в решении проблем ребенка. – М.: Генезис, 2012.
2. Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С.В.Алехиной, М.М.Семаго. – М.: МГППУ, 2012.

3. Совершенствование деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в Орловской области: итоги пилотного проекта; материалы конференции /под ред. А.Я. Юдилевича, И.А. Ульчонок, – М.-Орел: ТАСИС проект, управление общего и профессионального образования, 2002.

4. Психолого-медико-педагогический консилиум в общеобразовательном учреждении. Методические рекомендации. /Авторы-составители: Э.Н. Абуталипова, С.И. Галяутдинова, М.М. Семаго. /Башкирский институт развития образования. Уфа, 2002.

5. Образовательная интеграция и социальная адаптация лиц с ограниченными возможностями. Пособие для учителей, психологов и родителей. Минск, Национальный институт образования, 2005.

6. Психолого-медико-педагогическая консультация. Методические рекомендации. Под ред. Л.М. Шипицыной. СПб.: Институт специальной педагогики и психологии им. Валленберга, 1999.

Раздел 7. Модели деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий

7.1 Модели деятельности педагога-психолога

Следует отметить, что психологическое обследование ребенка на ПМПК помимо оценки особенностей ребенка с ОВЗ с учетом показателей указанных критериев (см. раздел 6.) должно включать в себя стандартные процедуры выявления особенностей познавательной деятельности, поведения, включая эмоциональное реагирование ребенка на ситуацию и окружающих, взаимоотношения с взрослыми и саморегуляцию, причем все это сопоставляется с особенностями анамнеза, психофизическими особенностями ребенка и нозологическим диагнозом, поставленным врачом.

Но, с другой стороны, обследование психолога ПМПК является специфичным и представляет достаточно отличную от стандартной психодиагностической процедуры технологию. Последнее определяется как огромным временным дефицитом, не позволяющим использовать весь арсенал важных и эффективных, но достаточно длительных по времени диагностических методик, так и определен уже неоднократно описанными особенностями командной работы специалистов ПМПК.

В целом вся деятельность психолога ПМПК может быть определена как следующая последовательность вытекающих один из другого этапов:

- Знакомство с документами (рабочие тетради, результаты параклинических исследований, психологические характеристики и заключения консилиума образовательной организации на ребенка).

- Оценка истории развития в своей специализации (анамнез по документам и сведения от родителей).

- Наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его обследования другими специалистами и создание первичной/уточненной диагностической гипотезы.

- Собственное диагностическое обследование в соответствии с возрастом ребенка и собственной диагностической гипотезой.

- Экспресс-анализ результатов собственной диагностики с выходом на профессиональный диагноз/заключение. Заполнение протокола ПМПК в своей части.

- Коллегиальное обсуждение с определением общих (типологических) и индивидуальных особенностей ребенка и СОУ.

- Участие в оформлении заключения.

- Участие в консультировании родителей.

Приведем основные диагностические задачи психолога при обследовании ребенка на комиссии

Диагностические задачи психолога:

- Оценка уровня и особенностей развития ребенка, его поведения, критичности, адекватности в ситуации, развития коммуникативной, регуляторной, когнитивной и эмоционально-аффективной сфер в соотношении с возрастом ребенка (в соответствии с указанными критериями).

- Оценка ресурсных возможностей ребенка, в том числе особенностей его работоспособности и темпа деятельности, оценка возможностей социально-эмоциональной адаптации в детском сообществе и образовательном учреждении в целом.

- Типологизация варианта (классификация) (вида, формы) отклоняющегося развития (*психологический диагноз*).

- Прогноз его адаптации в образовательной среде в соответствии с планируемыми рекомендациями по организации специальных образовательных условий, включая и собственные соображения по адекватной состоянию психического развития ребенка образовательной программе.

Собственно, деятельность психолога на ПМПК условно может быть разделена на два больших направления.

Первое из них представляет собой оценку поведения, характера деятельности, особенностей коммуникации, в том числе, специфики взаимодействия с взрослыми и другие подобные поведенческие показатели, которые оцениваются психологом на протяжении всего пребывания ребенка на консультации. Это происходит и в те моменты, когда ребенок как бы предоставлен сам себе, и когда с ним работают другие специалисты. И даже можно говорить об определенном феномене «коридорной диагностики», когда наблюдение за поведением ребенка проводится в то время, пока он и его родители ожидают приема. И здесь психолог может оценить, насколько ребенок адекватнее, упорядочен, инициативен и т.п. Подобного рода диагностика осуществляется непрерывно и очень во многом, исходя из нее, выстраивается диагностическая гипотеза психолога относительно типа отклоняющегося развития, его варианта, а также прогноза адаптации ребенка в образовательной организации. Безусловно, эта оценка (проводимая, прежде всего, методом наблюдения) должна соотноситься не только с его возрастом, но и с этнической принадлежностью, социокультурным уровнем семьи, другими социальными условиями в которых ребенок живет или недавно находился (например, когда он только что попал в приемную семью и т.п.). Важной сравнительной характеристикой при этом является социально-психологический норматив (СПН) поведения ребенка в каждом возрасте (Психологическая диагностика, 1997, С.217). Эти важные данные выявляются в процессе анализа истории развития (анамнеза).

Такое наблюдение требует от психолога ведения собственного протокола на протяжении всего пребывания ребенка в кабинете для фиксации выявляемых особенностей, что отличает его деятельность от деятельности, например, логопеда, поскольку тот в своем протоколе фиксирует преимущественно особенности речевой деятельности. При этом подобное наблюдение может быть как невключенным, пассивным, так и включенным, когда, например, ребенок, входя в кабинет, начинает разбрасывать все находящиеся в его поле зрения игрушки. В этой ситуации психолог может откомментировать это словами: «я понимаю, ты сердисься или устал» или подыграть ребенку и сказать: «большой ветер всех их скинул, давай изобразим этот ветер вместе». Но самое главное в этой ситуации – понять на что «ведется» ребенок, каковы будут его эмоциональные и поведенческие реакции, что его успокаивает или, наоборот, еще больше возбуждает. Такое «подключение» к ребенку, безусловно, может осуществить любой специалист ПМПК, но именно психолог оценивает ситуацию с точки зрения социально-эмоциональных особенностей прогноза поведенческой адаптации ребенка.

Подобная диагностика накладывает на психолога принципиально особый функционал, поскольку именно эти, как бы косвенные наблюдения, не относящиеся непосредственно к исследованию психических процессов и функций, часто позволяют не только самому психологу, но и всем остальным специалистам комиссии при обсуждении выделить «ядро» проблем ребенка. Безусловно, такой анализ должен проходить и с учетом всего комплекса анамнестических данных. Подобным образом построенное наблюдение позитивно влияет на эффективность консультирования и рекомендации ПМПК в целом, в том числе, на определения необходимых специальных образовательных условий.

Другое направление деятельности психолога в составе команды ПМПК достаточно традиционно и представляет собой собственно психологическое обследование, то есть выявление специфики развития когнитивной, регулятивной и аффективно-эмоциональной сфер. При этом мы осознанно выносим на первый план именно когнитивные показатели, поскольку, несмотря на то, что все основные специалисты ПМПК (в особенности, дефектологи) дают оценку уровню и специфики интеллектуального развития ребенка, психолог же обязан оценить сами *предпосылки развития познавательной деятельности*, что определяет механизмы когнитивных, в том числе, речевых нарушений (речевого недоразвития).

В данном случае подразумевается не только особенностей развития памяти, продуктивного внимания, конструктивной деятельности и других компонентов познавательной деятельности, но и уровень сформированности всей системы пространственно-временных представлений-репрезентаций¹.

В процессе психологической диагностики психолог должен в обязательном порядке учесть то, что он уже увидел и оценил при обследовании ребенка другими специалистами, тем самым сведя к минимуму ресурсные затраты ребенка, время обследования на дублирование однотипных заданий. Порой складывается парадоксальная ситуация, когда психолог предельно минимизирует собственное обследование, поскольку логопед и дефектолог каждый в процессе собственной деятельности уже выявили многое, что традиционно входит в «блок» психологического обследования. Часто наблюдается и обратная ситуация, в том случае, когда психолог первым вступает в контакт с ребенком и «раскручивает» его. В этой ситуации он может предъявлять ребенку собственно речевые задания (например, разложить последовательность картинок, провести обобщающие операции по методике «исключение лишнего» и т.п.). А логопед, слыша речь ребенка (степень ее грамотности, связности, объема словаря и пр.), может, в свою очередь, минимизировать обследование, поскольку уже получил достаточно большой объем информации о некоторых аспектах речевой деятельности ребенка. То же самое можно сказать и о деятельности других специалистов ПМПК, в частности, учителя-дефектолога. Так, если ребенок, сложив многосоставную доску Сегена, самостоятельно пересчитал число составляющих ее фрагментов или произвел какие-либо иные счетные операции во время беседы с логопедом или психологом, – то этот аспект дефектологического обследования также может быть отчасти редуцирован. В данном случае мы касаемся все того же принципа междисциплинарной деятельности специалистов.

Помимо этого в процессе собственно психологического исследования, если в этом остается необходимость (что определяется, в том числе, и собственной диагностической гипотезой), психолог оценивает специфику слухоречевого запоминания, конструктивной деятельности, сформированность перцептивно-логических операций (матрицы Дж. Равена), понимание метафор, пословиц. В целом диагностический набор психолога может быть достаточно невелик. Важно, чтобы специалист хорошо понимал возрастные границы действия той или иной методики и примерные региональные возрастные нормативы ее

¹ Особенности диагностики пространственно-временных представлений и анализа ее результатов посвящена отдельная глава монографии М.М. Семаго, Н.Я. Семаго «Типология отклоняющегося развития. Модель анализа и ее использование в практической деятельности. – М.: Генезис. 2011.

выполнения. Хорошо бы, чтобы в этот набор входили конструктивные задания, которые нельзя купить в магазине, такие, например, как классические доски Сегена, кубики Кооса, матрицы Дж. Равена, последовательности событий различной сложности. Опытный психолог может провести подобное обследование, имея в наличии минимум специальных диагностических материалов. Важно, чтобы они были незнакомы ребенку.

Особую трудность для психологического обследования представляют дети с тяжелыми двигательными нарушениями (выраженные поражения рук и грубая недостаточность зрительно-моторных координаций), с нарушением зрения и определенные категории детей с нарушениями слуха и тяжелыми, множественными нарушениями. Дети с расстройствами аутистического спектра (естественно, в зависимости от степени тяжести поведенческих и когнитивных нарушений), порой, вообще не нуждаются в специальных диагностических материалах, а лучше «работают» на бытовых предметах и предметах, входящих в сферу их сверхценных патологических интересов (от палочек и скрепок до фигурок динозавров, уголков и геометрических фигур). В случае появления на ПМПК такого ребенка основной задачей становится выявление уровня его развития, что «ложится», скорее, на дефектолога или логопеда, а основной задачей психолога становится оценка особенностей социальной и эмоциональной адаптации (или степени дизадаптации) и прогноза риска поведенческих нарушений. Именно это, при формулировании рекомендаций ПМПК, определяет необходимость специалиста сопровождения (тьютора) в качестве одного из специальных образовательных условий.

Оценка особенностей сформированности регуляторного компонента деятельности – регуляции, саморегуляции, программирования и контроля собственной деятельности происходит как при наблюдении психолога в процессе обследования ребенка другими специалистами, так и в процессе всей собственной деятельности с ребенком.

Все эти особенности деятельности ребенка и его поведения отмечаются психологом в собственном протоколе, а затем служат основанием для записи анализа результатов в общем протоколе ПМПК. В нем должны быть кратко отражены не только наиболее важные результаты обследования ребенка психологом, особенности его психического развития, но и сделаны выводы о типологическом виде, варианте (форме) отклоняющегося развития. То есть, в протоколе ПМПК психолог должен отразить *психологический диагноз*. Последний в рамках оценки психического развития, определяющих его механизмов и причин должен согласовываться с соответствующими нозологическими врачебными диагнозами, логопедическим заключением, результатами педагогического тестирования дефектологами. Только в такой ситуации общей согласованности можно минимизировать возможные диагностические ошибки, наиболее адекватно возможностям ребенка определить образовательную программу, условия ее реализации, организационные формы, определить индивидуализированный пакет специальных образовательных условий.

Требования к диагностическим средствам в деятельности психолога ПМПК

В первую очередь, отметим, что в терминологическом плане неадекватным следует рассматривать разделение диагностических методик на вербальные и невербальные (то есть, если точно по смыслу, – подаваемые без использования речи), поскольку и те и другие в той или иной степени используют вербализацию, то есть речевое оформление условий процедуры оценки, предъявляемые ребенку, в большинстве случаев в вербальном плане. В этой ситуации методики, ранее относимые к невербальным, правильнее определять как «методики действия» (термин, предложенный В.И. Лубовским) или, что более строго, перцептивно-действенные методики. Отсюда следуют и особенности организации стимульных материалов этих методик.

В целом необходимо отметить, приоритетные, на наш взгляд, требования, которым должны удовлетворять методические материалы, используемые как в рамках углубленной психологической оценки, так и в условиях проведения психолого-медико-педагогического консультирования. На первое место необходимо поставить требования к стандартности,

неизменяемости со временем стимульных (в первую очередь, изобразительных) материалов методик. Это условие имеет, по крайней мере, две стороны.

Для методик, уже имеющих достаточно длительный срок использования, определенную историю «жизни» в диагностической практике (а к подобным методикам следует отнести большинство клинически ориентированных методических средств) стимульный материал должен быть неизменяемым ни по каким обстоятельствам. Это может быть объяснено тем, что за большой период времени использования (в настоящее время для большинства классических методик, описанных еще С.Я. Рубинштейн и М.П. Кононовой, этот период составляет уже порядка 50-60 лет) наработан огромный опыт, получены результаты качественной оценки развития самых различных категорий детей. Этот факт дает возможность оценить, и направленность возможных дальнейших изменений результатов, и, соответственно, характер изменения состояния детской популяции. Любое изменение стимульных материалов потребует наработки нового опыта, приведет к потере ценнейшей качественной информации.

Для вновь создаваемых методик необходимо учесть не только современные социокультурные особенности образовательной среды, но и особенности перцепции современных детей. Особенности зрительно-пространственных характеристик восприятия следует оценивать как. Особенно это важно для вновь создаваемых перцептивно-действенных методик. Нельзя отрицать значение этого показателя и для методик вербально-логического плана (шрифты, характер расположения текстовых блоков, иллюстрации и т.п.). В ситуации непосредственно качественного анализа результатов выполнения заданий методик фактор зрительно-пространственной организации стимульных материалов играет особую роль. Особенно важным все это оказывается при оценке особенностей развития детей с нарушениями зрения.

Можно сформулировать определенные требования, которые, на наш взгляд, должны выполняться практически для каждой диагностической методики, претендующей на широкое использование на практике, тем более в условиях экспресс-анализа на ПМПК. К таким требованиям, в том числе, и по отношению к стимульным материалам, на наш взгляд, следует отнести:

- методика должна иметь достаточно длительный срок апробации на современной детской популяции, в том числе на детях с различными вариантами отклоняющегося развития;
- ее стимульный материал должен быть неизменяемым в течение длительного времени, как и технология предъявления и анализа результатов, по крайней мере, в рамках одного возрастного диапазона (для детей раннего, дошкольного, младшего школьного возраста и подростков);
- в связи с необходимостью использовать методику в рамках клинического (а не тестологического!) подхода, что в свою очередь, определяет возможность гибкого предъявления стимульного материала – желательно, чтобы методика могла быть использована в виде обучающего эксперимента. Последнее дает возможность оценить такой неспецифический показатель, как обучаемость ребенка;
- она должна обладать достаточной полифункциональностью, то есть способностью оценивать различные показатели состояния психических процессов и функций и операциональных характеристик деятельности ребенка и, в то же время, иметь преимущественную ориентацию на определенные параметры той или иной сферы психического развития;
- реализуя возрастной подход к исследованию психического развития ребенка, методика должна охватывать достаточно большой возрастной диапазон. Для этого ее задания должны быть построены как усложняющиеся. При этом градации сложности методики должны охватывать несколько периодов детства (например, от младшего дошкольного до начального школьного возраста и, по возможности, до подросткового);

– получаемые результаты должны иметь, в первую очередь, качественные условно нормативные показатели, характеризующие современную популяцию детей. Безусловно, в случае обследования детей с различными вариантами отклоняющегося развития возрастные границы должны быть изменены в соответствии с особенностями того или иного варианта (вида, формы) отклоняющегося развития (как правило, в сторону увеличения возраста использования).

Как уже указывалось в предыдущем разделе всю совокупность наблюдаемой феноменологии, демонстрируемой ребенком можно «свести» к ряду критериев и выраженности показателей по каждому из них.

К таким критериям нами отнесены:

- Психофизические особенности
- Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз
- Поведение и регуляция деятельности
- Социально-эмоциональная адекватность / адаптированность
- Коммуникация \ коммуникативная активность
- Речь
- Когнитивные особенности
- Обучаемость
- Помощь со стороны взрослого
- Обученность (в соответствии с ООП)
- Критерий раннего развития

При этом деятельность педагога-психолога ПМПК в части определения специальных образовательных условий для ребенка с ОВЗ в первую очередь будет касаться оценки ребенка по критериям: *Поведение и регуляция деятельности; Социально-эмоциональная адекватность / адаптированность; «Коммуникация / коммуникативная активность» Когнитивные особенности; Помощь со стороны взрослого*. Как хорошо известно из практики, педагог-психолог может внести свой вклад в оценку состояния ребенка и по другим критериям, например таких, как *Обучаемость, Критерий раннего развития; Психофизические особенности;*

Как и другие специалисты ПМПК педагог-психолог может определить и степень выраженности проблем ребенка по соответствующему критерию с учетом его возраста:

Для детей от рождения до 2-х лет

1-й уровень: проблем выполнения нет или специалист фиксирует легкие проблемы при выполнении заданий в каждой методике. Качество выполнения соответствует возрасту. Помощь взрослого либо не требуется, либо представляет собой стимулирующую помощь.

2-й уровень: специалист выявляет умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, при этом задания выполняются методом проб и ошибок в перцептивно-действенном плане. При этом специалистом оказывается стимулирующая организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи вводится дополнительная наглядность (выбор более ярких и значимых для ребенка объектов-игрушек).

3-й уровень: Ребенок выполнить задание не может. При этом деятельность хаотична. К объяснению и показу взрослого прислушивается мало, не обращает внимания. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи специалиста. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

4-й уровень: Ребенок не в состоянии выполнить задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи специалиста. Деятельность полностью хаотична без учета собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

Для детей от 2-х до 3-х лет

1-й уровень: проблем выполнения нет или специалист фиксирует легкие проблемы при выполнении заданий в каждой методике. Качество выполнения соответствует возрасту. Помощь взрослого либо не требуется, либо представляет собой стимулирующую помощь.

2-й уровень: специалист выявляет умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, при этом задания выполняются методом проб и ошибок в перцептивно-действенном плане. При этом специалистом оказывается стимулирующая организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи вводится дополнительная наглядность (выбор более ярких и значимых для ребенка объектов-игрушек).

3-й уровень: Ребенок выполнить задание не может. При этом деятельность хаотична. К объяснению и показу взрослого прислушивается мало, не обращает внимания. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи специалиста. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

4-й уровень: Ребенок не в состоянии выполнить задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи специалиста. Деятельность полностью хаотична без учета собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

Для детей от 3-х до 5-ти лет

1-й уровень: Проблем выполнения нет или психолог фиксирует легкие проблемы при выполнении заданий в каждой методике. Качество выполнения соответствует возрасту. Помощь взрослого либо не требуется, либо представляет собой стимулирующую помощь.

2-й уровень: Психолог выявляет умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, при этом задания выполняются методом проб и ошибок в перцептивно-действенном плане. При этом психологом оказывается стимулирующая организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи вводится дополнительная наглядность (выбор более ярких и значимых для ребенка объектов-игрушек).

3-й уровень: Ребенок выполнить задание не может. При этом деятельность хаотична. К объяснению и показу взрослого прислушивается мало, не обращает внимания. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи психолога. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

4-й уровень: Ребенок не в состоянии выполнить задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи психолога. Деятельность полностью хаотична без учета собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

Для детей от 5-ти до 7-ми лет

1-й уровень: Проблем выполнения нет или психолог фиксирует легкие проблемы, единичные ошибки при выполнении заданий в каждой методике. Качество выполнения в целом соответствует возрасту. Помощь взрослого либо не требуется, либо представляет собой мотивирующую помощь.

2-й уровень: Психолог регистрирует умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, при этом задания выполняются и исправляются ребенком самостоятельно (без обучающей помощи взрослого). При этом психологом оказывается стимулирующая, организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи может вводиться дополнительная мотивация.

3-й уровень: Ребенок самостоятельно выполнить задание не может. Стратегия деятельности непоследовательная. Для выполнения задания требуется большой объем обучающей помощи взрослого. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи психолога. Своих ошибок

ребенок не замечает, критичность к собственной деятельности и ситуации снижена. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

4-й уровень: Ребенок не в состоянии выполнить задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи.

Деятельность хаотична без учета собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

Для детей школьного возраста

1-й уровень: Проблем выполнения нет или психолог фиксирует легкие проблемы, единичные ошибки при выполнении заданий в каждой методике. Качество выполнения в целом соответствует возрасту. Помощь специалиста либо не требуется, либо представляет собой мотивирующую помощь.

2-й уровень: Психолог регистрирует умеренные (средней степени тяжести) проблемы при выполнении заданий. Ребенок допускает умеренное количество ошибок, при этом задания выполняются и исправляются ребенком самостоятельно (без обучающей помощи взрослого). При этом психологом оказывается стимулирующая, организующая (создание внешней программы деятельности) помощь, а также в качестве помощи может вводиться дополнительная мотивация.

3-й уровень: Ребенок самостоятельно выполнить задание не может. Стратегия деятельности может быть непоследовательная. Для выполнения задания требуется большой объем обучающей помощи взрослого. Неполное/частичное выполнение задания возможно только при большом объеме обучающей и организующей помощи психолога. Ошибки ребенок замечает не всегда, критичность к собственной деятельности и ситуации снижена. Может частично перенести способ действия на аналогичный материал.

4-й уровень: Ребенок не в состоянии выполнить задания или понять, что от него требуется даже при условии большого объема организующей и обучающей помощи со стороны взрослого. Деятельность ребенка без учета собственных проб и ошибок. Деятельность может полностью отсутствовать.

Тактика работы с ребенком в процессе психологического обследования на ПМПК

Во время первичной беседы с родителями, сбора жалоб и анамнеза присутствие ребенка (особенно подросткового возраста) в помещении нежелательно – рассказ родителей может дополнительно его травмировать, вызвать чувство вины, собственной неполноценности и осложнить в дальнейшем контакт со специалистом. Вопрос о присутствии родителей при непосредственном обследовании ребенка в каждом случае решается индивидуально. Например, при отсутствии жалоб на трудности ребенка и установке «учитель к нам придирается» присутствие целесообразно – родитель должен убедиться в том, что не все так благополучно, как он себе представляет. Напротив, при выраженном переживании родителем проблем ребенка следует попросить его временно удалиться, так как он своим повышенным вниманием к успешности ребенка при тестировании будет нервировать его, провоцировать чувство неуверенности.

В некоторых случаях, когда ребенок особенно непоседлив, расторможен, отказывается от взаимодействия, не вступает в контакт со специалистами, не следует заставлять его делать что-либо насильно. Имеет смысл отвлечься, оставить его в кабинете на некоторое время для свободной игры. Это время удобно использовать для выяснения истории развития ребенка (анамнеза), ознакомления с имеющимися документами, предъявляемыми родителями, или лицами их заменяющими. С некоторыми детьми, особенно трудно входящими в контакт, вначале может помочь совместная игра (в мяч, кубики, какие-либо другие игры). При непосредственной работе специалиста с ребенком лучше, если ребенок находится не «через стол» (избегание позиции «глаза в глаза»), а рядом или сбоку. В этом случае контакт устанавливается быстрее, а общение становится более естественным и продуктивным. В то же время нельзя препятствовать ребенку, если он не захочет слезать с коленей матери, даже, если ребенок уже перешел границы возраста, допускающего подобную «посадку». В этом случае целесообразно проводить обследование в удобной для него позе, но эти и подобные

факты не должны остаться без внимания и анализа специалистов в качестве дополнительных диагностических данных, как при построении диагностической гипотезы, так и при анализе особенностей состояния ребенка и возможностей его адаптации в образовательном пространстве. Естественно, что все показатели поведения ребенка должны быть отражены в протоколах специалистов. Лучше всего, чтобы это делал психолог в своем протоколе – поскольку подобного рода наблюдение, в первую очередь, является его прерогативой.

В зависимости от создавшейся ситуации, возраста ребенка, в некоторых случаях имеет смысл специалисту принять такую позу, чтобы его лицо находилось на одном уровне (по высоте) с лицом ребенка. Особенно это оказывается плодотворным для установления и поддержания продуктивного контакта с детьми дошкольного возраста, или детьми, трудно вступающими в контакт. Для этого в помещении ПМПК должен быть ковер, или ковровое покрытие для занятий с ребенком, маленькие стульчики, небольшой стол и т.п.

В процессе работы с ребенком не допускаются комментарии или оценки со стороны, обращенные не только к родителям, но и к коллегам. Более того, специалисты должны корректно пресекать все оценочные характеристики родителей, обращенные к ребенку (типа «ну почему ты у меня такой неумеха» и т.п.).

В процессе диагностического взаимодействия необходимо поддерживать положительный контакт с ребенком (если это вообще возможно). В случае любого выполнения задания нужно давать подкрепления короткими фразами: «Все хорошо», «У тебя получается», «молодец» и т.п. В случае, когда ребенок демонстрирует выраженную расторможенность, гипердинамичность, или неадекватное ситуации поведение, ребенка нельзя грубо одергивать, запрещать трогать что-либо на столе или в комнате, лучше заранее или по ходу работы убрать со стола посторонние вещи, методики, которые в ближайшее время не будут использоваться, чтобы они не отвлекали ребенка. При этом можно сказать (в качестве дополнительной мотивации), что этими игрушками он еще поиграет, когда сделает нужные задания.

Не следует пресекать и попытки обращения ребенка к взрослому. В этот момент можно лишь сказать, что никто, кроме него это сделать не сможет. Также при этом необходимо отметить как, каким образом ребенок привлекает взрослого, насколько адекватна подобная коммуникация, отметить другие поведенческие особенности, возникающие в этот момент. Такая информация в некоторых случаях может стать основой для рекомендаций по организации специальных условий образования.

Наибольшую сложность у специалистов вызывает тактика обследования и, соответственно, взаимодействия с ребенком, демонстрирующим выраженные поведенческие нарушения. В данном случае речь идет об обследовании ребенка с одним из вариантов расстройства аутистического спектра (РАС). Мы сформулировали наиболее важные особенности взаимодействия психолога, но и любого другого специалиста при появлении на обследовании ребенка с подобными поведенческими особенностями. Эффективность использования описанных ниже тактик сама по себе является одним из дополнительных доказательств наличия у ребенка того или иного варианта аутистических расстройств.

Дети с расстройством аутистического спектра (РАС) являются крайне неоднородной группой. Среди них выделяют детей с преимущественным искажением развития эмоционально-аффективной сферы (РДА), с преимущественным искажением развития когнитивной сферы (атипичный аутизм) и со смешанными нарушениями.

При обследовании ребенка с РАС необходимо учитывать психоэмоциональные особенности и потребности детей этой категории. Для этого необходимы следующие условия:

- Ребенку нужно время для адаптации и ориентации в пространстве кабинета.
- Члены комиссии должны постараться установить эмоциональный контакт с ребенком, чаще всего это, поначалу удастся лишь одному из специалистов.
- При выборе количества и объема диагностических заданий следует иметь в виду психическую и физическую истощаемость детей с РАС, а также их высокую сенсорную

чувствительность, в частности к тактильному и главному контакту, что предъявляет особые требования к самой процедуре обследования.

- Необходимо учитывать трудность для них восприятия на слух и сопровождать инструкцию доступной наглядностью по возможности краткой и схематичной.

- Важно дать создать для ребенка ситуацию успеха, даже если он внешне никак на это не реагирует.

Особенности обследования детей с РДА на ПМПК

1 группа РДА (по Никольской О.С.)

Ребенок в продуктивный контакт не вступает, автономен, поведение близкое к полемому, определить уровень актуального развития и обучаемость в условиях ПМПК не представляется возможным.

2 группа РДА (по Никольской О.С.)

Обследование частично возможно при подключении к имеющимся стереотипиям ребенка. При этом нужно учитывать, что любое напряжение повышает степень аутистической защиты, усиление стереотипий, возникновение возбуждения, возможно усиление эхоталий. Определение обучаемости затруднено в силу ограниченных возможностей ребенка следовать инструкции. Часто о доступных умениях и навыках приходится судить со слов родителей. При этом, как бы случайно ребенок дошкольного возраста может сложить пазлы, доски, типа досок Сегена, выстроить какие-либо ряды из предметов, находящихся в его поле зрения. Взаимодействие с чужим взрослым возможно «через» предмет, заинтересовавший ребенка.

Несмотря на трудности диагностики, дети этих групп нуждаются в создании специальных условий, которые определяются с учетом степени тяжести ребенка.

3 группа РДА (по Никольской О.С.)

При обследовании детей данной группы необходимо учитывать следующие специфические особенности:

- Высокий уровень развития речи при отсутствии ее коммуникативной направленности: ребенок разговаривает не с человеком, а на интересующую его тему, речь является формой аутостимуляции, при этом ребенок может быть возбужден, стремиться к какой-либо деятельности, может демонстрировать ранние умения – читать, оперировать цифрами и т.п.

- Специалисты должны учитывать, что речь и формальные математические операции у данной категории детей не является показателем уровня познавательного развития.

- В рамках своих интересов ребенок способен к продуктивной деятельности и показывает достаточный уровень работоспособности, чаще всего он стеничен. Разумнее всего для начала дать ребенку задание, связанное со значимой для него темой. Если ребенок, например, увлечен счетом или звездами, можно, в соответствии с возрастом и программой обучения, спросить, какого цвета бывают звезды, какую геометрическую форму напоминают созвездия, посчитать звезды или ракеты, спросить, в какую сторону летит ракета, решить задачу на космическую тему и написать «космические» слова.

- Специалист должен максимально сократить текст инструкции, структурировать само задание, использовать наглядность, поскольку ребенок имеет выраженные трудности следования правилам в целом, в частности следование инструкции, нуждается в наглядном алгоритме выполнения того или иного задания.

- В процессе обследования не следует давать прямых оценок деятельности ребенка, чтобы не спровоцировать проявление негативизма и конфликтную ситуацию, что обусловлено отсутствием критичности, конфликтностью, склонность к неконтролируемым аффективным вспышкам.

- У такого ребенка присутствует выраженная конкретность мышления, трудности понимания скрытого смысла, подтекста, иронии, буквальное понимание шуток, метафор.

Данную особенность необходимо учитывать при выборе диагностических методик, а также не допускать в своей речи образных сравнений, шуток, ироничных замечаний и т.п.

- У ребенка 3-й группы РДА школьного возраста имеются трудности формирования моторных навыков, в том числе письма.

- Рекомендуются ограничить объем письменных заданий или изменить форму их выполнения, например, не писать слово, а вставить пропущенную букву, написать только ответ в примерах и т.п.

- Выполнение же невербальных заданий часто доступно ребенку на достаточно высоком уровне. С целью создания ситуации успеха можно начать с заданий в невербальной форме.

- У такого ребенка возможны проявления парциальной одаренности – чаще всего это блестящий музыкальный слух, умение производить сложные математические операции в уме и т.п.

- Следует заметить, что выраженные способности в какой-либо одной области указывают на специфичную выраженную неравномерность развития психических функций и не являются показателем уровня интеллектуального развития в целом.

4 группа РДА (по Никольской О.С.)

При обследовании детей данной группы специалисты ПМПК должны учитывать следующие специфические особенности:

- Дети тревожны, неуверенны в себе, обидчивы. Не считают эмоционального контекста ситуации. Нуждаются в значительном объеме поддержки со стороны взрослого и ориентированы на его оценку. Ситуация обследования вызывает у ребенка страх, который может спровоцировать или усилить двигательные и речевые стереотипии. На протяжении всего обследования ребенку необходимо оказывать стимулирующую помощь.

- С одной стороны, у детей отмечается достаточная способность работать по инструкции, с другой стороны, имеются трудности понимания сложных речевых конструкций. Специалист в ситуации обследования должен давать короткие пошаговые инструкции, при необходимости повторять и разъяснять их.

- Дети этой группы демонстрируют низкий темп психической деятельности, низкий уровень психического тонуса, инертность, истощаемость, утомляемость. Это проявляется в отсроченных ответах, застревании на задании, многократном повторении одного и того же ответа. При застревании на задании, специалист должен помочь завершить его, поощрить ребенка и переключить его на новое задание.

- Задания в невербальной форме, в том числе и логические, ребенок способен выполнить на средневозрастном уровне.

Особенности обследования детей с атипичным аутизмом

При обследовании детей этой категории должны быть учтены следующие специфические особенности:

- Наличие у ребенка сверхценных интересов, «зацикливание» на них, наличие страхов, порой иррациональных. В процессе обследования это может помешать установлению продуктивного контакта с ребенком. До начала обследования желательно выяснить у родителей, какие темы и ситуации могут вызвать аффективную реакцию ребенка или «зацикливание» и учитывать это на протяжении всего процесса обследования.

- Дети часто демонстрируют специфичность речи, резонерство, философствование. Специалисты должны учитывать то факт, что высокий уровень развития речи не является показателем интеллектуального развития.

- Необходимо учитывать, что задания, лежащие в сфере предпочтительных интересов, ребенок способен выполнить на более высоком уровне, чем те задания, которые интереса не вызывают.

- Оценивая обучаемость, необходимо иметь в виду, что деятельность ребенка стереотипна, и он способен действовать по алгоритму.

– Мышление детей данной категории специфично и в лучшем случае носит конкретный характер. В мыслительной деятельности в школьном возрасте выявляется опора на латентные признаки и паралогизмы. Подобная специфика мышления, тем не менее, не указывает на наличие умственной отсталости.

При этом важно учитывать, что обследование ребёнка с РАС, с особенностями эмоциональной сферы, с нарушениями поведения может, как мы уже говорили, проводить, как правило, один специалист, тот который установил с ребёнком контакт. Задания должны предлагаться ребёнку таким образом, чтобы другие члены команды могли оценить «интересующие» их сферы развития ребёнка.

Точно также одним из наиболее сложных и для педагога-психолога, и для всех остальных специалистов ПМПК является обследование детей с выраженным нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) по типу ДЦП. Диагностическое обследование детей с этими нарушениями в условиях ПМПК производится с учетом двигательных и речевых возможностей ребенка, а также с учетом имеющихся дополнительных сенсорных нарушений или особенностей.

Необходимо помнить, что тяжесть двигательных нарушений, отсутствие речи не указывают на степень интеллектуального недоразвития. Ребенок может иметь сохранный интеллект при выраженных нарушениях крупной и мелкой моторики, при отсутствии речи, и, напротив, незначительные двигательные нарушения могут сочетаться с выраженной умственной отсталостью, о чем постоянно напоминают ведущие специалисты в этой области (см. работы И.Ю. Левченко). Поэтому сам нозологический диагноз, который имеется в медицинских документах, может служить лишь самым «общим» ориентиром, часто не отражая реальное интеллектуальное состояние ребенка.

В процессе обследования такого ребенка важно создать для него такие специальные условия, которые помогут нивелировать двигательные особенности и максимально оптимизировать сам процесс оценки психического развития. К подобным условиям следует отнести:

А) специальное посадочное место, фиксирующее тело ребенка, с регулируемой подставкой для ног и столиком;

Б) выполнять письменное задание ребенок должен мягким карандашом на разлинованном листе бумаги, где размер линейки и клетки будет соответствовать его графическим возможностям.

В) Некоторые дети выполняют письменные задания с помощью взрослого, когда фиксируется карандаш в руке, контролируются мелкие движения, предотвращаются насильственные движения, что особенно важно при гиперкинезах. В этом случае, чтобы исключить оказание помощи ребенку со стороны заинтересованного взрослого, дефектолог (логопед) должен сам помочь ребенку выполнить задание, таким образом, оценив объем и форму необходимого участия в процессе письма.

Г) Использование компьютера на ПМПК возможно, если ребенок уверенно самостоятельно или с незначительной помощью использует его как средство коммуникации. Компьютер должен (может) быть оснащен специальной клавиатурой с крупными клавишами и ограничителем, разделяющим клавиши и предотвращающим одновременное нажатие сразу двух клавиш. Желательно, чтобы в компьютере была активизирована функция отсрочки повтора, что позволяет при долгом нажатии клавиши избежать многократного повторения буквы.

Следует всегда помнить, что дети с различными формами и разной степенью выраженности НОДА имеют специфические особенности, которые оказывают влияние на когнитивное развитие, формирование учебных навыков и учебной деятельности.

Прежде, чем предложить ребенку стандартный набор диагностических методик, психолог должен учесть (сам, если первым включается в работу с ребенком, посредством наблюдения за действиями других специалистов – если решено, что сначала ребенка обследуют другие):

- уровень развития зрительно-моторной координации и мелкой моторики,
- устойчивость зрительного контакта и зрительного внимания;
- сформированность графических навыков (или возможность их сформировать);
- степень нарушения/сформированности пространственной ориентации, пространственно-временного восприятия.

Диагностический материал должен быть достаточно крупным, ярким, контрастным, не иметь много мелких деталей. Картинки не ламинируются, так как гладкая поверхность бликует и создает помехи для восприятия.

Пространственные нарушения у детей с НОДА по типу ДЦП заложены в саму структуру дефекта. Поэтому при обследовании следует определить степень выраженности нарушения пространственной ориентации и восприятия. В процессе выполнения логических заданий (нахождение логических последовательностей и связей) необходимо помогать ребенку: показать, где должна лежать первая картинка, начертить вертикальную красную линию на листе, обозначающую начало и т.п.

В своем обследовании психолог должен учесть результаты, получаемые дефектологом совместно с логопедом, которые оценивают выраженность и характер дизартрических нарушений речи (разборчивость речи), возможность и целесообразность вербальной формы обследования.

При отсутствии речи, при грубых нарушениях произносительной стороны речи, когда речь малопонятна, вполне возможно провести обследование в невербальной форме.

Ребенок отвечает на вопросы в письменном виде на листе бумаги или с использованием компьютера (ноутбука, планшета, мобильного телефона...)

Предлагая различные задания, необходимо помнить, что дети с ДЦП значительно лучше воспринимают изображения расположенные на вертикальной поверхности, чем на горизонтальной. Поэтому сначала нужно показать картинки по одной на доске или держа их в руке вертикально, а затем уже положить на парту перед ребенком. Картинок не должно быть много и лежать они должны на достаточном расстоянии друг от друга, чтобы ребенок мог точно показать ту, которую он выбирает. Если остаются сомнения в том, какая именно картинка из двух была выбрана, возьмите их в правую и левую руку и попросите показать еще раз.

Если ребенок читает, для диагностики можно использовать карточки со словами «ДА» «НЕТ», если не читает - карточки-символы, например, белая карточка и черная соответственно, как «ДА» и «НЕТ». Необходимо убедиться, что ребенок правильно прочитал или правильно понял (запомнил) символы.

Можно использовать и другие символические изображения, например математические знаки «+» и «-»

Для обследования ребенка должны выбираться диагностические задания в форме, доступной для самостоятельного выполнения, что позволит оценить и уровень обученности, предположить формы обучения и развития доступных видов деятельности. Следует дифференцировать помощь, необходимую ребенку, как техническую (физическую), так и организующую, стимулирующую, обучающую.

Основная литература

1. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. — М.: АРКТИ, 2005.
2. 11. Семаго М.М., Семаго Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности — М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
3. Семаго Н.Я., Чиркова О.Ю., Типология отклоняющегося развития: Недостаточное развитие — М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
4. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика углубленной психологической диагностики. От раннего до подросткового возраста. — М.: АРКТИ, 2016.

5. Специальная психология: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. В.И. Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

Дополнительная литература

1. 15. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И Детский церебральный паралич.- СПб., Изд-во «Дидактика Плюс», 2001.

2. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи. – Киев, 1988.

3. Баенская Е. Р. Психологическая помощь при нарушениях раннего эмоционального развития: метод. пособие /Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг. — М.: Экзамен, 2004.Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) — М.: Медицина, 1989.

4. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: «Академия», 2002.

5. Иовчук Н. М., Северный А. А., Морозова Н. Б., Детская социальная психиатрия для непсихиатров – СПб.: Питер, 2006.

6. Исаев Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2007.

7. Комова Н.С. Психологическая диагностика детей с нарушением зрения дошкольного возраста // Развитие науки и практики образования лиц с нарушением зрения: проблемы и перспективы: Материалы IV международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня рождения В.А. Феокистовой: в 3 ч. Ч. I – СПб: НОУ «Институт специальной педагогики и психологии», 2010.

8. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985, 2-е издание испр. Издательский центр «Академия», 2004.

9. Никольская О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. — М.: Центр лечебной педагогики, 2000.

10. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. /под общ. ред. М.М.Семаго, Н.Я.Семаго. – АРКТИ, 2014.

7.2 Модели деятельности учителя-логопеда

Эффективность логопедической работы во многом зависит от того, насколько правильно и грамотно была проведена диагностика речевого недоразвития. Предлагаемый подход представляет психолого-педагогическое направление российской логопедии школы Р.Е. Левиной, в рамках которого «симптоматическому подходу к анализу речевых процессов было противопоставлено принципиально новое понимание речевой деятельности как сложного функционального единства, составные части которого зависят одна от другой и обуславливают друг друга» [Методы обследования детей: Пособие по диагностике речевых нарушений / под общ. ред. проф. Г.В. Чиркиной. М.: АРКТИ, 2003, с. 3].

Значительный рост числа детей с различными недостатками речевого развития и принятие ФГОС для детей с ОВЗ обуславливает необходимость комплексного анализа коммуникативной и речевой деятельности детей различного возраста. В то же время на практике отмечается тенденция ориентации специалистов на выявление отклонений в звукопроизношении. Как справедливо замечает Г.В. Чиркина, «нередко сведения, полученные по трафаретным схемам обследования звуков, логопед не сопоставляет с данными глубокого изучения других сторон речи ребенка, его истории развития, особенностями речевой среды, не выстраивает в определенную иерархическую систему первичные и вторичные нарушения речевой деятельности. Не зная, какую роль играют дефекты звуков в аномальном речевом развитии ребенка, логопед ошибочно ограничивает сферу коррекционного воздействия постановкой артикуляции звуков и их первичной автоматизацией».

Системный принцип изучения специфики развития речи позволяет ребенка позволяет определить образовательную программу и вариант обучения, а также предупредить школьную неуспеваемость.

Предметом нашего рассмотрения является модель построения процесса непосредственно обследования ребенка логопедом ПМПК.

В материалах курса описывается технологическая цепочка диагностики уровня речевого развития ребенка в аспекте определения варианта обучения.

Особое внимание в курсе уделяется описанию критериев оценки готовности ребенка к учебно-коррекционному процессу.

По ходу изучения теоретического материала слушателям предлагается выполнить практическую работу по оценке, а также обсуждение различных подходов к обследованию речи детей в процессе самостоятельного изучения литературных источников.

Целью логопеда, работающего в структуре ПМПК с учетом особенности организации деятельности данного учреждения является определение образовательного маршрута ребенка с недостатками речевого развития в условиях жесткого ограничения времени и возможности использования преимуществ работы в команде с другими специалистами.

В ходе обследования речи ребенка логопед последовательно решает следующие задачи:

- Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка.
- Определить характер дефекта с точки зрения первичности/вторичности речевого недоразвития, или в качестве компонента сложного (сочетанного) дефекта.
- Выявить структуру дефекта.
- Установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение.
- Спрогнозировать степень обучаемости ребенка в аспекте формирования полноценной речевой деятельности, выявить наличие рисков в освоении им программного материала и определить образовательную программу и организационную форму обучения.

Остановимся подробнее на каждой из этих задач и путях ее решения.

Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка особенно важно, потому что речевые недочеты не всегда являются проявлением патологии речевого развития, следовательно, не каждому ребенку нужна логопедическая помощь, в ряде случаев достаточно бывает поместить ребенка в активную речевую среду. Например, для детей с неполным двуязычием или детей-мигрантов характерно несовершенство языковых средств, которое обнаруживается только на неродном языке; дети из обедненной речевой среды, независимо от того, воспитываются ли они родителями или в образовательном учреждении демонстрируют бедный словарный запас, грамматические формы, характерные для просторечия, упрощенные синтаксические структуры. Эти категории детей не нуждаются в специальном коррекционном обучении и не могут быть отнесены к категории детей с ОВЗ.

Основным показателем уровня владения речевыми и языковыми средствами является их богатство и адекватность использования в ходе реального общения, а не только в процессе специально отобранных заданий. В процессе беседы оцениваются коммуникативные навыки ребенка, его активность, заинтересованность в общении, а также умение поддерживать беседу, вести диалог. Соответствие полученных данных реальному положению дел будет достигнуто в том случае, если беседа ведется неформально на интересующие ребенка темы. Поэтому, для того, чтобы получить достоверные данные об уровне развития языковых средств и характере речевой деятельности ребенка, логопед, прежде всего, должен установить доверительный контакт с ребенком. Если ребенку неинтересно общаться с логопедом или он боится специалиста, то результаты обследования будут ниже реальных данных, что неминуемо приведет к гипердиагностике.

При работе в команде эти сведения логопед может получить в ходе наблюдения за ребенком, которого обследуют другие специалисты.

В качестве показателя патологии в развитии речевой деятельности может рассматриваться устойчивая несформированность языковых средств, обнаруживаемая в

рамках отдельных компонентов языковой системы (например, звукопроизношение, фонематическое восприятие, лексико-грамматическая сторона речи и др.), их сочетаний или всей системы в целом, обусловленная неполноценностью языко-речевых процессов (анализа, синтеза, классификации и проч.) или отклонениями в анатомо-физиологическом строении речевого аппарата. Соответственно, данные недостатки не могут быть преодолены вне организации коррекционной логопедической помощи.

Установив наличие речевой патологии, логопед должен выявить, какой характер имеет неполноценность речевой деятельности: первичный, вторичный или речевая патология является компонентом сложного (сочетанного) дефекта.

Проблема первичности/вторичности решается на основе комплексного подхода при сопоставлении данных, полученных при обследовании данного ребенка другими членами ПМПК. Такими показателями могут служить, например, наличие неврологических данных, подтверждающих существование первичного речевого дефекта; соотношение уровня сформированности вербальных и невербальных психических функций; лингвистическая картина дефекта и др. При обнаружении данных, которые могут свидетельствовать в пользу той или иной гипотезы, необходимо воспользоваться помощью соответствующего специалиста. Предположим, что у ребенка наблюдаются устойчивые дефекты оглушения в произношении, что требует дополнительной консультации сурдолога для определения состояния физического слуха. Или при наличии устойчивого речевого и поведенческого негативизма потребуются консультация психолога или психиатра для исключения схожих состояний. Наличие в анамнезе сведений о распаде речи обуславливает необходимость учета не только данных обследования врача, но и инструментального обследования: ЭЭГ, МРТ и др. Диагностика ряда форм речевой патологии в принципе не возможна вне комплексного исследования, в том числе, с помощью современных компьютерных технологий. Например, для диагностики сенсорной алалии или афазии необходимо иметь данные о состоянии слуха, функциональном состоянии коры головного мозга, в ряде случаев, данные генетического анализа.

В процессе проведения обследования речи ребенка реализуются следующие положения:

- внутри каждого вида заданий эффективно следовать по маршруту «от сложного к простому». Это позволяет ребенку закончить каждую пробу успешно, что создает дополнительную мотивацию и положительный эмоциональный настрой, которые, в свою очередь, позволяют повысить продуктивность и продолжительность обследования. При стандартном подходе, когда каждая проба усложняется по мере тестирования ребенка, ребенок обречен в большинстве случаев «упираться» в неуспех. Со временем у испытуемого возникает либо чувство негативизма, либо ощущение неизбежности ошибки, что в значительной мере провоцирует снижение интереса к предъявляемому материалу и ухудшение демонстрируемых достижений;

- в первую очередь обследуются такие виды речевой деятельности, как говорение и письменная речь (или чаще в логопедии говорится о самостоятельной письменной речи, под которой имеются в виду письменные высказывания, имеющие коммуникативную направленность - сочинения). Письменная речь обследуется только у школьников, прошедших обучение грамоте и имеющих опыт написания подобных работ. При наличии диагностических признаков неблагополучия в продуктивных высказываниях или жалоб со стороны родителей рекомендуется проводить исследование по изучению состояния рецептивных видов деятельности: аудирования и чтения;

- логично сначала исследовать объем и характер употребления языковых и речевых единиц, и только при наличии трудностей в их использовании переходить к выявлению особенностей пользования ими в пассиве. Таким образом, можно сформулировать последовательность процедуры «от экспрессивной языковой компетенции к импрессивной». Подобный подход позволит сократить время и силы, затрачиваемые на обследование, сделать обследование импрессивной лексики и грамматики целенаправленным.

В качестве дидактического материала могут быть использованы реальные объекты действительности, игрушки и муляжи, сюжетные и предметные картинки, предъявляемые единично, сериями или наборами, устно предъявляемый вербальный материал, карточки с напечатанными заданиями, книги и альбомы, материализованные опоры в виде схем, условных значков и проч. Причем могут использоваться как промышленно изготовленные пособия, печатные альбомы, так и сделанные самостоятельно вручную или с помощью техники.

Характер и содержание дидактического материала будет зависеть:

- от возраста ребенка (чем меньше ребенок по возрасту, тем реальнее и реалистичнее должны быть объекты, предъявляемые ребенку);
- от уровня развития речи (чем ниже уровень развития речи ребенка, тем реалистичнее и реальнее должен быть предъявляемый материал);
- от уровня психического развития ребенка;
- от уровня обученности ребенка (предъявляемый материал должен быть достаточно освоен, **НО НЕ ЗАУЧЕН!** ребенком).

Таким образом, дидактический материал должен соответствовать принципу индивидуального и дифференцированного подходов, который может быть сформулирован следующим образом: отбор заданий, их формулировки и наполнение вербальным и невербальным материалом должно соотноситься с уровнем реального психоречевого развития ребенка и учитывать специфику его социального окружения и личностного развития. Следовательно, дидактический материал не может быть унифицированным. Он должен отбираться таким образом, чтобы он соответствовал социальному опыту ребенка и не провоцировал возникновения непредвиденных технических трудностей (например, ребенок не может узнать объект на рисунке и поэтому затрудняется назвать его, ребенок не знает букв и не может выполнить задание на карточке и проч.).

В логопедии отсутствуют стандартизированные тесты, и не требуется жесткого отбора иллюстративного и вербального материала к ним. Однако направления обследования достаточно традиционны: особенности коммуникативного поведения; состояние связной речи; словарный запас, грамматический строй, слоговая структура слова, фонематическое восприятие, звукопроизношение, ритмико-мелодическая сторона речи, состояние строения и двигательных функций артикуляционного аппарата. При обследовании детей школьного возраста изучается: состояние процессов чтения и письма. Последовательность обследования по направлениям может быть произвольной, однако мы рекомендуем проводить обследование в направлении «от общего к частному». Сначала специалист выявляет проблемы в развитии речи ребенка, а затем эти проблемы рассматриваются пристальнее, подвергаются количественному и качественному анализу.

Возвращаясь к проблеме отбора дидактического материала, отметим, что материал отбирается таким образом, чтобы в рамках одного диагностического задания можно было обследовать несколько классов или категорий языковых единиц (например, грамматический строй и словарный запас, звукопроизношение и слоговую структуру слова и проч.).

Целью данного обследования является выявление типичных проявлений и индивидуального своеобразия в структуре речевого дефекта, т.е. необходимых и достаточных данных для определения индивидуальной коррекционно-образовательной программы.

Диагностика недостатков речевого развития проводится в соответствии с подходами выделения форм речевой патологии в структуре двух классификаций: психолого-педагогической и клинико-педагогической.

В рамках первой классификации логопедом анализируется уровень сформированности коммуникативных, речевых и языковых средств с учетом онтогенетических закономерностей формирования речевой деятельности. Методологической основой анализа являются принципы, сформулированные Р.Е. Левиной, подтвердившие свою справедливость и эффективность на протяжении нескольких десятилетий в научных и практических

исследованиях. Это принцип развития, предполагающий анализ речевого недоразвития в ракурсе динамической взаимосвязи различных языковых средств и видов речевой деятельности в процессе взросления ребенка; принцип системности, обязывающий рассматривать иерархическую зависимость коммуникативных, речевых и языковых единиц в структуре речевой деятельности; принцип взаимосвязи речи и других сторон психической деятельности, позволяющий выявить взаимозависимости между проблемами речевого плана и особенностями становления психических функций.

В рамках второй классификации в качестве дифференциальных показателей выступают, как правило, данные анамнеза, результаты визуального осмотра и динамических проб, позволяющих выявить наборы симптомокомплексов как в речевой, так и вне речевой сферы.

Таким образом, диагностическая работа логопеда предполагает качественный анализ результатов обследования.

В ходе обследования логопедом решаются следующие задачи:

- какие языковые средства сформированы у ребенка к моменту обследования;
- какие языковые средства не сформированы к моменту обследования;
- характер несформированности языковых средств;
- в каких видах речевой деятельности проявляются недостатки (говорение, аудирование, чтение, письмо);
- какие факторы влияют на проявления речевого дефекта.

В качестве дидактического материала могут быть использованы реальные объекты действительности, игрушки и муляжи, сюжетные и предметные картинки, предъявляемые единично, сериями или наборами, устно предъявляемый вербальный материал, карточки с напечатанными заданиями, книги и альбомы, материализованные опоры в виде схем, условных значков и проч.

Материал отбирается таким образом, чтобы он соответствовал социальному опыту ребенка и не провоцировал возникновения непредвиденных технических трудностей (например, ребенок не может узнать объект на рисунке и поэтому затрудняется назвать его, ребенок не знает букв и не может выполнить задание на карточке и проч.).

Направления обследования:

- Коммуникативное поведение ребенка.
- Связная речь.
- Лексико-грамматический строй.
- Звуковая сторона речи.
- Строение и двигательные функции артикуляционного аппарата.
- Темпо-ритмическая характеристика речи.
- Показатели готовности к обучению грамоте (предшкольный возраст и первый год обучения в школе).
- Чтение и письмо (для детей, прошедших обучение).

Остановимся более подробно на содержании каждого из выделенных направлений.

1. Коммуникативное поведение ребенка.

Недостатки коммуникативного поведения, по данным современной логопедии, являются характерной особенностью для различных видов речевой патологии как в рамках психолого-педагогической классификации (заикание, общее недоразвитие речи, фонетический дефект, темповые задержки речевого развития детей раннего возраста и пр.), так и этиопатогенетической классификации (алалия, ринолалия, логоневроз, дисфонии). Выраженность нарушений коммуникативного поведения может быть различной: от речевого и поведенческого негативизма до отдельных недостатков. Также различными могут быть и причины его недоразвития.

При диагностике логопед должен ориентироваться на показатели, характеризующие сформированность коммуникативных умений и навыков:

- ребенок проявляет осознанный интерес к общению;
- ребенок активен, самостоятелен, общается в полную меру своих речевых возможностей и активно используют их для решения коммуникативных задач;
- ребенок способен оказывать помощь партнеру по общению и прислушиваться к совету;
- ребенок критически относится к результатам общения, правильно оценивает вклад каждого участника.

К сожалению, в литературе отсутствуют четкие указания на возрастные рамки, определяющие нормативное развитие коммуникативного поведения. Известно, что у ребенка раннего возраста формируются коммуникативные предпочтения по отношению к членам своей семьи и хорошо знакомым людям. Дети неохотно вступают в контакт с посторонними, что затрудняет, в ряде случаев, диагностику уровня их речевого развития. В последующем у ребенка формируются навыки общения со сверстниками, что в старшем дошкольном возрасте позволяет ему организовывать в сотрудничестве совместную деятельность. В этом же возрасте должны активно формироваться стереотипы социальных коммуникативных ситуаций. Примерно в возрасте 9-10 лет ребенок способен встать на точку зрения своего собеседника, это обуславливает повышение адекватности общения, а также возможность эффективно реализовывать собственные потребности в общении, управлять реакцией собеседника. Вышеперечисленные возрастные особенности должны учитываться специалистом и при организации обследования (способы установления контакта, наличие мотивации общения, выявление уловок, искренность и адекватность реплик), и при анализе результатов.

Обследование уровня сформированности коммуникативного поведения проводится в процессе выполнения ребенком заданий во время обследования, наблюдения за ребенком в общении с другими детьми, на занятиях или уроках. Логопеду важно зафиксировать не только активность и адекватность ребенка, но и какими средствами общения он пользуется при установлении и удержании контакта (вербальные/невербальные, наличие жестов, вокализаций, эмоциональная окраска высказываний в процессе общения и проч.). Информативны также наблюдения за способом разрешения различных коммуникативных ситуаций: конфликт со взрослым/ребенком; уточнение непонятного; просьба; отказ и проч.

В результате логопед делает заключение о наличии/отсутствии у ребенка речевого негативизма, избирательности контактов, широте освоенных коммуникативных ситуаций, богатстве и активности в использовании вербальных и невербальных средств, в том числе, интонации, обращенности к собеседнику, активности в общении и т.д.

2. Связная речь.

В логопедии под понятием «связная речь» (В.В. Воробьева, В.П. Глухов, Р.Л. Давидович, Л.Ф. Спирова, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, А.В. Ястребова) подразумевается, как продукт речемыслительной деятельности в виде устного или письменного высказывания, преимущественно, монологического характера, состоящее более чем из одного предложения, так и процесс его создания.

В данном разделе мы остановимся на обследовании только устной формы связной речи, с учетом необходимости изучения не только продуктивных и репродуктивных умений и навыков (составление текстов, их пересказ), но и рецептивных (понимание текстов).

В онтогенезе понимание связной монологической речи формируется значительно раньше, чем ее составление или пересказ. Уже в раннем возрасте ребенок понимает обращенные к нему простые инструкции, содержание сказок при опоре на наглядный материал, например, при ее инсценировке (2,5 года). Постепенно возможности ребенка расширяются. Он начинает понимать содержание простых сказок с опорой на картинки, простых бытовых рассказов с опорой на опыт и понимать многоступенчатые инструкции (3,0 – 3,5 года), договаривать знакомые сказки и стихи.

В период с 4,5-5 лет у ребенка формируется продуктивный вид связной монологической речи. Это, в основном, связные монологические высказывания

повествовательного характера, описывающие события из жизни самого ребенка. К 6 – 7 годам монологическое высказывание уже содержит элементы фантазийного характера и может совсем не соответствовать действительности, однако рассуждение появляется у детей в школьном возрасте (9 – 10) лет, что связано со становлением словесно-логической формы мышления (Д.Б. Эльконин).

Наиболее онтогенетически поздней формой связной монологической речи является, по-видимому, пересказ. Этот вид репродуктивной речи сложен, прежде всего потому, что требует от ребенка сформированных навыков анализа различных смысловых уровней текста, достаточный объем слуховой вербальной памяти, устойчивых процессов планирования и самоконтроля за собственным высказыванием. Поэтому пересказ не может быть признан диагностически валидным у детей дошкольного возраста. Для проверки понимания текста /связного высказывания рационально предлагать детям сопоставить текст и сюжетную картинку или выбрать из данных картинок иллюстрацию к прослушанному тексту, ответить на вопросы и проч. Пересказ как средство диагностики может быть использовано уже в школьном периоде обучения.

Задания, направленные на выявление уровня развития связной речи в продуктивной речевой деятельности, а именно, составление собственных связных монологических высказываний, рационально проводить после 5 лет на материале, соответствующем особенностям возрастного этапа развития.

В результате оценивается:

- при понимании: понимание фактуальной информации текста, скрытого смысла; точность передачи фактов текста, возможности установления временной или логической последовательности событий;

- при пересказе: точность и полнота передачи содержания текста, ориентация ребенка на запоминание вербальных средств (старается пересказ максимально близко к оригиналу) или на смысловое наполнение текста (пересказывает своими словами), удержание последовательности и логики событий, наличие/отсутствие привнесений, степень самостоятельности выполнения задания;

- при составлении связного монологического высказывания: жанр связного высказывания, наличие внешних опор, наличие помощи педагога; развернутость высказывания, последовательность, тематичность, степень полноты раскрытия темы высказывания, отсутствие/наличие привнесений; адекватность использования вербальных средств; способы реализации межфразовых связей.

3 Лексико-грамматический строй.

Уже при исследовании связной речи становится очевидным уровень сформированности лексико-грамматического строя речи ребенка. Однако, для построения индивидуального образовательно-коррекционного маршрута специалисту необходимо выявить не столько наличие проблемы, сколько особенности проявления недостаточности, если таковые имеются. Если проблемы отсутствуют, можно констатировать, что словарный запас ребенка и его грамматический строй соответствуют возрастной норме.

При наличии лексико-грамматического недоразвития обследование словарного запаса и грамматического строя представляют собой обязательную часть процедуры обследования. При этом в структуре диагностического материала могут быть выделены специфические задания для обследования только словарного запаса ребенка или только грамматики, но обычно они обследуются параллельно. Тем не менее, мы выделим как самостоятельные два подраздела в рамках обследования: обследование словарного запаса и обследование грамматического строя речи.

а) Обследование словарного запаса решает следующие задачи:

- определить количественное наполнение словарного запаса и его соответствие возрастной норме;

– выявить структуру индивидуального лексикона, т.е. выяснить специфику недоразвития качественных показателей словарного запаса ребенка: особенности парадигматических и синтагматических связей, уровень обобщения; наличие переносных значений слова и проч.

Для решения поставленных задач необходимо учитывать особенности формирования лексической стороны речи в онтогенезе. В раннем возрасте слова появляются в виде звукоподражаний, лепетных слогосочетаний и выполняют функцию «квазивысказываний». В последующем слова начинают выполнять номинативную функцию, однако, их смысловое наполнение для ребенка изменяется, представляя собой динамическую систему: от синкретических понятий, к ситуативно связанным и, далее, к обобщенным (Л.С.Выготский, А.М. Шахнарович). На последнем этапе активно формируются парадигматические связи: родовидовые понятия, часть-целое, многозначность, синонимические связи, антонимические и т.п.). В возрастном плане по литературным данным и наблюдением за современными детьми можно приблизительно соотнести данные этапы следующим образом: Этап синкретических понятий – до 2,0 – 2,5 года; этап ситуативно связанных понятий – до 5,0 – 5,5 лет; этап формирования контекстных понятий – после 5,5 лет. Данная периодизация является достаточно приблизительной, поскольку нельзя провести четкую временную границу между выделенными этапами, однако, возрастной фактор диктует особенности использования наглядного материала, а также выбор заданий в процессе обследования словарного запаса ребенка.

Кроме этого, при отборе вербального материала для обследования необходимо ориентироваться на социальное и бытовое окружение ребенка, в котором он воспитывается, поскольку формирование словарного запаса происходит в процессе взаимодействия с окружающим миром под влиянием аффективного окрашенного отношения к его объектам и явлениям. Поэтому дидактический материал для обследования (объекты, картинки, стимульный языковой материал) отбирается индивидуально и не может быть полностью унифицирован и стандартизирован.

Задания, предлагаемые детям должны быть разнообразными и разнонаправленными, нельзя ограничиваться только набором картинок или объектов. Эффективно использование игровых элементов, причем игра может предлагаться не только с объектами, но и с вербальным материалом.

Обследование импрессивного словарного запаса проводится в тех случаях, когда ребенок не может использовать предлагаемую логопедом лексику в продуктивных видах речи.

В результате обследования оценивается:

– соответствие объема словарного запаса возрастным нормативам; представленность в словарном запасе слов различных морфологических категорий: имен существительных, глаголов, имен прилагательных, предлогов и проч.; соотношение экспрессивного и импрессивного словарного запаса;

– уровень сформированности смыслового наполнения слова (лепетная речь, ситуативно связанное значение, расширенное, суженное и т.п.); адекватность использования лексики; способы и трудности актуализации лексики; сформированность парадигматических отношений (родо-видовые; антонимия, синонимия, часть целое, многозначность) в импрессивной и экспрессивной речи.

б) Обследование грамматического строя речи решает следующие задачи:

– выявить, какие грамматические формы и конструкции имеются в употреблении ребенка (активная грамматика и пассивная грамматика);

– определить специфику проявления аграмматизма;

– выяснить состояние языковой способности.

Грамматический строй речи формируется у ребенка при наличии нескольких условий: 1) определенного уровня сформированности номинативной функции речи (словарный запас должен достигнуть примерно 100 слов); 2) определенного уровня развития языкового анализа и синтеза, составляющего основу языковой способности; 3) определенного уровня самоконтроля (подгонка собственной вербальной продукции под образцы взрослой речи) (Левина Р.Е., Леонтьев А.А.). Не останавливаясь подробно на онтогенезе грамматического строя, отметим, что одним из важнейших механизмов его развития является генерализация грамматических форм и конструкций на основе формирования обобщенных грамматических представлений, представляющих собой конгломерат звуковых, семантических и структурных образов.

Однако, специалисту, обследующему речь ребенка, особенно раннего возраста необходимо учитывать факт того, что именно в этом возрасте пути формирования речи отличаются большой вариативностью, обусловленной различными факторами: полом ребенка, условиями воспитания, личностными особенностями и проч. Поэтому достаточно сложно выделить набор обязательных в определенном возрасте набор грамматических форм и конструкций, а также жесткую последовательность их появления в речи ребенка. При обследовании грамматического строя речи особенно важно учитывать СИСТЕМУ всех достижений и недостатков в его развитии.

При оценке уровня развития грамматического строя учитываются достижения детей в трех областях: в словоизменении, словообразовании и синтаксисе. Наиболее полные данные логопед получает в процессе обследования синтаксических речевых умений и навыков. Основная информация может быть получена в процессе беседы с ребенком, а также при работе над текстами различной сложности. Если логопеду в ходе обследования удастся наладить контакт с ребенком, то именно эти виды работ способствуют выявлению реального уровня сформированности грамматических навыков: употребления различных видов и типов предложений, адекватность использования грамматических форм и конструкций, их разнообразия. Специальные задания предъявляются ребенку только для того, чтобы уточнить полученные данные.

Какие могут быть специализированные задания в данном разделе?

Для обследования синтаксиса предъявляются задания, направленные на обследование умения продуцировать и понимать предложения различных видов и типов, а также словосочетания, построенные на основе согласования и управления. Перечислим некоторые из них: составить предложения, ответить на вопрос, повторить предложение, соотнести предложение и картинку, составить словосочетание, найти и исправить ошибку, дополнить и т.п. Необходимо учитывать, что в условиях устного общения окончания слов часто звучат редуцировано, и дошкольник не может четко воспринять или проговорить их в орфографическом варианте. Например, окончания имен прилагательных «красная», «красное», «красные» звучат как [ъ], также, как и окончания имен существительных «солнышко», «кофта», «ведра». Ребенку-дошкольнику сложно соотнести на слух, какие прилагательные согласуются с какими существительными. Поэтому, если в обследовании используется подобный вербальный материал, то обследованию должно предшествовать обучение.

Уже на материале предложений и словосочетаний можно сделать вывод о состоянии навыка словоизменения у ребенка. Тем не менее, мы рекомендуем провести направленное исследование данного навыка на специально отобранном материале, поскольку это позволит выяснить не только уровень сформированности языковой компетенции в области грамматического строя, но и языковую обучаемость ребенка, т.е. наличие/отсутствие у него языковой способности. С этой целью ребенку предлагается изменять слова по образцу, строго придерживаясь системных моделей словоизменения (Грибова, Бессонова 2003).

Аналогично обследуется и навык словообразования с учетом возрастных нормативов современных детей.

При оценке результатов важно различать недоразвитие грамматического строя, обусловленное патогенезом речевого развития, и проявления просторечия, случайные оговорки, влияние процессов генерализации в раннем и среднем дошкольном возрасте, недостаточный уровень владения языком, на котором проводится обследование в условиях двуязычия.

В результате обследования оценивается:

- соответствие набора грамматических форм и конструкций нормативному для данного возраста; в какой области грамматики обнаруживается недостаточность;
- уровень сформированности продуктивных и рецептивных навыков; адекватность использования грамматических форм и конструкций;
- выраженность аграмматизма (от отсутствия грамматического оформления высказывания до отдельных недочетов);
- характер аграмматизма (отсутствие грамматической формы/конструкции, гипергенерализация грамматических форм, смешения, замены, трудности линейного развертывания и проч.).

Звуковая сторона речи.

Обследование звуковой стороны речи подразумевает следующие направления работы:

- а) обследование звукопроизношения;
- б) обследование фонематического восприятия;
- в) обследование слоговой структуры слова;
- г) обследование интонационной стороны речи.

а) Обследование звукопроизношения проводится в относительно свободной форме. В первую очередь оцениваются навыки правильного звукопроизношения в спонтанном общении, а затем, при наличии отклонений в произношении звуков, звукопроизношение обследуется более подробно. Особое внимание необходимо уделить звукам, которые заменяются или смешиваются в речи детей, поскольку в последующем данные недостатки фонологического характера могут отразиться на письме и чтении. Поэтому детям дошкольного возраста и поступающим в школу рекомендуется давать усложненные задания по воспроизведению скороговорок, насыщенных оппозиционными звуками, чтобы оценить не просто качество звукопроизношения, но и уровень самоконтроля, а также уровень сформированности фонематического восприятия. Задания должны быть направлены на обследование умения адекватно использовать фонемы в различных условиях: в спонтанном общении, под контролем сознания при назывании картинок и составлении предложений, а также в отраженном проговаривании. При этом предлагаемый вербальный материал должен соответствовать возрасту, что подразумевает возрастающую сложность звукослогового наполнения предлагаемых для называния или воспроизведения слов. С другой стороны, необходимо учитывать поэтапность формирования звукопроизношения в онтогенезе, поэтому смешения «С» и «Ш» у ребенка в четыре года может рассматриваться при определенных обстоятельствах как вариант нормы, а у шестилетнего – однозначно как дефект.

В результате обследования оценивается:

- соответствие уровня сформированности звукопроизношения возрастным нормативам;
- какие звуки дефектны, какой характер носит дефект, на каком уровне он проявляется, какие факторы влияют на качество звукопроизношения.

Большую роль в формировании звукопроизношения играет фонематическое восприятие, которое требует тщательного обследования не только у детей, имеющих дефекты звукопроизношения, но и у детей с нормированными звуками.

- б) Обследование фонематического восприятия.

Определим, что такое фонематическое восприятие и чем оно отличается от звукового и звукобуквенного анализа. Фонематическое восприятие формируется у детей в процессе речевого онтогенеза, прежде всего, как средство смыслового восприятия обращенной речи и не является продуктом специального обучения. Оно осуществляется на неосознаваемом уровне. Его формирование проследил Н.Х. Швачкин, доказав эмпирическим путем, что начало его становления приходится на первый год жизни ребенка, в целом завершаясь к трем – четырем годам. Ребенок учится сначала различать слова, схожие по слоговой структуре, но отличающиеся наличием-отсутствием звука (пояс – поезд), дифференцировать звуки в составе слова (сын – сон), различать слова, состоящие из одинаковых звуков, стоящих в разной последовательности (марки – рамки) и т.п. Далее формируется фонематический слух, который в последние десятилетия в логопедии рассматривается как компонент фонематического восприятия, позволяющий дифференцировать оппозиционные согласные. В современных исследованиях, посвященных онтогенезу звуковой стороны речи, подчеркивается огромная роль фонематического восприятия в развитии звукопроизношения ребенка. Поэтому обследование фонематического восприятия не должно осуществляться формально. Кроме того, фонематическое восприятие является фундаментом для формирования звукового и звуко-буквенного анализа, который не только требует обучения, но и достаточно высокого уровня осознанности на первых этапах обучения каждого действия в его структуре.

Особого внимания требуют дети дошкольного возраста и начавшие обучение в первом классе.

В качестве дидактического материала могут выступать картинки и устно предъявляемый материал, а в качестве вербального стимульного материала – слова, слоги.

В результате обследования оценивается:

- соответствие уровня сформированности фонематического восприятия возрастным нормативам; специфика проявления недостаточности;
- качество и уверенность воспроизведения фонологических оппозиций различного характера.

в) обследование слоговой структуры слова.

Поскольку слог является минимальной произносительной единицей (Н.И. Жинкин), постольку нарушение слоговой структуры слова является речевым дефектом и, как правило, свидетельствует о тяжести выраженности речевого дефекта.

Слоговые структуры начинают формироваться в раннем возрасте. Переломным моментом является переход от лепетных словоформ к словам приближенного языка взрослых звучанию. При этом отмечается достаточно много проблем в раннем возрасте: дети переставляют слоги или звуки, добавляют лишние слоги, например, внутри стечений согласных (тигОр), уподобляют слоги и проч. Постепенно, освоение разнообразной лексики сопровождается повышением качества звукослоговой структуры слова, основные трудности перемещаются в область малознакомой лексики, имеющей 5 и более слогов и одновременно стечения 2-4 согласных.

При обследовании в данном направлении удобно пользоваться альбомами, составленными на основе классификации слов, имеющих различные слоговые структуры А.К.Марковой, а также можно предложить отраженное проговаривание слов сложной слоговой структуры или предложений, избегая при этом малознакомых слов. Фраза «Экскурсовод проводит экскурсию» для большинства детей дошкольного возраста звучит как состав современного лекарства для взрослого.

В результате обследования отмечается:

- соответствие уровня развития слоговой структуры возрастным требованиям;
- наличие устойчивых затруднений, их характер, какие слоговые структуры оказались неосвоенными, что влияет на качество воспроизведения звуко-слоговой структуры слова.

г) Обследование интонационной стороны речи.

Ряд исследователей полагает, что интонация является одним из компонентов звуковой стороны речи. При обследовании интонации логопед, с одной стороны, оценивает качества голоса, с другой, выявляет, насколько у ребенка сформировано умение с помощью интонации воспринимать и передавать смысл высказывания.

В процессе беседы в начале обследования, и в последующем ходе обследования отмечаются такие показатели, как: сила, высота, тембр голоса, выразительность речи в целом. Умение сознательно управлять голосом, а также передавать смысл высказывания можно оценить в процессе декламации ребенком стихотворения или пересказе хорошо знакомой сказки (мультфильма). Обращается внимание на наличие адекватных модуляций голоса, логического ударения, смысловых пауз, интонационного контура предложений различных видов. У детей раннего и среднего дошкольного возраста, а также у детей, демонстрирующих низкий уровень понимания обращенной речи, полезно исследовать понимание вопросительной интонации, логического ударения, интонации передающей эмоциональное состояние человека. С этой целью используются различные виды пиктограмм и ситуативных картинок, вопросно-ответная форма работы, отраженное проговаривание.

В результате обследования оценивается:

- качественные показатели голоса, его устойчивость, выразительность высказывания;
- умение понимать и самостоятельно продуцировать с помощью интонации смысловые оттенки высказывания.

Таким образом, в результате обследования звуковой стороны речи дается подробная качественная характеристика уровня сформированности ее компонентов, что позволяет не только диагностировать несовершенство каждого из них, но и разработать пути их коррекции в рамках системного подхода, воздействуя, прежде всего, на первичное звено в структуре дефекта.

Строение и двигательные функции артикуляционного аппарата.

Обследование строения и двигательных функций артикуляционного аппарата производится только в том случае, если у ребенка обнаружены недостатки звуковой стороны речи. Основная задача данного направления обследования – выявить причины несформированности звуковой стороны речи и, соответственно, наметить коррекционную программу по их преодолению.

Строение органов артикуляции оценивается визуально, фиксируются только те отклонения, которые препятствуют нормированному формированию звуков речи. При возникновении у специалиста подозрения о наличии скрытых дефектов (субмукозные расщелины, аденоиды носоглотки, опухолевые процессы и т.п.) ребенок должен быть направлен на консультацию к врачу-специалисту для проведения дополнительных, в частности, аппаратных исследований.

Двигательные функции изучаются на основе простых упражнений, доступных детям данного возраста, которые могут носить статический (удерживание позы) и динамический характер (многократное выполнение одного движения, переключение с одного движения на другое и проч.). При наличии парезов и/или параличей органов артикуляции необходимо обследовать состояние двигательных функций мимической мускулатуры.

По итогам обследования фиксируется:

- наличие/отсутствие отклонений в строении органов артикуляции, если таковы присутствуют, фиксируется, какие именно являются вызывающей причиной недостатков в звуковой стороне речи;
- наличие/отсутствие нарушений моторных функций артикуляторного аппарата и их природа (нарушение тонуса мышц, дискоординационные расстройства);
- наличие/отсутствие синкинезий;
- состояние двигательных функций мимических мышц.

Обследование темпо-ритмических характеристик речи.

Данное направление обследования проводится только при наличии определенных показаний. Обычно, в процессе обследования при беседе с ребенком выявляются проблемы, обусловленные недостатком темпо-ритмической стороны речи. Это наличие патологически ускоренной или патологически замедленной речи, а также проявлений заикания или отдельных запинок как предвестников заикания. В ряде случаев одним из признаков речевой патологии может являться скандированная речь

В результате обследования оценивается:

- темп речи;
- характер судорог (при их наличии), место образования, тяжесть проявления;
- степень выраженности фиксации на речи; набор ситуаций, в которых затруднено общение.

Обследование готовности к обучению грамоте.

Данное направление обследования актуально в дошкольном возрасте, а также на начальном этапе школьного обучения, если ребенок испытывает непреодолимые трудности при освоении грамоты. Готовность к школьному обучению представляет собой комплекс показателей как психологического плана, так и речевого.

В компетенцию логопеда входит обследование комплекса речевых показателей готовности к обучению грамоте, которые включают уровень сформированности фонематического восприятия и звукового (звуко-буквенного анализа), лексико-грамматической стороны речи.

Поскольку выше уже было описано обследование лексико-грамматической стороны речи и фонематического восприятия, остановимся более подробно на обследовании звукового (звукобуквенного) анализа.

Звуковой анализ обследуется у детей дошкольного возраста. Предлагаемый материал должен коррелировать с программой дошкольного обучения ребенка. Например, если ребенок прошел обучение в логопедической группе детского сада, то он должен уметь выделять мягкие согласные из состава слова. Но если ребенком этот материал не был освоен, то лучше использовать для анализа твердые согласные или провести предварительное обучение.

Обследование звуко-буквенного анализа проводится у детей, имевших опыт обучения грамоте.

И в первом, и во втором случае допускается использование ребенком различных материализованных опор.

Звуковой и звуко-буквенный анализ предполагает осознанное выполнение операций по языковому анализу слова. Поэтому допустимо и в ряде случаев рекомендуется подключить внешнее рассуждение ребенка, поиск правильных вариантов.

В результате обследования оценивается, насколько ребенок готов к систематическому обучению грамоте в предлагаемом педагогами данного образовательного учреждения темпе и используемой методике обучения.

Обследование процессов чтения и письма.

Данное направление обследования реализуется при условии, что ребенок уже прошел обучение грамоте, и с учетом требований образовательной программы данного учреждения. Уровень сформированности процессов чтения и письма оценивается как с технической точки зрения, так и смысловой, т.е. изучается качество понимания и продуцирования письменного текста. При анализе письменных работ ребенка и процесса чтения логопед выявляет характер ошибок и их возможную причину. Среди причин можно выделить несколько групп:

- несформированность устной речи;
- несформированность других психических процессов (память, внимание, мышление и т.п.);
- сенсорная недостаточность (снижение слуха, зрения);

- недостаточный уровень сформированности произвольной деятельности;
- пробелы в знаниях и педагогические ошибки при обучении.

При анализе письменных работ необходимо, в первую очередь фиксировать типичные виды ошибок, которые повторяются из работы в работу. С другой стороны, необходимо выявить те условия, в которых данные ошибки проявляются наиболее часто и устойчиво. Поэтому анализу подвергаются не единичные работы, а достаточно большое их количество, включающее как рабочие тетради, в которых зафиксированы домашние и классные работы, контрольные тетради, а также творческие – сочинения и изложения, если таковые имеются. Кроме того, логопед может давать собственные задания: диктанты, насыщенные определенными звуками, списывание, насыщенные определенными буквами, короткие сочинения и проч., при условии, что они направлены на уточнение полученных данных, соответствуют программным требованиям и относительно небольшие по объему.

При проверке качества техники чтения и понимания прочитанного полезно, наряду с обследованием чтения вслух, выяснить уровень сформированности навыка чтения «про себя», поскольку это основной вид чтения для человека. В ряде случаев при чтении про себя ребенок демонстрирует более высокую успешность. Текст для чтения отбирается незнакомый, облегченный, т.е. не содержащий большого количества терминов и незнакомых ребенку слов, соответствующий школьным требованиям на момент обучения.

В результате обследования оценивается:

- техническая сторона письма;
- количество и качество специфических дисграфических ошибок и ошибок орфографического и пунктуационного характера;
- наличие трудностей лексико-грамматического характера;
- техническая сторона чтения;
- количество и качество специфических дислексических ошибок;
- особенности понимания прочитанного.

По итогам обследования заполняется речевая карта или составляется логопедическая характеристика речи ребенка, в которой в развернутой форме формулируются выводы логопеда о состоянии отдельных сторон речи, подтверждаемые примерами. Протокол обследования может быть приложен к карте или заключению.

На основании полученных данных логопеду предстоит решить следующую задачу; установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение.

Анализ полученных данных проводится на основе принципов анализа речевого недоразвития, сформулированных Р.Е. Левиной: принципа системности, принципа развития и принципа взаимосвязи речи и других психических функций.

Выясняется, является ли недоразвитие речи системным или парциальным, уровень сформированности языковых средств, выявляется первичное звено в структуре дефекта, наличие сочетаний речевых дефектов (например, сочетание открытой ринолалии и дизартрии; моторной алалии и дизартрии). На основании полученных данных логопед делает логопедическое заключение, которое может состоять из нескольких частей. В первой части обязательно указывается характер лингвистического дефекта (при наличии первичного речевого недоразвития используется психолого-педагогическая классификация Р.Е. Левиной, в остальных – описание характера неполноценности языко-речевой системы). Во второй части заключения характер речевого дефекта может быть уточнен в рамках клинико-педагогического подхода. Основанием для уточнения служит наличие соответствующего медицинского заключения или явных симптомов и синдромов, обнаруженных логопедом в процессе обследования. Но в любом случае в условиях ПМПК необходимо коллегиальное решение, подтверждающее заключение логопеда.

Наличие грамотного взвешенного заключения является одним из оснований для прогнозирования степени обучаемости ребенка в аспекте формирования у него полноценной

речевой деятельности, что позволяет определить коррекционно-образовательную программу и организационную форму обучения адекватную возможностям ребенка.

Прежде всего, необходимо выделить группу детей, имеющих вторичную форму речевой патологии или сочетанную (сложную) структуру дефекта. Для таких детей образовательная программа определяется с учетом сенсорной или интеллектуальной недостаточности. Занятия с логопедом организуются в рамках комплексного подхода с учетом направлений коррекционно-образовательной работы всех специалистов.

При наличии первичного речевого дефекта программа обучения определяется в соответствии с характером и уровнем недоразвития речи в рамках психолого-педагогической классификации Р.Е. Левиной.

Для определения образовательной программы ребенка основную роль будут играть следующие показатели:

- степень недоразвития речи и характер дефекта;
- динамика формирования речевой деятельности ребенка;
- готовность ребенка к обучению в условиях фронтальных занятий.

Тяжесть проявления дефекта определяется, в первую очередь, уровнем развития речи. Однако нельзя определять уровень развития речи безотносительно возраста ребенка. Например, наличие лепетной речи у ребенка трех лет в ряде случаев может рассматриваться как проявление задержки темпов речевого развития ребенка и не квалифицироваться как тяжелое нарушение речи. Такой же уровень развития у ребенка пяти лет уже свидетельствует о серьезной проблеме и может рассматриваться как тяжелое нарушение речи (ТНР). Лепетная речь у ребенка семи лет свидетельствует о крайне тяжелом недоразвитии речи, требующих особых усилий для его коррекции.

Таким образом, тяжесть проявления дефекта будет определяться величиной разрыва между реальным состоянием и нормативами речевого развития в данном возрасте.

Как правило, тяжесть дефекта определяет динамику его коррекции.

Однако, на практике специалисты встречаются с феноменами различной коррекционной динамики речи ребенка, которая не всегда коррелирует с тяжестью выраженности речевого дефекта. Выделяется несколько факторов, которые позволяют прогнозировать темпы нормализации речевой деятельности детей: первичное звено в структуре дефекта – наличие органического/функционального нарушения; тяжесть выраженности; локализация дефекта и его генез; адекватность и эффективность предшествующего коррекционного воздействия (при наличии такового), гендерный фактор.

Третьим показателем является деятельностная готовность к обучению, которая может определять организационную форму обучения ребенка и дошкольного, и школьного возраста. К деятельностной готовности, прежде всего, необходимо отнести те компоненты, которые обеспечивают самостоятельную и совместную деятельность ребенка и окружающих и способствуют ее дальнейшему развертыванию. Деятельностная готовность – многокомпонентное образование, включающая мотивационный, исполнительский и контрольный блоки, которые, в свою очередь, могут члениться на более мелкие составляющие, уровень сформированности которых определяется, в том числе психологом и дефектологом.

Остановимся подробнее на критериях выбора организационной формы обучения детей дошкольного возраста, с учетом того, что в соответствии с Положением о дошкольном образовательном учреждении говорить о инклюзивном обучении можно только имея в виду детей с тяжелыми нарушениями речи. Термин «тяжелые нарушения речи» (ТНР)» детей дошкольного возраста на данный момент не имеет однозначного толкования. Проводя аналогии со школьным обучением, в рамках которого уже много десятилетий функционируют школы для детей с ТНР, можно предположить, что к данным нарушениям можно отнести такие формы первичного речевого недоразвития, которые требуют специальных программ и методов обучения, обеспечивающих этим детям уровень

подготовки, соответствующий общеобразовательному. Следовательно, к ТНР можно причислить общее недоразвитие речи всех уровней.

Таким образом, при выборе организационной формы коррекционно-развивающего обучения для детей с ТНР ПМПК должен учесть наличие альтернативы: либо обучение в условиях группы компенсирующего вида, либо в условиях инклюзивной группы. И в том, и в другом случае рекомендуется обучение по программам для детей с ОНР

Остановимся более подробно на показателях готовности к инклюзивному обучению детей дошкольного возраста. К ним можно отнести:

- уровень сформированности коммуникативных навыков;
- элементарные навыки невербального/вербального делового сотрудничества.

Для направления ребенка в специализированную «речевую группу» для детей с ОНР уровень развития данных показателей не имеет значения, поскольку условия организации коррекционно-воспитательной и образовательной работы предполагают не только наличие коррекционной среды, обеспечивающей индивидуальный и дифференцированный подход к ребенку, но и наличие интенсивных занятий со специалистами.

А вот для того, чтобы направить ребенка в общеобразовательное дошкольное учреждение, необходимо убедиться в наличии у ребенка показателей, обеспечивающих ему не только успешную социализацию в большой группе, но и достаточный потенциал речевого развития в условиях регулярных, но не интенсивных логопедических занятий. При этом одним из положительных факторов, влияющих на формирование речевой деятельности ребенка, в условиях инклюзивного обучения может рассматриваться наличие активной речевой среды. Однако, при этом необходимо увериться, что речевая активность окружающих детей будет стимулировать вербальную коммуникацию ребенка с тяжелым речевым нарушением, а не усугублять его фиксацию на дефекте.

Рекомендуя ребенку форму инклюзивного обучения в дошкольном образовательном учреждении, логопед должен учитывать не только степень несформированность языковых средств, но и вербальные компенсаторные возможности ребенка, то есть состояние его языковой способности и возраст ребенка. Это обусловлено спецификой организации инклюзивного обучения, где важную развивающую роль берет на себя детская среда. Поэтому эффективнее данная форма обучения будет для детей раннего и младшего дошкольного возраста, у которых недоразвитие речи носит функциональный темповый характер или имеет регрессирующий характер и высокую динамику компенсации.

Для детей, у которых общее недоразвитие речи протекает на фоне органического поражения ЦНС, имеющих грубое недоразвитие речи, а также детей, у которых общее недоразвитие речи было диагностировано в предшкольном возрасте, рациональнее организовывать занятия в специальных группах компенсирующей направленности.

Еще одним показателем готовности ребенка дошкольного возраста к обучению в условиях инклюзии является его умение выстраивать конструктивное взаимодействие со взрослым или со сверстником (в старшем дошкольном возрасте). Это значит, что ребенок не только понимает инструкции взрослых, но и следует им, он может начать деятельность и закончить ее по словесной инструкции, действовать по образцу, понимает похвалу или порицание, не проявляет агрессивности по отношению к сверстникам. Данные показатели свидетельствуют о готовности ребенка работать с педагогом и возможности его обучения в относительно большом коллективе детей. Уровень сформированности этих показателей оценивается в ходе взаимодействия ребенка со взрослыми специалистами в процессе его обследования, а также во время беседы с родителями.

Дополнительным доводом в пользу инклюзивного образования является активная позиция родителей, готовых к сотрудничеству со специалистами и выражающих желание включиться в коррекционно-образовательный процесс.

Для детей школьного возраста критерии (показатели) определения образовательного маршрута будут несколько отличаться от соответствующих критериев у дошкольников, что обусловлено спецификой образовательной школьной программы. Недоразвитие речи

является одним из мощных факторов риска школьной неуспеваемости, поэтому, уровень развития речи будет определять организационную форму обучения.

Остановимся на анализе выбора образовательных маршрутов для детей школьного возраста с тяжелыми нарушениями речи. В соответствии с ФГОС для детей с ОВЗ (приложение 5) к группе детей с тяжелыми нарушениями речи относятся дети с фонетическим, фонетико-фонематическим, общим недоразвитием речи, нарушениями чтения и письма, а также с заиканием. Для данной группы детей предусмотрено два варианта обучения: в условиях инклюзивного образования (вариант 5.1) и в условиях дифференцированного образования (специальной школы или класса) (вариант 5.2).

Наиболее сложным для определения варианта обучения является III уровень общего недоразвития речи, поскольку дети с данным уровнем могут обучаться по обоим вариантам.

Каковы могут быть основания выбора варианта обучения?

Выбор между вариантами обучения производится на основе учета тяжести речевого дефекта. Обучение в условиях инклюзивного образования доступно детям, имеющим общее недоразвитие речи III уровня и достаточный уровень подготовки к обучению в школе, что подразумевает наличие элементарных навыков звукового анализа и деятельностную готовность, о которой мы писали выше.

Однако, при определении программы обучения и вида учреждения необходимо учитывать данные анамнеза. Например, у ребенка общее недоразвитие речи III уровня, которое предполагает обучение в условиях инклюзивного обучения, но в процессе обследования было выявлено, что у ребенка в анамнезе моторная алалия, подтвержденная объективными данными, которая была успешно частично компенсирована в ходе логопедических занятий. Поскольку алалия относится к формам речевой патологии, имеющим тенденцию к прогрессии при усложнении учебного материала, постольку рационально рекомендовать этому ребенку начать обучение по специальной (коррекционной) программе под руководством логопеда с дальнейшим мониторингом динамики и, возможно, переводом на вариант 5.1. И, конечно, такому ребенку специалист не может рекомендовать обучение по усложненной программе гимназии или лицея.

Наличие органического нарушения ЦНС в анамнезе, низкая динамика формирования полноценной речевой деятельности в процессе коррекционной работы, отсутствие опыта коррекционного обучения – все это отягощающие речевое недоразвитие факторы, которые повышают риск школьной неуспеваемости. Поэтому, дети, имеющие отягощенный анамнез и демонстрирующие ОНР III уровня, а также частичную неготовность к школьному обучению могут обучаться по варианту 5.1 в условиях инклюзивного обучения при наличии поддержки специалистов. Особое значение в этом случае приобретает начальный период обучения, определяющий формирование базовых учебных навыков и универсальных учебных действий. Перевод ребенка в одного вида программы на другой должен решаться оперативно с учетом корреляции рассматриваемых программ.

Дети, на момент поступления в школу имеющие ОНР II и I уровней, должны обучаться по варианту 5.2, так как состояние речи этих детей не позволит им успешно справиться с программным материалом наравне с обычными школьниками, поскольку у них еще не сформированы ни вербальные, ни невербальные предпосылки обучения грамоте. Им необходимы специальные методы обучения, иной порядок предъявления материала, следовательно, специальные учебники. Это возможно обеспечить только в условиях специальной (коррекционной) школы или класса. Решение в пользу класса или школы выносится совместно с родителями с учетом региональных условий.

Следует обратить особое внимание на группу детей с выраженной фиксацией на речи. Эти дети стесняются своей речи, избегают вербального общения со сверстниками и взрослыми, публичных высказываний, в том числе, ответов у доски или с места. Таких детей нельзя помещать для обучения в среду с высоким уровнем развития речи, поскольку они, обладая сохранным интеллектом, фиксируются на собственных недостатках, что приводит к невротическим реакциям и к диссоциальному поведению ученика с речевым недоразвитием.

Для таких детей наиболее благоприятной для начала обучения будет среда таких же детей, у которых также обнаруживаются речевые недостатки.

Таким образом, при выборе программ и организационных форм обучения необходимо учитывать не только речевой статус ребенка и возможности освоения им программы обучения, но и социально-коммуникативный фактор: адекватность коммуникативной среды социума ближайшей зоне развития речи будущего ученика.

Термины

Обследование – деятельность специалиста, направленная на оценку качественных и количественных характеристик обследуемого объекта.

Логопедическое обследование – деятельность логопеда, направленная на оценку уровня сформированности речевой деятельности и языковых средств ребенка с учетом его возраста и социальной среды воспитания.

Онтогенез речевого развития – процесс формирования речи в соответствии со среднестатистической популяционной нормой.

Дизонтогенез речевого развития – процесс развития речи, характеризующийся задержкой темпов становления речи и/или отклонениями в формировании языковых средств и коммуникативных навыков по сравнению с этапами и последовательностью их становления в онтогенезе.

Основная литература

1. Бессонова, Т.П. Содержание и организация логопедической работы учителя-логопеда общеобразовательного учреждения (принципы дифференциальной диагностики и основные направления формирования предпосылок к полноценному усвоению программы обучения родному языку у детей с первичной речевой патологией). Методические рекомендации. – М: АПК и ПРО, 2008. – 56с.

2. Воробьева, В.К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи. – М., АСТ Астрель, 2006. – 152 с.

3. Иншакова, О.Б. Альбом для логопеда. – М.: Владос, 2008.

4. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений/ Под общ. ред. проф. Г.В. Чиркиной. – М., АРКТИ, 2010. – 240 с.

5. Филичева, Т.Б., Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. – М., Айрис ПРЕСС, 2008. – 224 с.

Дополнительная литература

1. Левина, Р.Е. К построению педагогической классификации аномалии речевого развития. В сб. Левина Р.Е. Нарушения речи и письма у детей: Избранные труды Ред.-сост. Г.В. Чиркина, П.Б. Шошин. – М.: Аркти. 2005. – 37 – 38.

2. Логопедия: учебник для студентов дефектол.фак.пед.вузов/ Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2005.

5.3 Модели деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога

Процедура знакомства и изучения сферы возможностей ребенка, имеющего различные проблемы личностного характера, начинается с анализа медицинской и психолого-педагогической документации, которая может быть представлена родителями (лицами, их заменяющими). Как правило, это может быть: медицинская карта, личное дело ребенка.

Знакомясь с медицинской документацией, учитель-дефектолог должен обратить внимание на следующие показатели:

– анамнез, который включает в себя: протекание беременности у матери, наличие токсикоза, соматических заболеваний, резус-конфликта, длительного приема лекарственных препаратов и других вредных факторов; особенности родов, наличие признаков асфиксии плода, родовой травмы, патологического прилежания плода; характер помощи во время родов и затраченное на оживление плода время; наличие у ребенка врожденных пороков

развития, судорог, признаков желтухи; вес при рождении и время начала кормления, срок пребывания в роддоме;

- перенесенные ребенком заболевания, их острота, характер, длительность, лечение, наличие осложнений. Фиксируются случаи судорожных и других пароксизмальных состояний;

- диагностические показатели: характер роста, вес, особенности развития перцептивных и локомоторных функций; особенности сна, аппетита, длительность вскармливания грудью; динамика эмоционального и интеллектуального развития; преобладающее настроение, наличие вялости или возбудимости; фиксируются особенности развития ребенка в соответствии с возрастными показателями;

- наличие или отсутствие навыков опрятности и самообслуживания;

- наличие врожденных и приобретенных пороков развития. Обращается внимание на состояние и функционирование внутренних органов и систем организма;

- особое внимание уделяется заключениям офтальмолога, отоларинголога, невропатолога и психиатра.

Помимо медицинских документов учитель-дефектолог должен познакомиться с психологической и педагогической характеристиками ребенка, представленными в личном деле. В этих документах раскрываются знания, умения и навыки, которыми обладал изучаемый ребенок на возрастном этапе, а также характер успешности/неуспешности в учебной деятельности, деятельности, соответствующей его возрасту. Может быть рассмотрена познавательная деятельность, эмоционально-волевая сфера и особенности характеристик личности ребенка. Специалист знакомится с работами детей: с рисунками, аппликацией, работами в тетрадях и отмечает такие показатели, как изображение однотипных предметов, несоблюдение форм и пропорций частей предмета, ограниченное и неверное использование цвета, несогласование замысла рисунка с размерами листа и т.д. Для детей, обучающихся в школе, анализируется состояние рабочих тетрадей, если они были представлены. Отмечается внешний вид тетради, характер выполнения письменных работ, ошибки при письме и т.д.

Данные, представленные в сопровождающей документации соотносятся (в обязательном порядке) с предварительным наблюдением. Данные, полученные в процессе наблюдения, фиксируются в протоколе.

Психолого-педагогическое изучение познавательных возможностей ребенка

Цель наблюдения заключается в выявлении психолого-педагогических особенностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В процессе наблюдения фиксируются показатели, соответствующие возрастным показателям. Например: для дошкольника показательными будут определение и степень сформированности навыков самообслуживания, опрятности в одежде, отношение ребенка к поручениям, общий фон настроения, выраженность аффективных и эмоциональных реакций, особенности двигательного развития, наличие навязчивых или стереотипных действий, особенности игровой деятельности (отношение к игрушкам, способность самостоятельно выбрать игрушки и организовать игру, адекватность действий с игрушками, стойкость интереса к игровой деятельности).

Использование метода беседы в психолого-педагогическом изучении познавательных возможностей

В ходе беседы, при первичном контакте с ребенком, при определении состояния и точности представлений о себе и об окружающем мире, учитель-дефектолог уделяет внимание следующим показателям, которые очень важны для понимания своеобразия развития познавательной сферы ребенка старшего дошкольного, младшего школьного возраста:

- точность представлений ребенка о себе, своих родителях, ближайших родственниках, друзьях и способность дифференцировать понятия «семья», «соседи», «родственники» и т. д.;
- характер представлений о времени (умение определять время на часах, понимание временной протяженности);
- представления о явлениях природы (различение времен года с учетом их признаков, наличие представлений о грозе, снегопаде, дожде);
- умение ориентироваться в пространстве;
- запас сведений о своей Родине, о выдающихся событиях, понимание прочитанных книг, просмотренных фильмов и т.д.

С целью определения состояния познавательных возможностей ребенка с ОВЗ, учитель-дефектолог проводит сравнительное психолого-педагогическое исследование в рамках деятельности психолого-педагогической комиссии. Вся процедура обследования должна быть сжата по времени и информативна для специалиста. Поэтому чрезвычайно важно правильно уметь отбирать диагностический материал с учетом возрастных новообразований (уровень развития перцептивных действий, наглядно-образного мышления, состояния ведущей деятельности, типичных видов деятельности), уметь четко формулировать инструкцию к заданию, оказывать различные виды помощи и учитывать уровень выполнения и принятия помощи, анализировать и грамотно интерпретировать полученные результаты.

При процедуре обследования детей 3-4 лет, 4-5 лет, 5-6 лет и 6-7 лет проводится количественно-качественная оценка результатов обследования умственного развития дошкольников. В процессе обследования специалисты используют психолого-педагогическую диагностику развития детей дошкольного возраста, разработанную доктором педагогических наук, профессором Стребелевой Еленой Антоновной.

Стребелева Е.А. в своих исследованиях, психолого-педагогических трудах неоднократно подчеркивала, что при обследовании развития ребенка дошкольного возраста важно проводить *комплексную* диагностику, основанную не только на количественном показателе, следует также рассматривать и качественные критерии оценки результата. Дошкольник очень раним, подвижен, при обследовании необходимо относиться к нему как можно бережнее.

Для детей 3-4 лет предлагаются следующие задания:

- «Поиграй» (набор сюжетных игрушек);
- коробка форм;
- разборка и складывание матрешки (четырёхсоставной);
- группировка игрушек;
- разрезная картинка (из трех частей);
- «Достань тележку» (со стержнем);
- «Найди пару» (сравнение картинок);
- конструирование из кубиков;
- «Нарисуй»;
- сюжетные картинки.

Для детей 4-5 лет используются следующие задания:

- «Поиграй» (набор сюжетных игрушек);
- коробка форм;
- разборка и складывание матрешки (пятисоставной);
- дом животного;
- разрезная картинка (из четырех частей);
- «Угадай, чего нет» (сравнение картинок);
- счет;

- конструирование из палочек;
- «Нарисуй человека»;
- сюжетная картинка «Зимой».
- *Для детей 5-6 лет используются следующие задания:*
- включение в ряд;
- коробка форм;
- разрезная картинка;
- группировка картинок по цвету и форме;
- количественные представления и счет;
- сравнение картинок «Летом»;
- «Найди время года»;
- «Нарисуй целое»;
- серия сюжетных картинок «Утро мальчика».

Для детей 6-7 лет предлагаются следующие задания:

- разрезная картинка «Клоун»;
- представления об окружающем (беседа);
- представление о временах года;
- количественные представления и счет;
- серия сюжетных картинок «Зимой»;
- «Дорисуй»;
- рассказ по сюжетной картинке «В лесу»;
- звуковой анализ слова;
- «Продолжи ряд» (письмо);
- узнавание фигур (тест Бернштейна).

Все сведения, получаемые в процессе применения экспериментальных методик и заданий, заносятся в протокол обследования.

Экспериментально-психологическое изучение познавательной деятельности

Для экспериментально-психологического изучения познавательной деятельности необходимо использовать методический материал, предложенный к.п.н., профессором Забрамной Софьей Давыдовной.

Данный диагностический набор применяется специалистами нашей страны в течение многих лет, позволяет за непродолжительное время (20-30 минут, при правильном отборе материала) собрать сведения, позволяющие определить «зоны риска». Для дальнейшего уточнения состояния и возможностей познавательной деятельности ребенка с ОВЗ, определения направлений коррекционно-развивающей работы необходима долгая и скрупулезная работа всех специалистов, заинтересованных в успешной адаптации ребенка с ОВЗ.

Помимо констатации состояния и особенностей познавательной, эмоциональной, личностной, физической сфер, важное место в деятельности учителя-дефектолога (олигофренопедагога) занимает определение учебных затруднений, возникающих у ребенка с ОВЗ в процессе обучения. Для этого учителю-дефектологу необходимо четко ориентироваться в содержании образовательной программы для учреждений общего образования, а также для специальных (коррекционных) учреждений.

Составление психолого-педагогической характеристики

На основе полученных в ходе обследования данных, которые оформляются в соответствующем протоколе обследования, составляется психолого-педагогическая характеристика.

В психолого-педагогической характеристике отражаются как особенности отклоняющегося развития ребенка, так и положительные стороны его личности, его потенциальные возможности. Проводится соотносительный (динамический) анализ

состояния сформированности учебных знаний, умений, навыков и психофизического развития ребенка, в том числе и с ОВЗ, универсальные учебные действия как основной показатель индивидуальных достижений.

Как правило, в характеристике отражаются следующие показатели: общие сведения о ребенке, история развития, семья, физическое состояние, особенности познавательной деятельности, особенности речи, особенности внимания, особенности восприятия, особенности памяти, особенности усвоения учебного материала, интересы, эмоционально-волевая сфера, особенности личностных проявлений.

Анализируя данные психолого-педагогического обследования, учитель-дефектолог (олигофренопедагог) выявляет ведущую проблему в процессе обучения ребенка, определяет сохранные стороны развития ребенка, а также формулирует приоритетные направления последующей коррекционно-развивающей работы. Данное направление реализуется в ходе психолого-педагогического консилиума, комиссии и основывается на следующих принципах: комплексности, последовательности, учета возраста и потенциальных возможностей ребенка, наглядности и др.

Коррекционно-развивающая, индивидуальная программа может быть определена на различные периоды от трех до шести месяцев, в зависимости от возможностей как самого ребенка, так и образовательной среды, созданной в учреждении.

В процессе проведения психолого-педагогического обследования проводится и консультирование родителей (лиц, их заменяющих), где также могут быть определены основные направления работы с родителями, педагогами. Консультирование родителей и педагогов включает в себя следующие направления:

- адекватное состоянию ребенка использование воспитательных мер – стимулирование, порицание, др.;
- определение основных рекомендаций по формированию образовательного маршрута, коррекционной программы;
- выработка алгоритма взаимодействия всех субъектов образовательного процесса.

Основная литература

1. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития: программно-методические материалы / И.М. Бгажнокова и др.; под ред. И.М. Бгажноковой. М.: Владос, 2010.

2. Воспитание детей с нарушениями интеллектуального развития: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по специальности "Олигофренопедагогика" / Н.П. Коняева, Т.С. Никандрова. М.: ВЛАДОС, 2010.

Дополнительная литература

1. Воспитательная система специальной (коррекционной) школы VIII вида: коллективная монография / Н.Е. Разенкова и др.; М-во образования и науки Российской Федерации, Кузбасская гос. пед. акад., фак. дошк. и коррекционной педагогики и психологии. Новокузнецк: Кузбасская гос. пед. акад., 2010.

2. Организация и планирование воспитательной работы в специальной (коррекционной) школе-интернате, детском доме: пособие для воспитателей и учителей / Е. Д. Худенко и др. 5-е изд., испр. и доп. М.: АРКТИ, 2010.

7.4 Модели деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога

Характеристика детей с нарушениями слуха. Понятие «нарушение слуховой функции человека» подразумевает, в первую очередь, снижение его способности обнаруживать и понимать звуки, а также трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Нарушение слуха у детей оказывает значительное влияние на все процессы психического и речевого развития, в результате чего возникают выраженные в разной степени специфические особенности в познавательной деятельности и личностной сфере.

В основе нарушения слухового анализатора находятся разные причины и механизмы.

Выделяют две основные категории детей со стойкими нарушениями слуха – глухие и слабослышащие.

Глухие дети не воспринимают речь разговорной громкости и без специального обучения устная речь у них не развивается. Для глухих детей использование слухового аппарата или кохлеарного импланта является обязательным условием их развития. Однако даже при использовании слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов они испытывают трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Слабослышащие дети имеют разные степени нарушения слуха – от незначительных трудностей в восприятии шепотной речи до резкого ограничения возможности воспринимать речь разговорной громкости. Слабослышащие дети могут самостоятельно, хотя бы в минимальной степени, накапливать словарный запас и овладевать устной речью. Необходимость и порядок использования слуховых аппаратов определяют специалисты (врач-сурдолог и сурдопедагог). Для полноценного развития слабослышащих детей, так же как и глухих, требуются специальные коррекционно-развивающие занятия с сурдопедагогом.

В последнее время выделяют еще одну группу детей с нарушением слуха – *кохлеарно имплантированные дети*. Дети с кохлеарными имплантами могут воспринимать звуки окружающего мира и речь на значительном расстоянии (свыше 6 метров). Однако уровень их психоречевого развития будет зависеть от следующих факторов: возраст ребенка на момент проведения операции по кохлеарному имплантированию; наличие дополнительных нарушений; благоприятная социальная ситуация развития; адекватность и систематичность специального коррекционного сопровождения.

Внешний вид и поведение ребенка с нарушенным слухом с первого взгляда могут быть обычными, но в процессе наблюдения достаточно быстро выявляется специфика речи ребенка (особенности просодической ее стороны, звукопроизношения, слухо-зрительный способ восприятия обращенной речи) и особенности самого коммуникативного процесса.

Глухие и слабослышащие в зависимости от своих возможностей *воспринимают речь* окружающих тремя способами: на слух, зрительно, слухо-зрительно. Основным способом восприятие устной речи для детей с нарушенным слухом является *слухо-зрительное*, когда ребенок видит лицо, щеки, губы говорящего и одновременно «слышит» его с помощью слуховых аппаратов/кохлеарных имплантов.

Но даже при слухо-зрительном восприятии глухие/слабослышащие не всегда успешно воспринимают и понимают речь собеседника по следующим причинам:

- внешние – особенности анатомического строения органов артикуляции говорящего (узкие или малоподвижные при говорении губы, особенности прикуса и др.), маскировка губ (усы, борода, яркая помада и др.), специфика продуцирования речи (нечеткая, быстрая речь и др.); расположения говорящего по отношению к глухому/слабослышащему ребенку; количество включенных в беседу людей; акустическая обстановка;

- внутренние – наличие незнакомых слов в высказываниях собеседника; «слуховые возможности» ребенка (неисправность слухового аппарата; неполное «слышание», большие помещения (слабое отражение звуков от стен)); временная невнимательность (небольшое отвлечение, усталость) и ограниченность житейского и социального опыта ребенка с нарушенным слухом (недостаточная осведомленность по общему контексту/теме разговора и влияние этого на понимание сообщения).

Глухие/слабослышащие могут иметь следующие *основные особенности речевого развития*:

- на уровне продуцирования – нарушения произношения; недостаточное усвоение звукового состава слова, которое проявляется в ошибках при произнесении и написании слов;

- на лексическом уровне – ограниченный словарный запас, неточное понимание и неправильное употребление слов, зачастую связанное с неполным овладением контекстным значением;

- на грамматическом уровне - недостатки грамматического строя речи, особенности в усвоении и воспроизведении речевых (грамматических) конструкций;
- на синтаксическом уровне – трудности восприятия предложений с нетрадиционным/инвертным порядком слов/словосочетаний и ограниченном понимании читаемого текста.

Нарушение слухового восприятия и возникающее в результате этого недоразвитие речи создают своеобразие в познавательном и личностном развитии такого ребенка.

Среди наиболее значимых для организации учебного процесса *особенностей* выделяют следующие:

- сниженный объем внимания, низкий темп переключения, меньшая устойчивость, затруднения в его распределении;
- преобладание образной памяти над словесной, преобладание механического запоминания над осмысленным;
- зависимость уровня развития словесно-логического мышления от развития речи обучающегося;
- непонимание и трудности дифференциации эмоциональных проявлений окружающих, обедненность эмоциональных проявлений;
- наличие комплекса негативных состояний – неуверенность в себе, страх, гипертрофированная зависимость от близкого взрослого, завышенная самооценка;
- приоритетное общение со взрослым и ограничение взаимодействия со сверстниками.

При поступлении в образовательные организации дети с нарушениями слуха имеют разный уровень психического и речевого развития, который зависит от степени снижения слуха и времени его возникновения, адекватности медицинской коррекции слуха, наличия своевременной, квалифицированной и систематической психолого-педагогической помощи, особенностей ребенка и его воспитания в семье.

Дети с нарушением слуха в соответствии с уровнем развития могут *обучаться*:

- совместно с другими детьми (включение в детские сады общеразвивающего, комбинированного типа, общеобразовательные школы);
- в отдельных группах/классах образовательных организаций;
- в отдельных образовательных организациях (детские сады компенсирующего вида, общеобразовательные специальные (коррекционные) школы).

Дети с нарушением слуха в *соответствии с ООП* осваивают:

- основную образовательную программу (все уровни образования);
- адаптированную образовательную программу (все уровни образования);
- адаптированную основную образовательную программу (дошкольное образование, начальное образование – глухие по вариантам 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; слабослышащие по вариантам 2.1, 2.2, 2.3);
- индивидуальный учебный план (все уровни образования).

Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями слуха

Специфические трудности психолого-педагогического обследования детей с нарушением слуха обусловлены непониманием и/или недопониманием ребенком обращенной речи, отсутствием или неразборчивостью собственной речи. Имеющиеся трудности коммуникации с диагностируемым слабослышащим или глухим ребенком значительно ограничивают возможности использования стандартизированных экспериментальных методик, психологических диагностик и тестовых заданий.

Для диагностики особенностей психического развития детей с нарушениями слуха необходим системный подход, учет структуры нарушения в целом, всестороннее обследование ребенка (возможности слухового восприятия, развитие речи, познавательных процессов, личностных особенностей, специфики ситуации социального развития).

Психолого-педагогическая диагностика развития ребенка с нарушенным слухом в младенчестве, раннем детстве и дошкольном возрасте продолжает оставаться сложной проблемой, которая связана с трудностями дифференциации глухоты, частичной потери слуха, снижения интеллекта, речевых нарушений. При этом глухие дети часто квалифицируются как умственно отсталые, слабослышащие дети – как дети с сенсорной или моторной алалией.

Трудности дифференциальной диагностики отдельных нарушений психического развития по отношению к детям раннего возраста обусловлены тем, что разные отклонения в развитии могут иметь сходные внешние проявления (трудности общения, отсутствие речи).

При психолого-педагогическом обследовании принято выделять особые задачи изучения таких детей в зависимости от их возраста и периода психического развития (Т.Г. Богданова, А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард, Е.И. Исенина, Н.Д. Шматко и др.):

Ранний, дошкольный и младший школьный возраст – уточнение диагноза ребенка, оценка адекватности слухопротезирования/ кохлеарного имплантирования, выявление особенностей развития речи и познавательной сферы (формирования взаимоотношений между мышлением и речью), развитие движений.

Подростковый и юношеский возраст – оценка уровня развития восприятия и воспроизведения устной речи, исследование сложных психических процессов (словесная память, абстрактно-понятийное мышление, воображение), изучение личностных особенностей (самосознание, различные виды адаптаций, в том числе социально-психологической, социально-трудовой).

Приступая к психолого-педагогическому обследованию ребенка с нарушенным слухом, важно знать особенности данной категории детей и способы общения с ними. Предварительное знакомство специалиста с документацией ребенка позволяет выбрать адекватный способ общения:

- если ребенок дошкольного возраста с нарушенным слухом не владеет словесной речью, применяются невербальные задания, где условия вытекают из характера предъявленного материала или могут быть показаны с помощью естественных жестов;
- если старший дошкольник или школьник с трудом слухо-зрительно воспринимает устную речь, используют дактилологию или жестовый язык для объяснения инструкции;
- если дошкольник или школьник слухо-зрительно воспринимает устную речь недостаточно, пользуются письменным предъявлением инструкций;
- если дошкольник или школьник слухо-зрительно воспринимает устную речь, необходимо учитывать, что непонимание отдельных слов в инструкции, непривычная формулировка вопроса нередко приводят к ошибочным ответам, а, следовательно, специалист должен убедиться в том, что ребенок понял инструкцию перед тем, как он приступит к выполнению задания. Эффективным способом такой проверки может быть предъявление аналогичного основному, но более легкого задания. Как только ребенок его выполнит, можно переходить к основному обследованию (Т.В. Розанова).

Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями слуха также будут проявляться в особых требованиях к диагностическим средствам и характеру процедуры обследования.

Требования к диагностическим средствам при психолого-педагогическом обследовании ребенка с нарушением слуха, в первую очередь, относятся к пособиям, игрушкам, карточкам, материалам диагностических методик, которые используются для обследования детей дошкольного возраста. Рекомендуются:

- использование реальных, соответствующих образам современной действительности, предметов/игрушек при обследовании дошкольников с нарушением слуха;
- использование карточек с точными, доступными детям изображениями предметов, максимально приближенными к реальным объектам окружающего мира при ограничении

количества одновременно предъявляемых карточек с учетом возрастных и специфических особенностей;

- использование карточек с изображением сюжетов, доступных пониманию глухого/слабослышащего ребенка и с учетом его ограниченного социального опыта;
- использование табличек с письменными заданиями/инструкциями.

Кроме того, меняются требования к характеру процедуры обследования ребенка с нарушенным слухом. Рекомендуется:

- адаптация инструкции в соответствии с уровнем речевого развития глухого/слабослышащего ребенка и возможностями восприятия устной речи;
- использование вспомогательных средств для предъявления инструкции/задания: письменные задания, естественные жесты, применение дактилологии, жестовой речи, символов и условных обозначений и др.;
- включение в процедуру обследования обучающих, более простых заданий, раскрывающих алгоритм действий, необходимых ребенку для выполнения диагностических задач;
- включение системы оказания помощи в соответствии с разными уровнями трудностей ребенка с нарушенным слухом: эмоциональная/психологическая поддержка; дополнительная помощь по содержанию задания; помощь в выборе способа действия/переноса его в решение следующего задания и др.;
- пересмотр процедуры оценивания и анализа результатов с учетом особенностей развития данной категории детей и использованных в процедуре обследования видов помощи.

Основные задачи учителя-дефектолога (сурдопедагога) в процессе диагностики на психолого-медико-педагогической комиссии

Основными задачами учителя-дефектолога (сурдопедагога) на ПМПК являются:

- педагогическая диагностика нарушения слуха и/или оценка адекватности электроакустической коррекции слуха;
- изучение уровня развития слухового восприятия;
- оценка уровня речевого развития.

При обследовании сурдопедагог использует следующие *методы*: анализ документации; наблюдение за ребенком в процессе всего обследования; оценка слухового восприятия на основе условно-двигательной реакции на звук, исследование слуха речью; беседа с ребенком и его родителями, специальные методики для диагностики уровня речевого и когнитивного развития.

При проведении обследования слуха и возможностей слухового восприятия речи необходимо создать условия, при которых ребенок будет реагировать на звучание только с помощью остаточного слуха: при произнесении звуков, слов, фраз пользоваться экраном, закрывать всю нижнюю часть лица (ниже глаз) и не опускать экран по окончании произнесения стимула, исключая зрительные и тактильные (ощущение ребенком воздушной струи) «подсказки»; располагаться так, чтобы педагог не касался ребенка, его одежды, стула, стола, исключая вибрационные «подсказки».

Обследование речи состоит из нескольких разделов: особенности произношения и оценка внятности речи; состояние пассивного и активного словаря; грамматический строй речи; связная речь; обследование чтения и письма.

По результатам обработки протоколов обследования сурдопедагог составляет индивидуальный речевой профиль ребенка, на котором представлены все компоненты речевой системы. Сопоставление речевых профилей, полученных при первичном и повторном обследовании, наглядно показывает динамику речевого развития ребенка и свидетельствует о степени эффективности проводимой с ним коррекционной работы.

Алгоритм деятельности учителя-дефектолога (сурдопедагога) в процессе диагностики на психолого-медико-педагогической комиссии

Психолого-педагогическая диагностика детей с нарушениями слуха состоит из нескольких этапов:

Знакомство с документами. Изучение анамнестических сведений о ребенке по предоставленной родителями документации (результаты клинических и психолого-педагогических обследований, характеристики из образовательных организаций).

На этом этапе формируется первичное обобщенное представление о проблемах ребенка, намечается цель диагностики, выбирается стратегия процедуры диагностического обследования.

Беседа с родителями или лицами, их замещающих. Этот этап является важной частью обследования, способствующей изучению и оценке истории психофизического развития ребенка с нарушенным слухом, социальной ситуации развития, условий обучения, воспитания, коррекции, наличия и характера получаемой им специальной педагогической помощи, его образовательного маршрута.

Кроме того, такая беседа позволяет в первом приближении оценить состояние самих родителей (стадию и степень переживания стрессовой ситуации), их информационную осведомленность об особенностях, возможностях ребенка, уровень овладения способами взаимодействия и приемами/методами его обучения, степень их правового ориентирования и социальной навигации.

На этом этапе дополняется первичное обобщенное представление о проблемах ребенка, социальной ситуации его развития, возможностях участия родителей в коррекционно-развивающем процессе и обучении ребенка, выявляется запрос самих родителей, определяется основная цель и ход процедуры диагностического обследования.

Установление контакта и знакомство (беседа) с ребенком.

При комплексном обследовании учитель-дефектолог (сурдопедагог) первый устанавливает контакт с ребенком, подбирает адекватный способ взаимодействия с глухим/слабослышащим. Полноценный контакт позволит начать обследование с диагностики слуха – наиболее сложной для такого ребенка процедуры. Необходимо также помнить, что достаточно часто запрос родителей и сама стратегия диагностического обследования предполагает изучение возможностей слухового восприятия ребенка.

Психолого-педагогическая диагностика особенностей развития ребенка с нарушением слуха.

На этом этапе учитель-дефектолог (сурдопедагог) начинает обследование слуха и речи ребенка в соответствии со стратегией, выработанной на предыдущих этапах.

При необходимости, к процедуре диагностики подключаются другие специалисты:

- психолог изучает уровень сформированности высших психических процессов в соответствии с возрастными нормативами развития, личностные характеристики ребенка, особенности аффективной и коммуникативно-поведенческой сфер;
- логопед участвует в обследовании при подозрении на имеющееся у ребенка дополнительное первичное нарушение речи;
- социальный педагог включается при необходимости более глубоко анализа социальной ситуации развития ребенка (в семье, образовательной организации и т.д.), составления рекомендаций в области профессионального ориентирования.

Наблюдение за деятельностью ребенка.

В процессе обследования учителем-дефектологом (сурдопедагогом) и другими специалистами проводится наблюдение за поведением и деятельностью ребенка с нарушенным слухом для уточнения полученной информации. Это важная составляющая психолого-педагогической диагностики, позволяющая зафиксировать особенности психоречевого и личностного развития, которые не всегда удастся отследить в процессе выполнения ребенком с нарушенным слухом заданий диагностических методик. Информация, полученная специалистами в процессе наблюдения, позволяет более точно сформулировать заключение и определить специальные условия обучения ребенка.

Оценка результатов психологического изучения ребенка с нарушенным слухом.

На основе выявленных данных, полученных методом сбора и анализа информации, выявленной в беседе с родителями и ребенком, результатов, полученных в процессе психолого-педагогического изучения ребенка, учитель-дефектолог (сурдопедагог) и другие специалисты составляют заключение на ребенка и рекомендации в соответствии с целью обследования:

- дальнейшее дополнительное обследование и уточнение диагноза;
- выбор адекватных программ обучения;
- подбор образовательной организации;
- определение варианта организации коррекционно-развивающей работы;
- сопровождение семьи и помощь родителям;
- выбор адекватной модели взаимодействия родителей с ребенком;
- рекомендации по созданию специальных образовательных условий в образовательной организации.

Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха поможет правильно организовать их обучение и воспитание, определить направления коррекционной работы, способствующей достижению успешной компенсации данного нарушения и полноценному развитию познавательной сферы и личности.

Диагностика уровня развития слухового восприятия для определения специальных образовательных потребностей ребенка с нарушенным слухом на ПМПК.

Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха на ПМПК начинается с оценки состояния слуховой функции ребенка.

Обследование слуха проводится с учетом аудиологического и сурдопедагогического аспектов:

- аудиологический аспект (анализ документации аудиологического обследования слуха);
- сурдопедагогический аспект (оценка состояния слуховой функции с целью выявления нарушения слуха или уточнения медицинского диагноза; оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование/ кохлеарное имплантирование) коррекции слуха; изучение уровня развития слухового восприятия речи).

Аудиологический аспект – учитель-дефектолог (сурдопедагог) анализирует данные медицинского обследования слуха ребенка. В соответствии с международным стандартом у детей рассматриваются результаты, полученные при использовании не менее трех объективных (регистрация отоакустической эмиссии, импедансометрия, объективная аудиометрия) и, по возможности, субъективной (субъективная тональная/игровая аудиометрия, речевая аудиометрия) методик. Важно, прочитать заключения правильно для дальнейшей педагогической оценки состояния слуха, соотнесения медицинских и педагогических данных.

Сурдопедагогический аспект – непосредственное обследование слуха ребенка с помощью педагогических методик.

В зависимости от возраста ребенка выделяют следующие *задачи педагогического обследования слуха*:

- уточнение диагноза - подтверждение нарушения слуха, определение степени поражения слуховой системы, соотнесение данных медицинского и педагогического обследования;
- оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование/ кохлеарное имплантирование) коррекции слуха;
- изучение уровня развития восприятия речи на слух.

Важным при проведении обследования является создание условий, при которых ребенок будет реагировать на звуки только с помощью остаточного слуха.

Полученные данные обязательно соотносятся с данными медицинскими обследования слуха.

Обследование проводится на правое и левое ухо поочередно, при необходимости, на оба уха вместе.

При анализе эффективности медицинской технической (слухопротезирование/кохлеарное имплантирование) коррекции слуха и изучении уровня развития слухового восприятия речи ребенок использует слуховые аппараты/кохлеарные импланты. Сурдопедагог выявляет адекватность настройки слуховых аппаратов (кохлеарного импланта), слуховые возможности ребенка, уровень развития речевого слуха, как точки отсчета результативности дальнейшей работы по развитию слухового восприятия.

Обследование проводится на оба уха вместе, при необходимости, на правое и левое ухо поочередно.

В зависимости от возраста ребенка и уровня его развития используют следующие *методики*: оценка слуха на основе условно-рефлекторной (условно-двигательной) реакции на звук, исследование слуха речью.

Оценка слуха на основе выработки условно-рефлекторной (условно-двигательной) реакции на звук используется для педагогического исследования слуха детей с 1,5-2 лет.

Для обследования применяют неречевые звуковые стимулы (музыкальные игрушки откалиброванные (барабан – 500-5000 Гц, гармошка – 2000 Гц, свисток – 2500 Гц, дудка – 3000 Гц, шарманка – 4000 Гц, погремушка – 5000 Гц) и речь (слог – *ту* и слогосочетания – *папапа, пупупу, пипипи*).

Исследование слуха речью проводится по специально разработанным спискам слов.

Для обследования детей дошкольного возраста используются детские таблицы Л.В. Неймана, куда входят знакомые детям низкочастотные и высокочастотные слова, и речевые таблицы А.М. Ошеровича.

Для младшего школьного возраста - таблицы И.Я. Темкиной и 50 фонетически сбалансированных слов русской речи, отобранных Э.И. Леонгард. Для обследования слуха детей среднего и старшего школьного возраста используют речевые таблицы Н.Б. Покровского, таблицы фраз Э.В. Мироновой.

Полученные данные заносятся в протокол по следующей схеме:

Восприятие на слух контрольных слов

Слово распознано - все звуки в нем узнаны и названы в правильной последовательности (школа - школа);

Слово воспринято близко к образцу – названо другое слово, с которым совпадают с образцом ритмический рисунок и часть звуков (девочка – дедушка) или воспроизведена часть слова (окно - оно).

Слово не воспринято, ответ признается ошибочным, если называется другое слово, резко отличающееся от образца по звуковому составу (мяч - машина).

2. Восприятие на слух фраз

Фраза распознана – все ее слова распознаны и названы в правильной последовательности (На улице идет дождь – На улице идет дождь);

Фраза воспроизведена близко к образцу - часть слов распознана правильно, часть изменена (На улице идет дождь – На улице идет дядя).

Фраза не распознана – большинство слов не соответствует предложенному образцу (На улице идет дождь - На улице едет машина).

Режим работы слухового аппарата считается оптимальным если, ребенок ощущает звучание голоса на расстоянии не менее 1,5–2 м; различает или воспринимает звукоподражания, лепетные и полные слова на расстоянии не менее 1 м; не испытывает неприятных ощущений (И.И. Митюшкина).

Таким образом, задачей педагогического исследования слуха, реализуемого учителем-дефектологом (сурдопедагогом) на ПМПК является оценка состояния слуховой функции для выявления нарушения слуха или уточнения медицинского диагноза, изучение уровня развития слухового восприятия речи с целью определения образовательного маршрута и конкретизации специальных образовательных условий такого ребенка.

Обследование речи ребенка с нарушенным слухом на ПМПК.

Сурдопедагог в процессе обследования (в том числе, и другими специалистами ПМПК) должен оценить уровень речевого развития ребенка.

Оценка особенностей речи включает изучение понимания устной речи (естественных жестов), уровень развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка, степень овладения им письменной речью.

Оценка понимания устной речи (естественных жестов) проводится в процессе всего обследования и начинается с выявления особенностей развития навыков коммуникации: активность, эмоциональность, заинтересованность в контактах с взрослым, продолжительность взаимодействия, использование вербальных и невербальных средств.

Специальная проверка понимания устной речи проводится при предъявлении ребенку предметных и сюжетных картинок, вопросов и поручений. У старших обученных дошкольников и школьников выявляется объем пассивного словаря.

Обследование понимания слов проводится по следующим направлениям: понимание значений существительных, глаголов, прилагательных, наречий; понимание слов различных лексико-семантических групп (синонимов, антонимов, многозначных слов).

В протоколе необходимо зафиксировать: уровень сформированности коммуникативных навыков, задания, предлагаемые ребенку (при этом обязательно следует указать, какими средствами (вербальными и/или невербальными) пользовался сурдопедагог) и правильность их выполнения.

Оценка уровня развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка проводится при предъявлении предметных и сюжетных картинок. Сурдопедагог побуждает ребенка называть изображенные предметы и действия.

При диагностике кохлеарно имплантированных детей, старших дошкольников с нарушенным слухом, включенных в коррекционно-развивающие занятия с раннего возраста, а также школьников можно использовать модель для диагностики речи, которая сочетает традиционные для сурдопедагогической и логопедической практики приемы с некоторыми нейропсихологическими методами, разработанными Т.В. Ахутиной, Т.А. Фотековой, Л.С. Цветковой.

Методика состоит из нескольких разделов:

Звукопроизношение – особенности произнесения всех основных групп звуков.

В качестве речевого материала используются изолированные звуки, слоги и слова (исследуемый звук находился в различных позициях), предложения.

При анализе учитывается:

– характер нарушения звуков (замены, искажения, отсутствие, смещения), преобладание какого-либо типа нарушения;

– наличие призвуков;

– проявление усредненной или утрированной артикуляции.

Фонематическое восприятие – возможности дифференциации на слух фонем, относящихся к основным группам оппозиций (твердость-мягкость, звонкость-глухость).

В качестве речевого материала используются слоговые ряды, ряды слов, предложения.

Интонационная сторона речи – возможности реализации и изменения темпоральных, ритмических, звуковысотных характеристик; особенности актуализации интонационных рисунков слов и предложений; возможности интонационного восприятия интонационных рисунков слов и предложений.

В качестве речевого материала используются звуки, слоговые ряды, слова, предложения.

Слоговая структура слова – возможности воспроизведения и восприятия слов разной слоговой структуры.

Обследование воспроизведения слов включает оценку изолированного произнесения и возможности использования слов простой и сложной слоговой структуры в составе минимального контекста.

В качестве речевого материала используются слова и предложения.

При анализе результатов учитывается:

- наличие, количество и характер искажений;
- особенности ритмического рисунка слова (скандирование, ударение, скорость, паузирование).

Словарный запас – состояние пассивного и активного словаря.

Обследование понимания слов проводится по следующим направлениям:

- понимание существительных, глаголов, прилагательных, наречий;
- понимание слов различных лексико-семантических групп: синонимов, антонимов, многозначных слов.

Обследование активного словаря осуществляется в рамках следующих подразделов:

- называние слов, обозначающих названия предметов, действий, качеств;
- подбор синонимов, антонимов и др.;
- использование многозначных слов.

6. Грамматический строй

Морфологический уровень:

- формы словоизменения имен существительных (единственного и множественного числа; падежные формы; род имен существительных);
- формы словоизменения имен прилагательных (формы единственного и множественного числа; формы мужского, женского, среднего рода, падежные формы);
- формы словоизменения глаголов (формы единственного и множественного числа; формы настоящего, прошедшего и будущего времени; формы мужского, женского, среднего рода прошедшего времени; формы 1, 2, 3 лица).

Словообразовательный уровень:

- образование существительных (суффиксальный способ; префиксально-суффиксальный; сложение основ);
- образование прилагательных (относительных; притяжательных);
- образование глаголов (префиксальный способ; суффиксальный способ).

Синтаксический уровень:

- словосочетание (связь: управление и согласование);
- предложение (простое нераспространенное и распространенное, сложное).

Связная речь (устная монологическая)

- пересказ повествовательного рассказа;
- рассказ по серии сюжетных картин;
- рассказ по сюжетной картине;
- рассказ-описание предмета;
- рассказ-описание явления;
- творческий рассказ (по воспоминаниям, представлениям и т.д.).

Чтение

Обследование чтения осуществляется в рамках следующих подразделов:

- техника чтения;
- правильность чтения (смещения и замены букв на основе их акустического, артикуляционного, оптического сходства; искажения звуко-слоговой структуры слов; аграмматизмы);
- выразительность чтения;

– понимание прочитанного (понимание отдельных слов и фраз в контексте, возможность правильно ответить на вопросы по прочитанному тексту, установление причинно-следственных и других связей в тексте).

Письмо

Обследование письма проводится по следующим направлениям:

- списывание (слов; предложений; микротекста);
- самостоятельное письмо (слов; предложений; микротекста).

Связное письменное высказывание (изложение)

Связное письменное высказывание анализируется с учетом следующих параметров: цельность, связность, развернутость, структурно-семантическая организация, языковое оформление.

Для определения уровня сформированности операций языкового анализа и синтеза школьникам предлагаются задания на выделение предложений из текста, выделение слов в предложении, слоговой и фонемный анализ слов.

По результатам обработки протоколов обследования можно построить индивидуальный речевой профиль для каждого ребенка. На нем видно, какие компоненты речевой системы страдают в большей степени, а какие относительно сохранены.

Для построения индивидуального профиля необходимо посчитать успешность выполнения каждой серии в процентном выражении. По вертикальной оси нужно отложить успешность выполнения заданий в процентах, а по горизонтальной – название измеряемых параметров: 1 – звукопроизнесение; 2 – слоговая структура слова и т.д.

Сопоставление речевых профилей, полученных при первичном и повторных обследованиях, наглядно показывает динамику речевого развития ребенка и свидетельствует о степени эффективности проводимой с ним коррекционной работы.

Участие учителя-дефектолога (сурдопедагога) в составлении заключения.

По результатам диагностики составляется заключение.

Учитель-дефектолог (сурдопедагог) составляет краткое первичное заключение в соответствии с целью обследования, запросом родителей, стратегией проведения диагностики.

В заключении сурдопедагога рекомендуется указать соответствие медицинского диагноза и данных педагогического обследования слуха, адекватность электроакустической коррекции слуха, особенности слухового восприятия речи, уровень речевого развития, специфику коммуникации.

Анализ полученных данных целесообразно проводить совместно с другими специалистами ПМПК для получения наиболее точного представления об особенностях ребенка, определения прогноза его развития и возможностей дальнейшего обучения.

После обработки комплексных данных от других специалистов формируется итоговое заключение и рекомендации ПМПК.

В рекомендациях сурдопедагог может указать на необходимость дополнительных медицинской и/или психолого-педагогической диагностики, предложить использование определенной методики, конкретных методов, приемов и средств коррекции отклонений в развитии.

Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии определяют образовательный маршрут глухого/слабослышащего ребенка, специальные образовательные условия, которые необходимо ему обеспечить.

Представленные направления работы сурдопедагога на ПМПК являются ориентировочными и могут быть расширены или сужены в зависимости от особенностей ребенка, цели обследования и порядка проведения ПМПК. Выбор заданий сурдопедагог осуществляет, анализируя поведенческие и речевые реакции ребенка во время установления контакта, взаимодействия с ребенком других специалистов на ПМПК.

Специалисты ПМПК (психолог, логопед, дефектолог) также на основании наблюдений в течение обследования сурдопедагога могут выявить и проанализировать некоторые

особенности ребенка, что в значительной степени будет способствовать оптимизации работы ПМПК.

Основная литература

1. Боскис, Р.М. Глухие и слабослышащие дети. М.: Изд-во «Советский спорт», 2004.
2. Королева, И. В. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста. – СПб.: Изд-во «КАРО», 2005.
3. Николаева, Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушением слуха. – М.: Издательство: Экзамен. 2006
4. Речицкая Е.Г., Кулакова Е.В. Готовность слабослышащих детей дошкольного возраста к обучению в школе. – М.: Владос, 2013.

Дополнительная литература

1. Интернет-портал Института коррекционной педагогики РАО [Электронный ресурс]. URL: www.ikrgao.ru
2. Интернет-журнал Отоскоп [Электронный ресурс]. URL: <http://www.otoskop.ru/rus/>

7.5 Модели деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога

Функциональными обязанностями тифлопедагога ПМПК предусмотрено:

- проведение диагностического обследования детей с нарушением зрения (в возрасте от рождения до 18 лет);
- постановка рабочей гипотезы в рамках проведенного тифлопедагогического обследования, вынесение заключения;
- участие в коллегиальном обсуждении комплексной оценки возможностей ребенка всеми специалистами комиссии;
- составление рекомендаций, определяющих оптимальные условия обучения ребенка, имеющего нарушение зрения;
- консультирование родителей (законных представителей).

Основные задачи тифлопедагога ПМПК:

- провести педагогическую оценку специфики зрительного восприятия;
- оценить сформированность компенсаторных функций;
- определить соответствие актуального уровня сформированности компенсаторных навыков, (в зависимости от возраста ребенка - жизненных компетенций), биологическому возрасту ребенка (с учетом времени наступления зрительной патологии);
- выявить в процессе обследования ребенка с глубокой зрительной патологией, признаки стереотипий (навязчивых стереотипных движений), вербализма;
- определить дополнительные факторы, осложняющие визуальные возможности ребенка;
- определить уровень развития ребенка, его готовность к обучению/воспитанию (в соответствии с возрастом),
- оценить индивидуальные особенности его познавательной деятельности, связанные с возможностью коррекции и компенсации зрительной недостаточности;
- определить необходимые специальные образовательные условия (в том числе, специальное оборудование и специальная дидактика) для обучения ребенка;
- сформулировать основные (стратегические) направления коррекционно-развивающих занятий с ребенком, обусловленные, в первую очередь, характером зрительных нарушений.

Дети с нарушением зрения

Степень нарушения зрительной функции определяется по уровню снижения остроты зрения – способности глаза видеть две светящиеся точки при минимальном расстоянии между ними. За нормальную остроту зрения равную единице (1,0), принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии 5 м.

Разница в способности различать знаки между последующей и предыдущей строками означает разницу в остроте зрения на 0,1. Соответственно человек, способный различить наиболее крупные знаки первой сверху строки, имеет остроту зрения - 0,1, четвертой - 0,4.

По степени нарушения зрения и зрительным возможностям на лучше видящем глазу, и соответственно от возможности использования зрительного анализатора в педагогическом процессе выделяют следующие подкатегории (классификация В.З. Денискиной):

I. Слепые дети. Острота зрения данной подкатегории детей находится в диапазоне от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. А также, дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т.е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10 – 15 градусов или до точки фиксации. Такие дети являются практически слепыми, так как в познавательной и ориентировочной деятельности они весьма ограниченно могут использовать зрение. Таким образом, острота зрения не является единственным критерием слепоты.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей:

- слепорожденные – это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы;

- ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

II. Слабовидящие дети. К этой подкатегории относятся дети с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. Главное отличие данной группы детей от слепых: при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

III. Дети с пониженным зрением или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой, то есть дети с остротой зрения от 0,5 (50%) до 0,8 (80%) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Причинами нарушения зрения могут быть органические и/или функциональные поражения зрительного анализатора. Дети, входящие в I-ю («слепые») и II-ю («слабовидящие») подкатегории, страдают только органическими или органическими и функциональными нарушениями зрительного анализатора. Их зрение, как правило, можно улучшить незначительно либо вовсе невозможно. Если у ребенка имеются только функциональные нарушения зрения, то чаще всего зрительные функции его глаз (прежде всего остроту зрения) можно восстановить путем лечения. Большую часть детей с функциональными нарушениями составляют дети с амблиопией и косоглазием.

Нарушения зрения неоднозначно влияют на отдельные структурные компоненты личности, их компенсация рассматривается, как процесс перестройки психики и адаптации к новым условиям жизни.

В основе механизма компенсации лежит приспособление организма, регулируемое ЦНС. Оно заключается в восстановлении или замещении нарушенных, или утраченных функций организма независимо от того, где находится повреждение. Чем тяжелее дефект, тем большее количество систем организма включается в процесс компенсации. То есть, от тяжести дефекта зависит степень сложности механизмов компенсаторных явлений.

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте приводит к невозможности или затруднённости зрительного отражения мира. В результате из сферы ощущений и восприятия выпадают сигналы, информирующие человека о важных свойствах предметов и явлений. Компенсация пробелов в чувственном опыте возможна только при активном включении сохранных органов чувств, существенная роль, в деятельности которых принадлежит вниманию.

Сокращение количества внешних воздействий, обусловленное полным или частичным выпадением зрительных ощущений и восприятия, препятствует развитию внимания, сокращая круг объектов, которые при восприятии вызывают непосредственный интерес. Это

отрицательно сказывается на объёме, устойчивости, концентрации и других свойствах внимания.

В тоже время, однообразие слуховых раздражителей быстро утомляет слепого и ведёт к рассеиванию внимания.

Это обусловлено тем, что внимание, не будучи связано с каким-либо определённым психическим процессом и с функционированием какого-либо анализатора, формируется в деятельности и зависит от приобретённых волевых, эмоциональных и интеллектуальных свойств личности, от активности человека.

На основе словесных объяснений, подкрепляемых доступными для слепых чувственными данными, лица с глубокими нарушениями зрения получают представления о многих недоступных для их восприятия предметах и явлениях действительности.

Компенсаторная функция речи выступает во всех видах психической деятельности слепых: в процессе восприятия (слово направляет и уточняет его), при формировании представлений и образов воображения, в ходе усвоения понятий и т.д. Огромное значение имеет речь для формирования личности слепого в целом. Благодаря речи слепые контактируют с окружающими людьми, ориентируются в обществе.

Недостатки произношения ограничивают круг общения детей с патологией зрения, что тормозит формирование ряда качеств личности или ведёт к появлению отрицательных свойств (замкнутость, аутизм, негативизм и др.).

Речь слепых при правильном формирующем воздействии со стороны родителей, педагогов и воспитателей развивается до нормального уровня и служит мощным средством компенсации, существенно расширяя возможности слепых во всех видах деятельности.

Для компенсации зрительной депривации большое значение имеет взаимодействие ощущений. В результате под влиянием одной анализаторной системы повышается чувствительность другой. Утраченные зрительные функции замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов. Это касается только слепых. У слабовидящих ведущим видом ощущений остаётся зрение.

Осязание компенсирует познавательные и контролирующие функции деятельности слепых. Конечно, полное возмещение утраченных функций невозможно, так как, во-первых, кожные и мышечно-суставные ощущения отражают не все признаки предметов, воспринимаемые зрительно, во-вторых, осязательное поле ограничено зоной действия рук и восприятие протекает более длительно, чем зрительное. Осязание даёт слепому необходимые знания об окружающем мире и достаточно точно регулирует его взаимодействие с окружающей средой, а культура осязания является одним из основных средств компенсации слепоты.

Выпадение большого числа значимых объектов, их деталей и признаков из сферы восприятия препятствуют образованию общих представлений, в которых отражаются наиболее существенные свойства и признаки предметов и явлений.

Вербализм представлений у слепых и слабовидящих связан с невозможностью целостного восприятия объектов и их отдельных свойств, устранение его проявлений, является одной из основных задач коррекционной работы.

При своевременной коррекционной работе слепые и слабовидящие приобретают необходимый запас представлений, обеспечивающий нормальную ориентацию в окружающей среде.

Вторичный характер имеет замедленное развитие процесса запоминания у слепых и слабовидящих. Это объясняется недостатком наглядно-действенного опыта, несовершенством методов обучения таких детей. Образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкреплений обнаруживают тенденцию к распаду. Даже небольшие промежутки времени (1-3 месяца) отрицательно сказываются на их представлениях: резко снижается уровень дифференцированности, адекватности образов эталонам.

Мыслительная деятельность слепых подчиняется в своём развитии тем же закономерностям, что и мышление нормально видящих. И хотя сокращение чувственного

опыта вносит определённую специфику в этот психический процесс, замедляя интеллектуальное развитие и изменяя содержание мышления, оно не может принципиально изменить его сущности.

Важная роль в компенсации зрительной депривации принадлежит «воссоздающему воображению». При его помощи слепые на основе словесных описаний и имеющихся зрительных, осязательных, слуховых и других образов формируют образы объектов, недоступных для непосредственного отражения.

Ослепшие, на основе сохранившихся зрительных представлений могут создавать новые яркие образы воображения, а наличие остаточного зрения расширяет возможности в этом виде психической деятельности.

Сам факт отсутствия зрения для слепых не является фактором психологическим, психологическим фактором слепота становится только тогда, когда они вступают в общение с нормально видящими людьми.

Нарушение социальных контактов приводит к отклонениям в формировании личности слепого и может вызвать появление негативных характерологических особенностей. Таких как, изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения; сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного отражения; редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля; отсутствие или резкая ограниченность внешнего проявления внутренних состояний.

Таким образом, на формирование основных свойств личности нарушения зрения влияют лишь косвенно, ведущая роль принадлежит социальным факторам (ограничение деятельности, негативный опыт общения с нормально видящими и т.п.).

В настоящее время значительная часть детей (до 1/3) с тяжелой потерей зрения в структуре комплексных нарушений – это дети которые родились недоношенными, чаще всего с недоношенностью II-III ст. (массой от 1 до 2 кг). Такие дети после рождения часто имеют нарушения дыхания, в связи с незрелостью легких, поражение ЦНС разной степени, заболевания желудочно-кишечного тракта, анемию, гипотрофию. Интересным является следующий факт, выявленный при обследовании слепых и слабовидящих детей раннего возраста. Несмотря на то, что большинство из них родились недоношенными и имели тяжелые соматические заболевания в периоде новорожденности, ни степень недоношенности, ни перенесенные в периоде ранней адаптации заболевания не оказались удовлетворительными критериями для прогноза психического развития ребенка. Неблагоприятным прогностическим фактором является наличие тяжелых неврологических нарушений. Если потеря зрения обусловлена ретинопатией недоношенных, дети часто подвергаются повторным операциям на глазах с целью улучшения зрения и сохранения глаз. Однако, если у детей без дополнительных нарушений такие операции в большинстве случаев не оказывают существенного влияния на их общее состояние и развитие, то у детей с патологией центральной нервной системы часто отмечается остановка в развитии и даже утрата ранее приобретенных навыков (регресс).

Долго остаются физически ослабленными дети, перенесшие внутриутробные инфекции. Например, после внутриутробной краснухи отмечают отставание детей в физическом развитии (в росте, массе тела), частые простудные и инфекционные заболевания.

У детей с глубокой зрительной патологией в раннем, а часто и дошкольном возрасте наблюдается задержка в психомоторном развитии, которая обусловлена не только сенсорной и двигательной депривацией, но и внешними причинами (наличием сопутствующих заболеваний, неправильным воспитанием в семье, поздним началом специальной коррекционной работы), а не ограниченными умственными способностями.

Таким образом, дети с множественными врожденными нарушениями имеют отставания в психомоторном развитии, обусловленные целым рядом причин:

- физическая ослабленность в результате перенесенных острых или имеющихся хронических заболеваний;

- органическими поражениями ЦНС, а также, последствиями неоднократно перенесенного наркоза;
- педагогической запущенностью, связанной, в том числе, с длительным лечением;
- эмоциональной депривацией и психическими травмами при неправильном воспитании, частых госпитализациях и болезненных процедурах;
- Сенсорной и двигательной депривацией.

Разный уровень предшкольной подготовки ребенка с нарушенным зрением зависит не столько от глубины поражения зрительного анализатора, сколько от раннего оказания (с момента наступления снижения или полной потери зрения) квалифицированной тифлопедагогической помощи. Среди детей с глубоким нарушением зрения встречаются дети старшего дошкольного возраста, имеющие существенные пробелы в знаниях об окружающих предметах и манипуляциях с ними, демонстрирующие несформированность необходимых навыков самообслуживания, коммуникации, игровых умений. Зачастую у таких детей основной причиной является не изначальное нарушение нервно-психической деятельности, а банальное отсутствие условий для развития ребенка со зрительной депривацией (аналог педагогической запущенности). В большей степени проблема оказания специализированной помощи в развитии ребенка с глубоким нарушением зрения раннего возраста заключается в его родителях, неготовых принять своего ребенка таким, какой он есть, откладывающих на неопределенный срок занятия с тифлопедагогом и занимающиеся поиском «чудодейственных» методов восстановления зрения. Перенесшие череду операционных вмешательств (не всегда оправданных) и бесчисленное количество наркозов (в большинстве случаев это дошкольный возраст), такие дети, помимо появившихся дополнительных страхов и тревожности, демонстрируют распад уже сформировавшихся функциональных связей, на восстановление которых, без гарантии стопроцентного результата, специалисту могут потребоваться месяцы.

Организация проведения обследования слепого или слабовидящего ребенка дошкольного и младшего школьного возраста в условиях ПМПК должна состоять из: предварительного изучения представленной на ребенка документации; в зависимости от зрительных возможностей ребенка подбора диагностического инструментария, адекватного стимульного материала, необходимых тифлотехнических средств; учета офтальмо-эргономических рекомендаций.

Одним из условий успешности обследования слепого или слабовидящего ребенка является установление положительного контакта между ним и тифлопедагогом, формирование доверия у ребенка на начальном этапе обследования.

Предварительная работа:

- необходимо изучить психолого-педагогическую характеристику (если ребенок ранее посещал занятия тифлоспециалиста или образовательную организацию для детей с нарушениями зрения), заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации, рекомендующего прохождение ПМПК; необходим обязательный учет наличия в анамнезе ребенка неврологической симптоматики. Выписка из истории болезни по ведущему нарушению (заключение врача-офтальмолога), в т.ч. прогноз развития зрительной патологии, а также, другие документы, раскрывающие особенности поражения зрительного аппарата.

Данная информация не только дает представление о состоянии психического развития и соматического здоровья ребенка, но и об особенностях, времени возникновения и степени тяжести зрительной патологии.

- подготовить соответствующий стимульный материал для проведения обследования.

Важной составляющей обследования слепого или слабовидящего ребенка является подбор диагностического инструментария. Необходимо учитывать, что использование общепринятых существующих методик для обследования готовности к обучению в школе, в

том числе и проективных, ориентированных на нормально видящих детей, не дает и не может дать объективной картины.

Акцент в проведении обследования детей с нарушением зрения делается на умении ребенка пользоваться своим нарушенным (или остаточным – у слепых) зрением, на состоянии и возможностях работы сохранных анализаторов, сформированных механизмах компенсации зрительной функции.

По результатам проведенного обследования, на ребенка составляется тифлопедагогическое заключение. Информацию, полученную при изучении документации и во время обследования, желательно дополнить наблюдениями за детьми в различных видах их деятельности: во время спонтанной игры, в процессе обследования ребенка другими специалистами, в коммуникации с родителями.

Общие требования к подбору и предъявлению стимульного материала для проведения диагностического обследования детей с нарушением зрения (слепых, слабовидящих, детей с функциональными нарушениями зрения: косоглазие, амблиопия, астигматизм и т.п.).

Натуральность. Все предметы, применяемые в обследовании детей со зрительной патологией, должны быть максимально приближены к эталонному образцу, с сохранением пропорций, основных признаков (необходимо подобрать предмет, изображенный в типичном ракурсе, при тактильно-осязательном обследовании которого, у незрячего не возникнет затруднений в вычленении основных информативных признаков), типичной для предмета цветовой гаммы. Соотнесенности размера предметов относительно друг друга (например, чашка не должна быть больше кастрюли). Материалы, из которых могут быть выполнены стимульные предметы (игрушки), не должны быть мягко-набивными, ворсистыми. Предпочтение отдается игрушкам, изготовленным из пластмассы, резины, дерева, металла.

Контрастность и цвет. Стимульный материал для детей с нарушением зрения должен демонстрироваться с использованием фоновой поверхности формата А3 (цвет фона матовый: черный, темно-зеленый, темно-серый; при использовании темных предметов: приглушенный белый, желтый). Основной принцип: предмет (раздаточный материал) должен выделяться, контрастировать с поверхностью. Детали самого предмета, также, должны быть контрастными относительно друг друга. Цвет материала необходимо подбирать приближенным к основному эталону, по возможности не стоит использовать оттенки, если конечно, перед исследователем не стоит задача проверить цветовосприятие ребенка. Стимульный материал не должен содержать глянцевые поверхности и «блестящие» цвета (цвет золота, стали). Готовые картинки из диагностических наборов (для детей с нарушением зрения подходят далеко не любые) необходимо также «доработать» - дополнительно выделить предмет по контуру, используя темный маркер, фломастер.

Организационные условия для ребенка с глубоким нарушением зрения (тактильно-осязательное и тактильно-зрительное обследование предметов). Стимульный материал для обследования детей с глубоким нарушением зрения (дошкольного и младшего школьного возраста), предъявляется в лотках или коробках с невысокими бортами. Одновременно используется два лотка: один пустой, другой содержит предметы. Сориентировав ребенка в расположенных на столе материалах, предлагаем брать по одному предмету и после тактильно-осязательного обследования помещать в пустой лоток. Не стоит перегружать ребенка, и использовать за одну встречу более 2-3 заданий, направленных на тактильно-осязательное восприятие. При первых признаках утомления и/или потери интереса ребенка, такого рода задания следует прекратить. Слабовидящему ребенку с относительно высокой остротой зрения, но при наличии нистагма целесообразно предъявлять материал, ориентированный на тактильно-зрительное обследование. Обязательным условием обследования ребенка с глубоким нарушением зрения при выполнении заданий по конструированию («собери также») является наличие в постоянном доступе эталонного образца (условие распространяется на объекты, которые исследователь предъявляет ребенку впервые) для проведения сравнительных операций, уточнения деталей. Исключение составляют задания, целью которых является обследование сформировавшихся предметных

представлений (после проведенных коррекционных занятий с тифлопедагогом или уточнения представлений о знакомых ребенку предметах, с которыми он взаимодействует повседневно дома, на улице и т.п.). Если специалист видит, что ребенок не знает, как взаимодействовать с предложенным материалом (у ребенка не сформирована стратегия обследования, алгоритм действия по тем или иным операциям), проводится обучающий показ с основным приемом «рука в руке». При этом положение кистей рук специалиста может быть расположено как над кистями ребенка, так и под ними.

Рельефно-графические пособия. При работе с детьми с нарушением зрения достаточно широко используются рельефные изображения: изготовленные на производстве или выполненные самостоятельно. Рельефные изображения представляют собой большую и разнообразную группу пособий, различающихся по исходному материалу и способу изготовления, характеру используемых изобразительных средств, а также степенью обобщенности свойств предмета, структурным и композиционным построением изображения. Подготовка изображения к рельефной печати сложный процесс, требующий знания и опыта. Рельефный рисунок не должен быть загромождён мелкими деталями, расстояние между элементами рисунка не должно быть меньше определенного, толщина и характер линий должны быть особо подобраны и т.д.

При предъявлении ребенку нового материала важно соблюдать алгоритм последовательности формирования у детей с нарушением зрения правильного представления о предметах окружающей действительности:

- От простого к сложному: вначале следует убедиться в том, что ребенку знакомы предметы, с которыми он ежедневно сталкивается, что у него сформированы основные представления о предмете (цвете, форме, величине, назначении и т. д.), и только затем вводить предметы, с которыми ребенок не соприкасается постоянно.

- От общего к частному: изучение объекта следует начинать с основных признаков, позволяющих отличить его от других объектов. Предъявляемый предмет должен быть максимально приближен к эталону (принцип натуральности). В некоторых случаях следует исключить излишние детали, способные затруднить начальное восприятие объекта.

- Демонстрация реального (по возможности) объекта с активизацией полисенсорного восприятия: ребенку следует дать рассмотреть объект, потрогать его руками, услышать, какой звук он издает, исследовать (в зависимости от изучаемого предмета) вкусовые и обонятельные ощущения. Далее можно перейти к изучению макета (уменьшенной копии) реального объекта. Макет используется также в тех случаях, когда предъявление натурального объекта не представляется возможным.

- Цветное плоскостное изображение (выполненное в рельефе), заменяющее объемный объект (макет или реальный предмет). Необходимо акцентировать внимание на сходстве и различии.

- Силуэтное изображение (черный рельефный силуэт на белом фоне).

- Контурное изображение: фигура на белом фоне выделяется черным сплошным рельефным контуром (в усложненном варианте — прерывистым контуром).

- Незаконченный рисунок: в рельефном изображении предмета отсутствует какой-либо значительный фрагмент (предъявляется деталь предмета), и ребенку предлагается мысленно достроить образ предмета и назвать его.

- Демонстрируя новый предмет ребенку с глубоким нарушением зрения, рекомендуется синхронизировать процесс описания предмета педагогом с процессом обследования (тактильно-зрительным или тактильно-осознательным способом восприятия) ребенком. Необходимо соблюдать, рекомендованный врачом-офтальмологом, дозированный режим зрительных нагрузок и специальный режим освещения, чередовать нагрузку со специальными упражнениями, направленными на снятие зрительного и общего утомления, следить за осанкой ребенка.

Специальные средства наглядности.

Наглядность – основной элемент образовательного процесса не только зрячих, но и детей с нарушением зрения. Ребенок, имеющий глубокую зрительную патологию, нуждается в целенаправленном обучении способам ознакомления с окружающим миром. Без использования специальных средств наглядности это невозможно, так как непосредственное чувственное восприятие многих предметов или явлений часто бывает затруднено или недоступно.

Виды наглядных пособий. В обучении детей с нарушением зрения используется наглядный материал разных видов (классификация Е. Н. Подколзиной):

- Натуральные наглядные пособия: предметы ближайшего окружения, животные, растения, овощи, фрукты и т.д., которые специально подбираются в соответствии с изучаемой темой урока (и/или занятия с тифлопедагогом) или наблюдаются в ходе прогулок, экскурсий.

- Объемные наглядные пособия: муляжи, чучела животных и птиц, модели, макеты, геометрические тела.

- Дидактические игрушки: куклы, кукольная мебель, посуда, игрушки, изображающие животных, птиц, насекомых и т.д.

- Изобразительные наглядные пособия: иллюстрации к сказкам, рассказам, стихам, репродукции картин, фотоматериалы, слайды, диа-, кино- и видеоматериалы, плакаты.

- Графические наглядные пособия: таблицы, схемы, планы.

- Символические наглядные пособия: исторические, географические, биологические карты.

- Рельефные наглядные пособия: включают в себя иллюстративную, графическую и символическую наглядность, рельефно-точечные и барельефные предметные и сюжетные изображения, а также схемы, планы, таблицы, выполненные таким образом.

Наглядный материал может быть демонстрационным и раздаточным. Демонстрационная наглядность используется для фронтального показа (всей группе учащихся), раздаточный рассчитан на индивидуальную работу с ребенком.

Основным правилом при создании рельефно-графических пособий должно быть соблюдение единства способа восприятия свойств предмета и отражения их в рисунке. Если в рисунке нормально видящего передаются зрительно воспринимаемые свойства натуральных предметов, то в рельефном рисунке должны быть переданы свойства предметов, воспринимаемых осязанием. Т.к. большинство слепых детей имеют остаточное зрение, рельефно-графические изображения обязательно дополняются цветом (контрастным с фоном рельефным контуром).

Рекомендуемые тифлотехнические средства для проведения обследования или изготовления стимульного материала.

- Тифлофлешплеер. Портативное устройство для чтения «говорящих книг» на флэш-картах, с поддержкой формата DAISY.

- Графический рельефный принтер для печати высокоточных цветных рельефных изображений и графики.

- Термомашинка или термопечать – устройство, которое позволяет создавать осязательные рисунки на специальной бумаге. Используется для создания контурных, силуэтных и т.п. рельефных изображений (изготовления наглядных пособий для слепых и слабовидящих).

- Видео увеличитель стационарный - это настольный увеличитель, состоящий из монитора, камеры и подвижного столика, на котором располагаются рассматриваемые предметы, имеет несколько цветовых режимов.

- Видео увеличитель портативный - портативный ручной видеоувеличитель высокой чёткости.

- Рельефно-графические пособия различной тематики.

- Муляжи, макеты, формы.

- Приборы: «Графика», «Ориентир», «Светлячок».
- Книга или учебник, напечатанные рельефно-точечным шрифтом.
- Прибор для рельефного рисования DraftsMan.

Варианты организации условий получения дошкольного образования детьми с нарушением зрения

Форма организации обучения	Рекомендации по созданию специальных образовательных условий воспитания и развития ребенка
Слепые дети	
<p>1. Специальные (коррекционные) группы для слепых детей, в которых реализуется воспитание и развитие по адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования для слепых детей;</p> <p>2. группы компенсирующей направленности образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие слепого ребенка организуется по адаптированной образовательной программе и/или индивидуальной коррекционной программе ООП ДО.</p> <p>3. инклюзивное образование в образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие слепого ребенка организуется в соответствии с разрабатываемой организацией индивидуальной коррекционной программой.</p> <p>4. Группы кратковременного пребывания (ГКП), «Лекотека» и др., данные формы посещения ребенком образовательной организации ДО обеспечивают сопровождение ребенка и/или индивидуальные и подгрупповые коррекционные занятия.</p> <p>5. ПМСС центр – посещение индивидуальных коррекционных занятий профильных специалистов.</p>	<p>1. Индивидуальные коррекционные занятия и сопровождение тифлопедагога (в образовательном учреждении).</p> <p>2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом (в образовательном учреждении).</p> <p>3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с глубоким нарушением зрения.</p> <p>4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями.</p> <p>5. Обеспечение доступности безопасного передвижения для слепых и слабовидящих детей в групповых помещениях, в здании образовательной организации и на прилегающей к нему территории (организация и размещение системы ориентиров, направляющих, тактильных поверхностей, цветовых и световых указателей и т.п.).</p>
Слабовидящие дети	
<p>1. Специальные (коррекционные) группы для слепых детей, в которых реализуется воспитание и развитие по адаптированной основной образовательной программе дошкольного образования для слепых детей (по показаниям врача-офтальмолога).</p> <p>2. Группы компенсирующей направленности образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие слабовидящего ребенка организуется по адаптированной образовательной программе и/или индивидуальной коррекционной программе ООП ДО, а также, сопровождается лечебно-восстановительной работой на аппаратах с участием медсестры-ортопистки и регулярным осмотром врачом-офтальмологом.</p> <p>3. Инклюзивное образование в образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие слабовидящего ребенка организуется в соответствии с разрабатываемой организацией</p>	<p>1. Индивидуальные коррекционные занятия и сопровождение тифлопедагога (в образовательном учреждении).</p> <p>2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом (в образовательном учреждении).</p> <p>3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с глубоким нарушением зрения.</p> <p>4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями.</p> <p>5. Обеспечение доступности безопасного передвижения для слепых и слабовидящих детей в групповых помещениях, в здании образовательной организации и на прилегающей к нему территории (организация и размещение системы ориентиров, направляющих, тактильных поверхностей, цветовых и световых указателей и т.п.).</p> <p>6. Лечебно-восстановительная работа на аппаратах по показаниям врача-офтальмолога.</p>

<p>индивидуальной коррекционной программой. С дополнительным посещением вне образовательной организации занятий тифлопедагога и курса аппаратного лечения в поликлинике, медицинском центре и т.п.</p> <p>4. Группы кратковременного пребывания (ГКП), «Лекотека» и др., данные формы посещения ребенком образовательной организации ДО обеспечивают сопровождение ребенка и/или индивидуальные и подгрупповые коррекционные занятия. Дополнительное посещение вне образовательной организации занятий тифлопедагога и курса аппаратного лечения в поликлинике, медицинском центре и т.п.</p> <p>5. ПМСС центр – посещение индивидуальных коррекционных занятий профильных специалистов с дополнительным посещением курса аппаратного лечения в поликлинике, медицинском центре и т.п.</p>	<p>Выполнение рекомендаций врача-офтальмолога и тифлопедагога по зрительным и физическим нагрузкам, используемым пособиям и играм, ношению окклюзии и т.п.</p>
--	--

Дети с пониженным зрением (функциональные нарушения зрения)

<p>1. Группы компенсирующей направленности образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО), в которых воспитание и развитие детей с функциональными нарушениями зрения (косоглазие, амблиопия, анизометропия, миопия и т.д.) организуется по основной образовательной программе и/или индивидуальной коррекционной программе ООП ДО, а также, сопровождается лечебно-восстановительной работой на аппаратах с участием медсестры-ортоптистки и регулярным осмотром врачом-офтальмологом.</p> <p>2. Общеобразовательные группы образовательной организации, реализующей основную образовательную программу дошкольного образования (ООП ДО) с дополнительным посещением вне образовательной организации занятий тифлопедагога и курса аппаратного лечения в поликлинике, медицинском центре и т.п.</p>	<p>1. Подгрупповые коррекционные занятия с тифлопедагогом.</p> <p>2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом.</p> <p>3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с нарушением зрения.</p> <p>4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями.</p> <p>5. Обеспечение доступности безопасного передвижения для детей с нарушением зрения в групповых помещениях, в здании образовательной организации и на прилегающей к нему территории (организация и размещение системы ориентиров, направляющих, тактильных поверхностей, цветowych и световых указателей и т.п.).</p> <p>6. Лечебно-восстановительная работа на аппаратах. Выполнение рекомендаций врача-офтальмолога и тифлопедагога по зрительным и физическим нагрузкам, используемым пособиям и играм, ношению окклюзии, очков и т.п.</p>
--	--

Варианты образовательных маршрутов слепых и слабовидящих школьников в рамках ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ, ФГОС ООО и СОО

Варианты организации обучения	Рекомендации по созданию специальных образовательных условий обучения
<p>Слепые дети</p> <p><i>начальная школа (НОО)</i></p> <p><u>Вариант 3.1.</u> обучение в образовательной организации, реализующей основную образовательную программу (ООП) в соответствии с ФГОС НОО, по адаптированной образовательной программе (АОП) начального общего образования и индивидуальному учебному плану (ИУП), совместно с нормально видящими сверстниками. С дополнительным посещением коррекционных тифлопедагогических занятий и необходимых реабилитационных курсов, ориентированных на незрячих, в соответствующих организациях. Срок обучения – 4 года.</p> <p><u>Вариант 3.2.</u> обучение по адаптированной</p>	<p>1. Необходимым условием обучения слепых и слабовидящих с прогрессирующим заболеванием органа зрения, на всех образовательных ступенях (начальное, основное, среднее (полное) общее образование) является: организация обучения на основе применения рельефно-точечной системы обозначений Луи Брайля.</p> <p>2. Сопровождение образовательного процесса тифлопедагогом, тьютором, педагогом-психологом (степень участия каждого специалиста определяется индивидуально, по результатам обследования ребенка).</p> <p>3. Обеспечение слепого обучающегося специальными: учебно-методическими пособиями,</p>

<p>основной образовательной программе (АООП) начального общего образования в соответствии с ФГОС, в образовательной организации, реализующей АООП для слепых обучающихся. Срок обучения – 5 лет.</p> <p><u>Вариант 3.3. и 3.4.</u> предполагает обучение в образовательной организации слепого ребенка с разной степенью умственной отсталости по индивидуальному учебному плану, индивидуальной программе обучения или специальной индивидуальной программе развития (СИПР), в освоении которых содержание и результаты не соответствуют ФГОС НОО. Срок обучения – 5 лет.</p> <p><i>Основное общее образование (ООО) и среднее (полное) общее образование (СОО)</i></p> <p>1. Обучение по АОП основного общего и среднего (полного) образования и индивидуальному учебному плану (ИУП), в образовательной организации, реализующей ООП в соответствии с ФГОС.</p> <p>2. Обучение по АООП, в образовательной организации (<i>бывшие школы III-IV видов</i>), реализующей АООП основного общего и среднего (полного) образования для слепых обучающихся в соответствии с ФГОС.</p>	<p>материалами, учебниками (отпечатанными рельефно-точечным шрифтом, аудио учебники в формате: Daisy, Mp3), техническими средствами (в т.ч. тифло), расходными материалами.</p> <p>4. Определение основных направлений, содержания и объема коррекционной работы, обеспечивающей формирование необходимых жизненных компетенций у слепого обучающегося и условия ее реализации.</p> <p>5. Специальные образовательные условия обучения должны соответствовать требованиям ФГОС общего образования: начального, основного, среднего (полного) для слепых обучающихся.</p> <p>6. Для слепых детей с разной степенью умственной отсталости необходима особая организация образовательной среды, учитывающая их специфические социальные и образовательные потребности.</p>
<p>Слабовидящие дети</p> <p><u>начальная школа (НОО)</u></p> <p><u>Вариант 4.1.</u> обучение в образовательной организации, реализующей основную образовательную программу (ООП) в соответствии с ФГОС НОО, по адаптированной образовательной программе (АОП) начального общего образования и индивидуальному учебному плану (ИУП), совместно с нормально видящими сверстниками. С дополнительным посещением коррекционных тифлопедагогических занятий и необходимых реабилитационных курсов в соответствующих организациях. Срок обучения – 4 года.</p> <p><u>Вариант 4.2.</u> обучение по адаптированной основной образовательной программе (АООП) начального общего образования в соответствии с ФГОС, в образовательной организации, реализующей АООП для слабовидящих обучающихся. Срок обучения – 5 лет.</p> <p><u>Вариант 4.3.</u> предполагает обучение в образовательной организации слабовидящего ребенка с легкой умственной отсталостью по индивидуальному учебному плану, индивидуальной программе обучения, в освоении которых содержание и итоговые достижения не соответствуют ФГОС НОО. Срок обучения – 5 лет.</p> <p><i>Основное общее образование (ООО) и среднее (полное) общее образование (СОО)</i></p> <p>1. Обучение по АОП основного общего и среднего (полного) образования и индивидуальному учебному плану (ИУП), в образовательной организации, реализующей ООП в соответствии с ФГОС.</p> <p>2. Обучение по АООП, в образовательной организации (<i>бывшие школы III-IV видов</i>), реализующей АООП основного общего и среднего (полного) образования для слабовидящих</p>	<p>1. Обеспечение слабовидящего обучающегося специальными: учебно-методическими пособиями, материалами, аудио учебниками в формате: Daisy, Mp3, техническими средствами (электронная лупа, тифлофлешплеер, видео увеличитель и т.п.).</p> <p>2. Определение основных направлений, содержания и объема коррекционной работы, обеспечивающей формирование необходимых жизненных компетенций у слабовидящего обучающегося и условия ее реализации.</p> <p>3. Сопровождение образовательного процесса тифлопедагогом, тьютором, педагогом-психологом (степень участия каждого специалиста определяется индивидуально, по результатам обследования ребенка).</p> <p>4. Специальные образовательные условия обучения должны соответствовать требованиям ФГОС общего образования: начального, основного, среднего (полного) для слабовидящих обучающихся.</p> <p>5. Для слабовидящих детей с легкой умственной отсталостью необходима особая организация образовательной среды, учитывающая специфические образовательные потребности обучающихся и их дальнейшую реализацию в разных социальных сферах.</p>

Представленные в Стандарте варианты обучения определяют сроки освоения программы начального общего образования, её содержание, в том числе коррекционной составляющей, развитие жизненных компетенций, а также соответствие или не соответствие академическому уровню образования. Академический уровень образования – «образование, соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения, образованию обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья», представлен в вариантах (3.1, 3.2, 4.1, 4.2).

Для слепых обучающихся (4 варианта):

Вариант 3.1 – 4 года; вариант 3.2 – 5 лет; вариант 3.3 – 5 лет; вариант 3.4 – 5 лет в данном варианте, для обучающегося организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР).

Для слабовидящих обучающихся (3 варианта):

Вариант 4.1. – 4 года; вариант 4.2. – 5 лет; вариант 4.3. – 5 лет.

На основании выданных рекомендаций ПМПК по обучению ребенка, родитель обращается в предпочитаемую образовательную организацию, в которой, исходя из существующих возможностей, либо разрабатывается адаптированная образовательная программа (АОП) к освоению ООП с индивидуальным учебным планом, с учетом ИПР (для ребенка инвалида), либо, если в школе существует аккредитованная АООП для слепых и/или слабовидящих обучающихся, подбирается один из вариантов обучения в соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ, подходящий для данного ребенка.

«Стандарт предусматривает возможность гибкой смены образовательного маршрута, программ и условий получения образования обучающимися с ОВЗ на основе комплексной оценки личностных, метапредметных и предметных результатов освоения АООП НОО, заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) и мнения родителей (законных представителей)».

Таким образом, от профессионализма специалистов ПМПК будет зависеть эффективность взаимодействия обучающегося с ОВЗ с образовательной организацией (право окончательного выбора ОО остается за родителями), а также, определение оптимальных условий получения образования ребенком с ОВЗ.

В заключении по результатам обследования ребенка с нарушением зрения специалист ПМПК (тифлопедагог) включает рекомендации, в зависимости от образовательной организации, которую посещает или будет посещать ребенок:

– организация, реализующая адаптированную основную образовательную программу (АООП) для слепых и/или слабовидящих обучающихся, с наличием в учреждении аппаратного лечения и регулярного осмотра ребенка врачом-офтальмологом, специалистов в области тифлопедагогики, учителей, владеющих рельефно-точечной системой Брайля;

– организация, реализующая основную образовательную программу (ООП) с инклюзивной формой обучения по адаптированной образовательной программе (АОП) разрабатываемой для конкретного обучающегося с нарушением зрения.

Рекомендации для родителей и педагогов учреждения должны содержать описание следующих параметров:

– допустимая зрительная нагрузка обучающегося (время непрерывной работы, виды и размеры пособий, вид плоскости для работы, фон, стимульный материал), а также, зрительная гимнастика и условия ее реализации;

– зрительные возможности ребенка, с учетом зрительного диагноза и назначенного офтальмологом лечения. Если показано ношение окклюзии, отразить, как будет видеть ребенок. Т.к. окклюзия, чаще всего закрывает лучше видящий глаз, в зависимости от остроты и функциональных возможностей второго глаза, ребенку временно потребуется организовать условия сопоставимые с образовательными потребностями сопровождения слабовидящего ребенка или слепого с остаточным зрением;

– рабочее место ребенка в классе относительно расположения источников света (естественный и искусственный), учитывая наличие или отсутствие у ребенка светобоязни.

Помимо вышеперечисленных рекомендаций в заключении отражается необходимость применения специализированных технических средств (в т.ч. тифлотехнических) индивидуального использования. Например: тифлофлешплеер, портативный электронный увеличитель, трость для слепых/слабовидящих и т.п.

Слабовидящему учащемуся с прогрессирующим заболеванием необходимо рекомендовать изучение и использование рельефно-точечной системы обозначений Л. Брайля или обучение по программам, ориентированным на образовательные потребности слепых с остаточным зрением.

Рекомендации также должны содержать коррекционные области, в которых ребенок нуждается: ориентировка в пространстве (мобильность в самостоятельном передвижении с использованием трости для слепых или слабовидящих), курс социально-бытовой ориентировки (самообслуживание, домоводство), специализированные компьютерные курсы (основы тифлоинформационных технологий), рельефное рисование и черчение (тифлографика), адаптивная физкультура и т.п.

При составлении коллегиального заключения данные рекомендации, о необходимых специальных образовательных условиях, должны быть согласованы с мнением других специалистов.

Термины

Тифлопедагог (от греч. *τιφλός* - слепой) – специалист, занимающийся воспитанием и обучением слепых и слабовидящих детей, а также детей с более высокой остротой зрения, но имеющих его функциональные нарушения.

Основная литература

1. Аветисов, С.Э., Кащенко Т.П., Шамшинова А.М. Зрительные функции и их коррекция у детей. – М: Медицина, 2005. – 872 с.
2. Денискина, В.З. Образовательные потребности детей с нарушением зрения / В.З. Денискина // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013 г. – №6. – С. 4-14.
3. Денискина, В.З. Особые образовательные потребности, обусловленные нарушениями зрения и их вторичными последствиями / В.З. Денискина // Дефектология. – 2012. – № 5. – С. 3-12.
4. Комова, Н.С. Организация обучения слепых и слабовидящих детей в условиях ФГОС// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2016, №3. – С. 19-28.

Дополнительная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования/ Под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2014. – 368с.
2. Соколов, В.В., Комова Н.С. Современные технические средства реабилитации детей со зрительной депривацией// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013, №6. – С. 33-42.
3. Тупоногов, Б.К. Организация коррекционно-педагогического процесса в школе для слепых и слабовидящих детей. – М: Владос, 2013. – 223 с.

7.6 Модели деятельности социального педагога

Любая деятельность имеет свою структуру, которая обуславливает взаимосвязь и взаимообусловленность элементов деятельности. Структура деятельности социального педагога, как и любой другой профессиональной деятельности, предполагает наличие следующих компонентов:

- субъекта (того, кто её осуществляет);
- объекта (того, для кого она специально организована, на кого направлена);
- цели (к чему она стремится, идеальный предполагаемый результат деятельности);

- функций (какие при этом функции или виды деятельности выполняются);
- средств (при помощи каких методов и технологий достигается её цель).

Миссия социального педагога ПМПК неразрывно связана с основной стратегической миссией ПМПК – выявлением детей с особыми потребностями, формированием «пакета» комплексной помощи, контроль за выполнением данных рекомендаций. Деятельность ПМПК, если ее рассматривать в русле модернизации педагогического образования страны, один из мощнейших механизмов, способный запустить серьезные изменения в системе общего образования. Специалисты и родители нацелены на обогащение ПМПК современными технологиями обследования ребенка, поиск инструментария объективной диагностической оценки ребенка, для того, чтобы исключить субъективизм и ошибки в принятии решений и разработке рекомендаций ПМПК. Комплексный и междисциплинарный характер организации психолого-медико-педагогического обследования детей требует разработки специфического регламента и категориального аппарата для всей команды экспертов и фасилитаторов, предполагает унификацию инструментария, действий, документации, в том числе и для социальных педагогов ПМПК. ПМПК сегодня может рассматриваться как важная структура, призванная формировать правильное отношение социума к детям и подросткам с отклонениями в развитии.

Ориентация современной службы ПМПК на построение клиентоориентированной модели, призванной содействовать реализации образовательных возможностей человека в контексте жизнедеятельности в целом, заставляет положить в основу экспертной оценки социально-педагогических дефицитов и ресурсов ребенка кластеры Международной классификации функционирования, разработанной в 1980 году Всемирной организацией здравоохранения.

Социальная ситуация развития – одно из важнейших понятий, введенных Л.С. Выготским. Это понятие имеет огромную практическую значимость при диагностике и разработке коррекционно-развивающих программ. Собирая и анализируя анамнез, социальному педагогу ПМПК необходимо обращать особое внимание на динамику отношений между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной. То, как складываются эти отношения и какую роль они играют в развитии ребенка, не только объясняет, почему развитие шло именно таким, а не другим путем, но и показывает, какие условия способствовали нормальному развитию, а какие – привносили дизонтогенетические проявления или непосредственно являлись причиной дизонтогенеза. В результате специалисты ПМПК могут обнаружить информацию, ценную для правильной организации воспитания и развития ребенка в условиях семьи, а также для определения специальных условий получения образования детьми с отклонениями в развитии.

Важный вклад в изучении понятий участия и среды, внесли публикации таких авторов, как Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, Э.Д. Эльконин, В.П. Зинченко, А.Г. Асмолов, В.П. Слободчиков. Они выдвинули положения, которые дали объяснение механизмам и закономерностям культурного развития. Среда – это реальная действительность, в условиях которой происходит развитие личности ребенка. Среда существования и преобразования личности человека, разбивается на следующие компоненты:

- семейно-бытовая среда (дом, семейно-соседская общность);
- культурно-образовательная и школьная среда (школа, внешкольные учреждения);
- ценностно-коммуникативная среда (референтная группа);
- информационно-оценочная среда (средства массовой информации);
- среда инструментально-творческого самовыражения (производственные бригады, кружки, творческая деятельность).

«Участие» – это вовлечение индивида в жизненную ситуацию (МКФ-ДП) – это вовлечение ребенка, подростка в повседневную деятельность дома, в школе, в социуме. Понятие участие включает частоту активности и вовлечения ребенка в неё. «Вовлечение» определяет степень стремления ребенка быть включенным в активность при использовании

вспомогательных устройств или поддержке, но не измеряет степень его независимости. При оценке вовлечения учитываются уровень внимания, эмоционального включения или удовольствия.

Средовые факторы создают среду отношений и установок, где люди проводят свое время; они также создают социальную и физическую обстановку.

Среду можно рассматривать как совокупность условий существования всех живых организмов и человека.

Понятие среды имеет четыре значения: макросреда (естественная), географическая; социальная; домашняя.

Макросреда – все окружающее нас космическое пространство: космос, звезды, кометы, магнитные бури, луна, лунные и солнечные затмения, магнитные и гравитационные поля земли. По многочисленным наблюдениям, фактам и экспериментам, доказано влияние ее на человека, начиная уже во внутриутробном развитии.

Географическая среда – включает в себя: территориальный ландшафт; климат; рельеф; растительный и животный мир; природные ресурсы; экологические условия.

Социальная среда – это совокупность отношений, которые складываются в обществе:

- уклад жизни;
- традиции;
- социально-бытовые условия;
- обстановка;
- также совокупность людей, которые связаны общностью этих условий,

доминирующие общественные идеи и ценности.

Среда считается благоприятной, если доминирующие ценности и идеи воздействуют положительно на человека.

Домашняя среда – это окружение близких людей: семья, родственники, друзья, материальные условия, это целый мир, который начинается с самого рождения ребенка. Домашняя среда оказывает на человека большое влияние, особенно в детском возрасте. Обычно, ребенок довольно точное отражение той семьи, в которой он живет, растет, развивается, где он приобретает жизненные навыки, где определяется круг его интересов, потребностей, взглядов, ценностных ориентаций, закладываются нравственные и социальные качества личности.

Социальная и домашняя среда могут оказывать как положительное, так и отрицательное воздействие на ребенка. Среда – это реальная действительность, в условиях которой происходит развитие личности ребенка. Культурное развитие - это не только функциональное, но и личностное, духовное развитие.

Л.С. Выготский рассматривал среду не только как «обстановку», но и как источник развития. Среда, любой ее элемент может по-разному влиять на ребенка, а может быть и нейтральной, то есть не оказывать никакого воздействия. Такое понимание среды, ее роли, привело Л.С. Выготского к введению понятия социальная ситуация развития, которая в свою очередь определяет психическую жизнь человека. Л.С. Выготский считал, что человек зависит от социальной ситуации развития, и от людей, создающих ее. По его теории перестройка сознания ребенка к концу какого-то периода меняет всю систему отношений с другими и самому себе. Это-переживание ребенка, которое рассматривается как «единица социальной ситуации развития».

Среда – это широкое понятие, которое понимается не только как «образ жизни», и включает не только историческое время, социальный режим, но и конкретное социальное пространство, предметную действительность. Социальное пространство представляет собой различные «институты социализации» (семья, школа, трудовые объединения), социальные группы, участвующие при обращении индивида к культуре (А. Г. Асмолов). Социальное воспитание сегодня рассматривается как залог устойчивого развития человека и общества.

Развитие профессии социального педагога имеет свою специфику. Социальный педагог появился и развивался как специалист в первую очередь в учреждениях образования. В

настоящее время социальный педагог появился в медицинских организациях и учреждениях социальной защиты населения. Профессия социальный педагог имеет много назначений и зависит от условий, в которых специалист осуществляет свою деятельность. По данным Российской Ассоциации социальных работников и социальных педагогов специализаций внутри профессии насчитывается до 15 (социальный педагог широкого профиля, семейного типа, эколог и т.д.). Однако, описание модели деятельности социального педагога ПМПК – поле инновационное.

Можно выделить три уровня осуществления профессиональной деятельности социального педагога:

- а) исполнение (копирование чужих образцов выполнения деятельности);
- б) планирование (осуществление деятельности по собственному представлению без учёта обстоятельств);
- в) проектирование (осуществление деятельности, исходя из её системного понимания).

Социальный педагог по своему профессиональному назначению призван предотвратить проблему, своевременно выявить и устранить причины, порождающие её, обеспечить превентивную профилактику различного рода негативных явлений (нравственного, физического, социального плана), отклонений в поведении людей, их общении и, таким образом, оздоровить окружающую их среду. Поэтому ему приходится осваивать различные социальные роли и менять их в практической деятельности в зависимости от ситуации и характера решаемой проблемы.

Социальная роль социального педагога ПМПК:

- Эксперт
- Проектировщик
- Участник совместной деятельности
- Защитник интересов
- Посредник
- Социальный терапевт
- Духовный наставник

Направления деятельности и функции социального педагога ПМПК:

- прием населения (экспертно-диагностическая, консультативная, аналитическая функции);
- организационно-методическая деятельность на рабочем месте и в рамках всей системы ПМПК (организационная, методическая, информационная функции);
- просветительская деятельность (просветительская, организационная, информационная функции);
- контроль эффективности рекомендаций ПМПК, или обратная связь (организационная, экспертно-диагностическая, аналитическая функции, функция сопровождения).

Формы деятельности:

- Диагностическое обследование: диагностика адаптивности участников образовательного процесса, эмоционально-волевой и личностной сферы детей и членов семей, межличностных отношений, жизненной компетентности

Методы: наблюдение, беседа, эксперимент, тестирование, изучение результатов деятельности, анализ микро и макросоциального окружения, анализ проблем детей и семей, анализ нормативно-правовой документации, регламентирующей деятельность субъектов образования, анализ анамнестических и катamnестических данных о ребенке и семье, анализ документации специалистов, социологический опрос, интервьюирование, анкетирование, изучение документов, контент - анализ документов, сообщений, мнений

- Индивидуальное и групповое консультирование очное, заочное, дистанционное

Формат проведения: лекции, семинары, тренинги, выступления на радио и телевидении, выход с информационными сообщениями в Интернет; организация

«родительских школ», профессиональных клубов, выступления на педсоветах, индивидуальные беседы с детьми, родителями (законными представителями) и специалистами

- Диагностическое обучение
- Аналитико-статистическая обработка материалов
- Методы: анализ, обобщение, описание, графическое представление
- Подготовка публикаций (статьи, монографии, методические рекомендации)

Следует учитывать, что, помимо перечисленных, существует огромное разнообразие форм деятельности, приемлемых для реализации целей и задач социального педагога ПМПК. Их выбор зависит от профессиональной подготовки специалиста и осуществляется каждым специалистом с учетом индивидуальных особенностей конкретного ребенка. Многомерность профессиональной деятельности социального педагога ПМПК определяет разнообразные формы работы:

- Паспортизация группы, класса, школы, территории.
 - Деловые игры и обучающие семинары с целью преодоления стереотипов у педагогов по отношению к детям с ОВЗ, детям, состоящим на учете
 - Организация встреч, бесед
 - Дискуссии, классные часы, ситуационные игры
 - Создание информационных уголков, газет, других форм информации для оказания своевременной помощи детям и семьям, работа с сайтом ПМПК
 - Представительство детей в случаях разногласия их интересов и интересов их родителей
 - Разрешение и помощь в конфликтных ситуациях
 - Организация волонтерских акций
 - Привлечение активных участников образовательного процесса
 - Индивидуальное консультирование очное, заочное и дистанционное родителей, педагогов и детей по запросам
 - Помощь при оформлении документов, составлении характеристик, актов, подготовка справок для заседания различных комиссий
 - Планирование собственной и совместной работы
 - Контроль состояния социально-психологического комфорта образовательной среды
 - Обучение участников образовательного процесса ЗОЖ
 - Содействие развитию системы взаимодействия: ученик – дети, ученик – педагог, педагог – семья, педагог – педагог, ребенок – семья
 - Содействие занятости детей и семей, расширение диапазона интересов
 - Профориентационная работа
 - Работа по формированию и развитию детского и родительского коллективов
 - Обсуждение проблемных ситуаций
 - Координация работы с различными социальными институтами для оказания разнообразной помощи семье
 - Содействие самоопределению и жизнеустройству выпускников.
 - Самоанализ и рефлексия
 - Оформление документации
- Основные направления деятельности социального педагога ПМПК:
- Изучение особенностей социальной среды, составление прогноза влияния её на развитие личности, определение методов допустимого компетентного педагогического вмешательства в решение проблемы.
- Проектирование социально-педагогической деятельности, определение участников и условий реализации проекта

- Побуждение человека к действию, социальной инициативе, развитие способности самому решать свои проблемы
- Защита прав личности
- Связующее звено между личностью и социальными службами, педагогическим коллективом школы, государственными учреждениями, общественными организациями
- Социальный патронаж, забота о формировании нравственных, общечеловеческих ценностей в социуме
- Содействие личности в контактах с соответствующими специалистами, помощь в разрешении конфликтных ситуаций

Модель деятельности социального педагога формируется с учетом категорий клиентов, а это: специалисты, родители и дети от 0 до 18 лет, в том числе:

- дети с ОВЗ всех категорий;
- социально-незащищенные (сироты, малообеспеченные и многодетные семьи);
- социально опекаемые (приемные дети, приемная опекунская семья);
- социально неблагополучные («трудные дети», несовершеннолетние правонарушители, беспризорные дети);
- неуспевающие обучающиеся всех ступеней обучения;
- социально дезадаптированные обучающиеся;
- дети с девиантным поведением;
- дети из семей «социального риска»;
- социально перспективные (одаренные, социально-ориентированные и социально-ответственные).

Субъект социально-педагогической деятельности многомерен, выделяют три уровня включенности в решение социальных проблем ребенка учреждений, организаций, специалистов:

- ведущие (социальные педагоги, социальные работники, социально-педагогические центры системы социальной защиты детей и подростков, органы государственной власти);
- сопутствующие (учреждения, организации и специалисты здравоохранения, внутренних дел, социальной защиты, спорта, культуры, общественные организации);
- оказывающие косвенное влияние на реализацию ведущими учреждениями, организациями и специалистами, задач социальной помощи детям и подросткам (финансово-экономические организации, учреждения пищевой и легкой промышленности и т.д.).

Очевидно, что ведущим субъектом социально-педагогической деятельности является социальный педагог, но без активного участия самого ребенка в социально-педагогическом процессе эффективное социально-педагогическое взаимодействие невозможно. Социальный педагог должен обладать такими профессионально важными качествами, как общительность, ориентация на взаимодействие с людьми, доброта, любознательность, интерес к работе с людьми, твердость в отстаивании своей точки зрения, оптимизм, умение найти выход из спорных ситуаций, старательность, нервно-психическая устойчивость.

Профессиональная деятельность социального педагога направлена на процесс воспитания детей и подростков в конкретном окружающем их микросоциуме, на их успешную адаптацию, индивидуализацию и интеграцию в нём. Объектом социально-педагогической деятельности является прежде всего ребёнок в микросоциальном мире, а предметом - процесс социального воспитания.

Профиль работы социального педагога ПМПК весьма широкий: валеолог, специалист по работе с семьей и с детьми с ограниченными возможностями здоровья, специалист по работе с детьми с отклоняющимся поведением и многое другое.

Сферы деятельности социального педагога ПМПК: образовательные и медицинские организации, учреждения социальной защиты.

Цель деятельности социального педагога: содействие созданию благоприятных условий, максимально обеспечивающих личностное развитие (физическое, социальное,

духовно-нравственное, интеллектуальное), адаптацию и защиту (социальную, психолого-педагогическую, нравственную) субъектов образовательного процесса в их жизненном пространстве.

Г.В. Грибанова в «Руководстве по организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК)» выделяет следующие задачи и критерии эффективности разработанных ПМПК рекомендаций:

- Достоверная диагностика отклонений в развитии детей и подростков.
- Определение специальных образовательных потребностей детей и подростков с отклонениями в развитии.
- Определение специальных условий получения образования детьми и подростками с отклонениями в развитии в соответствии с диагностированной структурой дизонтогенеза.
- Контроль эффективности разработанных рекомендаций на основании следующих критериев:

Динамические критерии:

- обеспечение развития по законам нормального онтогенеза путем устранения отклонений в развитии;
- адаптированность к рекомендованным ПМПК образовательным условиям;
- интеграция в рекомендованные ПМПК образовательные условия.
- Прогностические критерии:
- прогноз развития в соответствии со структурой психического дизонтогенеза;
- адаптивность (способность к адаптации) в меняющихся социальных условиях;
- способность к интеграции в социум на разных возрастных этапах.

В контексте обозначенных выше общих задач деятельности ПМПК задачи социального педагога ПМПК:

- Своевременное выявление детей и семей с рисками социальной дезадаптации
- Диагностика социальной адаптивности участников образовательного процесса
- Профилактическая работа с детьми, семьями, педагогами
- Оказание адресной консультативной и коррекционной помощи всем участникам образовательного процесса
- Обеспечение социальной защиты участникам образовательного процесса
- Контроль соблюдения рекомендаций семьей и образовательной организацией
- Анализ социального заказа на получение психолого-педагогической и медико-социальной помощи.
- Осуществление связи с организациями, обеспечивающими надзор и занятость детей.

Деятельность социального педагога во многом определяется его профессиональными установками. Об установках социального педагога на себя как специалиста можно предположить следующее: на субъект - субъектном полюсе - это значимость личностных проявлений для успеха социально-педагогической деятельности; на субъект - объектном полюсе – он ориентирован на поведение специалиста в соответствии с общими предписаниями и правилами, т.е. на функционально - ролевое поведение, часто лишённое личностного начала. Установка на воздействие с клиентом может быть как ролевой - на жёсткое управление и контроль в деятельности, авторитарность в общении, так и личностной – на сотрудничество, совместную деятельность в общении и партнёрские отношения. Личностно ориентированное взаимодействие характеризуется неформальным исполнением профессиональных ролей, при этом педагог, наполняя личностным смыслом профессиональную деятельность, играет и другие роли: товарищ, партнёр, собеседник, советчик и т.д. При ролевом варианте социальный педагог стремится внести в процесс взаимодействия нормативное содержание без учёта его личностной значимости для клиентов. При личностно-ориентированном взаимодействии он стремится к развивающему, личностно значимому и привлекательному для обеих сторон содержанию. Таким образом, личностное проявляется в профессиональном, в деятельности через ценностные ориентации

и установки личности. Сами же установки и ценностные ориентации специалиста в профессиональной деятельности базируются на глобальном отношении человека к различным сторонам жизни, и прежде всего к людям, самому себе, к деятельности. При положительном отношении к людям, себе как личности, при интересе к общению и сотрудничеству с людьми шансы на формирование личностного полюса социально-педагогических установок весьма велики.

В структуре деятельности ПМПК именно социальный педагог, как правило, собирает предварительную информацию о ребенке, его семье, ситуации в школе, для этого проводятся беседы со всеми заинтересованными лицами: учащимися, педагогами, психологами, родителями. В процессе работы используются следующие методы сбора информации: интервью, анкетирование, наблюдение. Работа социального педагога начинается с установления контакта и налаживания доверительных отношений с ребенком и его семьей. На этом этапе собирается наиболее полная информация о ребенке и его семье, проводится анкетирование родителей. При установлении контакта с семьей основной акцент общения направлен на ребенка, актуальны доверительные беседы, совместное принятие решений по изменению ситуации, определение целей работы и распределение ответственности за их выполнение. Сбор информации и анализ ситуации происходит практически на протяжении всего времени работы с ребенком, семьей, педагогом. После принятия решений на ПМПК о необходимости помощи в каждом конкретном случае, основная задача социального педагога — быть доступным для ребенка, членов его семьи. Они должны знать, где можно найти социального педагога при необходимости, как с ним связаться. Такое курирование является способом сохранения и поддержания контакта и контроля ситуации. Социальному педагогу необходимо иметь информационную базу об организациях и учреждениях на вверенной ПМПК территории, осуществляющих разнообразную, в том числе и экстренную помощь. Получение помощи начинается, как правило, с телефонной или интернет-консультации, в ходе которой социальный педагог выясняет причину обращения, проблемы, которые необходимо решить. В зависимости от запроса, специалист во время телефонной консультации определяет какой вид помощи необходим. Причины обращения законных представителей на ПМПК вызваны проблемами в развитии, обучении и воспитании, поведении детей, трудностями взаимоотношений, а также последствиями чрезвычайных ситуаций.

На ПМПК обращаются законные представители, имеющие психо-физические особенности (нарушения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата). Некоторые специалисты Центра владеют средствами альтернативной коммуникации и при необходимости осуществляют консультирование таких клиентов. При необходимости возможно взаимодействие с ВОГ и ВОС.

Следует учитывать, что все специалисты ПМПК, взаимно дополняя друг друга, используют коллегиальные формы работы и системный подход к анализу первичной информации и документации, собственных профессионально полученных сведений, сведений, полученных другими специалистами, а также соблюдают этические нормы.

Консультативно-диагностические мероприятия социального педагога ПМПК могут завершаться направлением на дообследование, в случае необходимости на диагностическое обучение. Продолжительность приема социального педагога вариативна. Прием на ПМПК целесообразно планировать с учетом:

- удалённости места жительства ребёнка
- посещения образовательных учреждений
- индивидуальных психо-физиологических особенностей деятельности ребёнка
- индивидуальных особенностей законных представителей и иных социальных факторов.

Сопровождение детей и подростков, прошедших обследование на ПМПК, является необходимым звеном деятельности ПМПК. Фактически это звено представляет собой

обратную связь, или контроль эффективности рекомендаций, которые были даны после обследования.

Во времени такой контроль должен осуществляться в соответствии с показаниями, проистекающими из структуры и динамики развития конкретного ребенка. Однако в любом случае представляется важным осуществлять контроль развития ребенка не реже одного раза в год. Это необходимо для того, чтобы вовремя обнаружить какие-либо неблагоприятные проявления в состоянии и развитии ребенка и решить вопрос о возможных изменениях условий развития ребенка, включая условия получения образования и различные аспекты сопутствующей психолого-педагогической и медико-социальной помощи.

Сопровождение детей и подростков, обучающихся и воспитывающихся в системе образования, ПМПК осуществляет преимущественно через ПМП-консилиумы образовательных учреждений, хотя контроль эффективности рекомендаций возможен и непосредственно через родителей (законных представителей). Если дети, прошедшие обследование на ПМПК, по какой-то причине не охвачены системой образования, то ПМПК непосредственно взаимодействует с родителями (законными представителями).

Социальный педагог ПМПК осуществляет просвещение по вопросам, находящимся в сфере компетенции ПМПК. К важнейшим из этих вопросов можно отнести информирование населения о важности внимательного отношения к особенностям развития детей с самого раннего возраста, а именно с момента рождения и на протяжении всех возрастных этапов детства. Для этого специалистам ПМПК следует знакомить родителей, других заинтересованных лиц, занимающихся обучением, воспитанием, развитием детей, с общими закономерностями нормального онтогенеза. Важно информировать родителей в доступной для понимания форме о различиях между нормальными, утрированными или кризисными возрастными проявлениями, пограничными психическими расстройствами и возможным началом нервно-психического заболевания и т.п.

Хотя специалисты ПМПК непосредственно не занимаются проблемами внутриутробного развития, тем не менее в просветительской деятельности обязательно обращают внимание на необходимость консультирования ребенка в ПМПК на ранних этапах его развития при наличии осложнений при беременности и родах. Раннее обращение, даже при отсутствии каких-либо очевидных отклонений в постнатальном развитии, поможет решить вопросы ранней диагностики или предупредить возможность возникновения отклонений в развитии с помощью адекватных профилактических средств и мероприятий.

Просветительская деятельность осуществляется с использованием различных форм: лекций, семинаров, тренингов, консультирования и др. Используются и разнообразные средства: печатная продукция, информирование населения через средства массовой информации, включая электронные версии (в том числе компьютерные программы).

Адресатом просветительской деятельности специалистов ПМПК в первую очередь являются родители (законные представители), а также все взрослое население, у которого важно сформировать гуманное и разумное отношение к детям и подросткам с отклонениями в развитии, в том числе к детям-инвалидам, детям-сиротам.

Просветительская деятельность осуществляется и непосредственно с детским населением. При этом у здоровых, нормально развивающихся детей важно формировать бережное и уважительное отношение, направленное на оказание помощи и поддержки детям с отклонениями в развитии. С детьми и подростками, имеющими отклонения в развитии, ведется работа по укреплению личности, формированию устойчивой адекватной самооценки, адекватных притязаний, деятельной позиции на достижения в рамках имеющихся возможностей развития и т.п.

Специалисты смежных ведомств, с которыми сотрудничает ПМПК, — это еще один адресат просветительской деятельности ПМПК. Очень важно довести до сведения этих специалистов цель, задачи, направления деятельности ПМПК; информировать их о показаниях и своевременности направления детей и подростков в ПМПК, а также

предложить и, возможно, обсудить механизмы и формы взаимодействия специалистов разных учреждений и ведомств со специалистами ПМПК.

Основные принципы организации деятельности социального педагога ПМПК:

- Комплексность.
- Предполагает учет медицинских, психологических, педагогических, социальных аспектов диагностики развития, выявляемых специалистами соответствующих профилей. Комплексный подход реализуется в ПМПК благодаря особым современным технологиям совместного проведения обследования ребенка (в форме супервизорских технологий) и коллегиального обсуждения его результатов.

- Природо- и культуросообразность.
- Гуманизация.
- Субъектность.
- Принятие ребенка как данности.
- Персонализация.
- Личностный подход.
- Деятельностный подход.
- Системный подход.
- Акмеологический подход.
- Социальная адекватность.
- Ценностная ориентация.
- Компенсация и развитие.
- Конфиденциальность и защита интересов клиентов.
- Диалогичность.

Примерная должностная инструкция социального педагога ПМПК

Социальный педагог относится к категории педагогических работников.

На должность социального педагога назначается лицо, имеющее высшее или среднее профессиональное образование по направлениям подготовки «Образование и педагогика», «Социальная педагогика» без предъявления требований к стажу работы. Социальный педагог назначается на должность и освобождается от нее приказом руководителя организации.

Социальный педагог должен знать:

- Конституцию Российской Федерации.
- Законы РФ, постановления и решения Правительства РФ и федеральных органов управления образованием по вопросам образования.
- Конвенцию о правах ребенка.
- Основы социальной политики, права и государственного строительства, трудового и семейного законодательства.
- Общую и социальную педагогику.
- Педагогическую, социальную, возрастную и детскую психологию.
- Основы социальной гигиены.
- Социально-педагогические и диагностические методики.
- Правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты.

II. Должностные обязанности

Социальный педагог:

- Осуществляет комплекс мероприятий по воспитанию, образованию, развитию и социальной защите личности в учреждениях и по месту жительства обучающихся (воспитанников, детей).
- Изучает психолого-медико-педагогические особенности личности обучающихся (воспитанников, детей), обратившихся на ПМПК, и ее микросреды, условия жизни.

- Выявляет интересы и потребности, трудности и проблемы, конфликтные ситуации, отклонения в поведении обучающихся (воспитанников, детей) и своевременно оказывает им социальную помощь и поддержку.
- Выступает посредником между личностью обучающихся (воспитанников, детей) и учреждением, семьей, средой, специалистами различных социальных служб, ведомств и административных органов.
- Определяет задачи, формы, методы социально-педагогической работы, способы решения личных и социальных проблем, принимает меры по социальной защите и социальной помощи, реализации прав и свобод личности обучающихся (воспитанников, детей).
- Способствует установлению гуманных, нравственно здоровых отношений в социальной среде и на приемах ПМПК.
- Содействует созданию обстановки психологического комфорта и безопасности личности обучающихся (воспитанников, детей), обеспечивает охрану их жизни и здоровья.
- Взаимодействует с учителями, родителями (лицами, их заменяющими), специалистами социальных служб, семейных и молодежных служб занятости, с благотворительными организациями и др. в оказании помощи обучающимся (воспитанникам, детям), нуждающимся в опеке и попечительстве, с ограниченными физическими возможностями, девиантным поведением, а также попавшим в экстремальные ситуации.
- Осуществляет телефонное и интернет-консультирование родителей, специалистов различных социальных ведомств и административных органов, обратившихся на ПМПК, по вопросам деятельности ПМПК и оказания помощи ребенку, имеющему ограниченные возможности здоровья.
- Выделяет в ходе телефонного консультирования конфликтных родителей, ведет учет группы «особого внимания».
- Ведет журнал телефонного консультирования фиксирует в нем обратившихся на ПМПК, согласно утвержденному порядку.
- Участвует в работе коллегиальных заседаний ПМПК.
- Оформляет по итогам работы ПМПК заключение социального педагога и коллегиальное заключение.
- Ведет учет детей, направленных ПМПК на дообследование.
- Ежедневно ведет учет детей, обследованных на ПМПК.
- Взаимодействует с родителями (лицами их заменяющими) и специалистами образовательных и иных организаций в интересах ребенка.
- Осуществляет при необходимости по согласованию с администрацией и родителем (законным представителем) домашнее визитирование детей, с целью изучения условий их проживания.
- Проводит анкетирование родителей (законных представителей) пришедших на ПМПК и специалистов с целью изучения социального заказа.
- Участвует в формировании базы данных об учреждениях для детей с ограниченными возможностями здоровья и условиях пребывания в них; информирование родителей.
- Анализирует социальный статус контингента: детей-инвалидов, многодетных семей, опекунских семей, неорганизованных детей.
- Систематически повышает свою профессиональную квалификацию.
- Участвует в составлении итогового отчета ПМПК за полугодие, за год.
- Участвует в работе педагогических, методических советов, в других формах методической работы, в подготовке и проведении лекций, оздоровительных, воспитательных и других мероприятий, предусмотренных образовательной программой, в организации и проведении методической и консультативной помощи родителям (лицам их заменяющим) обучающихся (воспитанников, детей).

- Своевременно составляет отчетную документацию установленного образца и своевременно предоставляет ее непосредственному руководителю.
- Выполняет правила и нормы охраны труда, техники безопасности и противопожарной защиты в процессе различных видов деятельности;
- Приходит на работу за 10 минут до начала рабочего времени.
- Отвечает требованиям безопасности на своем рабочем месте, готовит его к работе и убирает за собой рабочее место.

В ходе социально-педагогического обследования отмечаются как ресурсы ребенка и семьи, так и проблемы. Решение любой проблемы ребенка, требующей вмешательства социального педагога, начинается с диагностирования проблемы, которое включает в себя обязательный этап сбора анализа и систематизации информации, на основании которой может быть сделано то или иное заключение. Совершенно очевидно, что диагностический инструментарий социального педагога включает в себя как социологические, так и психологические методики. Также большой интерес представляют разные отчеты, справки, таблицы, документы, медицинские карты учащихся и прочее, что всегда имеется в наличии в любом образовательном учреждении. Используются также специфические методы социальной работы, такие как метод социальной биографии семьи, личности, а также социальная история микрорайона, диагностика социальной среды.

Особенностью деятельности социального педагога является то, что ребенок не всегда может сформулировать проблему, которая у него возникает, и объяснить, чем она вызвана (конфликтом с родителями, конфликтом с учителями, конфликтом с группой детей и др.), поэтому задача социального педагога заключается в том, чтобы самому выявить все значимые обстоятельства ситуации ребенка и поставить диагноз.

Изучение начинается с уточнения цели посещения ПМПК, наличия проблем и трудностей в обучении, общении, поведении, проблем со здоровьем, фиксируются анкетные данные. Социальный педагог знакомится с документами, характеризующими успеваемость и пропуски в образовательной организации. Практикующие социальные педагоги определили несколько видов социальных проблем, возникающих в жизни ребенка.

Проблемы, связанные с положением ребенка в семье:

- психологическое неблагополучие в семье;
- агрессия, насилие в семье;
- нарушение прав ребенка в семье;
- тяжелое материальное положение семьи;
- безработица родителей;
- беспризорность, безнадзорность детей;
- алкоголизм или (и) наркомания родителей;
- проблемы, сопутствующие опеке, попечительству;
- проблемы, возникающие в неполной семье и пр.

Проблемы, связанные с дезадаптацией ребенка в социальной среде.

- затрудненное профессиональное самоопределение;
- невозможность реализовать свои способности в социальной среде;
- проблемы, связанные с адаптацией к новой среде (классу, школе, деловому коллективу);
- проблемы личностного самоопределения (завышенная, заниженная самооценка);
- психологическая дезадаптация (тревожность, страхи);
- одиночество, дефицит общения в коллективе и пр.

Проблемы, связанные с девиантным и делинквентным поведением.

- «трудные дети»: неуправляемые, педагогически запущенные, ведущие себя вызывающе, агрессивно;
- нахождение в дурной компании;

- употребление алкоголя, наркотиков;
- проституция;
- криминальный контакт;
- учет в милиции;
- преступность и пр.

Проблемы, связанные с конфликтами и нездоровым морально-психологическим климатом в школе:

- агрессивное поведение учителей (придираются, кричат);
- конфликты с учителями;
- отказ учителя работать с ребенком;
- угнетенность из-за непонятого учебного материала;
- низкая успеваемость;
- уклонение от учения;
- отсутствие интереса к школьной жизни;
- неумение выстраивать отношения, общение с учителями и одноклассниками и пр.

Заключение социального педагога содержит следующие сведения:

- о динамике семьи (браки/разводы; форма брака (законный, гражданский); смерть кого-то из членов семьи; последовательность рождения детей и т.п.);
- о структуре семьи (полная/неполная; мать-одиночка; приемный ребенок; отчим/мачеха и т.п.);
- о составе семьи на момент обследования, о членах семьи, возможно, других лицах, проживающих вместе с ребенком;
- о соответствии места жительства и прописки (регистрации), в частности при наличии статуса беженцев и др.;
- о бытовых условиях жизни ребенка (питании, одежде, наличии индивидуального места для сна, наличии условий для учебных или игровых занятий и т.п.);
- о социальном, профессиональном статусе, образовательном уровне родителей, других лиц, непосредственно общающихся с ребенком;
- об обеспеченности социально-правовой защищенности ребенка в семье.
- о бытовых условиях жизни ребенка (питании, одежде, наличии индивидуального места).

Социально-педагогическая деятельность всегда должна быть адресной, направленной на конкретного ребенка, на решение его индивидуальных проблем, возникающих в процессе социализации, интеграции в общество.

Социальный педагог должен уметь выявлять достоинства личности, «проблемное поле» ребенка, прогнозировать и проектировать возможные варианты его развития, влиять на мотивационно-потребностную сферу, чтобы вызвать желание к самосовершенствованию, самовоспитанию, приводить в действие внутренний регулятивный механизм.

Особенно важно уметь определять, какие ценностные ориентации формирует социальная система, в которую включен ребенок, какие социальные роли он выполняет и как переживает свои социальные позиции – от этого во многом зависят его потребности и поведение.

Социально-педагогическая деятельность предполагает и так называемое социальное закаливание детей, подростков, т.е. развитие способности у них выжить в сложных ситуациях, не сломаться, найти способы преодоления трудностей, оставаясь достойным человеком.

И, наконец, социально-педагогическая деятельность должна быть направлена на формирование и развитие нравственных ориентаций, нравственного сознания, нравственных чувств, социально значимых установок в жизненном самоопределении, а значит и нравственного поведения ребенка.

На основании диагноза ставится цель и в соответствии с ней выделяются конкретные задачи деятельности. Выполнение поставленных задач может осуществляться двумя путями. Первый – такую проблему можно решить известным способом, с применением уже разработанных технологий, поэтому задача социального педагога заключается в выборе именно той технологии, которая обеспечит успешное разрешение проблемы. Для этого социальный педагог должен быть вооружен знаниями обо всех существующих социально-педагогических технологиях, а также умениями выбирать ту, которая необходима в данном конкретном случае. Для осуществления любой деятельности необходимы средства, методы, формы и приемы, с помощью которых реализуется цель. Выбор средств полностью зависит от содержания деятельности, особенностей отдельного человека или группы людей, которые выступают ее объектом.

Методы социальной педагогики Мустаева Ф. А. предлагает разделить на 3 группы:

Методы исследования (наблюдение, педагогический эксперимент, анкетирование, опросные методы, беседа, интервью, моделирование, изучение и обобщение передового педагогического опыта, математические методы обработки данных, такие как ранжирование, шкалирование и др.

Методы воспитания (методы организации деятельности; методы стимулирования деятельности, к ним относят поощрение, наказание, "взрыв"; методы формирования сознания, такие как педагогическое требование, общественное мнение, упражнение, метод организации общественно полезной деятельности, использования творческих игр и др.)

Методы социально-психологической помощи (лекция, пример, беседа, диспут, рассказ)

Если социальному педагогу не удастся (случай исключительный) подобрать известную технологию, тогда он должен уметь составить свою собственную программу решения проблемы, т.е. самостоятельно разработать технологию своей деятельности в данном случае. Для этого социальному педагогу необходимо знать, что такое индивидуальная программа, как она составляется, как при этом учитываются особенности ребенка и особенности его проблемы и многое другое.

В любом случае эти две ветви, обозначенные на схеме, ведут к решению проблемы. Для этого социальный педагог, в зависимости от того, какую технологию он применяет, выбирает соответствующие методы (убеждение, упражнение и др.) и формы организации (индивидуальная, групповая) своей деятельности, определенные средства, которые он использует в работе и которые ему позволяют решить проблему ребенка.

По окончании работы социальный педагог должен оценить, насколько правильно решена проблема ребенка. При этом возможны по крайней мере два случая: социальный педагог положительно решает проблему ребенка, и на этом его деятельность с ребенком заканчивается; второй случай – социальный педагог не смог или только частично решил проблему ребенка, тогда необходимо выяснить, на каком этапе были допущены ошибки: этапе диагностирования, выбора решения или определения методов и средств. В этом случае необходима корректировка его деятельности на каждом этапе и повторение решения проблемы.

Социальный педагог выполняет посредническую функцию в установлении связей и контактов семьи и специалистов — психологов, социальных работников, врачей, юристов, представителей органов власти и общественности. Для этого необходимы налаженные связи социального педагога с различными социальными службами микрорайона, района, города, учреждениями и общественными объединениями, хорошее знание структур и круга обязанностей административных органов, их местонахождение и телефоны. Только при этих условиях можно оказать действительно эффективную помощь детям, нуждающимся в опеке и попечительстве, трудоустройстве, лечении, отдыхе, материальной помощи, психокоррекции, патронаже, обеспечении жильем, пособиями, пенсиями и других видах социальной помощи.

Основная литература

1. Березина, В., Ермоленко, Г. Социальный педагог в школе//Воспитание школьников. / В.Березина, Г.Ермоленко. – 2004. – № 2. – С.20-25.
2. Овчарова, Р. В. Практическая психология образования / Р.В.Овчарова. – М.: «Академия», 2005. – 417 с.
3. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: Пособие для учителя-дефектолога/Под ред. Л.М. Шипициной – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2003 – 528 с.
4. Реан, А. А. Семьи и дети группы риска. // Беспризорник. 2004. №3. С. 44-47.

Дополнительная литература

1. Битянова, М. Р. Организация психологической работы в школе. / М.Р.Битянова. – М.: Генезис, 2000. – 298 с.
2. Василькова, Т. А., Василькова, Ю. В. Социальная педагогика: учебное пособие. / Т.А. Василькова, Ю.В. Василькова. – М.: «Академия», 2004 – 440с.
3. Вульф, Б. З. Социальный педагог в системе общественного воспитания// Педагогика. /Б.З. Вульф. – 2005. – № 5/6. – С.45-49.

7.7 Модели деятельности врача

Опыт работы психолого-медико-педагогического консультирования показывает, что в последнее время значительно увеличилось число детей, имеющих сложную структуру нарушений нервно-психических функций и, соответственно, отклонений психического развития. Патология нервной системы порою носит не только резидуальный, но и текущий, нередко прогрессирующий характер (например, эпилепсия и эпилептические синдромы, дегенеративные заболевания, «медленные» воспалительные процессы и т.д.). Нередко неврологическая патология является следствием других заболеваний (наследственных, обменно-эндокринных, иммунных, патологии печени, почек, других органов). Очень часто в последние годы встречается сочетание неврологической и психиатрической патологии. В связи с этим возрастает роль и ответственность врача в деятельности ПМПК.

Специфика его работы заключается в том, что ему, основываясь на представленной медицинской документации (выписки из истории развития ребенка, справки ВК, результатов параклинических обследований и т.п.) совместно с коллегами немедицинских специальностей необходимо вынести единое заключение о причинах и характере дезадаптации ребенка, на основании которого определяются необходимые специальные образовательные условия и выстраивается комплексная помощь.

Довольно часто дети, попадающие на ПМПК, имеют не один, а несколько медицинских диагнозов (и не только неврологических и психиатрических). Безусловно, наиболее значимыми для формирования психических функций является патология нервной системы, органов чувств и психические расстройства, но большое значение имеет также состояние костно-мышечной системы. Очень важную роль играют обменно-эндокринные заболевания. Негативное влияние на психическое развитие ребенка оказывают хронические заболевания, приводящие к гипоксии тканей (патология дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, болезни крови и др.), тяжелые заболевания, снижающие качество жизни ребенка (ограничивающих его активность, возможность общения со сверстниками, вызывающие длительные состояния дискомфорта, болевые ощущения и т.д.), а также заболевания, предполагающие регулярный прием препаратов, обладающих психотропными эффектами (имеющих психотропное действие). Таким образом, не только нервно-психические, но и другие заболевания (даже целый ряд других заболеваний и состояний) могут составлять причины (этиологический фактор) отклоняющегося развития (в той или иной степени являться причинами отклоняющегося развития). Без адекватных мер, снижающих влияние этих факторов (то есть, без лечения и медицинской реабилитации) коррекция отклоняющегося развития не может быть достаточно эффективной, а в ряде случаев попросту невозможна. Планирование коррекционных мероприятий обязательно

должно учитывать потребности ребенка в медицинском сопровождении (неврологическом, психиатрическом, педиатрическом).

Таким образом, одной из главных задач врача ПМПК является выявление или выделение тех медицинских проблем (заболеваний, патологических состояний), которые являются (или с большой вероятностью могут являться) причиной отклонений в развитии психических функций у данного ребенка.

В том случае, когда ребенок уже в обследован в медицинских учреждениях, задача врача ПМПК состоит в том, чтобы оценить, насколько медицинский диагноз или даже несколько диагнозов, представленных в медицинской документации, которая имеется у родителей ребенка, объясняют имеющиеся отклонения развития. А также врач должен определить объем необходимых дополнительных обследований.

Однако опыт показывает, что далеко не все дети, попадающие на ПМПК, достаточно обследованы с медицинских позиций. Иные имеют несколько диагнозов, часто противоречащих один другому. В рамках деятельности ПМПК в современных условиях обязательно должно проводиться неврологическое (впрочем, как и психиатрическое) обследование ребенка, а не только анализ медицинской документации.

Проводя подобное клиническое обследование в условиях ПМПК, необходимо помнить о возможности случайного выявления серьезных патологических процессов, не имеющих на начальных стадиях четких клинических проявлений, но уже негативно влияющих на общее состояние, работоспособность, эмоциональный тонус и отражающихся в таких неспецифических симптомах, как головные боли, утомляемость, вялость или возбужденность. Поэтому, обследуя ребенка и анализируя его состояние, врач должен быть внимательным к каждому симптому и его синдромологическому и нозологическому контексту, не отбрасывая ни один из них как «неважный».

Несмотря на то, что врач ПМПК на определяет основные специальные условия получения образования, в первую очередь, образовательную программу, его роль в деятельности ПМПК чрезвычайно важна.

Можно говорить и о аналогичной для других специалистов этапности деятельности. К последним следует отнести:

- Знакомство с документами (результаты параклинических исследований, медицинской картой, характеристикам на ребенка).
- Оценка истории развития в своей специализации (анамнез по документам и сведения от родителей).
- Наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его обследования другими специалистами и создание собственной диагностической гипотезы с выходом на нозологический диагноз.
- Собственное диагностическое обследование в соответствии специализацией и особенностями ребенка.
- Экспресс-анализ результатов собственной диагностики с выходом на профессиональный диагноз/заключение. Заполнение протокола ПМПК в своей части.
- Коллегиальное обсуждение с определением общих (типологических) и индивидуальных особенностей ребенка и СОУ и постановкой нозологического диагноза.
- Участие в оформлении заключения.
- Участие в консультировании родителей.

При этом врач ПМПК может точно также использовать предлагаемые критерии оценки и их специфические показатели для варианта психофизического развития, наблюдаемого у ребенка.

К последним, являющимся специфичным для врачебного анализа следует отнести:

- Психофизические особенности.

– Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз (по данным других медицинских специалистов).

– Поведение и регуляция деятельности.

– Социально-эмоциональная адекватность / адаптированность.

– Коммуникация \ коммуникативная активность.

– Критерий раннего развития (анамнестические данные).

Точно также в рамках анализа психофизических особенностей именно врач ПМПК может использовать *систему оценки двигательных функций (GMFCS)*.

Система классификации больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) применяется для объективной оценки уровня моторных нарушений у детей с церебральным параличом базируясь на их функциональных возможностях, потребности во вспомогательных устройствах и возможностях передвижения (Журба, Мастюкова, 1981). В принципе классификация может быть использована для оценки двигательной активности любых категорий детей.

Эта классификация была разработана сотрудниками Канадского университета МакМастер (McMaster University), переведена на многие языки мира и в данное время является общепринятым мировым стандартом (R. Palisano et al, 1997, Клочкова, Куренков и др., 2013).

По классификации GMFCS все особенности двигательных возможностей разделяются на пять уровней. Деление на уровни основывается на функциональных возможностях ребенка, потребности во вспомогательном оборудовании, включая оборудование для передвижения (ходунки, костыли, палочки, коляски) и в меньшей мере на качестве движений ребенка. Она концентрирует внимание на определении уровня, который лучше всего соответствует возможностям и ограничениям моторных функций ребенка на момент обследования. Акцент ставится на типичном поведении ребенка дома, в школе и в сообществе.

Поскольку развитие моторных функций связано с возрастом, то для каждого уровня классификации представлено отдельное описание состояния моторики больного для разных возрастных групп (до 2 лет, от 2 до 4 лет, от 4 до 6 лет, от 6 до 12 лет).

При этом по показателю «Двигательные возможности» критерия «Психофизические особенности» анализируемые и регистрируются (методом наблюдения) следующие степени выраженности показателя:

Уровень 1 – ходит без поддержки, ограничения в выполнении навыков, требующих совершенной моторики

Возраст	Двигательные возможности ребенка
До двух лет	Может садиться самостоятельно, сидит без поддержки, в момент сидения может играть игрушками. Ползает на четвереньках, встает, переступает у опоры. Начинает ходить между 18 и 24 месяцами жизни, ходьба самостоятельная.
От двух до четырех лет	Встает и садится самостоятельно, в положении сидя играет игрушками, самостоятельная ходьба без поддержки взрослых как основной способ передвижения.
От четырех до шести лет	Самостоятельно встает из положения сидя (на полу, на стуле) без помощи рук. Также самостоятельно садится. Передвигается по дому и вне дома, поднимается по лестнице. Пытается бегать и прыгать.
От шести до двенадцати лет	Ребенок ходит по дому и вне дома, поднимается по лестнице без каких – либо ограничений. Выполняет все движения, включая бег и прыжки, но скорость и координация их выполнения не совершенны.

Уровень 2 – ходит без поддержки, но есть ограничения передвижения вне дома

Возраст	Двигательные возможности ребенка
До двух лет	Может сидеть самостоятельно, но для сохранения равновесия

	необходима опора на руки. Ползает либо на четвереньках, либо на животе. Может встать у опоры и передвигается вдоль опоры.
От двух до четырех лет	Сидит самостоятельно, но не устойчиво в тот момент, когда руки заняты игрушками. Садится и встает без посторонней помощи. Ползает на четвереньках (правильно, перекрестно). Ходит у опоры, ходьба с дополнительной опорой – основной способ передвижения.
От четырех до шести лет	Может играть игрушками в положении сидя (не нуждается в опоре на руки). Встает и с поверхности пола и со стула, но иногда должен оттолкнуться руками. Может самостоятельно без поддержки передвигаться по дому и проходить небольшие расстояния по ровной поверхности вне дома. Может подняться по лестнице, держась за перила. Не может прыгать и бегать
От шести до двенадцати лет	Ходит по дому и вне его, поднимается по лестнице, держась за перила. Испытывает трудности при ходьбе по поверхности, в толпе и в незнакомой обстановке. Способности прыгать и бегать несовершенны и присутствуют не всегда.

Уровень 3 – ходит с помощью дополнительных средств, передвижение вне дома ограничено

Возраст	Двигательные возможности ребенка
До двух лет	Может сидеть, если его поддерживают за нижнюю часть спины. Переворачивает и ползает на животе.
От двух до четырех лет	Может сидеть на полу с согнутыми и повернутыми внутрь ногами, иногда нужна помощь для того, чтобы сесть. Ползает на животе или на четвереньках (но нет правильного перекрестного ползания). Может вставать на твердой поверхности и делать несколько шагов. Может поворачиваться, менять направления движения и проходить короткие расстояния дома с дополнительной опорой или с помощью взрослых.
От четырех до шести лет	Может сидеть на обычном стуле, но, как правило, нужны поддержка для туловища или области таза для того, чтобы максимально освободить руки. Садится на стул и встает со стула с опорой на него руками или отталкиваясь от него. С дополнительной опорой передвигается по ровной поверхности, поднимается по лестнице с помощью взрослых.
От шести до двенадцати лет	Ходит по дому и вне его по ровной поверхности с помощью дополнительной опоры. Может подняться по лестнице, держась за перила. На большие расстояния самостоятельно передвигаться не может.

Уровень 4 – самостоятельное передвижение ограничено; передвигается либо в инвалидной коляске, либо перевозится на каком – либо транспорте

Возраст	Двигательные возможности ребенка
До двух лет	Хорошо удерживает голову, но для сидения на полу необходима поддержка за туловище. Может перевернуться со спины на живот и обратно.
От двух до четырех лет	Посаженный – сидит, но неустойчиво, необходима опора на руки. Как правило, необходимы дополнительные устройства для сидения и стояния. Передвигается на короткие расстояния (по комнате) ползком на животе и перекачиваясь или на четвереньках, но без перекрестного ползания
От четырех до шести лет	Для максимального освобождения рук кресло должно быть специально оборудованным (поддержка для туловища). Выбирается из кресла и садится в него либо с помощью взрослых, либо опираясь или отталкиваясь от кресла с помощью рук. В лучшем случае может пройти

	короткое расстояние с помощью других людей и дополнительных устройств, но не может поворачиваться и не может быть устойчивым даже на ровной поверхности. Способ передвижения – инвалидная коляска либо другой транспорт.
От шести до двенадцати лет	Как правило, те же навыки, что и до 6 лет

Уровень 5 – самостоятельная подвижность грубо ограничена даже с применением вспомогательных средств

Возраст	Двигательные возможности ребенка
До двух лет	Отсутствует произвольный контроль над двигательными функциями. Не удерживает голову, не сидит, не приподнимает грудь в положении лежа на животе. Необходима помощь взрослых для переворота
От двух до двенадцати лет	Двигательные нарушения ограничивают произвольный контроль движения и возможность держать вертикально голову и туловище. Ограничены все двигательные функции. Несмотря на использование различных вспомогательных средств и оборудования, полная компенсация двигательных нарушений не возможна. Нет возможности самостоятельного передвижения.

Особенности деятельности врача-невролога в составе ПМПК

Клиническое обследование детского невролога должно включать (и пусть кратко, но быть отражено в протоколе) описание телосложения и внешнего вида ребенка, которое несет существенную диагностическую информацию:

- наличие так называемых стигм дисэмбриогенеза (физических аномалий), которые могут указывать на генетические нарушения или повреждение плода во время закладки органов;
- непропорциональное телосложение или дисплазии, которые нередко сопровождают хромосомные нарушения;
- признаки существенного отставания или опережения в физическом развитии возрастных показателей;
- проявления эндокринной патологии, нередко сопровождающейся психоэндокринными нарушениями.

Отсюда помощь детям с отклоняющимся развитием в контексте деятельности врача-невролога должна стремиться к тому, чтобы максимально учитывать, как этиологические, патогенетические факторы, так и феноменологические. В подавляющем большинстве случаев это подразумевает включение медицинской помощи (лечения и медицинской реабилитации \ реабилитации).

Приведем основные диагностические задачи врача-невролога, в ситуации его работы в составе ПМПК. К ним следует отнести:

- Оценка состояния ребенка: определение наличия знаков текущего или имевшего место ранее неврологического заболевания.
- Ориентировочная оценка особенностей моторного, речевого и психического развития, в соотнесении с неврологическим статусом ребенка (наличием или отсутствием неврологической патологии).
- Постановка неврологического диагноза.
- Определение необходимости проведения медикаментозного лечения, иных способов лечебного вмешательства (например, проведение курса ЛФК, лечебного массажа) и, в связи с этим, направление ребенка в соответствующие внешние организации, рекомендации по возможным немедикаментозным мероприятиям.

Далеко не все дети получают адекватную медицинскую помощь, поэтому еще одной задачей врача ПМПК является не пропустить пациентов, нуждающихся в дополнительном

обследовании и лечении, объяснить родителям необходимость этих мероприятий, направить ребенка в соответствующие лечебные и диагностические учреждения.

В неврологическом обследовании большое значение имеет сбор анамнеза и жалоб. Поскольку родители не всегда самостоятельно вспоминают важные для врача (для медицинской диагностики) симптомы, необходим активный сбор жалоб, направленный на выявление патологических движений, привычек, поведенческих отклонений, нарушений сна, аппетита, болевых ощущений, выяснение особенностей поведения ребенка в различных ситуациях, его учебной и игровой деятельности, общения с окружающими, навыков самообслуживания и опрятности. Эта информация может (и должна) «пересекаться» с соответствующей информацией, получаемой врачом-психиатром. Только в этом случае возможен так называемый «целостный» объемный анализ состояния ребенка. Из беседы с родителями врач может получить данные о переносимости ребенком психических и физических нагрузок, воздействия различных физических факторов, его обычном самочувствии, настроении, активности, эмоциональных и вегетативных реакциях.

Анамнестические сведения включают: наследственность, течение ante- и перинатального периода, врожденную патологию и аномалии развития, перенесенные заболевания, последовательность и сроки моторного, эмоционального, социального и речевого развития.

Естественно, что собрать в условиях ПМПК полный анамнез очень сложно. Но важно получить наиболее важные, основополагающие анамнестические данные, опираясь на соответствующую технологию его сбора вполне возможно.

Объективное неврологическое обследование помимо рутинного неврологического статуса включает более углубленное исследование моторных функций.

В процессе наблюдения за ребенком оценивается:

- Уровень спонтанной моторной активности ребенка, ее характер и преимущественная локализация (хаотичные, стереотипные, ритмичные движения, автоматизмы, тонические напряжения мышц, локомоторные движения, движения преимущественно в проксимальных или дистальных отделах конечностей, мимических, артикуляционных мышц).

- Внутренняя и внешняя организованность движений.

- Эмоциональный и вегетативный компоненты моторной активности.

- Ее изменения под воздействием различных внешних и внутренних факторов (привыкание к обстановке, утомление, уход родителей). То есть должна быть оценена динамика моторной активности в зависимости от изменяющихся окружающих условий. Отмечаются факторы, провоцирующие патологическое усиление моторной активности или появление ее специфических форм.

После исследования неврологического статуса проводится оценка уровня моторного развития по результатам выполнения сложных произвольных движений (моторных проб). Обращается внимание не только на возможность выполнения движений, но и на их качество. Удобным в нашей практике оказалось выражение уровня развития моторики в возрастном показателе (т.е. ее соответствие какому-либо возрасту, вплоть до 10 лет). При этом отдельно оценивается развитие общих движений и мелкой моторики рук.

Очень важным представляется исследование произвольной регуляции движений и позы. Оно включает: исследования произвольного контроля мышечного тонуса, контроля позы, оценку плавности движений (соотношения тонического и фазического компонентов двигательного акта), переключаемости движений, произвольного контроля амплитуды и силы движения, оценку синкинезий, активности моторных автоматизмов. Оценка произвольной регуляции движений проводится частично в процессе исследования неврологического статуса, частично в процессе тестирования уровня моторного развития. При необходимости добавляются специальные тесты, позволяющие оценить те или иные компоненты произвольной регуляции движений.

Уровень развития произвольных движений и специфика моторной регуляции является важной составной частью не только феноменологии, но и патогенеза различных вариантов отклоняющегося развития. Соответственно коррекция моторных функций является важным звеном общей коррекционной работы с ребенком. Поэтому неврологическое обследование ребенка нацелено не только на выявление неврологической патологии в соответствии с принятой классификацией, но и на оценку функционирования различных уровней моторного контроля.

Таким образом, для успешного решения задач психолого-медико-педагогического консультирования в неврологическом заключении (которое в кратком виде должно быть занесено в протокол ПМПК) должны быть отражены: внутренние (эндогенные) причинные факторы (этиология и патогенез) конкретного варианта отклоняющегося развития (т.е. собственно неврологический диагноз), уровень зрелости сенсомоторных функций ребенка и особенности моторной регуляции.

Особенности деятельности врача-психиатра ПМПК

Психопатологическое исследование ставит своей целью изучение отклонений в психическом состоянии ребенка. Его данные позволяют выявить особенности психического развития и установить соответствующий клинический диагноз. Кроме этого, при психопатологическом исследовании возможно определение признаков текущего психического заболевания, что очень важно для своевременной медикаментозной коррекции состояния.

Диагностические задачи врача-психиатра:

- Оценка характер контакта, адекватность поведения и его соответствие возрасту ребенка, наличие признаков каких-либо отклонений в психическом здоровье (психических заболеваний), в том числе, соотнесенных с данными медицинских документов и историей развития ребенка.

- Оценка (в вероятностном плане) адаптации ребенка в образовательном учреждении и необходимые для этого условия, в том числе и необходимость сопровождения ребенка врачом-психиатром, в том числе, и необходимость дополнительных исследований и/или медикаментозного лечения.

- Постановка (при необходимости) нозологического психопатологического диагноза.

При психопатологическом обследовании и в разговоре с родителями необходимо обратить внимание на следующие особенности психического состояния ребенка:

Обидчивость, плаксивость, пугливость. Понижение эмоциональной возбудимости: эмоциональная вялость, холодность. Патологическая длительность переживаний, склонность к застреванию на отдельных переживаниях. Сверхценные эмоциональные переживания. Быстрота отреагирования эмоций, способность к переключению. Склонность к быстро проходящим или длительным вспышкам эмоционального возбуждения.

Неадекватные аффективные проявления (злоба, гнев, тоска, страх), в том числе их сила и продолжительность. Наличие навязчивых или сверхценных идей и интересов.

Особенности инстинкта самосохранения (снижен, повышен), эгоизм, патологическая жадность, чрезмерная жестокость, повышенная сексуальность, онанизм, повышенное влечение к еде. Извращение влечений в целом, в том числе, пищевых (грубая избирательность в еде или, наоборот, поедание непищевых объектов. В более старшем возрасте – булимия и параллельно с ней «идущая» анорексия).

Важно понять установки в отношении себя и внешнего мира, социальные установки. Отмечается насколько ребенок стеничен, активен или, наоборот. пассивен, неуверен в себе, тревожен.

Необходимо хотя бы косвенно оценить его общительность (избирательная общительность), отношение к близким и сверстникам. При сборе анамнеза также необходимо выяснить такие характеристики, присущие ребенку, как: отзывчивость, замкнутость, недоверчивость, скрытность и т.п.

В контексте анализа когнитивной сферы, что также должно находиться в «поле зрения» врача-психиатра, необходимо оценить специфические особенности таких компонентов как:

Восприятие: точность, ясность, дифференцированность. Изменения качества восприятия: нарушения схемы тела, времени, ощущение отчужденности переживаемого. Обманы восприятия: иллюзии, галлюцинации, псевдогаллюцинации. Отношение ребенка к обманам восприятия: критическое, аффективное, безразличное.

Мнестические процессы: быстрота запоминания, точность воспроизведения. Расстройства памяти на прошлые и текущие события: псевдореминисценции, конфабуляции, различные виды амнезии (ретроградная, антероградная, амнестическая афазия).

Мыслительная деятельность: правильность, последовательность, логичность, способность к обобщениям, суждениям и умозаключениям. Склонность к схематизации, резонерству, вычурности, витиеватости, наличие паралогий в умозаключениях. Расстройства мышления: ускорение или замедление, наплывы или обрывы («потери») мыслей, раздвоение или разорванность мышления, отчуждение мыслей. Автоматизации мышления: прилипаемость и стереотипность, персеверативность мышления. Навязчивые мысли, их содержание, отношение к ним больного. Бредовые идеи, склонность к их систематизации. Зависимость бредовых идей от аффективных нарушений и расстройств восприятия. Резидуальный бред. Наличие бредоподобных фантазий.

Проводя психопатологическое обследование, врач должен подчиняться общим правилам клинической диагностики, выраженным в тезисе «от симптома к синдрому, от синдрома – к нозологическому диагнозу». Корректность клинической диагностики проявляется в соответствии диагноза врача ПМПК общепринятой классификации болезней (на сегодняшний день это МКБ-10) с использованием утвержденных в ней нозологических критериев.

В то же время традиционный узко нозологический подход к диагностике часто оказывается недостаточным для решения проблем социальной адаптации и обучения ребенка с отклонениями в развитии. Ведь даже квалифицированно установленный диагноз типа «неврастения», «органическое расстройство личности» или «гиперкинетическое расстройство поведения» не определяет в прямой зависимости особенности школьных трудностей конкретного ребенка. Нозологический диагноз учитывает болезненные расстройства, а не индивидуальные личностные особенности ребенка, его учебной мотивации и школьной адаптации. В то время как клинические проявления болезненных расстройств могут быть минимальными, учебная неуспешность при определенных условиях становится выраженной и хронической из-за личностных и мотивационных особенностей ребенка. Отсюда медицинский диагноз не должен быть приоритетным в определении специальных образовательных условий, необходимых ребенку, но лишь учитываться в плане дополнительной коррекционной помощи (внешний реабилитационный маршрут) и, что более важно, в плане возможного прогноза состояния ребенка.

Основная литература

1. Клочкова, О.А., Куренков, А.Л., Намазова-Баранова, Л.С. и др. Общее моторное развитие и формирование функции рук у пациентов со спастическими формами детского церебрального паралича на фоне ботулинотерапии и комплексной реабилитации //Вестник РАМН, № 11, 2013, С.38-48.

2. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985, 2-е издание испр. Издательский центр «Академия», 2004.

3. Многоосевая классификация психических расстройств в детском и подростковом возрасте. Классификация психических и поведенческих расстройств у детей и подростков в соответствии с МКБ-10. – М.: Смысл; СПб.: Речь, 2003.

Дополнительная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. /под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – АРКТИ, 2014.
2. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
3. Семаго, Н.Я., Чиркова, О.Ю., Типология отклоняющегося развития: Недостаточное развитие – М.: ГЕНЕЗИС, 2011

Материалы для самостоятельной работы и практические задания

Раздел 1. Нормативные и правовые основы деятельности ПМПК

1. Проанализируйте международные источники гуманитарного права в части детализации зафиксированных прав и свобод в системе комплексного обеспечения и гарантированной защиты человека.
2. Опишите единые подходы к организации процесса обучения для всех детей.
3. Перечислите ведущие принципы и критерии организации инклюзивной образовательной системы в международных документах.
4. Сформулируйте гарантии прав на получение равного, бесплатного и доступного образования.
5. Определите роль ПМПК на современном этапе образования на основании анализа нормативных документов разного уровня.

Раздел 2. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

1. Сформулируйте требования Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.
2. Опишите структуру адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.
3. Приведите варианты описания особых образовательных потребностей у детей, относящихся к двум нозологическим группам.

Раздел 3. Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

1. Сформулируйте требования Федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

2. Опишите структуру адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

3. Приведите особенности обследования на психолого-медико-педагогической комиссии детей различных нозологических групп.

Раздел 4. Профессиональные стандарты педагога, педагога-психолога, дефектолога

1. Сформулируйте основные задачи деятельности учителя-дефектолога (олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога – по выбору).

2. Определите специфику логопедического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии.

3. Опишите тактики работы с детьми разного возраста в деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогической комиссии.

Раздел 5. Модели и технологии психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья

5.1 ПМПК как элемент психолого-педагогического сопровождения

1. Определите этапы диагностической деятельности ПМПК.

2. Особенности обследования на ПМПК детей различных нозологических групп.

3. Проанализируйте клинический и психолого-педагогический аспекты диагностической деятельности ПМПК.

4. Опишите приемы выявления детей с трудностями обучения и поведения.

5. В соответствии с материалами лекции, нормативно-правовыми актами, в том числе Вашими локальными актами (региональными, муниципальными, приказами по образовательной организации и территориальному ПМПК) приведите пример протокола и заключения ПМПК по какому-либо ребенку (естественно, без указания личных данных, данных родителей и т.п.), прошедшему обследование на Вашем ПМПК.

5.2 Психолого-педагогическое сопровождение в образовании (преемственность)

1. Приведите пример алгоритма комплексного обследования ребенка с ограниченными возможностями здоровья специалистами психолого-медико-педагогической комиссии.

2. Опишите тактики работы с детьми разного возраста в деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогической комиссии.

3. Приведите примеры наиболее востребованных технологий в структуре психолого-педагогического сопровождения, уже показавших свою эффективность в инклюзивной практике.

4. Опишите оптимальный с Вашей точки зрения состав психолого-медико-педагогического консилиума в начальной школе.

5. Приведите пакет необходимой, на Ваш взгляд, документации деятельности психолого-медико-педагогического консилиума.

6. Проанализируйте особенности психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ в известной Вам образовательной организации, реализующей инклюзивное образование. Приведите положительные аспекты деятельности специалистов, педагогического состава, администрации и имеющиеся недостатки и недоработки.

Раздел 6. Специфика деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий

1. Сформулируйте цели и задачи командного взаимодействия в деятельности психолого-медико-педагогической комиссии.

2. Перечислите диагностические, управленческие, координирующие задачи в определении специальных условий для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

3. Опишите модели организации работы психолого-медико-педагогической комиссии как командной работы.

4. Какие, на Ваш взгляд, еще могут существовать критерии оценки особенностей ребенка с ОВЗ, дополняющие представленный в лекции набор критериев?

5. Существуют ли для отдельных категорий детей с ОВЗ, детей-инвалидов и подростков с девиантным поведением какие-либо типологически специфичные критерии оценки?

Раздел 7. Модели деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий

7.1 Модели деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогических комиссий

1. Определите особенности деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогической комиссии в контексте междисциплинарного подхода.

2. Представьте модель деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогической комиссии известную Вам.

7.2 Модели деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогических комиссий

1. Проанализируйте представленные материалы, какие бы изменения с точки зрения логопеда Вы бы внесли в процедуру обследования, чтобы определить программу обучения?

Речевая карта

1. Фамилия, имя ребенка Даша П.

2. Возраст 5 лет 7 месяцев

3. Домашний адрес Белгородская область

4. Анамнез: Ребенок от первой беременности (роды – первые). Во второй половине беременности была угроза выкидыша. Роды прошли нормально. Болезнь первого года жизни – коревая краснуха (в 3 месяца), отит (в 10 мес), ОРЗ (в 1г 7м), ОРВИ (в 10 мес).

Ходить начала с 1 года 1 мес. Лепет появился в 8-9 мес., первые слова произнесла в 10 месяцев, фразы в 1 год 7 мес.

5. Состояние общей и мелкой моторики. Нарушений в развитии и состоянии опорно-двигательного аппарата и общей моторики нет. Подвижна, координация удовлетворительна, но некоторыми основными движениями по программе возрастной группы владеет недостаточно, мелкая моторика рук развита слабо: затрудняется в штриховке, неуверенно владеет ножницами, движения неточные.

6. Слух – без патологии.

7. Зрение – без патологии.

8. Общее развитие ребенка. Запас знаний и представлений об окружающей действительности в пределах возрастной нормы.

Память: зрительная – из 6 картинок запоминает 4.

– слуховая – из 6 слов запоминает 4.

– ассоциативная – из 6 картинок - 5.

– словесно-логическая память – прослушанный текст запоминает и пересказывает достаточно полно и точно.

Внимание, работоспособность. Концентрация внимания неплохая, но объемная устойчивость недостаточна (быстро отвлекается); работоспособность невысокая: с интересом берется за работу, но недостаточно усидчива, быстро устает.

Мышление:

Конструктивная деятельность - + (пирамидку, разрезанную картинку, пазлы составляет методом зрительного соотнесения)

– прямой и обратный счет - + (в пределах 10)

– счетные операции и простейшие задачи - + (в пределах 10)

- классификация, обобщение - + (иногда с объяснениями)
- причинно-следственные связи - + (серию сюжетных картинок раскладывает в логической последовательности).

9. Общее звучание речи: голос негромкий, темп речи несколько замедленный, произношение смазанное (шепелявое), речевое дыхание без особенностей.

10. Состояние артикуляционного аппарата.

- Строение – нормальное (незначительная прогнатия)
- Артикуляционная моторика – движения губ нормальные; наблюдается вялость языка, отсутствует «желобок».

11. Особенности звукопроизношения.

- Свистящие С, С', З', Ц – межзубные
- Шипящие Ш Ж, Ч, Щ – межзубные.

12. Фонематический слух – в норме. Выделяет на слух заданный звук из звукового ряда (п - т - к - х)

- слогового ряда (па – та – ка – ха)
- ряда слов (порт- торт – корт – хор)

Различает на слух сходные звуки в:

- парах звуков (п – б), (с – з), (ш – ж)
- парах слогов (па – ба), (са – за), (ша – жа)
- парах слов (почка – точка), (сок – цок), (шар – жар).

Воспроизводит:

- звуковой ряд (б – п – б); слоговой ряд (ба – ба – па)
- ряда слов (почка – точка – бочка), (сом – ком – дом).

13. Звуковой анализ:

- выделение первого ударного гласного (утка, овощ, аист)-+
- выделение последнего глухого согласного (суц, кот, ток)-+
- выделение первого согласного (дом, рот, пот)-+

14. Произношение слов сложной звуко-слоговой структуры – нарушено незначительно (сохраняются ритмичный контур, ударение, число слогов)

- клубника -+ командировка – «комадировка»
- сковорода -+ стихотворение – «стиховорение»
- лекарство -+ велосипедист – «велосепедист»

15. Лексика. Допускает ошибки в толковании лексических значений слов: чашка – кружка, ключ – замок, шапка – шляпа, кофта – свитер;

– многозначительностью слов, абстрактными понятиями - не владеет.

Понимает антонимы и синонимы.

Знает и называет детенышей животных, распространенные профессии.

Обобщающими (видовыми, родовыми) понятиями (одежда, обувь, мебель, посуда) – владеет.

16. Грамматический строй. Составляет простые предложения по картинке (с данным звуком по опорным словам). Допускает ошибки в согласовании количественных числительных существительных – «пять яблоков». Понимает значение простых предлогов и правильно употребляет их в речи. Может образовать: прилагательные слова от существительных камень (каменный), существительные от прилагательных – деревянный (дом), существительные от глаголов – клеить (клей), существительные с уменьшительно-ласкательным значением – рука (ручка).

17. Связная речь. Логична, последовательна, но не выразительна, схематична. Свободное общение затруднено

18. Заключение о состоянии речевого развития: ОНР III уровня.

Речевая характеристика

Дима П., ученик 6 класса СОШ №35

Диагноз: ДЦП

1) Анатомическое строение артикуляционного аппарата

Аномалий в строении артикуляционного аппарата нет.

2) Динамическая сторона речи

Темп и ритм в пределах нормы. Словесное ударение употребляет правильно, логическое чаще всего отсутствует. Громкость голоса нормальная, тембр голоса без назализации. Интонационно речь недостаточно выразительна. Речь окружающих понимает.

3) Звукопроизношение

С, Ш, З, Ж, Ц, Щ - сохраняется в самостоятельной речи не резко выраженное межзубное произнесение. Звуки р, р'; л, л' - находятся на этапе дифференциации в связной речи.

4) Особенности фонематического восприятия и звукового анализа и синтеза

Слуховая дифференциация фонетически близких звуков не нарушена. Количество слогов в простых и многосложных словах определяет ошибочно. Выделяет звук на фоне слова с помощью учителя. Допускает ошибки в самостоятельном определении первого и последнего звука в слове. Не умеет определять количество и последовательность звуков в слове.

5) Особенности словарного запаса

Объём словаря не соответствует возрастной норме. Затрудняется называть предметы, выходящие за рамки бытовой лексики. Испытывает трудности в подборе прилагательных и глаголов к слову. Не умеет подобрать антонимы к словам. Затрудняется в объяснении слов в переносном значении. Отмечается низкий уровень сформированности обобщающей функции слова. Испытывает трудности в актуализации словаря - с трудом подбирает родственные слова, смешивает слова по звуковому составу, заменяет по ситуативному сходству.

6) Особенности грамматического строя речи.

В речи использует простые малораспространенные предложения из 2-3 слов. Наблюдаются аграмматизм на согласование существительных с прилагательными в роде числе и падеже, глагола с личными местоимениями в лице числе. Неправильно понимает и дифференцирует конструкции с возвратными глаголами. Не умеет самостоятельно образовывать глаголы движения с помощью приставок. Испытывает трудности в образовании относительных и притяжательных прилагательных.

7) Особенности связной речи.

Составление рассказа по картинке заключается в перечислении знакомых объектов. Сюжетная линия не прослеживается. Причинно-следственные связи не устанавливает даже после детального анализа. Пересказ простого текста выполняет с помощью учителя только после многократного прочтения и тщательного разбора содержания, которое сопровождается наглядным иллюстрированием.

8) Особенности ручной моторики и зрительно-пространственной функции.

Ведущей является правая рука. Пробы Хэда выполняет неправильно. Присутствуют нарушения зрительно-моторной координации. Неправильно выполняет упражнения, требующие динамической организации движений пальцев правой и левой руки. Схема тела не сформирована. Допускает стойкие ошибки в названии заштрихованных букв, написанных пунктиром и имеющих недописанные элементы. Наблюдаются стойкие ошибки в названии букв, наложенных друг на друга. Встречается зеркальность на письме.

9) Особенности процесса чтения

Чтение полными словами. Темп медленный. Понимание прочитанного. В словах со стечением согласных допускает ошибки. При чтении усекает структуру слова. Знаки препинания не соблюдает.

10) Состояние процесса письма.

При списывании перескакивает строки.

При письме под диктовку границу предложения не соблюдает. Пишет довольно грамотно. Ошибки при постановке знаков препинания.

11) Характеристика интонационной стороны речи

Речь выразительная невыразительная; интонационно оформленная, затруднения в выделении логического ударения, паузации.

Темпо-ритмическая сторона речи: скандированная, замедлен; наличие продолжительных пауз хезитации.

Речевое дыхание: без особенностей.

7.3 Модели деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога

1. Определите особенности деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога психолого-медико-педагогической комиссии.

2. Представьте существующую модель деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога психолого-медико-педагогической комиссии в Вашей образовательной организации.

7.4 Модели деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога

1. Используя литературные источники, представьте подробно методику педагогического обследования слуха ребенка дошкольного, младшего школьного, старшего школьного (на выбор) возраста.

2. Разработайте схему «Медицинские и педагогические методы диагностики слуха».

4.5 Модели деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога

Разработайте стратегию проведения обследования ребенка с нарушением зрения по заданным параметрам (описать задачи, определить необходимые наглядные и тифлотехнические средства).

Марина Т., 7 лет 2 мес, Вес: 26 кг, рост: 115 см

Диагноз: Врожденная патология центральной части зрительного анализатора, гипоплазия ДНЦ, миопия высокой степени OU, сходящееся косоглазие, нистагм. Острота зрения б/о: движения руки перед лицом, в/о: OD 0,02, OS 0,02 (очки: OD -12,0, OS -12,5). Низкий порог светочувствительности. Половинчатое выпадение поля зрения (правая половина). Низкий порог цветочувствительности (знает все цвета). Характер зрения монокулярный, больше пользуется OS. Прогноз по зрению – неблагоприятный.

Сопутствующие заболевания: ДЦП дисплазия тазобедренных суставов, врожденная правосторонняя косолапость; инфекция мочевыводящих путей, хронический пиелонефрит. Нарушение обмена веществ.

7.6 Модели деятельности социального педагога психолого-медико-педагогических комиссий

1. Определите особенности деятельности социального педагога психолого-медико-педагогической комиссии.

2. Представьте существующую модель деятельности социального педагога психолого-медико-педагогической комиссии.

7.7 Модели деятельности врача психолого-медико-педагогических комиссий

1. Уточните особенности деятельности врача психолого-медико-педагогической комиссии.

2. Представьте существующую модель деятельности врача психолого-медико-педагогической комиссии, известную Вам.

3. Поставить наиболее вероятный нозологический диагноз и определить необходимые дополнительные специальные образовательные условия, специфичные для деятельности врача ПМПК.

На коллегиальном обследовании мальчик в возрасте 8 лет 4 мес.

В ситуации обследования поначалу адекватен, но быстро устает, теряет интерес. На фоне утомления продуктивность деятельности, ее темп и продуктивность быстро снижаются. На протяжении всей работы нуждается в значительной организации деятельности со стороны взрослого. При этом по мере утомления проявляются импульсивность и расторможенность. Моторно неловок, неуклюж, полноват. Программирование и контроль деятельности явно недостаточен. Латеральные предпочтения преимущественно правосторонние.

Задания конструктивного плана выполняет с трудом и импульсивно. Помощь принимает медленно. Вся сфера пространственных представлений, начиная с уровня схемы собственного тела, сформирована недостаточно. Результативность выполнения заданий невербального характера в целом соответствует невысокой возрастной норме.

Речь недостаточно развернутой фразой, с аграмматизмами, неправильным употреблением предлогов. На фоне утомления темп речи увеличивается, проглатывает окончания, говорит менее разборчиво.

Устав, становится расторможен, многоречив, теряет критичность, начинает фантазировать по поводу своих «школьных успехов», самооценка становится неадекватной. Явных эмоциональных предпочтений к кому-либо из сверстников не демонстрирует, «путается» в своих дружбах. Не выявляются зоны «сверхценных» интересов или страхов.

Задания для промежуточной аттестации и итоговой аттестации (итогового тестирования)

Раздел 1. Нормативные и правовые основы деятельности ПМПК

1. Закон «Об образовании в Российской Федерации» - это нормативный правовой акт уровня:

– международного

- **федерального**

- регионального

2. Право на создание специальных образовательных условий для ребенка с ОВЗ определяет:

- **ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»**

- ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»

- ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»

3. Необходимость создания специальных образовательных условий для ребенка с ОВЗ определяет:

- федеральное бюро медико-социальной экспертизы

- **психолого-медико-педагогическая комиссия**

- психолого-медико-педагогический консилиум образовательной организации

4. Специальные образовательные условия всегда выявляются

- у ребенка с инвалидностью

- у получателя социальных услуг

- **у ребенка с ОВЗ**

5. Кто принимает решение о форме, программе и условиях получения образования ребенком с ОВЗ?

- ПМПК

- **родители**

- ПМПК и родители

Раздел 2. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья

1. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья – это...

- **совокупность обязательных требований при реализации адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность**

- свод правил к образованию определенного уровня и (или) к профессии, специальности и направлению подготовки, утвержденных федеральным органом исполнительной власти

- требования, утвержденные федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования

2. На какой основе осуществляется определение варианта адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающегося с ограниченными возможностями здоровья?

– **рекомендации ПМПК, сформулированные по результатам комплексного обследования ребенка, в случае наличия у обучающегося инвалидности – с учетом ИПР и мнения родителей (законных представителей)**

- письменного заявления родителей (или других законных представителей ребенка)
- желания самого ребенка

3. Структура адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования может включать:

- **несколько учебных планов**
- один учебный план
- два учебных плана

4. Физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий называется...

- обучающимся
- **обучающимся с ограниченными возможностями здоровья**
- инвалидом

5. Статус ребенка с ОВЗ определяет ...

- Бюро МСЭ
- **ПМПК**
- ПМПк

6. Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – это

– **физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий**

– физическое лицо с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, расстройствами аутистического спектра

– физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, препятствующие получению образования без создания специальных условий

7. Что понимают под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья?

– использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов

– использование специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования

- **все вышеперечисленное**

8. При возникновении противоречивых мнений по поводу результатов диагностики принимаются решения ...

- **компромиссные в пользу ребенка**
- на основании медицинского диагноза
- на основании заключения учителя-дефектолога

9. В чем заключается основная цель психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ в инклюзивном образовании?

- обеспечение соматического благополучия ребенка
- **поддержка развития ребенка с ОВЗ в образовательной среде**

- оказание психологической помощи семье ребенка

10. Что является основным критерием эффективного психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ?

- полноценное освоение образовательной программы в соответствии с требованиями государственного стандарта
- **освоение адаптированной образовательной программы и социально-психологическая адаптация ребенка**
- полное удовлетворение запросов родителей

Раздел 3. Федеральный государственный образовательный стандарт образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)

1. Федеральный государственный образовательный стандарт начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья – это...

- **совокупность обязательных требований при реализации адаптированных основных общеобразовательных программ начального общего образования в организациях, осуществляющих образовательную деятельность**
- свод правил к образованию определенного уровня и (или) к профессии, специальности и направлению подготовки, утвержденных федеральным органом исполнительной власти
- требования, утвержденные федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования

2. На какой основе осуществляется определение варианта адаптированной основной общеобразовательной программы для обучающегося с ограниченными возможностями здоровья?

- **рекомендации ПМПК, сформулированные по результатам комплексного обследования ребенка, в случае наличия у обучающегося инвалидности – с учетом ИПР и мнения родителей (законных представителей)**
- письменного заявления родителей (или других законных представителей ребенка)
- желания самого ребенка

3. Структура адаптированной основной общеобразовательной программы начального общего образования может включать:

- **несколько учебных планов**
- один учебный план
- два учебных плана

4. Физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий называется...

- обучающимся
- **обучающимся с ограниченными возможностями здоровья**
- инвалидом

5. Статус ребенка с ОВЗ определяет ...

- Бюро МСЭ
- **ПМПК**

- ПМПк
- 6. Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – это
 - **физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий**
 - физическое лицо с нарушениями слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, расстройствами аутистического спектра
 - физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, препятствующие получению образования без создания специальных условий
- 7. Что понимают под специальными условиями для получения образования обучающимися с ограниченными возможностями здоровья?
 - использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов
 - использование специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования
 - **все вышеперечисленное**
- 8. При возникновении противоречивых мнений по поводу результатов диагностики принимаются решения
 - **компромиссные в пользу ребенка**
 - на основании медицинского диагноза
 - на основании заключения учителя-дефектолога
- 9. В чем заключается основная цель психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ в инклюзивном образовании?
 - обеспечение соматического благополучия ребенка
 - **поддержка развития ребенка с ОВЗ в образовательной среде**
 - оказание психологической помощи семье ребенка
- 10. Что является основным критерием эффективного психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ?
 - полноценное освоение образовательной программы в соответствии с требованиями государственного стандарта
 - **освоение адаптированной образовательной программы и социально-психологическая адаптация ребенка**
 - полное удовлетворение запросов родителей

Раздел 4. Профессиональные стандарты педагога, педагога-психолога, дефектолога

1. Впервые принципы инклюзивного образования на международном уровне были зафиксированы
 - **в Саламанкской декларации**
 - в Жомтьенской Конвенции
 - в Конвенции о правах инвалидов

2. В какой стране введение ваучерной системы стимулировало продвижение инклюзивного образования в частных школах?

- **в Америке**
- в Англии
- в России

3. В какой стране учитель начальных классов должен быть дефектологом?

- **в Белоруссии**
- в Италии
- в Азербайджане

4. Назовите субъект РФ в котором был принят закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья»?

- **город Москва**
- Самарская область
- Костромская область

5. Задача, которая ставится перед территориальным агентством специального образования

- **формирование комплекта необходимых для обучения ребенка ресурсов**
- обеспечение доступности зданий и помещений образовательного учреждения
- выявление образовательных потребностей ребенка

Раздел 5. Модели и технологии психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья

5.1 ПМПК как элемент психолого-педагогического сопровождения

1. Какова основная цель деятельности ПМПК в свете нового Закона об образовании в Российской Федерации?

- комплектование ОО, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам
- проведение комплексного обследования всеми специалистами одновременно
- **выявление детей с ограниченными возможностями здоровья и (или)**

отклонениями в поведении и подготовки рекомендаций по организации их обучения и воспитания

2. Первым этапом деятельности ПМПК по выявлению детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) отклонениями в поведении является:

- **анализ обращения законных представителей ребенка**
- изучение анамнеза ребенка, проблемы

- изучение психолого-педагогической характеристики на ребенка
- 3. Основным принципом хранения и обмена информации на ПМПК является
 - открытость
 - **конфиденциальность**
 - системность
- 4. Причиной для повторного обращения родителей ребенка на ПМПК является:
 - переезд на другое место жительства
 - переход в другое образовательное учреждение
 - **ухудшение результатов обучения, особенности поведения**
- 5. Разработка адаптированной образовательной программы для ребенка с ОВЗ

осуществляется

- специалистами психолого-медико-педагогической комиссии
- **специалистами психолого-медико-педагогического консилиума и родителями**

ребенка

- специалистами психолого-медико-педагогического консилиума

5.2 Психолого-педагогическое сопровождение в образовании (преемственность)

1. Междисциплинарный подход это:

– **когда все специалисты ПМПК оценивают особенности развития ребенка с единых позиций.**

- когда основным показателем развития ребенка является медицинский диагноз.
- когда каждый специалист оценивает состояние ребенка с своих профессиональных

позиций

2. Алгоритм деятельности ПМПК не включает:

- консультирование родителей
- **анализ материального положения семьи**
- знакомство с самостоятельными работами ребенка

3. В задачи сурдопедагога входит:

- **выявление особенностей развития речи и познавательной сферы**
- оценка специфики взаимоотношений ребенка в семье
- оценка зрительного восприятия

4. В рамках создания специальных образовательных условий педагог-психолог:

- определение необходимого специального оборудования
- необходимость использования специальных учебников и дидактических

материалов по программе

- **коррекционно-развивающая работа в области развития саморегуляции**

5. Определение характера образовательной программы является задачей:

- учителя-дефектолога
- учителя-логопеда совместно с учителем-дефектологом
- **всеми членами ПМПК при коллегиальном обсуждении**

Раздел 6. Специфика деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий

1. Зрелость функции программирования и контроля отражена в:

- в методическом обеспечении деятельности учителя-дефектолога
- в методике «Тест Рука»
- **в примерных пакетах диагностических методик, используемых педагогом-психологом.**

2. В основные задачи обследования ребенка учителем-дефектологом ПМПК входит:

– оценка особенностей межличностных отношений детей в процессе учебной деятельности.

- обследование просодической стороны речи.
- **обучаемость ребенка**

3. В структуру международной классификации функционирования не входит:

- степени ограничения жизнедеятельности
- **нозологический диагноз**
- составляющие включающие полный круг доменов, обозначающих аспекты функционирования с индивидуальной и социальной позиций

4. В заключении ПМПК должны присутствовать:

– **категории и степени ограничений жизнедеятельности отражающие анализируемые сферы**

- медицинский (нозологический) диагноз
- психологический диагноз

5. Особым случаем применения логической операции деления объема понятия, представляющий собой некоторую совокупность делений (деление некоторого класса на виды, деление этих видов на подвиды и так далее), осмысленный порядок вещей, явлений, разделение их на разновидности согласно каким-либо важным признакам называется

- **классификацией**
- квалификацией

- критерием

Раздел 7. Модели деятельности специалистов психолого-медико-педагогических комиссий

1. Социальная цель деятельности ПМПК – это ...

- выявление трудностей ребенка
- определение программы обучения
- **подтверждение права на особую заботу**

2. Рекомендации ПМПК необходимы для:

- **разработки индивидуального учебного плана**
- **разработки адаптированной образовательной программы**
- разработки ФГОС

3. Организационные модели ПМПК:

- отсутствуют
- **вариативны**
- стандартны

4. Рекомендации ПМПК обязательны для ...

- родителей
- педагогов
- **органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное управление в сфере образования, и органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования, образовательным организациям, иным органам и организациям**

5. При возникновении противоречивых мнений по поводу результатов диагностики принимаются решения:

- **компромиссные решения в пользу ребенка**
- на основании медицинского диагноза
- на основании заключения учителя-дефектолога

Контрольные материалы

Разработайте структуру заключения психолого-медико-педагогической комиссии в соответствии с новыми классификациями и критериями на основе деятельности специалистов психолого-медико-педагогической комиссии: педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей дефектологов: сурдопедагогов, олигофренопедагогов, тифлопедагогов, социального педагога, врача для определения условия получения образования детьми с

ограниченными возможностями здоровья и адаптации образовательных программ для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, действуя по алгоритму:

- проведение обследования ребенка;
- описание состояния исследуемых функций ребенка;
- составление заключения специалиста психолого-медико-педагогической комиссии в соответствии с новыми классификациями и критериями;
- разработка рекомендаций по деятельности специалиста в общеобразовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность.

2 – базовый модуль

Лекционный материал

Раздел 1. Модели деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов психолого-медико-педагогических комиссий

1.1 Модели деятельности педагога-психолога

Тактика работы с ребенком в процессе психологического обследования на ПМПК

Во время первичной беседы с родителями, сбора жалоб и анамнеза присутствие ребенка (особенно подросткового возраста) в помещении нежелательно – рассказ родителей может дополнительно его травмировать, вызвать чувство вины, собственной неполноценности и осложнить в дальнейшем контакт со специалистом. Вопрос о присутствии родителей при непосредственном обследовании ребенка в каждом случае решается индивидуально. Например, при отсутствии жалоб на трудности ребенка и установке «учитель к нам придирается» присутствие целесообразно – родитель должен убедиться в том, что не все так благополучно, как он себе представляет. Напротив, при выраженном переживании родителем проблем ребенка следует попросить его временно удалиться, так как он своим повышенным вниманием к успешности ребенка при тестировании будет нервировать его, провоцировать чувство неуверенности.

В некоторых случаях, когда ребенок особенно непоседлив, расторможен, отказывается от взаимодействия, не вступает в контакт со специалистами, не следует заставлять его делать что-либо насильно. Имеет смысл отвлечься, оставить его в кабинете на некоторое время для свободной игры. Это время удобно использовать для выяснения истории развития ребенка (анамнеза), ознакомления с имеющимися документами, предъявляемыми родителями, или лицами их заменяющими. С некоторыми детьми, особенно трудно входящими в контакт, вначале может помочь совместная игра (в мяч, кубики, какие-либо другие игры). При непосредственной работе специалиста с ребенком лучше, если ребенок находится не «через стол» (избегание позиции «глаза в глаза»), а рядом или сбоку. В этом случае контакт устанавливается быстрее, а общение становится более естественным и продуктивным. В то же время нельзя препятствовать ребенку, если он не захочет слезать с коленей матери, даже, если ребенок уже перешел границы возраста, допускающего подобную «посадку». В этом случае целесообразно проводить обследование в удобной для него позе, но эти и подобные факты не должны остаться без внимания и анализа специалистов в качестве дополнительных диагностических данных, как при построении диагностической гипотезы, так и при анализе особенностей состояния ребенка и возможностей его адаптации в образовательном пространстве. Естественно, что все показатели поведения ребенка должны быть отражены в протоколах специалистов. Лучше всего, чтобы это делал психолог в своем протоколе – поскольку подобного рода наблюдение, в первую очередь, является его прерогативой.

В зависимости от создавшейся ситуации, возраста ребенка, в некоторых случаях имеет смысл специалисту принять такую позу, чтобы его лицо находилось на одном уровне (по высоте) с лицом ребенка. Особенно это оказывается плодотворным для установления и поддержания продуктивного контакта с детьми дошкольного возраста, или детьми, трудно вступающими в контакт. Для этого в помещении ПМПК должен быть ковер, или ковровое покрытие для занятий с ребенком, маленькие стульчики, небольшой стол и т.п.

В процессе работы с ребенком не допускаются комментарии или оценки со стороны, обращенные не только к родителям, но и к коллегам. Более того, специалисты должны корректно пресекать все оценочные характеристики родителей, обращенные к ребенку (типа «ну почему ты у меня такой неумеха» и т.п.).

В процессе диагностического взаимодействия необходимо поддерживать положительный контакт с ребенком (если это вообще возможно). В случае любого выполнения задания нужно давать подкрепления короткими фразами: «Все хорошо», «У тебя получается», «молодец» и т.п. В случае, когда ребенок демонстрирует выраженную расторможенность, гипердинамичность, или неадекватное ситуации поведение, ребенка нельзя грубо одергивать, запрещать трогать что-либо на столе или в комнате, лучше заранее или по ходу работы убрать со стола посторонние вещи, методики, которые в ближайшее время не будут использоваться, чтобы они не отвлекали ребенка. При этом можно сказать (в качестве дополнительной мотивации), что этими игрушками он еще поиграет, когда сделает нужные задания.

Не следует пресекать и попытки обращения ребенка к взрослому. В этот момент можно лишь сказать, что никто, кроме него это сделать не сможет. Также при этом необходимо отметить как, каким образом ребенок привлекает взрослого, насколько адекватна подобная коммуникация, отметить другие поведенческие особенности, возникающие в этот момент. Такая информация в некоторых случаях может стать основой для рекомендаций по организации специальных условий образования.

Наибольшую сложность у специалистов вызывает тактика обследования и, соответственно, взаимодействия с ребенком, демонстрирующим выраженные поведенческие нарушения. В данном случае речь идет об обследовании ребенка с одним из вариантов расстройства аутистического спектра (РАС). Мы сформулировали наиболее важные особенности взаимодействия психолога, но и любого другого специалиста при появлении на обследовании ребенка с подобными поведенческими особенностями. Эффективность использования описанных ниже тактик сама по себе является одним из дополнительных доказательств наличия у ребенка того или иного варианта аутистических расстройств.

Дети с расстройством аутистического спектра (РАС) являются крайне неоднородной группой. Среди них выделяют детей с преимущественным искажением развития эмоционально-аффективной сферы (РДА), с преимущественным искажением развития когнитивной сферы (атипичный аутизм) и со смешанными нарушениями.

При обследовании ребенка с РАС необходимо учитывать психоэмоциональные особенности и потребности детей этой категории. Для этого необходимы следующие условия:

- Ребенку нужно время для адаптации и ориентации в пространстве кабинета.
- Члены комиссии должны постараться установить эмоциональный контакт с ребенком, чаще всего это, поначалу удастся лишь одному из специалистов.
- При выборе количества и объема диагностических заданий следует иметь в виду психическую и физическую истощаемость детей с РАС, а также их высокую сенсорную чувствительность, в частности к тактильному и главному контакту, что предъявляет особые требования к самой процедуре обследования.
- Необходимо учитывать трудность для них восприятия на слух и сопровождать инструкцию доступной наглядностью по возможности краткой и схематичной.
- Важно дать создать для ребенка ситуацию успеха, даже если он внешне никак на это не реагирует.

Особенности обследования детей с РДА на ПМПК

1 группа РДА (по Никольской О.С.)

Ребенок в продуктивный контакт не вступает, автономен, поведение близкое к полемому, определить уровень актуального развития и обучаемость в условиях ПМПК не представляется возможным.

2 группа РДА (по Никольской О.С.)

Обследование частично возможно при подключении к имеющимся стереотипиям ребенка. При этом нужно учитывать, что любое напряжение повышает степень аутистической защиты, усиление стереотипий, возникновение возбуждения, возможно усиление эхоталий. Определение обучаемости затруднено в силу ограниченных возможностей ребенка следовать инструкции. Часто о доступных умениях и навыках приходится судить со слов родителей. При этом, как бы случайно ребенок дошкольного возраста может сложить пазлы, доски, типа досок Сегена, выстроить какие-либо ряды из предметов, находящихся в его поле зрения. Взаимодействие с чужим взрослым возможно «через» предмет, заинтересовавший ребенка.

Несмотря на трудности диагностики, дети этих групп нуждаются в создании специальных условий, которые определяются с учетом степени тяжести ребенка.

3 группа РДА (по Никольской О.С.)

При обследовании детей данной группы необходимо учитывать следующие специфические особенности:

- Высокий уровень развития речи при отсутствии ее коммуникативной направленности: ребенок разговаривает не с человеком, а на интересующую его тему, речь является формой аутостимуляции, при этом ребенок может быть возбужден, стремиться к какой-либо деятельности, может демонстрировать ранние умения – читать, оперировать цифрами и т.п.

- Специалисты должны учитывать, что речь и формальные математические операции у данной категории детей не является показателем уровня познавательного развития.

- В рамках своих интересов ребенок способен к продуктивной деятельности и показывает достаточный уровень работоспособности, чаще всего он стеничен. Разумнее всего для начала дать ребенку задание, связанное со значимой для него темой. Если ребенок, например, увлечен счетом или звездами, можно, в соответствии с возрастом и программой обучения, спросить, какого цвета бывают звезды, какую геометрическую форму напоминают созвездия, посчитать звезды или ракеты, спросить, в какую сторону летит ракета, решить задачу на космическую тему и написать «космические» слова.

- Специалист должен максимально сократить текст инструкции, структурировать само задание, использовать наглядность, поскольку ребенок имеет выраженные трудности следования правилам в целом, в частности следование инструкции, нуждается в наглядном алгоритме выполнения того или иного задания.

- В процессе обследования не следует давать прямых оценок деятельности ребенка, чтобы не спровоцировать проявление негативизма и конфликтную ситуацию, что обусловлено отсутствием критичности, конфликтностью, склонность к неконтролируемым аффективным вспышкам.

- У такого ребенка присутствует выраженная конкретность мышления, трудности понимания скрытого смысла, подтекста, иронии, буквальное понимание шуток, метафор. Данную особенность необходимо учитывать при выборе диагностических методик, а также не допускать в своей речи образных сравнений, шуток, ироничных замечаний и т.п.

- У ребенка 3-й группы РДА школьного возраста имеются трудности формирования моторных навыков, в том числе письма.

- Рекомендуются ограничить объем письменных заданий или изменить форму их выполнения, например, не писать слово, а вставить пропущенную букву, написать только ответ в примерах и т.п.

– Выполнение же невербальных заданий часто доступно ребенку на достаточно высоком уровне. С целью создания ситуации успеха можно начать с заданий в невербальной форме.

– У такого ребенка возможны проявления парциальной одаренности – чаще всего это блестящий музыкальный слух, умение производить сложные математические операции в уме и т.п.

– Следует заметить, что выраженные способности в какой-либо одной области указывают на специфичную выраженную неравномерность развития психических функций и не являются показателем уровня интеллектуального развития в целом.

4 группа РДА (по Никольской О.С.)

При обследовании детей данной группы специалисты ПМПК должны учитывать следующие специфические особенности:

– Дети тревожны, неуверенны в себе, обидчивы. Не считают эмоционального контекста ситуации. Нуждаются в значительном объеме поддержки со стороны взрослого и ориентированы на его оценку. Ситуация обследования вызывает у ребенка страх, который может спровоцировать или усилить двигательные и речевые стереотипии. На протяжении всего обследования ребенку необходимо оказывать стимулирующую помощь.

– С одной стороны, у детей отмечается достаточная способность работать по инструкции, с другой стороны, имеются трудности понимания сложных речевых конструкций. Специалист в ситуации обследования должен давать короткие пошаговые инструкции, при необходимости повторять и разъяснять их.

– Дети этой группы демонстрируют низкий темп психической деятельности, низкий уровень психического тонуса, инертность, истощаемость, утомляемость. Это проявляется в отсроченных ответах, застревании на задании, многократном повторении одного и того же ответа. При застревании на задании, специалист должен помочь завершить его, поощрить ребенка и переключить его на новое задание.

– Задания в невербальной форме, в том числе и логические, ребенок способен выполнить на средневозрастном уровне.

Особенности обследования детей с атипичным аутизмом

При обследовании детей этой категории должны быть учтены следующие специфические особенности:

– Наличие у ребенка сверхценных интересов, «зацикливание» на них, наличие страхов, порой иррациональных. В процессе обследования это может помешать установлению продуктивного контакта с ребенком. До начала обследования желательно выяснить у родителей, какие темы и ситуации могут вызвать аффективную реакцию ребенка или «зацикливание» и учитывать это на протяжении всего процесса обследования.

– Дети часто демонстрируют специфичность речи, резонерство, философствование. Специалисты должны учитывать то факт, что высокий уровень развития речи не является показателем интеллектуального развития.

– Необходимо учитывать, что задания, лежащие в сфере предпочтительных интересов, ребенок способен выполнить на более высоком уровне, чем те задания, которые интереса не вызывают.

– Оценивая обучаемость, необходимо иметь в виду, что деятельность ребенка стереотипна, и он способен действовать по алгоритму.

– Мышление детей данной категории специфично и в лучшем случае носит конкретный характер. В мыслительной деятельности в школьном возрасте выявляется опора на латентные признаки и паралогизмы. Подобная специфика мышления, тем не менее, не указывает на наличие умственной отсталости.

При этом важно учитывать, что обследование ребёнка с РАС, с особенностями эмоциональной сферы, с нарушениями поведения может, как мы уже говорили, проводить, как правило, один специалист, тот который установил с ребёнком контакт. Задания должны

предлагаться ребёнку таким образом, чтобы другие члены команды могли оценить «интересующие» их сферы развития ребёнка.

Точно также одним из наиболее сложных и для педагога-психолога, и для всех остальных специалистов ПМПК является обследование детей с выраженным нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) по типу ДЦП. Диагностическое обследование детей с этими нарушениями в условиях ПМПК производится с учетом двигательных и речевых возможностей ребенка, а также с учетом имеющихся дополнительных сенсорных нарушений или особенностей.

Необходимо помнить, что тяжесть двигательных нарушений, отсутствие речи не указывают на степень интеллектуального недоразвития. Ребенок может иметь сохранный интеллект при выраженных нарушениях крупной и мелкой моторики, при отсутствии речи, и, напротив, незначительные двигательные нарушения могут сочетаться с выраженной умственной отсталостью, о чем постоянно напоминают ведущие специалисты в этой области (см. работы И.Ю. Левченко). Поэтому сам нозологический диагноз, который имеется в медицинских документах, может служить лишь самым «общим» ориентиром, часто не отражая реальное интеллектуальное состояние ребенка.

В процессе обследования такого ребенка важно создать для него такие специальные условия, которые помогут нивелировать двигательные особенности и максимально оптимизировать сам процесс оценки психического развития. К подобным условиям следует отнести:

А) специальное посадочное место, фиксирующее тело ребенка, с регулируемой подставкой для ног и столиком;

Б) выполнять письменное задание ребенок должен мягким карандашом на разлинованном листе бумаги, где размер линейки и клетки будет соответствовать его графическим возможностям.

В) Некоторые дети выполняют письменные задания с помощью взрослого, когда фиксируется карандаш в руке, контролируются мелкие движения, предотвращаются насильственные движения, что особенно важно при гиперкинезах. В этом случае, чтобы исключить оказание помощи ребенку со стороны заинтересованного взрослого, дефектолог (логопед) должен сам помочь ребенку выполнить задание, таким образом, оценив объем и форму необходимого участия в процессе письма.

Г) Использование компьютера на ПМПК возможно, если ребенок уверенно самостоятельно или с незначительной помощью использует его как средство коммуникации. Компьютер должен (может) быть оснащен специальной клавиатурой с крупными клавишами и ограничителем, разделяющим клавиши и предотвращающим одновременное нажатие сразу двух клавиш. Желательно, чтобы в компьютере была активизирована функция отсрочки повтора, что позволяет при долгом нажатии клавиши избежать многократного повторения буквы.

Следует всегда помнить, что дети с различными формами и разной степенью выраженности НОДА имеют специфические особенности, которые оказывают влияние на когнитивное развитие, формирование учебных навыков и учебной деятельности.

Прежде, чем предложить ребенку стандартный набор диагностических методик, психолог должен учесть (сам, если первым включается в работу с ребенком, посредством наблюдения за действиями других специалистов – если решено, что сначала ребенка обследуют другие):

- уровень развития зрительно-моторной координации и мелкой моторики,
- устойчивость зрительного контакта и зрительного внимания;
- сформированность графических навыков (или возможность их сформировать);
- степень нарушения/сформированности пространственной ориентации, пространственно-временного восприятия;

Диагностический материал должен быть достаточно крупным, ярким, контрастным, не иметь много мелких деталей. Картинки не ламинируются, так как гладкая поверхность бликует и создает помехи для восприятия.

Пространственные нарушения у детей с НОДА по типу ДЦП заложены в саму структуру дефекта. Поэтому при обследовании следует определить степень выраженности нарушения пространственной ориентации и восприятия. В процессе выполнения логических заданий (нахождение логических последовательностей и связей) необходимо помогать ребенку: показать, где должна лежать первая картинка, начертить вертикальную красную линию на листе, обозначающую начало и т.п.

В своем обследовании психолог должен учесть результаты, получаемые дефектологом совместно с логопедом, которые оценивают выраженность и характер дизартрических нарушений речи (разборчивость речи), возможность и целесообразность вербальной формы обследования.

При отсутствии речи, при грубых нарушениях произносительной стороны речи, когда речь малопонятна, вполне возможно провести обследование в невербальной форме.

Ребенок отвечает на вопросы в письменном виде на листе бумаги или с использованием компьютера (ноутбука, планшета, мобильного телефона...)

Предлагая различные задания, необходимо помнить, что дети с ДЦП значительно лучше воспринимают изображения расположенные на вертикальной поверхности, чем на горизонтальной. Поэтому сначала нужно показать картинки по одной на доске или держа их в руке вертикально, а затем уже положить на парту перед ребенком. Картинок не должно быть много и лежать они должны на достаточном расстоянии друг от друга, чтобы ребенок мог точно показать ту, которую он выбирает. Если остаются сомнения в том, какая именно картинка из двух была выбрана, возьмите их в правую и левую руку и попросите показать еще раз.

Если ребенок читает, для диагностики можно использовать карточки со словами «ДА» «НЕТ», если не читает - карточки-символы, например, белая карточка и черная соответственно, как «ДА» и «НЕТ». Необходимо убедиться, что ребенок правильно прочитал или правильно понял (запомнил) символы.

Можно использовать и другие символические изображения, например математические знаки «+» и «-»

Для обследования ребенка должны выбираться диагностические задания в форме, доступной для самостоятельного выполнения, что позволит оценить и уровень обученности, предположить формы обучения и развития доступных видов деятельности. Следует дифференцировать помощь, необходимую ребенку, как техническую (физическую), так и организующую, стимулирующую, обучающую.

Основная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. /под общ. ред. М.М.Семаго, Н.Я.Семаго. – АРКТИ, 2014.
2. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. — М.: АРКТИ, 2005.
3. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
4. Семаго, Н.Я., Чиркова, О.Ю., Типология отклоняющегося развития: Недостаточное развитие – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
5. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Теория и практика углубленной психологической диагностики. От раннего до подросткового возраста. – М.: АРКТИ, 2016.
6. Специальная психология: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В.И. Лубовский, Т.В. Розанова, Л.И.Солнцева и др.; Под ред. В.И. Лубовского. – М.: Издательский центр «Академия», 2003.

Дополнительная литература

1. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. – М.: «Академия», 2002.
2. Иовчук, Н. М., Северный, А. А., Морозова, Н. Б., Детская социальная психиатрия для непсихиатров – СПб.: Питер, 2006.
3. Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2007.
4. Комова, Н.С. Психологическая диагностика детей с нарушением зрения дошкольного возраста // Развитие науки и практики образования лиц с нарушением зрения: проблемы и перспективы: Материалы IV международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня рождения В.А. Феокистовой: в 3 ч. Ч. I – СПб: НОУ «Институт специальной педагогики и психологии», 2010.
5. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985, 2-е издание испр. Издательский центр «Академия», 2004.

1.2 Модели деятельности учителя-логопеда

Значительный рост числа детей с различными недостатками речевого развития и принятие ФГОС для детей с ОВЗ (Приложение 5) обуславливает необходимость комплексного анализа коммуникативной и речевой деятельности детей различного возраста. В то же время на практике отмечается тенденция ориентации специалистов на выявление отклонений в звукопроизношении. Как справедливо замечает Г.В. Чиркина, «нередко сведения, полученные по трафаретным схемам обследования звуков, логопед не сопоставляет с данными глубокого изучения других сторон речи ребенка, его истории развития, особенностями речевой среды, не выстраивает в определенную иерархическую систему первичные и вторичные нарушения речевой деятельности. Не зная, какую роль играют дефекты звуков в аномальном речевом развитии ребенка, логопед ошибочно ограничивает сферу коррекционного воздействия постановкой артикуляции звуков и их первичной автоматизацией».

В материалах курса описывается технологическая цепочка диагностики уровня речевого развития ребенка в аспекте определения варианта обучения.

Особое внимание в курсе уделяется описанию критериев оценки готовности ребенка к учебно-коррекционному процессу.

По ходу изучения теоретического материала слушателям предлагается выполнить практическую работу по оценке, а также обсуждение различных подходов к обследованию речи детей в процессе самостоятельного изучения литературных источников.

Целью логопеда, работающего в структуре ПМПК с учетом особенности организации деятельности данного учреждения является определение образовательного маршрута ребенка с недостатками речевого развития в условиях жесткого ограничения времени и возможности использования преимуществ работы в команде с другими специалистами.

Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка особенно важно, потому что речевые недочеты не всегда являются проявлением патологии речевого развития, следовательно, не каждому ребенку нужна логопедическая помощь, в ряде случаев достаточно бывает поместить ребенка в активную речевую среду. Например, для детей с неполным двуязычием или детей-мигрантов характерно несовершенство языковых средств, которое обнаруживается только на неродном языке; дети из обедненной речевой среды, независимо от того, воспитываются ли они родителями или в образовательном учреждении демонстрируют бедный словарный запас, грамматические формы, характерные для просторечия, упрощенные синтаксические структуры. Эти категории детей не нуждаются в специальном коррекционном обучении и не могут быть отнесены к категории детей с ОВЗ.

Основным показателем уровня владения речевыми и языковыми средствами является их богатство и адекватность использования в ходе реального общения, а не только в процессе специально отобранных заданий. В процессе беседы оцениваются

коммуникативные навыки ребенка, его активность, заинтересованность в общении, а также умение поддерживать беседу, вести диалог. Соответствие полученных данных реальному положению дел будет достигнуто в том случае, если беседа ведется неформально на интересующие ребенка темы. Поэтому, для того, чтобы получить достоверные данные об уровне развития языковых средств и характере речевой деятельности ребенка, логопед, прежде всего, должен установить доверительный контакт с ребенком. Если ребенку неинтересно общаться с логопедом или он боится специалиста, то результаты обследования будут ниже реальных данных, что неминуемо приведет к гипердиагностике.

При работе в команде эти сведения логопед может получить в ходе наблюдения за ребенком, которого обследуют другие специалисты.

В качестве показателя патологии в развитии речевой деятельности может рассматриваться устойчивая несформированность языковых средств, обнаруживаемая в рамках отдельных компонентов языковой системы (например, звукопроизношение, фонематическое восприятие, лексико-грамматическая сторона речи и др.), их сочетаний или всей системы в целом, обусловленная неполноценностью языко-речевых процессов (анализа, синтеза, классификации и проч.) или отклонениями в анатомо-физиологическом строении речевого аппарата. Соответственно, данные недостатки не могут быть преодолены вне организации коррекционной логопедической помощи.

Установив наличие речевой патологии, логопед должен выявить, какой характер имеет неполноценность речевой деятельности: первичный, вторичный или речевая патология является компонентом сложного (сочетанного) дефекта.

Проблема первичности/вторичности решается на основе комплексного подхода при сопоставлении данных, полученных при обследовании данного ребенка другими членами ПМПК. Такими показателями могут служить, например, наличие неврологических данных, подтверждающих существование первичного речевого дефекта; соотношение уровня сформированности вербальных и невербальных психических функций; лингвистическая картина дефекта и др. При обнаружении данных, которые могут свидетельствовать в пользу той или иной гипотезы, необходимо воспользоваться помощью соответствующего специалиста. Предположим, что у ребенка наблюдаются устойчивые дефекты оглушения в произношении, что требует дополнительной консультации сурдолога для определения состояния физического слуха. Или при наличии устойчивого речевого и поведенческого негативизма потребуются консультация психолога или психиатра для исключения схожих состояний. Наличие в анамнезе сведений о распаде речи обуславливает необходимость учета не только данных обследования врача, но и инструментального обследования: ЭЭГ, МРТ и др. Диагностика ряда форм речевой патологии в принципе не возможна вне комплексного исследования, в том числе, с помощью современных компьютерных технологий. Например, для диагностики сенсорной алалии или афазии необходимо иметь данные о состоянии слуха, функциональном состоянии коры головного мозга, в ряде случаев, данные генетического анализа.

Решение следующей задачи – выявление структуры дефекта подразумевает определение того, какие стороны речи сохранены, а какие не сформированы в соответствии с возрастными нормативами; установление иерархической взаимосвязи между отдельными проявлениями речевой недостаточности.

Данная задача решается в ходе углубленного обследования отдельных форм речи и ее сторон, которое имеет специфику, определяемую задачами и организацией работы в ПМПК. Логопеду не требуется проводить тщательной, подробной диагностики для выявления всех нюансов и подробностей речевого недоразвития. Ему достаточно получить общую картину уровня речевого развития ребенка и его проблем с целью типизации характера дефекта.

В качестве дидактического материала могут быть использованы реальные объекты действительности, игрушки и муляжи, сюжетные и предметные картинки, предъявляемые единично, сериями или наборами, устно предъявляемый вербальный материал, карточки с напечатанными заданиями, книги и альбомы, материализованные опоры в виде схем,

условных значков и проч. Причем могут использоваться как промышленно изготовленные пособия, печатные альбомы, так и сделанные самостоятельно вручную или с помощью техники.

Таким образом, дидактический материал должен соответствовать принципу индивидуального и дифференцированного подходов, который может быть сформулирован следующим образом: отбор заданий, их формулировки и наполнение вербальным и невербальным материалом должно соотноситься с уровнем реального психоречевого развития ребенка и учитывать специфику его социального окружения и личностного развития. Следовательно, дидактический материал не может быть унифицированным. Он должен отбираться таким образом, чтобы он соответствовал социальному опыту ребенка и не провоцировал возникновения непредвиденных технических трудностей (например, ребенок не может узнать объект на рисунке и поэтому затрудняется назвать его, ребенок не знает букв и не может выполнить задание на карточке и проч.).

В логопедии отсутствуют стандартизированные тесты, и не требуется жесткого отбора иллюстративного и вербального материала к ним. Однако направления обследования достаточно традиционны: особенности коммуникативного поведения; состояние связной речи; словарный запас, грамматический строй, слоговая структура слова, фонематическое восприятие, звукопроизношение, ритмико-мелодическая сторона речи, состояние строения и двигательных функций артикуляционного аппарата. При обследовании детей школьного возраста изучается: состояние процессов чтения и письма. Последовательность обследования по направлениям может быть произвольной, однако мы рекомендуем проводить обследование в направлении «от общего к частному». Сначала специалист выявляет проблемы в развитии речи ребенка, а затем эти проблемы рассматриваются пристальнее, подвергаются количественному и качественному анализу.

Возвращаясь к проблеме отбора дидактического материала, отметим, что материал отбирается таким образом, чтобы в рамках одного диагностического задания можно было обследовать несколько классов или категорий языковых единиц (например, грамматический строй и словарный запас, звукопроизношение и слоговую структуру слова и проч.).

Целью данного обследования является выявление типичных проявлений и индивидуального своеобразия в структуре речевого дефекта, т.е. необходимых и достаточных данных для определения индивидуальной коррекционно-образовательной программы.

Диагностика недостатков речевого развития проводится в соответствии с подходами выделения форм речевой патологии в структуре двух классификаций: психолого-педагогической и клинико-педагогической.

В рамках первой классификации логопедом анализируется уровень сформированности коммуникативных, речевых и языковых средств с учетом онтогенетических закономерностей формирования речевой деятельности. Методологической основой анализа являются принципы, сформулированные Р.Е. Левиной, подтвердившие свою справедливость и эффективность на протяжении нескольких десятилетий в научных и практических исследованиях. Это принцип развития, предполагающий анализ речевого недоразвития в ракурсе динамической взаимосвязи различных языковых средств и видов речевой деятельности в процессе взросления ребенка; принцип системности, обязывающий рассматривать иерархическую зависимость коммуникативных, речевых и языковых единиц в структуре речевой деятельности; принцип взаимосвязи речи и других сторон психической деятельности, позволяющий выявить взаимозависимости между проблемами речевого плана и особенностями становления психических функций.

В рамках второй классификации в качестве дифференциальных показателей выступают, как правило, данные анамнеза, результаты визуального осмотра и динамических проб, позволяющих выявить наборы симптомокомплексов как в речевой, так и вне речевой сферы.

Таким образом, диагностическая работа логопеда предполагает качественный анализ результатов обследования.

В ходе обследования логопедом решаются следующие задачи:

- какие языковые средства сформированы у ребенка к моменту обследования;
- какие языковые средства не сформированы к моменту обследования;
- характер несформированности языковых средств;
- в каких видах речевой деятельности проявляются недостатки (говорение, аудирование, чтение, письмо);
- какие факторы влияют на проявления речевого дефекта.

В качестве дидактического материала могут быть использованы реальные объекты действительности, игрушки и муляжи, сюжетные и предметные картинки, предъявляемые единично, сериями или наборами, устно предъявляемый вербальный материал, карточки с напечатанными заданиями, книги и альбомы, материализованные опоры в виде схем, условных значков и проч.

Материал отбирается таким образом, чтобы он соответствовал социальному опыту ребенка и не провоцировал возникновения непредвиденных технических трудностей (например, ребенок не может узнать объект на рисунке и поэтому затрудняется назвать его, ребенок не знает букв и не может выполнить задание на карточке и проч.).

Направления обследования:

- Коммуникативное поведение ребенка.
- Связная речь.
- Лексико-грамматический строй.
- Звуковая сторона речи.
- Строение и двигательные функции артикуляционного аппарата.
- Темпо-ритмическая характеристика речи.
- Показатели готовности к обучению грамоте (предшкольный возраст и первый год обучения в школе).
- Чтение и письмо (для детей, прошедших обучение).

Остановимся более подробно на содержании каждого из выделенных направлений.

Коммуникативное поведение ребенка.

Недостатки коммуникативного поведения, по данным современной логопедии, являются характерной особенностью для различных видов речевой патологии как в рамках психолого-педагогической классификации (заикание, общее недоразвитие речи, фонетический дефект, темповые задержки речевого развития детей раннего возраста и пр.), так и этиопатогенетической классификации (алалия, ринолалия, логоневроз, дисфонии). Выраженность нарушений коммуникативного поведения может быть различной: от речевого и поведенческого негативизма до отдельных недостатков. Также различными могут быть и причины его недоразвития.

При диагностике логопед должен ориентироваться на показатели, характеризующие сформированность коммуникативных умений и навыков:

- ребенок проявляет осознанный интерес к общению;
- ребенок активен, самостоятелен, общается в полную меру своих речевых возможностей и активно использует их для решения коммуникативных задач;
- ребенок способен оказывать помощь партнеру по общению и прислушиваться к совету;
- ребенок критически относится к результатам общения, правильно оценивает вклад каждого участника.

К сожалению, в литературе отсутствуют четкие указания на возрастные рамки, определяющие нормативное развитие коммуникативного поведения. Известно, что у ребенка раннего возраста формируются коммуникативные предпочтения по отношению к членам своей семьи и хорошо знакомым людям. Дети неохотно вступают в контакт с посторонними,

что затрудняет, в ряде случаев, диагностику уровня их речевого развития. В последующем у ребенка формируются навыки общения со сверстниками, что в старшем дошкольном возрасте позволяет ему организовывать в сотрудничестве совместную деятельность. В этом же возрасте должны активно формироваться стереотипы социальных коммуникативных ситуаций. Примерно в возрасте 9-10 лет ребенок способен встать на точку зрения своего собеседника, это обуславливает повышение адекватности общения, а также возможность эффективно реализовывать собственные потребности в общении, управлять реакцией собеседника. Вышеперечисленные возрастные особенности должны учитываться специалистом и при организации обследования (способы установления контакта, наличие мотивации общения, выявление уловок, искренность и адекватность реплик), и при анализе результатов.

Обследование уровня сформированности коммуникативного поведения проводится в процессе выполнения ребенком заданий во время обследования, наблюдения за ребенком в общении с другими детьми, на занятиях или уроках. Логопеду важно зафиксировать не только активность и адекватность ребенка, но и какими средствами общения он пользуется при установлении и удержании контакта (вербальные/невербальные, наличие жестов, вокализаций, эмоциональная окраска высказываний в процессе общения и проч.). Информативны также наблюдения за способом разрешения различных коммуникативных ситуаций: конфликт со взрослым/ребенком; уточнение непонятного; просьба; отказ и проч.

В результате логопед делает заключение о наличии/отсутствии у ребенка речевого негативизма, избирательности контактов, широте освоенных коммуникативных ситуаций, богатстве и активности в использовании вербальных и невербальных средств, в том числе, интонации, обращенности к собеседнику, активности в общении и т.д.

Связная речь.

В логопедии под понятием «связная речь» (В.В. Воробьева, В.П. Глухов, Р.Л. Давидович, Л.Ф. Спирина, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, А.В. Ястребова и др.) подразумевается, как продукт речемыслительной деятельности в виде устного или письменного высказывания, преимущественно, монологического характера, состоящее более чем из одного предложения, так и процесс его создания.

В данном разделе мы остановимся на обследовании только устной формы связной речи, с учетом необходимости изучения не только продуктивных и репродуктивных умений и навыков (составление текстов, их пересказ), но и рецептивных (понимание текстов).

В онтогенезе понимание связной монологической речи формируется значительно раньше, чем ее составление или пересказ. Уже в раннем возрасте ребенок понимает обращенные к нему простые инструкции, содержание сказок при опоре на наглядный материал, например, при ее инсценировке (2,5 года). Постепенно возможности ребенка расширяются. Он начинает понимать содержание простых сказок с опорой на картинки, простых бытовых рассказов с опорой на опыт и понимать многоступенчатые инструкции (3,0 – 3,5 года), договаривать знакомые сказки и стихи.

В период с 4,5-5 лет у ребенка формируется продуктивный вид связной монологической речи. Это, в основном, связные монологические высказывания повествовательного характера, описывающие события из жизни самого ребенка. К 6 – 7 годам монологическое высказывание уже содержит элементы фантазийного характера и может совсем не соответствовать действительности, однако рассуждение появляется у детей в школьном возрасте (9 – 10) лет, что связано со становлением словесно-логической формы мышления (Д.Б. Эльконин).

Наиболее онтогенетически поздней формой связной монологической речи является, по-видимому, пересказ. Этот вид репродуктивной речи сложен, прежде всего потому, что требует от ребенка сформированных навыков анализа различных смысловых уровней текста, достаточный объем слуховой вербальной памяти, устойчивых процессов планирования и самоконтроля за собственным высказыванием. Поэтому пересказ не может быть признан диагностически валидным у детей дошкольного возраста. Для проверки понимания текста

/связного высказывания рационально предлагать детям сопоставить текст и сюжетную картинку или выбрать из данных картинок иллюстрацию к прослушанному тексту, ответить на вопросы и проч. Пересказ как средство диагностики может быть использовано уже в школьном периоде обучения.

Задания, направленные на выявление уровня развития связной речи в продуктивной речевой деятельности, а именно, составление собственных связных монологических высказываний, рационально проводить после 5 лет на материале, соответствующем особенностям возрастного этапа развития.

В результате оценивается:

- при понимании: понимание фактуальной информации текста, скрытого смысла; точность передачи фактов текста, возможности установления временной или логической последовательности событий;

- при пересказе: точность и полнота передачи содержания текста, ориентация ребенка на запоминание вербальных средств (старается пересказ максимально близко к оригиналу) или на смысловое наполнение текста (пересказывает своими словами), удержание последовательности и логики событий, наличие/отсутствие привнесений, степень самостоятельности выполнения задания;

- при составлении связного монологического высказывания: жанр связного высказывания, наличие внешних опор, наличие помощи педагога; развернутость высказывания, последовательность, тематичность, степень полноты раскрытия темы высказывания, отсутствие/наличие привнесений; адекватность использования вербальных средств; способы реализации межфразовых связей.

Лексико-грамматический строй.

Уже при исследовании связной речи становится очевидным уровень сформированности лексико-грамматического строя речи ребенка. Однако, для построения индивидуального образовательно-коррекционного маршрута специалисту необходимо выявить не столько наличие проблемы, сколько особенности проявления недостаточности, если таковые имеются. Если проблемы отсутствуют, можно констатировать, что словарный запас ребенка и его грамматический строй соответствуют возрастной норме.

При наличии лексико-грамматического недоразвития обследование словарного запаса и грамматического строя представляют собой обязательную часть процедуры обследования. При этом в структуре диагностического материала могут быть выделены специфические задания для обследования только словарного запаса ребенка или только грамматики, но обычно они обследуются параллельно. Тем не менее, мы выделим как самостоятельные два подраздела в рамках обследования: обследование словарного запаса и обследование грамматического строя речи.

Обследование словарного запаса решает следующие задачи:

- определить количественное наполнение словарного запаса и его соответствие возрастной норме;

- выявить структуру индивидуального лексикона, т.е. выяснить специфику недоразвития качественных показателей словарного запаса ребенка: особенности парадигматических и синтагматических связей, уровень обобщения; наличие переносных значений слова и проч.

Для решения поставленных задач необходимо учитывать особенности формирования лексической стороны речи в онтогенезе. В раннем возрасте слова появляются в виде звукоподражаний, лепетных слогосочетаний и выполняют функцию «квазивысказываний». В последующем слова начинают выполнять номинативную функцию, однако, их смысловое наполнение для ребенка изменяется, представляя собой динамическую систему: от синкретических понятий, к ситуативно связанным и, далее, к обобщенным (Л.С.Выготский, А.М. Шахнарович). На последнем этапе активно формируются парадигматические связи: родовидовые понятия, часть-целое, многозначность, синонимические связи, антонимические

и т.п.). В возрастном плане по литературным данным и наблюдением за современными детьми можно приблизительно соотнести данные этапы следующим образом: Этап синкретических понятий – до 2,0 – 2,5 года; этап ситуативно связанных понятий – до 5,0 – 5,5 лет; этап формирования контекстных понятий – после 5,5 лет. Данная периодизация является достаточно приблизительной, поскольку нельзя провести четкую временную границу между выделенными этапами, однако, возрастной фактор диктует особенности использования наглядного материала, а также выбор заданий в процессе обследования словарного запаса ребенка.

Кроме этого, при отборе вербального материала для обследования необходимо ориентироваться на социальное и бытовое окружение ребенка, в котором он воспитывается, поскольку формирование словарного запаса происходит в процессе взаимодействия с окружающим миром под влиянием аффективного окрашенного отношения к его объектам и явлениям. Поэтому дидактический материал для обследования (объекты, картинки, стимульный языковой материал) отбирается индивидуально и не может быть полностью унифицирован и стандартизирован.

Задания, предлагаемые детям должны быть разнообразными и разнонаправленными, нельзя ограничиваться только набором картинок или объектов. Эффективно использование игровых элементов, причем игра может предлагаться не только с объектами, но и с вербальным материалом.

Обследование импрессивного словарного запаса проводится в тех случаях, когда ребенок не может использовать предлагаемую логопедом лексику в продуктивных видах речи.

В результате обследования оценивается:

- соответствие объема словарного запаса возрастным нормативам; представленность в словарном запасе слов различных морфологических категорий: имен существительных, глаголов, имен прилагательных, предлогов и проч.; соотношение экспрессивного и импрессивного словарного запаса;

- уровень сформированности смыслового наполнения слова (лепетная речь, ситуативно связанное значение, расширенное, суженное и т.п.); адекватность использования лексики; способы и трудности актуализации лексики; сформированность парадигматических отношений (родо-видовые; антонимия, синонимия, часть целое, многозначность и т.п.) в импрессивной и экспрессивной речи.

Обследование грамматического строя речи решает следующие задачи:

- выявить, какие грамматические формы и конструкции имеются в употреблении ребенка (активная грамматика и пассивная грамматика);

- определить специфику проявления аграмматизма;

- выяснить состояние языковой способности.

Грамматический строй речи формируется у ребенка при наличии нескольких условий: 1) определенного уровня сформированности номинативной функции речи (словарный запас должен достигнуть примерно 100 слов); 2) определенного уровня развития языкового анализа и синтеза, составляющего основу языковой способности; 3) определенного уровня самоконтроля (подгонка собственной вербальной продукции под образцы взрослой речи) (Левина Р.Е., Леонтьев А.А.). Не останавливаясь подробно на онтогенезе грамматического строя, отметим, что одним из важнейших механизмов его развития является генерализация грамматических форм и конструкций на основе формирования обобщенных грамматических представлений, представляющих собой конгломерат звуковых, семантических и структурных образов.

Однако, специалисту, обследующему речь ребенка, особенно раннего возраста необходимо учитывать факт того, что именно в этом возрасте пути формирования речи отличаются большой вариативностью, обусловленной различными факторами: полом

ребенка, условиями воспитания, личностными особенностями и проч. Поэтому достаточно сложно выделить набор обязательных в определенном возрасте набор грамматических форм и конструкций, а также жесткую последовательность их появления в речи ребенка. При обследовании грамматического строя речи особенно важно учитывать СИСТЕМУ всех достижений и недостатков в его развитии.

При оценке уровня развития грамматического строя учитываются достижения детей в трех областях: в словоизменении, словообразовании и синтаксисе. Наиболее полные данные логопед получает в процессе обследования синтаксических речевых умений и навыков. Основная информация может быть получена в процессе беседы с ребенком, а также при работе над текстами различной сложности. Если логопеду в ходе обследования удастся наладить контакт с ребенком, то именно эти виды работ способствуют выявлению реального уровня сформированности грамматических навыков: употребления различных видов и типов предложений, адекватность использования грамматических форм и конструкций, их разнообразия. Специальные задания предъявляются ребенку только для того, чтобы уточнить полученные данные.

В результате обследования оценивается:

- соответствие набора грамматических форм и конструкций нормативному для данного возраста; в какой области грамматики обнаруживается недостаточность;
- уровень сформированности продуктивных и рецептивных навыков; адекватность использования грамматических форм и конструкций;
- выраженность аграмматизма (от отсутствия грамматического оформления высказывания до отдельных недочетов);
- характер аграмматизма (отсутствие грамматической формы/конструкции, гипергенерализация грамматических форм, смешения, замены, трудности линейного развертывания и проч.).

4. Звуковая сторона речи.

Обследование звуковой стороны речи подразумевает следующие направления работы:

- обследование звукопроизношения;
- обследование фонематического восприятия;
- обследование слоговой структуры слова;
- обследование интонационной стороны речи.

Обследование звукопроизношения проводится в относительно свободной форме. В первую очередь оцениваются навыки правильного звукопроизношения в спонтанном общении, а затем, при наличии отклонений в произношении звуков, звукопроизношение обследуется более подробно. Особое внимание необходимо уделить звукам, которые заменяются или смешиваются в речи детей, поскольку в последующем данные недостатки фонологического характера могут отразиться на письме и чтении. Поэтому детям дошкольного возраста и поступающим в школу рекомендуется давать усложненные задания по воспроизведению скороговорок, насыщенных оппозиционными звуками, чтобы оценить не просто качество звукопроизношения, но и уровень самоконтроля, а также уровень сформированности фонематического восприятия. Задания должны быть направлены на обследование умения адекватно использовать фонемы в различных условиях: в спонтанном общении, под контролем сознания при назывании картинок и составлении предложений, а также в отраженном проговаривании. При этом предлагаемый вербальный материал должен соответствовать возрасту, что подразумевает возрастающую сложность звукослогового наполнения предлагаемых для называния или воспроизведения слов. С другой стороны, необходимо учитывать поэтапность формирования звукопроизношения в онтогенезе, поэтому смешения «С» и «Ш» у ребенка в четыре года может рассматриваться при определенных обстоятельствах как вариант нормы, а у шестилетнего – однозначно как дефект.

В результате обследования оценивается:

- соответствие уровня сформированности звукопроизношения возрастным нормативам;

- какие звуки дефектны, какой характер носит дефект, на каком уровне он проявляется, какие факторы влияют на качество звукопроизношения.

Большую роль в формировании звукопроизношения играет фонематическое восприятие, которое требует тщательного обследования не только у детей, имеющих дефекты звукопроизношения, но и у детей с нормированными звуками.

Обследование фонематического восприятия.

Определим, что такое фонематическое восприятие и чем оно отличается от звукового и звукобуквенного анализа. Фонематическое восприятие формируется у детей в процессе речевого онтогенеза, прежде всего, как средство смыслового восприятия обращенной речи и не является продуктом специального обучения. Оно осуществляется на неосознаваемом уровне. Его формирование проследил Н.Х. Швачкин, доказав эмпирическим путем, что начало его становления приходится на первый год жизни ребенка, в целом завершаясь к трем – четырем годам. Ребенок учится сначала различать слова, схожие по слоговой структуре, но отличающиеся наличием-отсутствием звука (пояс – поезд), дифференцировать звуки в составе слова (сын – сон), различать слова, состоящие из одинаковых звуков, стоящих в разной последовательности (марки – рамки) и т.п. Далее формируется фонематический слух, который в последние десятилетия в логопедии рассматривается как компонент фонематического восприятия, позволяющий дифференцировать оппозиционные согласные. В современных исследованиях, посвященных онтогенезу звуковой стороны речи, подчеркивается огромная роль фонематического восприятия в развитии звукопроизношения ребенка. Поэтому обследование фонематического восприятия не должно осуществляться формально. Кроме того, фонематическое восприятие является фундаментом для формирования звукового и звуко-буквенного анализа, который не только требует обучения, но и достаточно высокого уровня осознанности на первых этапах обучения каждого действия в его структуре.

Особого внимания требуют дети дошкольного возраста и начавшие обучение в первом классе.

В качестве дидактического материала могут выступать картинки и устно предъявляемый материал, а в качестве вербального стимульного материала – слова, слоги.

В результате обследования оценивается:

- соответствие уровня сформированности фонематического восприятия возрастным нормативам; специфика проявления недостаточности;

- качество и уверенность воспроизведения фонологических оппозиций различного характера.

Обследование слоговой структуры слова.

Поскольку слог является минимальной произносительной единицей (Н.И. Жинкин), постольку нарушение слоговой структуры слова является речевым дефектом и, как правило, свидетельствует о тяжести выраженности речевого дефекта.

Слоговые структуры начинают формироваться в раннем возрасте. Переломным моментом является переход от лепетных словоформ к словам приближенного языка взрослых звучанию. При этом отмечается достаточно много проблем в раннем возрасте: дети переставляют слоги или звуки, добавляют лишние слоги, например, внутри стечений согласных (тигОр), уподобляют слоги и проч. Постепенно, освоение разнообразной лексики сопровождается повышением качества звукослоговой структуры слова, основные трудности перемещаются в область малознакомой лексики, имеющей 5 и более слогов и одновременно стечения 2-4 согласных.

При обследовании в данном направлении удобно пользоваться альбомами, составленными на основе классификации слов, имеющих различные слоговые структуры

А.К. Марковой, а также можно предложить отраженное проговаривание слов сложной слоговой структуры или предложений, избегая при этом малознакомых слов. Фраза «Экскурсовод проводит экскурсию» для большинства детей дошкольного возраста звучит как состав современного лекарства для взрослого.

В результате обследования отмечается:

- соответствие уровня развития слоговой структуры возрастным требованиям;
- наличие устойчивых затруднений, их характер, какие слоговые структуры оказались неосвоенными, что влияет на качество воспроизведения звуко-слоговой структуры слова.

Обследование интонационной стороны речи.

Ряд исследователей полагает, что интонация является одним из компонентов звуковой стороны речи. При обследовании интонации логопед, с одной стороны, оценивает качества голоса, с другой, выявляет, насколько у ребенка сформировано умение с помощью интонации воспринимать и передавать смысл высказывания.

В процессе беседы в начале обследования, и в последующем ходе обследования отмечаются такие показатели, как: сила, высота, тембр голоса, выразительность речи в целом. Умение сознательно управлять голосом, а также передавать смысл высказывания можно оценить в процессе декламации ребенком стихотворения или пересказе хорошо знакомой сказки (мультфильма). Обращается внимание на наличие адекватных модуляций голоса, логического ударения, смысловых пауз, интонационного контура предложений различных видов. У детей раннего и среднего дошкольного возраста, а также у детей, демонстрирующих низкий уровень понимания обращенной речи, полезно исследовать понимание вопросительной интонации, логического ударения, интонации передающей эмоциональное состояние человека. С этой целью используются различные виды пиктограмм и ситуативных картинок, вопросно-ответная форма работы, отраженное проговаривание.

В результате обследования оценивается:

- качественные показатели голоса, его устойчивость, выразительность высказывания;
- умение понимать и самостоятельно продуцировать с помощью интонации смысловые оттенки высказывания.

Таким образом, в результате обследования звуковой стороны речи дается подробная качественная характеристика уровня сформированности ее компонентов, что позволяет не только диагностировать несовершенство каждого из них, но и разработать пути их коррекции в рамках системного подхода, воздействуя, прежде всего, на первичное звено в структуре дефекта.

Строение и двигательные функции артикуляционного аппарата.

Обследование строения и двигательных функций артикуляционного аппарата производится только в том случае, если у ребенка обнаружены недостатки звуковой стороны речи. Основная задача данного направления обследования – выявить причины несформированности звуковой стороны речи и, соответственно, наметить коррекционную программу по их преодолению.

Строение органов артикуляции оценивается визуально, фиксируются только те отклонения, которые препятствуют нормированному формированию звуков речи. При возникновении у специалиста подозрения о наличии скрытых дефектов (субмукозные расщелины, аденоиды носоглотки, опухолевые процессы и т.п.) ребенок должен быть направлен на консультацию к врачу-специалисту для проведения дополнительных, в частности, аппаратных исследований.

Двигательные функции изучаются на основе простых упражнений, доступных детям данного возраста, которые могут носить статический (удерживание позы) и динамический характер (многократное выполнение одного движения, переключение с одного движения на другое и проч.). При наличии парезов и/или параличей органов артикуляции необходимо обследовать состояние двигательных функций мимической мускулатуры.

По итогам обследования фиксируется:

- наличие/отсутствие отклонений в строении органов артикуляции, если таковы присутствуют, фиксируется, какие именно являются вызывающей причиной недостатков в звуковой стороне речи;
- наличие/отсутствие нарушений моторных функций артикуляторного аппарата и их природа (нарушение тонуса мышц, дискоординационные расстройства);
- наличие/отсутствие синкинезий;
- состояние двигательных функций мимических мышц.

Обследование темпо-ритмических характеристик речи.

Данное направление обследования проводится только при наличии определенных показаний. Обычно, в процессе обследования при беседе с ребенком выявляются проблемы, обусловленные недостатком темпо-ритмической стороны речи. Это наличие патологически ускоренной или патологически замедленной речи, а также проявлений заикания или отдельных запинок как предвестников заикания. В ряде случаев одним из признаков речевой патологии может являться скандированная речь

В результате обследования оценивается:

- темп речи;
- характер судорог (при их наличии), место образования, тяжесть проявления;
- степень выраженности фиксации на речи; набор ситуаций, в которых затруднено общение.

Обследование готовности к обучению грамоте.

Данное направление обследования актуально в дошкольном возрасте, а также на начальном этапе школьного обучения, если ребенок испытывает непреодолимые трудности при освоении грамоты. Готовность к школьному обучению представляет собой комплекс показателей как психологического плана, так и речевого.

В компетенцию логопеда входит обследование комплекса речевых показателей готовности к обучению грамоте, которые включают уровень сформированности фонематического восприятия и звукового (звуко-буквенного анализа), лексико-грамматической стороны речи.

Поскольку выше уже было описано обследование лексико-грамматической стороны речи и фонематического восприятия, остановимся более подробно на обследовании звукового (звукобуквенного) анализа.

Звуковой анализ обследуется у детей дошкольного возраста. Предлагаемый материал должен коррелировать с программой дошкольного обучения ребенка. Например, если ребенок прошел обучение в логопедической группе детского сада, то он должен уметь выделять мягкие согласные из состава слова. Но если ребенком этот материал не был освоен, то лучше использовать для анализа твердые согласные или провести предварительное обучение.

Обследование звуко-буквенного анализа проводится у детей, имевших опыт обучения грамоте.

И в первом, и во втором случае допускается использование ребенком различных материализованных опор.

Звуковой и звуко-буквенный анализ предполагает осознанное выполнение операций по языковому анализу слова. Поэтому допустимо и в ряде случаев рекомендуется подключить внешнее рассуждение ребенка, поиск правильных вариантов.

В результате обследования оценивается, насколько ребенок готов к систематическому обучению грамоте в предлагаемом педагогами данного образовательного учреждения темпе и используемой методике обучения.

Обследование процессов чтения и письма.

Данное направление обследования реализуется при условии, что ребенок уже прошел обучение грамоте, и с учетом требований образовательной программы данного учреждения. Уровень сформированности процессов чтения и письма оценивается как с технической точки зрения, так и смысловой, т.е. изучается качество понимания и продуцирования письменного текста. При анализе письменных работ ребенка и процесса чтения логопед выявляет характер ошибок и их возможную причину. Среди причин можно выделить несколько групп:

- несформированность устной речи;
- несформированность других психических процессов (память, внимание, мышление);
- сенсорная недостаточность (снижение слуха, зрения);
- недостаточный уровень сформированности произвольной деятельности;
- пробелы в знаниях и педагогические ошибки при обучении.

При анализе письменных работ необходимо, в первую очередь фиксировать типичные виды ошибок, которые повторяются из работы в работу. С другой стороны, необходимо выявить те условия, в которых данные ошибки проявляются наиболее часто и устойчиво. Поэтому анализу подвергаются не единичные работы, а достаточно большое их количество, включающее как рабочие тетради, в которых зафиксированы домашние и классные работы, контрольные тетради, а также творческие – сочинения и изложения, если таковые имеются. Кроме того, логопед может давать собственные задания: диктанты, насыщенные определенными звуками, списывание, насыщенные определенными буквами, короткие сочинения и проч., при условии, что они направлены на уточнение полученных данных, соответствуют программным требованиям и относительно небольшие по объему.

При проверке качества техники чтения и понимания прочитанного полезно, наряду с обследованием чтения вслух, выяснить уровень сформированности навыка чтения «про себя», поскольку это основной вид чтения для человека. В ряде случаев при чтении про себя ребенок демонстрирует более высокую успешность. Текст для чтения отбирается незнакомый, облегченный, т.е. не содержащий большого количества терминов и незнакомых ребенку слов, соответствующий школьным требованиям на момент обучения.

В результате обследования оценивается:

- техническая сторона письма;
- количество и качество специфических дисграфических ошибок и ошибок орфографического и пунктуационного характера;
- наличие трудностей лексико-грамматического характера;
- техническая сторона чтения;
- количество и качество специфических дислексических ошибок;
- особенности понимания прочитанного.

По итогам обследования заполняется речевая карта или составляется логопедическая характеристика речи ребенка, в которой в развернутой форме формулируются выводы логопеда о состоянии отдельных сторон речи, подтверждаемые примерами. Протокол обследования может быть приложен к карте или заключению.

Таким образом, при выборе организационной формы коррекционно-развивающего обучения для детей с ТНР ПМПК должен учесть наличие альтернативы: либо обучение в условиях группы компенсирующего вида, либо в условиях инклюзивной группы. И в том, и в другом случае рекомендуется обучение по программам для детей с ОНР

Остановимся более подробно на показателях готовности к инклюзивному обучению детей дошкольного возраста. К ним можно отнести:

- уровень сформированности коммуникативных навыков;
- элементарные навыки невербального/вербального делового сотрудничества.

Для направления ребенка в специализированную «речевую группу» для детей с ОНР уровень развития данных показателей не имеет значения, поскольку условия организации коррекционно-воспитательной и образовательной работы предполагают не только наличие

коррекционной среды, обеспечивающей индивидуальный и дифференцированный подход к ребенку, но и наличие интенсивных занятий со специалистами.

А вот для того, чтобы направить ребенка в общеобразовательное дошкольное учреждение, необходимо убедиться в наличии у ребенка показателей, обеспечивающих ему не только успешную социализацию в большой группе, но и достаточный потенциал речевого развития в условиях регулярных, но не интенсивных логопедических занятий. При этом одним из положительных факторов, влияющих на формирование речевой деятельности ребенка, в условиях инклюзивного обучения может рассматриваться наличие активной речевой среды. Однако, при этом необходимо увериться, что речевая активность окружающих детей будет стимулировать вербальную коммуникацию ребенка с тяжелым речевым нарушением, а не усугублять его фиксацию на дефекте.

Рекомендуя ребенку форму инклюзивного обучения в дошкольном образовательном учреждении, логопед должен учитывать не только степень несформированность языковых средств, но и вербальные компенсаторные возможности ребенка, то есть состояние его языковой способности и возраст ребенка. Это обусловлено спецификой организации инклюзивного обучения, где важную развивающую роль берет на себя детская среда. Поэтому эффективнее данная форма обучения будет для детей раннего и младшего дошкольного возраста, у которых недоразвитие речи носит функциональный темповый характер или имеет регрессирующий характер и высокую динамику компенсации.

Для детей, у которых общее недоразвитие речи протекает на фоне органического поражения ЦНС, имеющих грубое недоразвитие речи, а также детей, у которых общее недоразвитие речи было диагностировано в предшкольном возрасте, рациональнее организовывать занятия в специальных группах компенсирующей направленности.

Еще одним показателем готовности ребенка дошкольного возраста к обучению в условиях инклюзии является его умение выстраивать конструктивное взаимодействие со взрослым или со сверстником (в старшем дошкольном возрасте). Это значит, что ребенок не только понимает инструкции взрослых, но и следует им, он может начать деятельность и закончить ее по словесной инструкции, действовать по образцу, понимает похвалу или порицание, не проявляет агрессивности по отношению к сверстникам. Данные показатели свидетельствуют о готовности ребенка работать с педагогом и возможности его обучения в относительно большом коллективе детей. Уровень сформированности этих показателей оценивается в ходе взаимодействия ребенка со взрослыми специалистами в процессе его обследования, а также во время беседы с родителями.

Дополнительным доводом в пользу инклюзивного образования является активная позиция родителей, готовых к сотрудничеству со специалистами и выражающих желание включиться в коррекционно-образовательный процесс.

Для детей школьного возраста критерии (показатели) определения образовательного маршрута будут несколько отличаться от соответствующих критериев у дошкольников, что обусловлено спецификой образовательной школьной программы. Недоразвитие речи является одним из мощных факторов риска школьной неуспеваемости, поэтому, уровень развития речи будет определять организационную форму обучения.

Остановимся на анализе выбора образовательных маршрутов для детей школьного возраста с тяжелыми нарушениями речи. В соответствии с ФГОС для детей с ОВЗ (приложение 5) к группе детей с тяжелыми нарушениями речи относятся дети с фонетическим, фонетико-фонематическим, общим недоразвитием речи, нарушениями чтения и письма, а также с заиканием. Для данной группы детей предусмотрено два варианта обучения: в условиях инклюзивного образования (вариант 5.1) и в условиях дифференцированного образования (специальной школы или класса) (вариант 5.2).

Наиболее сложным для определения варианта обучения является III уровень общего недоразвития речи, поскольку дети с данным уровнем могут обучаться по обоим вариантам.

Каковы могут быть основания выбора варианта обучения?

Выбор между вариантами обучения производится на основе учета тяжести речевого дефекта. Обучение в условиях инклюзивного образования доступно детям, имеющим общее недоразвитие речи III уровня и достаточный уровень подготовки к обучению в школе, что подразумевает наличие элементарных навыков звукового анализа и деятельностную готовность, о который мы писали выше.

Однако, при определении программы обучения и вида учреждения необходимо учитывать данные анамнеза. Например, у ребенка общее недоразвитие речи III уровня, которое предполагает обучение в условиях инклюзивного обучения, но в процессе обследования было выявлено, что у ребенка в анамнезе моторная алалия, подтвержденная объективными данными, которая была успешно частично компенсирована в ходе логопедических занятий. Поскольку алалия относится к формам речевой патологии, имеющим тенденцию к прогрессии при усложнении учебного материала, постольку рационально рекомендовать этому ребенку начать обучение по специальной (коррекционной) программе под руководством логопеда с дальнейшим мониторингом динамики и, возможно, переводом на вариант 5.1. И, конечно, такому ребенку специалист не может рекомендовать обучение по усложненной программе гимназии или лицея.

Наличие органического нарушения ЦНС в анамнезе, низкая динамика формирования полноценной речевой деятельности в процессе коррекционной работы, отсутствие опыта коррекционного обучения – все это отягощающие речевое недоразвитие факторы, которые повышают риск школьной неуспеваемости. Поэтому, дети, имеющие отягощенный анамнез и демонстрирующие ОНР III уровня, а также частичную неготовность к школьному обучению могут обучаться по варианту 5.1 в условиях инклюзивного обучения при наличии поддержки специалистов. Особое значение в этом случае приобретает начальный период обучения, определяющий формирование базовых учебных навыков и универсальных учебных действий. Перевод ребенка в одного вида программы на другой должен решаться оперативно с учетом корреляции рассматриваемых программ.

Дети, на момент поступления в школу имеющие ОНР II и I уровней, должны обучаться по варианту 5.2, так как состояние речи этих детей не позволит им успешно справиться с программным материалом наравне с обычными школьниками, поскольку у них еще не сформированы ни вербальные, ни невербальные предпосылки обучения грамоте. Им необходимы специальные методы обучения, иной порядок предъявления материала, следовательно, специальные учебники. Это возможно обеспечить только в условиях специальной (коррекционной) школы или класса. Решение в пользу класса или школы выносится совместно с родителями с учетом региональных условий.

Следует обратить особое внимание на группу детей с выраженной фиксацией на речи. Эти дети стесняются своей речи, избегают вербального общения со сверстниками и взрослыми, публичных высказываний, в том числе, ответов у доски или с места. Таких детей нельзя помещать для обучения в среду с высоким уровнем развития речи, поскольку они, обладая сохранным интеллектом, фиксируются на собственных недостатках, что приводит к невротическим реакциям и к диссоциальному поведению ученика с речевым недоразвитием. Для таких детей наиболее благоприятной для начала обучения будет среда таких же детей, у которых также обнаруживаются речевые недостатки.

Таким образом, при выборе программ и организационных форм обучения необходимо учитывать не только речевой статус ребенка и возможности освоения им программы обучения, но и социально-коммуникативный фактор: адекватность коммуникативной среды социума ближайшей зоне развития речи будущего ученика.

Основная литература

1. Грибова, О.Е. Прием научного моделирования как средство изучения речевых нарушений / Ж. Дефектология, 2001 № 1 с. 3 – 10.
2. Грибова, О.Е. Реализация принципа деятельностного подхода в процессе логопедического обследования. Ж. Дефектология 2004 №2 С. 14 – 20

3. Грибова, О.Е. Технология организации логопедического обследования. – М.: Аркти. – 2012.

4. Грибова, О.Е., Бессонова Т.П. Дидактический материал по обследованию речи детей. Звуковой строй. Альбом 2. – М.: Аркти. – 2004

Дополнительная литература

1. Бессонова, Т.П. Содержание и организация логопедической работы учителя-логопеда общеобразовательного учреждения (принципы дифференциальной диагностики и основные направления формирования предпосылок к полноценному усвоению программы обучения родному языку у детей с первичной речевой патологией). Методические рекомендации. – М: АПК и ППРО, 2008. – 56с.

2. Диагностика нарушений речи у детей и организация логопедической работы в условиях дошкольного образовательного учреждения: сб. методических рекомендаций. – СПб.: Детство- Пресс, 2000, 240 с.

3. Левина, Р.Е. К построению педагогической классификации аномалии речевого развития. В сб. Левина Р.Е. Нарушения речи и письма у детей: Избранные труды Ред.-сост. Г.В. Чиркина, П.Б. Шошин. – М.: Аркти. 2005 . – 37 – 38.

1.3 Модели деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога

Помимо медицинских документов учитель-дефектолог должен познакомиться с психологической и педагогической характеристиками ребенка, представленными в личном деле. В этих документах раскрываются знания, умения и навыки, которыми обладал изучаемый ребенок на возрастном этапе, а также характер успешности/неуспешности в учебной деятельности, деятельности, соответствующей его возрасту. Может быть рассмотрена познавательная деятельность, эмоционально-волевая сфера и особенности характеристик личности ребенка. Специалист знакомится с работами детей: с рисунками, аппликацией, работами в тетрадях и отмечает такие показатели, как изображение однотипных предметов, несоблюдение форм и пропорций частей предмета, ограниченное и неверное использование цвета, несогласование замысла рисунка с размерами листа и т.д. Для детей, обучающихся в школе, анализируется состояние рабочих тетрадей, если они были представлены. Отмечается внешний вид тетради, характер выполнения письменных работ, ошибки при письме и т.д.

Данные, представленные в сопровождающей документации соотносятся (в обязательном порядке) с предварительным наблюдением. Данные, полученные в процессе наблюдения, фиксируются в протоколе.

Психолого-педагогическое изучение познавательных возможностей ребенка

Цель наблюдения заключается в выявлении психолого-педагогических особенностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В процессе наблюдения фиксируются показатели, соответствующие возрастным показателям. Например: для дошкольника показательными будут определение и степень сформированности навыков самообслуживания, опрятности в одежде, отношение ребенка к поручениям, общий фон настроения, выраженность аффективных и эмоциональных реакций, особенности двигательного развития, наличие навязчивых или стереотипных действий, особенности игровой деятельности (отношение к игрушкам, способность самостоятельно выбрать игрушки и организовать игру, адекватность действий с игрушками, стойкость интереса к игровой деятельности).

Использование метода беседы в психолого-педагогическом изучении познавательных возможностей.

В ходе беседы, при первичном контакте с ребенком, при определении состояния и точности представлений о себе и об окружающем мире, учитель-дефектолог уделяет внимание следующим показателям, которые очень важны для понимания своеобразия

развития познавательной сферы ребенка старшего дошкольного, младшего школьного возраста:

- точность представлений ребенка о себе, своих родителях, ближайших родственниках, друзьях и способность дифференцировать понятия «семья», «соседи», «родственники» и т. д.;
- характер представлений о времени (умение определять время на часах, понимание временной протяженности);
- представления о явлениях природы (различение времен года с учетом их признаков, наличие представлений о грозе, снегопаде, дожде и т.д.);
- умение ориентироваться в пространстве;
- запас сведений о своей Родине, о выдающихся событиях, понимание прочитанных книг, просмотренных фильмов и т.д.

С целью определения состояния познавательных возможностей ребенка с ОВЗ, учитель-дефектолог проводит сравнительное психолого-педагогическое исследование в рамках деятельности психолого-педагогической комиссии. Вся процедура обследования должна быть сжата по времени и информативна для специалиста. Поэтому чрезвычайно важно правильно уметь отбирать диагностический материал с учетом возрастных новообразований (уровень развития перцептивных действий, наглядно-образного мышления, состояния ведущей деятельности, типичных видов деятельности), уметь четко формулировать инструкцию к заданию, оказывать различные виды помощи и учитывать уровень выполнения и принятия помощи, анализировать и грамотно интерпретировать полученные результаты.

При процедуре обследования детей 3-4 лет, 4-5 лет, 5-6 лет и 6-7 лет проводится количественно-качественная оценка результатов обследования умственного развития дошкольников. В процессе обследования специалисты используют психолого-педагогическую диагностику развития детей дошкольного возраста, разработанную доктором педагогических наук, профессором Стребелевой Еленой Антоновной.

Стребелева Е.А. в своих исследованиях, психолого-педагогических трудах неоднократно подчеркивала, что при обследовании развития ребенка дошкольного возраста важно проводить *комплексную* диагностику, основанную не только на количественном показателе, следует также рассматривать и качественные критерии оценки результата. Дошкольник очень раним, подвижен, при обследовании необходимо относиться к нему как можно бережнее.

Для детей 3-4 лет предлагаются следующие задания:

- «Поиграй» (набор сюжетных игрушек);
- коробка форм;
- разборка и складывание матрешки (четырёхсоставной);
- группировка игрушек;
- разрезная картинка (из трех частей);
- «Достань тележку» (со стержнем);
- «Найди пару» (сравнение картинок);
- конструирование из кубиков;
- «Нарисуй»;
- сюжетные картинки.

Для детей 4-5 лет используются следующие задания:

- «Поиграй» (набор сюжетных игрушек);
- коробка форм;
- разборка и складывание матрешки (пятисоставной);
- дом животного;
- разрезная картинка (из четырех частей);
- «Угадай, чего нет» (сравнение картинок);

- счет;
- конструирование из палочек;
- «Нарисуй человека»;
- сюжетная картинка «Зимой».
- *Для детей 5-6 лет используются следующие задания:*
- включение в ряд;
- коробка форм;
- разрезная картинка;
- группировка картинок по цвету и форме;
- количественные представления и счет;
- сравнение картинок «Летом»;
- «Найди время года»;
- «Нарисуй целое»;
- серия сюжетных картинок «Утро мальчика».

Для детей 6-7 лет предлагаются следующие задания:

- разрезная картинка «Клоун»;
- представления об окружающем (беседа);
- представление о временах года;
- количественные представления и счет;
- серия сюжетных картинок «Зимой»;
- «Дорисуй»;
- рассказ по сюжетной картинке «В лесу»;
- звуковой анализ слова;
- «Продолжи ряд» (письмо);
- узнавание фигур (тест Бернштейна).

Все сведения, получаемые в процессе применения экспериментальных методик и заданий, заносятся в протокол обследования.

Помимо констатации состояния и особенностей познавательной, эмоциональной, личностной, физической сфер, важное место в деятельности учителя-дефектолога (олигофренопедагога) занимает определение учебных затруднений, возникающих у ребенка с ОВЗ в процессе обучения. Для этого учителю-дефектологу необходимо четко ориентироваться в содержании образовательной программы для учреждений общего образования, а также для специальных (коррекционных) учреждений.

Составление психолого-педагогической характеристики

На основе полученных в ходе обследования данных, которые оформляются в соответствующем протоколе обследования, составляется психолого-педагогическая характеристика.

В психолого-педагогической характеристике отражаются как особенности отклоняющегося развития ребенка, так и положительные стороны его личности, его потенциальные возможности. Проводится соотносительный (динамический) анализ состояния сформированности учебных знаний, умений, навыков и психофизического развития ребенка, в том числе и с ОВЗ, универсальные учебные действия как основной показатель индивидуальных достижений.

Как правило, в характеристике отражаются следующие показатели: общие сведения о ребенке, история развития, семья, физическое состояние, особенности познавательной деятельности, особенности речи, особенности внимания, особенности восприятия, особенности памяти, особенности усвоения учебного материала, интересы, эмоционально-волевая сфера, особенности личностных проявлений.

Анализируя данные психолого-педагогического обследования, учитель-дефектолог (олигофренопедагог) выявляет ведущую проблему в процессе обучения ребенка, определяет

сохраненные стороны развития ребенка, а также формулирует приоритетные направления последующей коррекционно-развивающей работы. Данное направление реализуется в ходе психолого-педагогического консилиума, комиссии и основывается на следующих принципах: комплексности, последовательности, учета возраста и потенциальных возможностей ребенка, наглядности и др.

Коррекционно-развивающая, индивидуальная программа может быть определена на различные периоды от трех до шести месяцев, в зависимости от возможностей как самого ребенка, так и образовательной среды, созданной в учреждении.

В процессе проведения психолого-педагогического обследования проводится и консультирование родителей (лиц, их заменяющих), где также могут быть определены основные направления работы с родителями, педагогами. Консультирование родителей и педагогов включает в себя следующие направления:

- адекватное состоянию ребенка использование воспитательных мер – стимулирование, порицание, др.;
- определение основных рекомендаций по формированию образовательного маршрута, коррекционной программы;
- выработка алгоритма взаимодействия всех субъектов образовательного процесса.

Основная литература

1. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития: программно-методические материалы / И.М. Бгажнокова и др.; под ред. И.М. Бгажноковой. М.: Владос, 2010.

2. Воспитание детей с нарушениями интеллектуального развития: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по специальности "Олигофренопедагогика" / Н.П. Коняева, Т.С. Никандрова. М.: ВЛАДОС, 2010.

Дополнительная литература

3. Организация и планирование воспитательной работы в специальной (коррекционной) школе-интернате, детском доме: пособие для воспитателей и учителей / Е. Д. Худенко и др. 5-е изд., испр. и доп. М.: АРКТИ, 2010.

1.4 Модели деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога

Нарушение слуха у детей оказывает значительное влияние на все процессы психического и речевого развития, в результате чего возникают выраженные в разной степени специфические особенности в познавательной деятельности и личностной сфере.

В основе нарушения слухового анализатора находятся разные причины и механизмы.

Выделяют две основные категории детей со стойкими нарушениями слуха – глухие и слабослышащие.

Глухие дети не воспринимают речь разговорной громкости и без специального обучения устная речь у них не развивается. Для глухих детей использование слухового аппарата или кохлеарного импланта является обязательным условием их развития. Однако даже при использовании слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов они испытывают трудности в восприятии и понимании речи окружающих.

Слабослышащие дети имеют разные степени нарушения слуха – от незначительных трудностей в восприятии шепотной речи до резкого ограничения возможности воспринимать речь разговорной громкости. Слабослышащие дети могут самостоятельно, хотя бы в минимальной степени, накапливать словарный запас и овладевать устной речью. Необходимость и порядок использования слуховых аппаратов определяют специалисты (врач-сурдолог и сурдопедагог). Для полноценного развития слабослышащих детей, также как и глухих, требуются специальные коррекционно-развивающие занятия с сурдопедагогом.

В последнее время выделяют еще одну группу детей с нарушением слуха – *кохлеарно имплантированные дети*. Дети с кохлеарными имплантами могут воспринимать звуки окружающего мира и речь на значительном расстоянии (свыше 6 метров). Однако уровень их

психоречевого развития будет зависеть от следующих факторов: возраст ребенка на момент проведения операции по кохлеарному имплантированию; наличие дополнительных нарушений; благоприятная социальная ситуация развития; адекватность и систематичность специального коррекционного сопровождения.

Внешний вид и поведение ребенка с нарушенным слухом с первого взгляда могут быть обычными, но в процессе наблюдения достаточно быстро выявляется специфика речи ребенка (особенности просодической ее стороны, звукопроизношения, слухо-зрительный способ восприятия обращенной речи) и особенности самого коммуникативного процесса.

Глухие и слабослышащие в зависимости от своих возможностей *воспринимают речь* окружающих тремя способами: на слух, зрительно, слухо-зрительно. Основным способом восприятия устной речи для детей с нарушенным слухом является *слухо-зрительное*, когда ребенок видит лицо, щеки, губы говорящего и одновременно «слышит» его с помощью слуховых аппаратов/кохлеарных имплантов.

Но даже при слухо-зрительном восприятии глухие/слабослышащие не всегда успешно воспринимают и понимают речь собеседника по следующим причинам:

- внешние – особенности анатомического строения органов артикуляции говорящего (узкие или малоподвижные при говорении губы, особенности прикуса и др.), маскировка губ (усы, борода, яркая помада и др.), специфика продуцирования речи (нечеткая, быстрая речь и др.); расположения говорящего по отношению к глухому/слабослышащему ребенку; количество включенных в беседу людей; акустическая обстановка;

- внутренние – наличие незнакомых слов в высказываниях собеседника; «слуховые возможности» ребенка (неисправность слухового аппарата; неполное «слышание», большие помещения (слабое отражение звуков от стен)); временная невнимательность (небольшое отвлечение, усталость) и ограниченность житейского и социального опыта ребенка с нарушенным слухом (недостаточная осведомленность по общему контексту/теме разговора и влияние этого на понимание сообщения).

Глухие/слабослышащие могут иметь следующие *основные особенности речевого развития*:

- на уровне продуцирования – нарушения произношения; недостаточное усвоение звукового состава слова, которое проявляется в ошибках при произнесении и написании слов;

- на лексическом уровне – ограниченный словарный запас, неточное понимание и неправильное употребление слов, зачастую связанное с неполным овладением контекстным значением;

- на грамматическом уровне - недостатки грамматического строя речи, особенности в усвоении и воспроизведении речевых (грамматических) конструкций;

- на синтаксическом уровне – трудности восприятия предложений с нетрадиционным/инвертным порядком слов/словосочетаний и ограниченном понимании читаемого текста.

Нарушение слухового восприятия и возникающее в результате этого недоразвитие речи создают своеобразие в познавательном и личностном развитии такого ребенка.

Среди наиболее значимых для организации учебного процесса *особенностей* выделяют следующие:

- сниженный объем внимания, низкий темп переключения, меньшая устойчивость, затруднения в его распределении;

- преобладание образной памяти над словесной, преобладание механического запоминания над осмысленным;

- зависимость уровня развития словесно-логического мышления от развития речи обучающегося;

- непонимание и трудности дифференциации эмоциональных проявлений окружающих, обедненность эмоциональных проявлений;

- наличие комплекса негативных состояний – неуверенность в себе, страх, гипертрофированная зависимость от близкого взрослого, завышенная самооценка;
- приоритетное общение со взрослым и ограничение взаимодействия со сверстниками.

При поступлении в образовательные организации дети с нарушениями слуха имеют разный уровень психического и речевого развития, который зависит от степени снижения слуха и времени его возникновения, адекватности медицинской коррекции слуха, наличия своевременной, квалифицированной и систематической психолого-педагогической помощи, особенностей ребенка и его воспитания в семье.

Дети с нарушением слуха в соответствии с уровнем развития могут *обучаться*:

- совместно с другими детьми (включение в детские сады общеразвивающего, комбинированного типа, общеобразовательные школы);
- в отдельных группах/классах образовательных организаций;
- в отдельных образовательных организациях (детские сады компенсирующего вида, общеобразовательные специальные (коррекционные) школы).

Дети с нарушением слуха в *соответствии с ООП* осваивают:

- основную образовательную программу (все уровни образования);
- адаптированную образовательную программу (все уровни образования);
- адаптированную основную образовательную программу (дошкольное образование, начальное образование – глухие по вариантам 1.1, 1.2, 1.3, 1.4; слабослышащие по вариантам 2.1, 2.2, 2.3);
- индивидуальный учебный план (все уровни образования).

Специфические трудности психолого-педагогического обследования детей с нарушением слуха обусловлены непониманием и/или недопониманием ребенком обращенной речи, отсутствием или неразборчивостью собственной речи. Имеющиеся трудности коммуникации с диагностируемым слабослышащим или глухим ребенком значительно ограничивают возможности использования стандартизированных экспериментальных методик, психологических диагностик и тестовых заданий.

Для диагностики особенностей психического развития детей с нарушениями слуха необходим системный подход, учет структуры нарушения в целом, всестороннее обследование ребенка (возможности слухового восприятия, развитие речи, познавательных процессов, личностных особенностей, специфики ситуации социального развития).

Психолого-педагогическая диагностика развития ребенка с нарушенным слухом в младенчестве, раннем детстве и дошкольном возрасте продолжает оставаться сложной проблемой, которая связана с трудностями дифференциации глухоты, частичной потери слуха, снижения интеллекта, речевых нарушений. При этом глухие дети часто квалифицируются как умственно отсталые, слабослышащие дети — как дети с сенсорной или моторной алалией.

Трудности дифференциальной диагностики отдельных нарушений психического развития по отношению к детям раннего возраста обусловлены тем, что разные отклонения в развитии могут иметь сходные внешние проявления (трудности общения, отсутствие речи).

При психолого-педагогическом обследовании принято выделять особые задачи изучения таких детей в зависимости от их возраста и периода психического развития (Т.Г. Богданова, А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард, Е.И. Исенина, Н.Д. Шматко и др.):

Ранний, дошкольный и младший школьный возраст – уточнение диагноза ребенка, оценка адекватности слухопротезирования/кохлеарного имплантирования, выявление особенностей развития речи и познавательной сферы (формирования взаимоотношений между мышлением и речью), развитие движений.

Подростковый и юношеский возраст – оценка уровня развития восприятия и воспроизведения устной речи, исследование сложных психических процессов (словесная память, абстрактно-понятийное мышление, воображение), изучение личностных

особенностей (самосознание, различные виды адаптаций, в том числе социально-психологической, социально-трудовой).

Приступая к психолого-педагогическому обследованию ребенка с нарушенным слухом, важно знать особенности данной категории детей и способы общения с ними. Предварительное знакомство специалиста с документацией ребенка позволяет выбрать адекватный способ общения:

- если ребенок дошкольного возраста с нарушенным слухом не владеет словесной речью, применяются невербальные задания, где условия вытекают из характера предъявленного материала или могут быть показаны с помощью естественных жестов;
- если старший дошкольник или школьник с трудом слухо-зрительно воспринимает устную речь, используют дактилологию или жестовый язык для объяснения инструкции;
- если дошкольник или школьник слухо-зрительно воспринимает устную речь недостаточно, пользуются письменным предъявлением инструкций;
- если дошкольник или школьник слухо-зрительно воспринимает устную речь, необходимо учитывать, что непонимание отдельных слов в инструкции, непривычная формулировка вопроса нередко приводят к ошибочным ответам, а, следовательно, специалист должен убедиться в том, что ребенок понял инструкцию перед тем, как он приступит к выполнению задания. Эффективным способом такой проверки может быть предъявление аналогичного основному, но более легкого задания. Как только ребенок его выполнит, можно переходить к основному обследованию (Т.В. Розанова).

Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями слуха также будут проявляться в особых требованиях к диагностическим средствам и характеру процедуры обследования.

Требования к диагностическим средствам при психолого-педагогическом обследовании ребенка с нарушением слуха, в первую очередь, относятся к пособиям, игрушкам, карточкам, материалам диагностических методик, которые используются для обследования детей дошкольного возраста. Рекомендуются:

- использование реальных, соответствующих образам современной действительности, предметов/игрушек при обследовании дошкольников с нарушением слуха;
- использование карточек с точными, доступными детям изображениями предметов, максимально приближенными к реальным объектам окружающего мира при ограничении количества одновременно предъявляемых карточек с учетом возрастных и специфических особенностей;
- использование карточек с изображением сюжетов, доступных пониманию глухого/слабослышающего ребенка и с учетом его ограниченного социального опыта;
- использование табличек с письменными заданиями/инструкциями.

Кроме того, меняются требования к характеру процедуры обследования ребенка с нарушенным слухом. Рекомендуются:

- адаптация инструкции в соответствии с уровнем речевого развития глухого/слабослышающего ребенка и возможностями восприятия устной речи;
- использование вспомогательных средств для предъявления инструкции/задания: письменные задания, естественные жесты, применение дактилологии, жестовой речи, символов и условных обозначений и др.;
- включение в процедуру обследования обучающих, более простых заданий, раскрывающих алгоритм действий, необходимых ребенку для выполнения диагностических задач;
- включение системы оказания помощи в соответствии с разными уровнями трудностей ребенка с нарушенным слухом: эмоциональная/психологическая поддержка; дополнительная помощь по содержанию задания; помощь в выборе способа действия/переноса его в решение следующего задания и др.;

– пересмотр процедуры оценивания и анализа результатов с учетом особенностей развития данной категории детей и использованных в процедуре обследования видов помощи.

Основными задачами учителя-дефектолога (сурдопедагога) на ПМПК являются:

- педагогическая диагностика нарушения слуха и/или оценка адекватности электроакустической коррекции слуха;
- изучение уровня развития слухового восприятия;
- оценка уровня речевого развития.

При обследовании сурдопедагог использует следующие *методы*: анализ документации; наблюдение за ребенком в процессе всего обследования; оценка слухового восприятия на основе условно-двигательной реакции на звук, исследование слуха речью; беседа с ребенком и его родителями, специальные методики для диагностики уровня речевого и когнитивного развития.

При проведении обследования слуха и возможностей слухового восприятия речи необходимо создать условия, при которых ребенок будет реагировать на звучание только с помощью остаточного слуха: при произнесении звуков, слов, фраз пользоваться экраном, закрывать всю нижнюю часть лица (ниже глаз) и не опускать экран по окончании произнесения стимула, исключая зрительные и тактильные (ощущение ребенком воздушной струи) «подсказки»; располагаться так, чтобы педагог не касался ребенка, его одежды, стула, стола, исключая вибрационные «подсказки».

Обследование речи состоит из нескольких разделов: особенности произношения и оценка внятности речи; состояние пассивного и активного словаря; грамматический строй речи; связная речь; обследование чтения и письма.

По результатам обработки протоколов обследования сурдопедагог составляет индивидуальный речевой профиль ребенка, на котором представлены все компоненты речевой системы. Сопоставление речевых профилей, полученных при первичном и повторном обследовании, наглядно показывает динамику речевого развития ребенка и свидетельствует о степени эффективности проводимой с ним коррекционной работы.

Психолого-педагогическая диагностика детей с нарушениями слуха состоит из нескольких этапов:

1. Знакомство с документами.

Изучение анамнестических сведений о ребенке по предоставленной родителями документации (результаты клинических и психолого-педагогических обследований, характеристики из образовательных организаций).

На этом этапе формируется первичное обобщенное представление о проблемах ребенка, намечается цель диагностики, выбирается стратегия процедуры диагностического обследования.

2. Беседа с родителями или лицами, их замещающих.

Этот этап является важной частью обследования, способствующей изучению и оценке истории психофизического развития ребенка с нарушенным слухом, социальной ситуации развития, условий обучения, воспитания, коррекции, наличия и характера получаемой им специальной педагогической помощи, его образовательного маршрута.

Кроме того, такая беседа позволяет в первом приближении оценить состояние самих родителей (стадию и степень переживания стрессовой ситуации), их информационную осведомленность об особенностях, возможностях ребенка, уровень овладения способами взаимодействия и приемами/методами его обучения, степень их правового ориентирования и социальной навигации.

На этом этапе дополняется первичное обобщенное представление о проблемах ребенка, социальной ситуации его развития, возможностях участия родителей в коррекционно-развивающем процессе и обучении ребенка, выявляется запрос самих родителей, определяется основная цель и ход процедуры диагностического обследования.

3. Установление контакта и знакомство (беседа) с ребенком.

При комплексном обследовании учитель-дефектолог (сурдопедагог) первый устанавливает контакт с ребенком, подбирает адекватный способ взаимодействия с глухим/слабослышащим. Полноценный контакт позволит начать обследование с диагностики слуха – наиболее сложной для такого ребенка процедуры. Необходимо также помнить, что достаточно часто запрос родителей и сама стратегия диагностического обследования предполагает изучение возможностей слухового восприятия ребенка.

4. Психолого-педагогическая диагностика особенностей развития ребенка с нарушением слуха.

На этом этапе учитель-дефектолог (сурдопедагог) начинает обследование слуха и речи ребенка в соответствии со стратегией, выработанной на предыдущих этапах.

При необходимости, к процедуре диагностики подключаются другие специалисты:

- психолог изучает уровень сформированности высших психических процессов в соответствии с возрастными нормативами развития, личностные характеристики ребенка, особенности аффективной и коммуникативно-поведенческой сфер;
- логопед участвует в обследовании при подозрении на имеющееся у ребенка дополнительное первичное нарушение речи;
- социальный педагог включается при необходимости более глубокого анализа социальной ситуации развития ребенка (в семье, образовательной организации и т.д.), составления рекомендаций в области профессионального ориентирования.

В процессе обследования учителем-дефектологом (сурдопедагогом) и другими специалистами проводится наблюдение за поведением и деятельностью ребенка с нарушенным слухом для уточнения полученной информации. Это важная составляющая психолого-педагогической диагностики, позволяющая зафиксировать особенности психоречевого и личностного развития, которые не всегда удастся отследить в процессе выполнения ребенком с нарушенным слухом заданий диагностических методик. Информация, полученная специалистами в процессе наблюдения, позволяет более точно сформулировать заключение и определить специальные условия обучения ребенка.

В зависимости от возраста ребенка выделяют следующие *задачи педагогического обследования слуха*:

1. уточнение диагноза - подтверждение нарушения слуха, определение степени поражения слуховой системы, соотнесение данных медицинского и педагогического обследования;
2. оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование/ кохлеарное имплантирование) коррекции слуха;
3. изучение уровня развития восприятия речи на слух.

Важным при проведении обследования является создание условий, при которых ребенок будет реагировать на звуки только с помощью остаточного слуха.

Полученные данные обязательно соотносятся с данными медицинскими обследования слуха.

Обследование проводится на правое и левое ухо поочередно, при необходимости, на оба уха вместе.

При анализе эффективности медицинской технической (слухопротезирование/ кохлеарное имплантирование) коррекции слуха и изучении уровня развития слухового восприятия речи ребенок использует слуховые аппараты/кохлеарные импланты. Сурдопедагог выявляет адекватность настройки слуховых аппаратов (кохлеарного импланта), слуховые возможности ребенка, уровень развития речевого слуха, как точки отсчета результативности дальнейшей работы по развитию слухового восприятия.

Обследование проводится на оба уха вместе, при необходимости, на правое и левое ухо поочередно.

В зависимости от возраста ребенка и уровня его развития используют следующие *методики*: оценка слуха на основе условно-рефлекторной (условно-двигательной) реакции на звук, исследование слуха речью.

Оценка слуха на основе выработки условно-рефлекторной (условно-двигательной) реакции на звук используется для педагогического исследования слуха детей с 1,5-2 лет.

Для обследования применяют неречевые звуковые стимулы (музыкальные игрушки откалиброванные (барабан – 500-5000 Гц, гармошка – 2000 Гц, свисток – 2500 Гц, дудка – 3000 Гц, шарманка – 4000 Гц, погремушка – 5000 Гц) и речь (слог – *ту* и слогосочетания – *папапа, пупупу, пипипи*).

Исследование слуха речью проводится по специально разработанным спискам слов.

Для обследования детей дошкольного возраста используются детские таблицы Л.В. Неймана, куда входят знакомые детям низкочастотные и высокочастотные слова, и речевые таблицы А.М. Ошеровича.

Для младшего школьного возраста - таблицы И.Я. Темкиной и 50 фонетически сбалансированных слов русской речи, отобранных Э.И. Леонгард. Для обследования слуха детей среднего и старшего школьного возраста используют речевые таблицы Н.Б. Покровского, таблицы фраз Э.В. Мироновой.

Полученные данные заносятся в протокол по следующей схеме:

1. Восприятие на слух контрольных слов

Слово распознано - все звуки в нем узнаны и названы в правильной последовательности (школа - школа);

Слово воспринято близко к образцу – названо другое слово, с которым совпадают с образцом ритмический рисунок и часть звуков (девочка – дедушка) или воспроизведена часть слова (окно - оно).

Слово не воспринято, ответ признается ошибочным, если называется другое слово, резко отличающееся от образца по звуковому составу (мяч - машина).

2. Восприятие на слух фраз

Фраза распознана – все ее слова распознаны и названы в правильной последовательности (На улице идет дождь – На улице идет дождь);

Фраза воспроизведена близко к образцу - часть слов распознана правильно, часть изменена (На улице идет дождь – На улице идет дядя).

Фраза не распознана – большинство слов не соответствует предложенному образцу (На улице идет дождь - На улице едет машина).

Режим работы слухового аппарата считается оптимальным если, ребенок ощущает звучание голоса на расстоянии не менее 1,5–2 м; различает или воспринимает звукоподражания, лепетные и полные слова на расстоянии не менее 1 м; не испытывает неприятных ощущений (И.И. Митюшкина).

Таким образом, задачей педагогического исследования слуха, реализуемого учителем-дефектологом (сурдопедагогом) на ПМПК является оценка состояния слуховой функции для выявления нарушения слуха или уточнения медицинского диагноза, изучение уровня развития слухового восприятия речи с целью определения образовательного маршрута и конкретизации специальных образовательных условий такого ребенка.

Сурдопедагог в процессе обследования (в том числе, и другими специалистами ПМПК) должен оценить уровень речевого развития ребенка.

Оценка особенностей речи включает изучение понимания устной речи (естественных жестов), уровень развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка, степень овладения им письменной речью.

Оценка понимания устной речи (естественных жестов) проводится в процессе всего обследования и начинается с выявления особенностей развития навыков коммуникации: активность, эмоциональность, заинтересованность в контактах с взрослым, продолжительность взаимодействия, использование вербальных и невербальных средств.

Специальная проверка понимания устной речи проводится при предъявлении ребенку предметных и сюжетных картинок, вопросов и поручений. У старших обученных дошкольников и школьников выявляется объем пассивного словаря.

Обследование понимания слов проводится по следующим направлениям: понимание значений существительных, глаголов, прилагательных, наречий; понимание слов различных лексико-семантических групп (синонимов, антонимов, многозначных слов).

В протоколе необходимо зафиксировать: уровень сформированности коммуникативных навыков, задания, предлагаемые ребенку (при этом обязательно следует указать, какими средствами (вербальными и/или невербальными) пользовался сурдопедагог) и правильность их выполнения.

Оценка уровня развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка проводится при предъявлении предметных и сюжетных картинок. Сурдопедагог побуждает ребенка называть изображенные предметы и действия.

При диагностике кохлеарно имплантированных детей, старших дошкольников с нарушенным слухом, включенных в коррекционно-развивающие занятия с раннего возраста, а также школьников можно использовать модель для диагностики речи, которая сочетает традиционные для сурдопедагогической и логопедической практики приемы с некоторыми нейропсихологическими методами, разработанными Т.В. Ахутиной, Т.А. Фотековой, Л.С. Цветковой.

Методика состоит из нескольких разделов:

Звукопроизношение – особенности произнесения всех основных групп звуков.

В качестве речевого материала используются изолированные звуки, слоги и слова (исследуемый звук находился в различных позициях), предложения.

При анализе учитывается:

– характер нарушения звуков (замены, искажения, отсутствие, смещения), преобладание какого-либо типа нарушения;

– наличие призвуков;

– проявление усредненной или утрированной артикуляции.

Фонематическое восприятие – возможности дифференциации на слух фонем, относящихся к основным группам оппозиций (твердость-мягкость, звонкость-глухость).

В качестве речевого материала используются слоговые ряды, ряды слов, предложения.

Интонационная сторона речи – возможности реализации и изменения темпоральных, ритмических, звуковысотных характеристик; особенности актуализации интонационных рисунков слов и предложений; возможности интонационного восприятия интонационных рисунков слов и предложений.

В качестве речевого материала используются звуки, слоговые ряды, слова, предложения.

Слоговая структура слова – возможности воспроизведения и восприятия слов разной слоговой структуры.

Обследование воспроизведения слов включает оценку изолированного произнесения и возможности использования слов простой и сложной слоговой структуры в составе минимального контекста.

В качестве речевого материала используются слова и предложения.

При анализе результатов учитывается:

– наличие, количество и характер искажений;

– особенности ритмического рисунка слова (скандирование, ударение, скорость, паузирование).

Словарный запас – состояние пассивного и активного словаря.

Обследование понимания слов проводится по следующим направлениям:

– понимание существительных, глаголов, прилагательных, наречий;

– понимание слов различных лексико-семантических групп: синонимов, антонимов, многозначных слов.

Обследование активного словаря осуществляется в рамках следующих подразделов:

- называние слов, обозначающих названия предметов, действий, качеств;
- подбор синонимов, антонимов и др.;
- использование многозначных слов.

Грамматический строй

Морфологический уровень:

- формы словоизменения имен существительных (единственного и множественного числа; падежные формы; род имен существительных);
- формы словоизменения имен прилагательных (формы единственного и множественного числа; формы мужского, женского, среднего рода, падежные формы);
- формы словоизменения глаголов (формы единственного и множественного числа; формы настоящего, прошедшего и будущего времени; формы мужского, женского, среднего рода прошедшего времени; формы 1, 2, 3 лица).

Словообразовательный уровень:

- образование существительных (суффиксальный способ; префиксально-суффиксальный; сложение основ);
- образование прилагательных (относительных; притяжательных);
- образование глаголов (префиксальный способ; суффиксальный способ).

Синтаксический уровень:

- словосочетание (связь: управление и согласование);
- предложение (простое нераспространенное и распространенное, сложное).

Связная речь (устная монологическая)

- пересказ повествовательного рассказа;
- рассказ по серии сюжетных картин;
- рассказ по сюжетной картине;
- рассказ-описание предмета;
- рассказ-описание явления;
- творческий рассказ (по воспоминаниям, представлениям и т.д.).

Чтение

Обследование чтения осуществляется в рамках следующих подразделов:

- техника чтения;
- правильность чтения (смещения и замены букв на основе их акустического, артикуляционного, оптического сходства; искажения звуко-слоговой структуры слов; аграмматизмы);
- выразительность чтения;
- понимание прочитанного (понимание отдельных слов и фраз в контексте, возможность правильно ответить на вопросы по прочитанному тексту, установление причинно-следственных и других связей в тексте).

Письмо

Обследование письма проводится по следующим направлениям:

- списывание (слов; предложений; микротекста);
- самостоятельное письмо (слов; предложений; микротекста).

Связное письменное высказывание (изложение)

Связное письменное высказывание анализируется с учетом следующих параметров: цельность, связность, развернутость, структурно-семантическая организация, языковое оформление.

Для определения уровня сформированности операций языкового анализа и синтеза школьникам предлагаются задания на выделение предложений из текста, выделение слов в предложении, слоговой и фонемный анализ слов.

По результатам обработки протоколов обследования можно построить индивидуальный речевой профиль для каждого ребенка. На нем видно, какие компоненты речевой системы страдают в большей степени, а какие относительно сохранены.

Для построения индивидуального профиля необходимо посчитать успешность выполнения каждой серии в процентном выражении. По вертикальной оси нужно отложить успешность выполнения заданий в процентах, а по горизонтальной – название измеряемых параметров: 1 – звукопроизнесение; 2 – слоговая структура слова и т.д.

Сопоставление речевых профилей, полученных при первичном и повторных обследованиях, наглядно показывает динамику речевого развития ребенка и свидетельствует о степени эффективности проводимой с ним коррекционной работы.

По результатам диагностики составляется заключение.

Учитель-дефектолог (сурдопедагог) составляет краткое первичное заключение в соответствии с целью обследования, запросом родителей, стратегией проведения диагностики.

В заключении сурдопедагога рекомендуется указать соответствие медицинского диагноза и данных педагогического обследования слуха, адекватность электроакустической коррекции слуха, особенности слухового восприятия речи, уровень речевого развития, специфику коммуникации.

Анализ полученных данных целесообразно проводить совместно с другими специалистами ПМПК для получения наиболее точного представления об особенностях ребенка, определения прогноза его развития и возможностей дальнейшего обучения.

После обработки комплексных данных от других специалистов формируется итоговое заключение и рекомендации ПМПК.

В рекомендациях сурдопедагог может указать на необходимость дополнительных медицинской и/или психолого-педагогической диагностики, предложить использование определенной методики, конкретных методов, приемов и средств коррекции отклонений в развитии.

Рекомендации психолого-медико-педагогической комиссии определяют образовательный маршрут глухого/слабослышащего ребенка, специальные образовательные условия, которые необходимо ему обеспечить.

Представленные направления работы сурдопедагога на ПМПК являются ориентировочными и могут быть расширены или сужены в зависимости от особенностей ребенка, цели обследования и порядка проведения ПМПК. Выбор заданий сурдопедагог осуществляет, анализируя поведенческие и речевые реакции ребенка во время установления контакта, взаимодействия с ребенком других специалистов на ПМПК.

Специалисты ПМПК (психолог, логопед, дефектолог) также на основании наблюдений в течение обследования сурдопедагога могут выявить и проанализировать некоторые особенности ребенка, что в значительной степени будет способствовать оптимизации работы ПМПК.

Основная литература

1. Королева, И. В. Диагностика и коррекция нарушений слуховой функции у детей раннего возраста. – СПб.: Изд-во «КАРО», 2005.
2. Кузьмичева, Е.П. Методика развития слухового восприятия глухих учащихся. М., 1991.
3. Николаева, Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушением слуха. – М.: Издательство: Экзамен. 2006.

Дополнительная литература

1. Речицкая, Е.Г., Кулакова Е.В. Готовность слабослышащих детей дошкольного возраста к обучению в школе. – М.: Владос, 2013.
2. Интернет-портал Института коррекционной педагогики РАО [Электронный ресурс]. URL: www.ikprao.ru
3. Интернет-журнал Отоскоп [Электронный ресурс]. URL: <http://www.otoskop.ru/rus/>

1.5 Модели деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога

Основные задачи тифлопедагога ПМПК:

- провести педагогическую оценку специфики зрительного восприятия;
- оценить сформированность компенсаторных функций;
- определить соответствие актуального уровня сформированности компенсаторных навыков, (в зависимости от возраста ребенка - жизненных компетенций), биологическому возрасту ребенка (с учетом времени наступления зрительной патологии);
- выявить в процессе обследования ребенка с глубокой зрительной патологией, признаки стереотипий (навязчивых стереотипных движений), вербализма;
- определить дополнительные факторы, осложняющие визуальные возможности ребенка;
- определить уровень развития ребенка, его готовность к обучению/воспитанию (в соответствии с возрастом);
- оценить индивидуальные особенности его познавательной деятельности, связанные с возможностью коррекции и компенсации зрительной недостаточности;
- определить необходимые специальные образовательные условия (в том числе, специальное оборудование и специальная дидактика) для обучения ребенка;
- сформулировать основные (стратегические) направления коррекционно-развивающих занятий с ребенком, обусловленные, в первую очередь, характером зрительных нарушений.

Дети с нарушением зрения

Степень нарушения зрительной функции определяется по уровню снижения остроты зрения – способности глаза видеть две светящиеся точки при минимальном расстоянии между ними. За нормальную остроту зрения равную единице (1,0), принимается способность человека различать буквы или знаки десятой строки специальной таблицы на расстоянии 5 м. Разница в способности различать знаки между последующей и предыдущей строками означает разницу в остроте зрения на 0,1. Соответственно человек, способный различить наиболее крупные знаки первой сверху строки, имеет остроту зрения - 0,1, четвертой - 0,4.

По степени нарушения зрения и зрительным возможностям на лучше видящем глазу, и соответственно от возможности использования зрительного анализатора в педагогическом процессе выделяют следующие подкатегории (классификация В.З. Денискиной):

I. Слепые дети. Острота зрения данной подкатегории детей находится в диапазоне от 0 (0%) до 0,04 (4%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. А также, дети с более высокой остротой зрения (вплоть до 1, т.е. 100%), у которых границы поля зрения сужены до 10 – 15 градусов или до точки фиксации. Такие дети являются практически слепыми, так как в познавательной и ориентировочной деятельности они весьма ограниченно могут использовать зрение. Таким образом, острота зрения не является единственным критерием слепоты.

В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей:

- слепорожденные – это дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте до трех лет. Они не имеют зрительных представлений, и весь процесс психического развития осуществляется в условиях полного выпадения зрительной системы;
- ослепшие – дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже.

II. Слабовидящие дети. К этой подкатегории относятся дети с остротой зрения от 0,05 (5%) до 0,4 (40%) на лучше видящем глазу с коррекцией очками. Главное отличие данной группы детей от слепых: при выраженном снижении остроты восприятия зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.

III. *Дети с пониженным зрением* или дети с пограничным зрением между слабовидением и нормой, то есть дети с остротой зрения от 0,5 (50%) до 0,8 (80%) на лучше видящем глазу с коррекцией.

Причинами нарушения зрения могут быть органические и/или функциональные поражения зрительного анализатора. Дети, входящие в I-ю («слепые») и II-ю («слабовидящие») подкатегории, страдают только органическими или органическими и функциональными нарушениями зрительного анализатора. Их зрение, как правило, можно улучшить незначительно либо вовсе невозможно. Если у ребенка имеются только функциональные нарушения зрения, то чаще всего зрительные функции его глаз (прежде всего остроту зрения) можно восстановить путем лечения. Большую часть детей с функциональными нарушениями составляют дети с амблиопией и косоглазием.

Нарушения зрения неоднозначно влияют на отдельные структурные компоненты личности, их компенсация рассматривается, как процесс перестройки психики и адаптации к новым условиям жизни.

В основе механизма компенсации лежит приспособление организма, регулируемое ЦНС. Оно заключается в восстановлении или замещении нарушенных, или утраченных функций организма независимо от того, где находится повреждение. Чем тяжелее дефект, тем большее количество систем организма включается в процесс компенсации. То есть, от тяжести дефекта зависит степень сложности механизмов компенсаторных явлений.

Выпадение или нарушение зрительных функций при слепоте приводит к невозможности или затруднённости зрительного отражения мира. В результате из сферы ощущений и восприятия выпадают сигналы, информирующие человека о важных свойствах предметов и явлений. Компенсация пробелов в чувственном опыте возможна только при активном включении сохранных органов чувств, существенная роль, в деятельности которых принадлежит вниманию.

Сокращение количества внешних воздействий, обусловленное полным или частичным выпадением зрительных ощущений и восприятия, препятствует развитию внимания, сокращая круг объектов, которые при восприятии вызывают непосредственный интерес. Это отрицательно сказывается на объёме, устойчивости, концентрации и других свойствах внимания.

В тоже время, однообразие слуховых раздражителей быстро утомляет слепого и ведёт к рассеиванию внимания.

Это обусловлено тем, что внимание, не будучи связано с каким-либо определённым психическим процессом и с функционированием какого-либо анализатора, формируется в деятельности и зависит от приобретённых волевых, эмоциональных и интеллектуальных свойств личности, от активности человека.

На основе словесных объяснений, подкрепляемых доступными для слепых чувственными данными, лица с глубокими нарушениями зрения получают представления о многих недоступных для их восприятия предметах и явлениях действительности.

Компенсаторная функция речи выступает во всех видах психической деятельности слепых: в процессе восприятия (слово направляет и уточняет его), при формировании представлений и образов воображения, в ходе усвоения понятий и т.д. Огромное значение имеет речь для формирования личности слепого в целом. Благодаря речи слепые контактируют с окружающими людьми, ориентируются в обществе.

Недостатки произношения ограничивают круг общения детей с патологией зрения, что тормозит формирование ряда качеств личности или ведёт к появлению отрицательных свойств (замкнутость, аутизм, негативизм и др.).

Речь слепых при правильном формирующем воздействии со стороны родителей, педагогов и воспитателей развивается до нормального уровня и служит мощным средством компенсации, существенно расширяя возможности слепых во всех видах деятельности.

Для компенсации зрительной депривации большое значение имеет взаимодействие ощущений. В результате под влиянием одной анализаторной системы повышается

чувствительность другой. Утраченные зрительные функции замещаются большей частью деятельностью тактильного и кинестетического анализаторов. Это касается только слепых. У слабовидящих ведущим видом ощущений остаётся зрение.

Осязание компенсирует познавательные и контролирующие функции деятельности слепых. Конечно, полное возмещение утраченных функций невозможно, так как, во-первых, кожные и мышечно-суставные ощущения отражают не все признаки предметов, воспринимаемые зрительно, во-вторых, осязательное поле ограничено зоной действия рук и восприятие протекает более длительно, чем зрительное. Осязание даёт слепому необходимые знания об окружающем мире и достаточно точно регулирует его взаимодействие с окружающей средой, а культура осязания является одним из основных средств компенсации слепоты.

Выпадение большого числа значимых объектов, их деталей и признаков из сферы восприятия препятствуют образованию общих представлений, в которых отражаются наиболее существенные свойства и признаки предметов и явлений.

Вербализм представлений у слепых и слабовидящих связан с невозможностью целостного восприятия объектов и их отдельных свойств, устранение его проявлений, является одной из основных задач коррекционной работы.

При своевременной коррекционной работе слепые и слабовидящие приобретают необходимый запас представлений, обеспечивающий нормальную ориентацию в окружающей среде.

Вторичный характер имеет замедленное развитие процесса запоминания у слепых и слабовидящих. Это объясняется недостатком наглядно-действенного опыта, несовершенством методов обучения таких детей. Образы памяти слепых и слабовидящих при отсутствии подкреплений обнаруживают тенденцию к распаду. Даже небольшие промежутки времени (1-3 месяца) отрицательно сказываются на их представлениях: резко снижается уровень дифференцированности, адекватности образов эталонам.

Мыслительная деятельность слепых подчиняется в своём развитии тем же закономерностям, что и мышление нормально видящих. И хотя сокращение чувственного опыта вносит определённую специфику в этот психический процесс, замедляя интеллектуальное развитие и изменяя содержание мышления, оно не может принципиально изменить его сущности.

Важная роль в компенсации зрительной депривации принадлежит «воссоздающему воображению». При его помощи слепые на основе словесных описаний и имеющихся зрительных, осязательных, слуховых и других образов формируют образы объектов, недоступных для непосредственного отражения.

Ослепшие, на основе сохранившихся зрительных представлений могут создавать новые яркие образы воображения, а наличие остаточного зрения расширяет возможности в этом виде психической деятельности.

Сам факт отсутствия зрения для слепых не является фактором психологическим, психологическим фактором слепота становится только тогда, когда они вступают в общение с нормально видящими людьми.

Нарушение социальных контактов приводит к отклонениям в формировании личности слепого и может вызвать появление негативных характерологических особенностей. Таких как, изменения в динамике потребностей, связанные с затруднением их удовлетворения; сужение круга интересов, обусловленное ограничениями в сфере чувственного отражения; редуцированность способностей к видам деятельности, требующим визуального контроля; отсутствие или резкая ограниченность внешнего проявления внутренних состояний.

Таким образом, на формирование основных свойств личности нарушения зрения влияют лишь косвенно, ведущая роль принадлежит социальным факторам (ограничение деятельности, негативный опыт общения с нормально видящими и т.п.).

В настоящее время значительная часть детей (до 1/3) с тяжелой потерей зрения в структуре комплексных нарушений – это дети которые родились недоношенными, чаще

всего с недоношенностью II-III ст. (массой от 1 до 2 кг). Такие дети после рождения часто имеют нарушения дыхания, в связи с незрелостью легких, поражение ЦНС разной степени, заболевания желудочно-кишечного тракта, анемию, гипотрофию. Интересным является следующий факт, выявленный при обследовании слепых и слабовидящих детей раннего возраста. Несмотря на то, что большинство из них родились недоношенными и имели тяжелые соматические заболевания в периоде новорожденности, ни степень недоношенности, ни перенесенные в периоде ранней адаптации заболевания не оказались удовлетворительными критериями для прогноза психического развития ребенка. Неблагоприятным прогностическим фактором является наличие тяжелых неврологических нарушений. Если потеря зрения обусловлена ретинопатией недоношенных, дети часто подвергаются повторным операциям на глазах с целью улучшения зрения и сохранения глаз. Однако, если у детей без дополнительных нарушений такие операции в большинстве случаев не оказывают существенного влияния на их общее состояние и развитие, то у детей с патологией центральной нервной системы часто отмечается остановка в развитии и даже утрата ранее приобретенных навыков (регресс).

Долго остаются физически ослабленными дети, перенесшие внутриутробные инфекции. Например, после внутриутробной краснухи отмечаются отставание детей в физическом развитии (в росте, массе тела), частые простудные и инфекционные заболевания.

У детей с глубокой зрительной патологией в раннем, а часто и дошкольном возрасте наблюдается задержка в психомоторном развитии, которая обусловлена не только сенсорной и двигательной депривацией, но и внешними причинами (наличием сопутствующих заболеваний, неправильным воспитанием в семье, поздним началом специальной коррекционной работы), а не ограниченными умственными способностями.

Таким образом, дети с множественными врожденными нарушениями имеют отставания в психомоторном развитии, обусловленные целым рядом причин:

- физическая ослабленность в результате перенесенных острых или имеющихся хронических заболеваний;
- органическими поражениями ЦНС, а также, последствиями неоднократно перенесенного наркоза;
- педагогической запущенностью, связанной, в том числе, с длительным лечением;
- эмоциональной депривацией и психическими травмами при неправильном воспитании, частых госпитализациях и болезненных процедурах;
- Сенсорной и двигательной депривацией.

Разный уровень дошкольной подготовки ребенка с нарушенным зрением зависит не столько от глубины поражения зрительного анализатора, сколько от раннего оказания (с момента наступления снижения или полной потери зрения) квалифицированной тифлопедагогической помощи. Среди детей с глубоким нарушением зрения встречаются дети старшего дошкольного возраста, имеющие существенные пробелы в знаниях об окружающих предметах и манипуляциях с ними, демонстрирующие несформированность необходимых навыков самообслуживания, коммуникации, игровых умений. Зачастую у таких детей основной причиной является не изначальное нарушение нервно-психической деятельности, а банальное отсутствие условий для развития ребенка со зрительной депривацией (аналог педагогической запущенности). В большей степени проблема оказания специализированной помощи в развитии ребенка с глубоким нарушением зрения раннего возраста заключается в его родителях, неготовых принять своего ребенка таким, какой он есть, откладывающих на неопределенный срок занятия с тифлопедагогом и занимающиеся поиском «чудодейственных» методов восстановления зрения. Перенесшие череду операционных вмешательств (не всегда оправданных) и бесчисленное количество наркозов (в большинстве случаев это дошкольный возраст), такие дети, помимо появившихся дополнительных страхов и тревожности, демонстрируют распад уже сформировавшихся функциональных связей, на восстановление которых, без гарантии стопроцентного результата, специалисту могут потребоваться месяцы.

Организация проведения обследования слепого или слабовидящего ребенка дошкольного и младшего школьного возраста в условиях ПМПК должна состоять из: предварительного изучения представленной на ребенка документации; в зависимости от зрительных возможностей ребенка подбора диагностического инструментария, адекватного стимульного материала, необходимых тифлотехнических средств; учета офтальмо-эргономических рекомендаций.

Одним из условий успешности обследования слепого или слабовидящего ребенка является установление положительного контакта между ним и тифлопедагогом, формирование доверия у ребенка на начальном этапе обследования.

Представленные в Стандарте варианты обучения определяют сроки освоения программы начального общего образования, её содержание, в том числе коррекционной составляющей, развитие жизненных компетенций, а также соответствие или не соответствие академическому уровню образования. Академический уровень образования – «образование, соответствующее по итоговым достижениям к моменту завершения обучения, образованию обучающихся, не имеющих ограничений по возможностям здоровья», представлен в вариантах (3.1, 3.2, 4.1, 4.2).

Для слепых обучающихся (4 варианта):

Вариант 3.1 – 4 года; вариант 3.2 – 5 лет; вариант 3.3 – 5 лет; вариант 3.4 – 5 лет в данном варианте, для обучающегося организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР).

Для слабовидящих обучающихся (3 варианта):

Вариант 4.1. – 4 года; вариант 4.2. – 5 лет; вариант 4.3. – 5 лет.

На основании выданных рекомендаций ПМПК по обучению ребенка, родитель обращается в предпочитаемую образовательную организацию, в которой, исходя из существующих возможностей, либо разрабатывается адаптированная образовательная программа (АОП) к освоению ООП с индивидуальным учебным планом, с учетом ИПР (для ребенка инвалида), либо, если в школе существует аккредитованная АООП для слепых и/или слабовидящих обучающихся, подбирается один из вариантов обучения в соответствии с ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ, подходящий для данного ребенка.

«Стандарт предусматривает возможность гибкой смены образовательного маршрута, программ и условий получения образования обучающимися с ОВЗ на основе комплексной оценки личностных, метапредметных и предметных результатов освоения АООП НОО, заключения психолого-медико-педагогической комиссии (ПМПК) и мнения родителей (законных представителей)».

Таким образом, от профессионализма специалистов ПМПК будет зависеть эффективность взаимодействия обучающегося с ОВЗ с образовательной организацией (право окончательного выбора ОО остается за родителями), а также, определение оптимальных условий получения образования ребенком с ОВЗ.

В заключении по результатам обследования ребенка с нарушением зрения специалист ПМПК (тифлопедагог) включает рекомендации, в зависимости от образовательной организации, которую посещает или будет посещать ребенок:

1.1. организация, реализующая адаптированную основную образовательную программу (АООП) для слепых и/или слабовидящих обучающихся, с наличием в учреждении аппаратного лечения и регулярного осмотра ребенка врачом-офтальмологом, специалистов в области тифлопедагогики, учителей, владеющих рельефно-точечной системой Брайля;

1.2. организация, реализующая основную образовательную программу (ООП) с инклюзивной формой обучения по адаптированной образовательной программе (АОП) разрабатываемой для конкретного обучающегося с нарушением зрения.

Рекомендации для родителей и педагогов учреждения должны содержать описание следующих параметров:

– допустимая зрительная нагрузка обучающегося (время непрерывной работы, виды и размеры пособий, вид плоскости для работы, фон, стимульный материал), а также, зрительная гимнастика и условия ее реализации;

– зрительные возможности ребенка, с учетом зрительного диагноза и назначенного офтальмологом лечения. Если показано ношение окклюдии, отразить, как будет видеть ребенок. Т.к. окклюзия, чаще всего закрывает лучше видящий глаз, в зависимости от остроты и функциональных возможностей второго глаза, ребенку временно потребуется организовать условия сопоставимые с образовательными потребностями сопровождения слабовидящего ребенка или слепого с остаточным зрением;

– рабочее место ребенка в классе относительно расположения источников света (естественный и искусственный), учитывая наличие или отсутствие у ребенка светобоязни.

Помимо вышеперечисленных рекомендаций в заключении отражается необходимость применения специализированных технических средств (в т.ч. тифлотехнических) индивидуального использования. Например, тифлофлешплеер, портативный электронный увеличитель, трость для слепых/слабовидящих и т.п.

Слабовидящему учащемуся с прогрессирующим заболеванием необходимо рекомендовать изучение и использование рельефно-точечной системы обозначений Л. Брайля или обучение по программам, ориентированным на образовательные потребности слепых с остаточным зрением.

Рекомендации также должны содержать коррекционные области, в которых ребенок нуждается: ориентировка в пространстве (мобильность в самостоятельном передвижении с использованием трости для слепых или слабовидящих), курс социально-бытовой ориентировки (самообслуживание, домоводство), специализированные компьютерные курсы (основы тифлоинформационных технологий), рельефное рисование и черчение (тифлографика), адаптивная физкультура и т.п.

При составлении коллегиального заключения данные рекомендации, о необходимых специальных образовательных условиях, должны быть согласованы с мнением других специалистов.

Основная литература

1. Аветисов, С.Э., Кащенко Т.П., Шамшинова А.М. Зрительные функции и их коррекция у детей. – М: Медицина, 2005. – 872 с.
2. Денискина, В.З. Психология воспитания детей с нарушением зрения /Под ред Л.И. Солнцевой и В.З. Денискиной. – М.: Налоговый вестник, 2004. – 450 с.
3. Денискина, В.З. Особые образовательные потребности, обусловленные нарушениями зрения и их вторичными последствиями / В.З. Денискина // Дефектология. – 2012. – № 5. – С. 3-12.
4. Денискина, В.З. Образовательные потребности детей с нарушением зрения / В.З. Денискина // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013 г. – №6. – С. 4-14.
5. Комова, Н.С. Организация обучения слепых и слабовидящих детей в условиях ФГОС// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2016, №3. – С. 19-28.

Дополнительная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования/ Под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2014. – 368с.
2. Соколов, В.В., Комова, Н.С. Современные технические средства реабилитации детей со зрительной депривацией// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013, №6. – С. 33-42.
3. Тупоногов, Б.К. Организация коррекционно-педагогического процесса в школе для слепых и слабовидящих детей. – М: Владос, 2013. – 223 с.
4. Фомичева, Л.В. Клинико-педагогические основы обучения и воспитания детей с нарушением зрения: офтальмологические и гигиенические аспекты охраны и развития

зрения: учебно-методическое пособие – СПб.: КАРО, 2007. – 256 с.

Раздел 2. Специфика деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий

2.1 Специфика деятельности педагога-психолога

Особенности обследования детей с РДА на ПМПК

1 группа РДА (по Никольской О.С.)

Ребенок в продуктивный контакт не вступает, автономен, поведение близкое к полевому, определить уровень актуального развития и обучаемость в условиях ПМПК не представляется возможным.

2 группа РДА (по Никольской О.С.)

Обследование частично возможно при подключении к имеющимся стереотипиям ребенка. При этом нужно учитывать, что любое напряжение повышает степень аутистической защиты, усиление стереотипий, возникновение возбуждения, возможно усиление эхоталий. Определение обучаемости затруднено в силу ограниченных возможностей ребенка следовать инструкции. Часто о доступных умениях и навыках приходится судить со слов родителей. При этом, как бы случайно ребенок дошкольного возраста может сложить пазлы, доски, типа досок Сегена, выстроить какие-либо ряды из предметов, находящихся в его поле зрения. Взаимодействие с чужим взрослым возможно «через» предмет, заинтересовавший ребенка.

Несмотря на трудности диагностики, дети этих групп нуждаются в создании специальных условий, которые определяются с учетом степени тяжести ребенка.

3 группа РДА (по Никольской О.С.)

При обследовании детей данной группы необходимо учитывать следующие специфические особенности:

- Высокий уровень развития речи при отсутствии ее коммуникативной направленности: ребенок разговаривает не с человеком, а на интересующую его тему, речь является формой аутостимуляции, при этом ребенок может быть возбужден, стремиться к какой-либо деятельности, может демонстрировать ранние умения – читать, оперировать цифрами и т.п.

- Специалисты должны учитывать, что речь и формальные математические операции у данной категории детей не является показателем уровня познавательного развития.

- В рамках своих интересов ребенок способен к продуктивной деятельности и показывает достаточный уровень работоспособности, чаще всего он стеничен. Разумнее всего для начала дать ребенку задание, связанное со значимой для него темой. Если ребенок, например, увлечен счетом или звездами, можно, в соответствии с возрастом и программой обучения, спросить, какого цвета бывают звезды, какую геометрическую форму напоминают созвездия, посчитать звезды или ракеты, спросить, в какую сторону летит ракета, решить задачу на космическую тему и написать «космические» слова.

- Специалист должен максимально сократить текст инструкции, структурировать само задание, использовать наглядность, поскольку ребенок имеет выраженные трудности следования правилам в целом, в частности следование инструкции, нуждается в наглядном алгоритме выполнения того или иного задания.

- В процессе обследования не следует давать прямых оценок деятельности ребенка, чтобы не спровоцировать проявление негативизма и конфликтную ситуацию, что обусловлено отсутствием критичности, конфликтностью, склонность к неконтролируемым аффективным вспышкам.

– У такого ребенка присутствует выраженная конкретность мышления, трудности понимания скрытого смысла, подтекста, иронии, буквальное понимание шуток, метафор. Данную особенность необходимо учитывать при выборе диагностических методик, а также не допускать в своей речи образных сравнений, шуток, ироничных замечаний и т.п.

– У ребенка 3-й группы РДА школьного возраста имеются трудности формирования моторных навыков, в том числе письма.

– Рекомендуются ограничить объем письменных заданий или изменить форму их выполнения, например, не писать слово, а вставить пропущенную букву, написать только ответ в примерах и т.п.

– Выполнение же невербальных заданий часто доступно ребенку на достаточно высоком уровне. С целью создания ситуации успеха можно начать с заданий в невербальной форме.

– У такого ребенка возможны проявления парциальной одаренности – чаще всего это блестящий музыкальный слух, умение производить сложные математические операции в уме и т.п.

– Следует заметить, что выраженные способности в какой-либо одной области указывают на специфичную выраженную неравномерность развития психических функций и не являются показателем уровня интеллектуального развития в целом.

4 группа РДА (по Никольской О.С.)

При обследовании детей данной группы специалисты ПМПК должны учитывать следующие специфические особенности:

– Дети тревожны, неуверенны в себе, обидчивы. Не считают эмоционального контекста ситуации. Нуждаются в значительном объеме поддержки со стороны взрослого и ориентированы на его оценку. Ситуация обследования вызывает у ребенка страх, который может спровоцировать или усилить двигательные и речевые стереотипии. На протяжении всего обследования ребенку необходимо оказывать стимулирующую помощь.

– С одной стороны, у детей отмечается достаточная способность работать по инструкции, с другой стороны, имеются трудности понимания сложных речевых конструкций. Специалист в ситуации обследования должен давать короткие пошаговые инструкции, при необходимости повторять и разъяснять их.

– Дети этой группы демонстрируют низкий темп психической деятельности, низкий уровень психического тонуса, инертность, истощаемость, утомляемость. Это проявляется в отсроченных ответах, застревании на задании, многократном повторении одного и того же ответа. При застревании на задании, специалист должен помочь завершить его, поощрить ребенка и переключить его на новое задание.

– Задания в невербальной форме, в том числе и логические, ребенок способен выполнить на средневозрастном уровне.

Особенности обследования детей с атипичным аутизмом

При обследовании детей этой категории должны быть учтены следующие специфические особенности:

– Наличие у ребенка сверхценных интересов, «зацикливание» на них, наличие страхов, порой иррациональных. В процессе обследования это может помешать установлению продуктивного контакта с ребенком. До начала обследования желательно выяснить у родителей, какие темы и ситуации могут вызвать аффективную реакцию ребенка или «зацикливание» и учитывать это на протяжении всего процесса обследования.

– Дети часто демонстрируют специфичность речи, резонерство, философствование. Специалисты должны учитывать то факт, что высокий уровень развития речи не является показателем интеллектуального развития.

– Необходимо учитывать, что задания, лежащие в сфере предпочтительных интересов, ребенок способен выполнить на более высоком уровне, чем те задания, которые интереса не вызывают.

– Оценивая обучаемость, необходимо иметь в виду, что деятельность ребенка стереотипна, и он способен действовать по алгоритму.

– Мышление детей данной категории специфично и в лучшем случае носит конкретный характер. В мыслительной деятельности в школьном возрасте выявляется опора на латентные признаки и паралогизмы. Подобная специфика мышления, тем не менее, не указывает на наличие умственной отсталости.

При этом важно учитывать, что обследование ребёнка с РАС, с особенностями эмоциональной сферы, с нарушениями поведения может, как мы уже говорили, проводить, как правило, один специалист, тот который установил с ребёнком контакт. Задания должны предлагаться ребёнку таким образом, чтобы другие члены команды могли оценить «интересующие» их сферы развития ребёнка.

Точно также одним из наиболее сложных и для педагога-психолога, и для всех остальных специалистов ПМПК является обследование детей с выраженным нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) по типу ДЦП. Диагностическое обследование детей с этими нарушениями в условиях ПМПК производится с учетом двигательных и речевых возможностей ребенка, а также с учетом имеющихся дополнительных сенсорных нарушений или особенностей.

Необходимо помнить, что тяжесть двигательных нарушений, отсутствие речи не указывают на степень интеллектуального недоразвития. Ребенок может иметь сохранный интеллект при выраженных нарушениях крупной и мелкой моторики, при отсутствии речи, и, напротив, незначительные двигательные нарушения могут сочетаться с выраженной умственной отсталостью, о чем постоянно напоминают ведущие специалисты в этой области (см. работы И.Ю. Левченко). Поэтому сам нозологический диагноз, который имеется в медицинских документах, может служить лишь самым «общим» ориентиром, часто не отражая реальное интеллектуальное состояние ребенка.

В процессе обследования такого ребенка важно создать для него такие специальные условия, которые помогут нивелировать двигательные особенности и максимально оптимизировать сам процесс оценки психического развития. К подобным условиям следует отнести:

специальное посадочное место, фиксирующее тело ребенка, с регулируемой подставкой для ног и столиком;

выполнять письменное задание ребенок должен мягким карандашом на разлинованном листе бумаги, где размер линейки и клетки будет соответствовать его графическим возможностям.

Некоторые дети выполняют письменные задания с помощью взрослого, когда фиксируется карандаш в руке, контролируются мелкие движения, предотвращаются насильственные движения, что особенно важно при гиперкинезах. В этом случае, чтобы исключить оказание помощи ребенку со стороны заинтересованного взрослого, дефектолог (логопед) должен сам помочь ребенку выполнить задание, таким образом, оценив объем и форму необходимого участия в процессе письма.

Использование компьютера на ПМПК возможно, если ребенок уверенно самостоятельно или с незначительной помощью использует его как средство коммуникации. Компьютер должен (может) быть оснащен специальной клавиатурой с крупными клавишами и ограничителем, разделяющим клавиши и предотвращающим одновременное нажатие сразу двух клавиш. Желательно, чтобы в компьютере была активизирована функция отсрочки повтора, что позволяет при долгом нажатии клавиши избежать многократного повторения буквы.

Следует всегда помнить, что дети с различными формами и разной степенью выраженности НОДА имеют специфические особенности, которые оказывают влияние на когнитивное развитие, формирование учебных навыков и учебной деятельности.

Прежде, чем предложить ребенку стандартный набор диагностических методик, психолог должен учесть (сам, если первым включается в работу с ребенком, посредством

наблюдения за действиями других специалистов – если решено, что сначала ребенка обследуют другие):

- уровень развития зрительно-моторной координации и мелкой моторики,
- устойчивость зрительного контакта и зрительного внимания;
- сформированность графических навыков (или возможность их сформировать);
- степень нарушения/сформированности пространственной ориентации, пространственно-временного восприятия.

Диагностический материал должен быть достаточно крупным, ярким, контрастным, не иметь много мелких деталей. Картинки не ламинируются, так как гладкая поверхность бликует и создает помехи для восприятия.

Пространственные нарушения у детей с НОДА по типу ДЦП заложены в саму структуру дефекта. Поэтому при обследовании следует определить степень выраженности нарушения пространственной ориентации и восприятия. В процессе выполнения логических заданий (нахождение логических последовательностей и связей) необходимо помогать ребенку: показать, где должна лежать первая картинка, начертить вертикальную красную линию на листе, обозначающую начало и т.п.

В своем обследовании психолог должен учесть результаты, получаемые дефектологом совместно с логопедом, которые оценивают выраженность и характер дизартрических нарушений речи (разборчивость речи), возможность и целесообразность вербальной формы обследования.

При отсутствии речи, при грубых нарушениях произносительной стороны речи, когда речь малопонятна, вполне возможно провести обследование в невербальной форме.

Ребенок отвечает на вопросы в письменном виде на листе бумаги или с использованием компьютера (ноутбука, планшета, мобильного телефона...)

Предлагая различные задания, необходимо помнить, что дети с ДЦП значительно лучше воспринимают изображения, расположенные на вертикальной поверхности, чем на горизонтальной. Поэтому сначала нужно показать картинки по одной на доске или держа их в руке вертикально, а затем уже положить на парту перед ребенком. Картинок не должно быть много и лежать они должны на достаточном расстоянии друг от друга, чтобы ребенок мог точно показать ту, которую он выбирает. Если остаются сомнения в том, какая именно картинка из двух была выбрана, возьмите их в правую и левую руку и попросите показать еще раз.

Если ребенок читает, для диагностики можно использовать карточки со словами «ДА» «НЕТ», если не читает - карточки-символы, например, белая карточка и черная соответственно, как «ДА» и «НЕТ». Необходимо убедиться, что ребенок правильно прочитал или правильно понял (запомнил) символы.

Можно использовать и другие символические изображения, например, математические знаки «+» и «-»

Для обследования ребенка должны выбираться диагностические задания в форме, доступной для самостоятельного выполнения, что позволит оценить и уровень обученности, предположить формы обучения и развития доступных видов деятельности. Следует дифференцировать помощь, необходимую ребенку, как техническую (физическую), так и организующую, стимулирующую, обучающую.

Основная литература

1. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. — М.: АРКТИ, 2005.
2. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
3. Семаго, Н.Я., Чиркова, О.Ю., Типология отклоняющегося развития: Недостаточное развитие – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
4. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Теория и практика углубленной психологической диагностики. От раннего до подросткового возраста. – М.: АРКТИ, 2016.

Дополнительная литература

1. Иовчук, Н. М., Северный, А. А., Морозова Н. Б., Детская социальная психиатрия для непсихиатров – СПб.: Питер, 2006.
2. Исаев, Д.Н. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. – СПб.: Речь, 2007.
3. Комова, Н.С. Психологическая диагностика детей с нарушением зрения дошкольного возраста // Развитие науки и практики образования лиц с нарушением зрения: проблемы и перспективы: Материалы IV международной научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня рождения В.А. Феокистовой: в 3 ч. Ч. I – СПб: НОУ «Институт специальной педагогики и психологии», 2010.
4. Лебединский, В.В. Нарушения психического развития у детей. – М.: МГУ, 1985, 2-е издание испр. Издательский центр «Академия», 2004.
5. Никольская, О.С. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. — М.: Центр лечебной педагогики, 2000.
6. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. /под общ. ред. М.М.Семаго, Н.Я.Семаго. – АРКТИ, 2014.

2.2 Специфика деятельности учителя-логопеда

По итогам обследования заполняется речевая карта или составляется логопедическая характеристика речи ребенка, в которой в развернутой форме формулируются выводы логопеда о состоянии отдельных сторон речи, подтверждаемые примерами. Протокол обследования может быть приложен к карте или заключению. На основании полученных данных логопеду предстоит решить следующую задачу; установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение. Анализ полученных данных проводится на основе принципов анализа речевого недоразвития, сформулированных Р.Е. Левиной: принципа системности, принципа развития и принципа взаимосвязи речи и других психических функций.

Выясняется, является ли недоразвитие речи системным или парциальным, уровень сформированности языковых средств, выявляется первичное звено в структуре дефекта, наличие сочетаний речевых дефектов (например, сочетание открытой ринолалии и дизартрии; моторной алалии и дизартрии). На основании полученных данных логопед делает логопедическое заключение, которое может состоять из нескольких частей. В первой части обязательно указывается характер лингвистического дефекта (при наличии первичного речевого недоразвития используется психолого-педагогическая классификация Р.Е. Левиной, в остальных – описание характера неполноценности языко-речевой системы). Во второй части заключения характер речевого дефекта может быть уточнен в рамках клинико-педагогического подхода. Основанием для уточнения служит наличие соответствующего медицинского заключения или явных симптомов и синдромов, обнаруженных логопедом в процессе обследования. Но в любом случае в условиях ПМПК необходимо коллегиальное решение, подтверждающее заключение логопеда.

Наличие грамотного взвешенного заключения является одним из оснований для прогнозирования степени обучаемости ребенка в аспекте формирования у него полноценной речевой деятельности, что позволяет определить коррекционно-образовательную программу и организационную форму обучения адекватную возможностям ребенка.

Прежде всего, необходимо выделить группу детей, имеющих вторичную форму речевой патологии или сочетанную (сложную) структуру дефекта. Для таких детей образовательная программа определяется с учетом сенсорной или интеллектуальной недостаточности. Занятия с логопедом организуются в рамках комплексного подхода с учетом направлений коррекционно-образовательной работы всех специалистов.

При наличии первичного речевого дефекта программа обучения определяется в соответствии с характером и уровнем недоразвития речи в рамках психолого-педагогической классификации Р.Е. Левиной.

Для определения образовательной программы ребенка основную роль будут играть следующие показатели:

- степень недоразвития речи и характер дефекта;
- динамика формирования речевой деятельности ребенка;
- готовность ребенка к обучению в условиях фронтальных занятий.

Тяжесть проявления дефекта определяется, в первую очередь, уровнем развития речи. Однако нельзя определять уровень развития речи безотносительно возраста ребенка. Например, наличие лепетной речи у ребенка трех лет в ряде случаев может рассматриваться как проявление задержки темпов речевого развития ребенка и не квалифицироваться как тяжелое нарушение речи. Такой же уровень развития у ребенка пяти лет уже свидетельствует о серьезной проблеме и может рассматриваться как тяжелое нарушение речи (ТНР). Лепетная речь у ребенка семи лет свидетельствует о крайне тяжелом недоразвитии речи, требующих особых усилий для его коррекции.

Таким образом, тяжесть проявления дефекта будет определяться величиной разрыва между реальным состоянием и нормативами речевого развития в данном возрасте.

Как правило, тяжесть дефекта определяет динамику его коррекции.

Однако, на практике специалисты встречаются с феноменами различной коррекционной динамики речи ребенка, которая не всегда коррелирует с тяжестью выраженности речевого дефекта. Выделяется несколько факторов, которые позволяют прогнозировать темпы нормализации речевой деятельности детей: первичное звено в структуре дефекта – наличие органического/функционального нарушения; тяжесть выраженности; локализация дефекта и его генез; адекватность и эффективность предшествующего коррекционного воздействия (при наличии такового), гендерный фактор.

Третьим показателем является деятельностная готовность к обучению, которая может определять организационную форму обучения ребенка и дошкольного, и школьного возраста. К деятельностной готовности, прежде всего, необходимо отнести те компоненты, которые обеспечивают самостоятельную и совместную деятельность ребенка и окружающих и способствуют ее дальнейшему разворачиванию. Деятельностная готовность – многокомпонентное образование, включающая мотивационный, исполнительский и контрольный блоки, которые, в свою очередь, могут члениться на более мелкие составляющие, уровень сформированности которых определяется, в том числе психологом и дефектологом.

Остановимся подробнее на критериях выбора организационной формы обучения детей дошкольного возраста, с учетом того, что в соответствии с Положением о дошкольном образовательном учреждении говорить о инклюзивном обучении можно только имея в виду детей с тяжелыми нарушениями речи. Термин «тяжелые нарушения речи» (ТНР)» детей дошкольного возраста на данный момент не имеет однозначного толкования. Проводя аналогии со школьным обучением, в рамках которого уже много десятилетий функционируют школы для детей с ТНР, можно предположить, что к данным нарушениям можно отнести такие формы первичного речевого недоразвития, которые требуют специальных программ и методов обучения, обеспечивающих этим детям уровень подготовки, соответствующий общеобразовательному. Следовательно, к ТНР можно причислить общее недоразвитие речи всех уровней.

Таким образом, при выборе организационной формы коррекционно-развивающего обучения для детей с ТНР ПМПК должен учесть наличие альтернативы: либо обучение в условиях группы компенсирующего вида, либо в условиях инклюзивной группы. И в том, и в другом случае рекомендуется обучение по программам для детей с ОНР

Остановимся более подробно на показателях готовности к инклюзивному обучению детей дошкольного возраста. К ним можно отнести:

- уровень сформированности коммуникативных навыков;
- элементарные навыки невербального/вербального делового сотрудничества.

Для направления ребенка в специализированную «речевую группу» для детей с ОНР уровень развития данных показателей не имеет значения, поскольку условия организации коррекционно-воспитательной и образовательной работы предполагают не только наличие коррекционной среды, обеспечивающей индивидуальный и дифференцированный подход к ребенку, но и наличие интенсивных занятий со специалистами.

А вот для того, чтобы направить ребенка в общеобразовательное дошкольное учреждение, необходимо убедиться в наличии у ребенка показателей, обеспечивающих ему не только успешную социализацию в большой группе, но и достаточный потенциал речевого развития в условиях регулярных, но не интенсивных логопедических занятий. При этом одним из положительных факторов, влияющих на формирование речевой деятельности ребенка, в условиях инклюзивного обучения может рассматриваться наличие активной речевой среды. Однако, при этом необходимо увериться, что речевая активность окружающих детей будет стимулировать вербальную коммуникацию ребенка с тяжелым речевым нарушением, а не усугублять его фиксацию на дефекте.

Рекомендуя ребенку форму инклюзивного обучения в дошкольном образовательном учреждении, логопед должен учитывать не только степень несформированность языковых средств, но и вербальные компенсаторные возможности ребенка, то есть состояние его языковой способности и возраст ребенка. Это обусловлено спецификой организации инклюзивного обучения, где важную развивающую роль берет на себя детская среда. Поэтому эффективнее данная форма обучения будет для детей раннего и младшего дошкольного возраста, у которых недоразвитие речи носит функциональный темповый характер или имеет регрессионный характер и высокую динамику компенсации.

Для детей, у которых общее недоразвитие речи протекает на фоне органического поражения ЦНС, имеющих грубое недоразвитие речи, а также детей, у которых общее недоразвитие речи было диагностировано в предшкольном возрасте, рациональнее организовывать занятия в специальных группах компенсирующей направленности.

Еще одним показателем готовности ребенка дошкольного возраста к обучению в условиях инклюзии является его умение выстраивать конструктивное взаимодействие со взрослым или со сверстником (в старшем дошкольном возрасте). Это значит, что ребенок не только понимает инструкции взрослых, но и следует им, он может начать деятельность и закончить ее по словесной инструкции, действовать по образцу, понимает похвалу или порицание, не проявляет агрессивности по отношению к сверстникам. Данные показатели свидетельствуют о готовности ребенка работать с педагогом и возможности его обучения в относительно большом коллективе детей. Уровень сформированности этих показателей оценивается в ходе взаимодействия ребенка со взрослыми специалистами в процессе его обследования, а также во время беседы с родителями.

Дополнительным доводом в пользу инклюзивного образования является активная позиция родителей, готовых к сотрудничеству со специалистами и выражающих желание включиться в коррекционно-образовательный процесс.

Для детей школьного возраста критерии (показатели) определения образовательного маршрута будут несколько отличаться от соответствующих критериев у дошкольников, что обусловлено спецификой образовательной школьной программы. Недоразвитие речи является одним из мощных факторов риска школьной неуспеваемости, поэтому, уровень развития речи будет определять организационную форму обучения.

Остановимся на анализе выбора образовательных маршрутов для детей школьного возраста с тяжелыми нарушениями речи. В соответствии с ФГОС для детей с ОВЗ (приложение 5) к группе детей с тяжелыми нарушениями речи относятся дети с фонетическим, фонетико-фонематическим, общим недоразвитием речи, нарушениями чтения и письма, а также с заиканием. Для данной группы детей предусмотрено два варианта

обучения: в условиях инклюзивного образования (вариант 5.1) и в условиях дифференцированного образования (специальной школы или класса) (вариант 5.2).

Наиболее сложным для определения варианта обучения является III уровень общего недоразвития речи, поскольку дети с данным уровнем могут обучаться по обоим вариантам.

Каковы могут быть основания выбора варианта обучения?

Выбор между вариантами обучения производится на основе учета тяжести речевого дефекта. Обучение в условиях инклюзивного образования доступно детям, имеющим общее недоразвитие речи III уровня и достаточный уровень подготовки к обучению в школе, что подразумевает наличие элементарных навыков звукового анализа и деятельностную готовность, о которой мы писали выше.

Однако, при определении программы обучения и вида учреждения необходимо учитывать данные анамнеза. Например, у ребенка общее недоразвитие речи III уровня, которое предполагает обучение в условиях инклюзивного обучения, но в процессе обследования было выявлено, что у ребенка в анамнезе моторная алалия, подтвержденная объективными данными, которая была успешно частично компенсирована в ходе логопедических занятий. Поскольку алалия относится к формам речевой патологии, имеющим тенденцию к прогрессии при усложнении учебного материала, постольку рационально рекомендовать этому ребенку начать обучение по специальной (коррекционной) программе под руководством логопеда с дальнейшим мониторингом динамики и, возможно, переводом на вариант 5.1. И, конечно, такому ребенку специалист не может рекомендовать обучение по усложненной программе гимназии или лицея.

Наличие органического нарушения ЦНС в анамнезе, низкая динамика формирования полноценной речевой деятельности в процессе коррекционной работы, отсутствие опыта коррекционного обучения – все это отягощающие речевое недоразвитие факторы, которые повышают риск школьной неуспеваемости. Поэтому, дети, имеющие отягощенный анамнез и демонстрирующие ОНР III уровня, а также частичную неготовность к школьному обучению могут обучаться по варианту 5.1 в условиях инклюзивного обучения при наличии поддержки специалистов. Особое значение в этом случае приобретает начальный период обучения, определяющий формирование базовых учебных навыков и универсальных учебных действий. Перевод ребенка в одного вида программы на другой должен решаться оперативно с учетом корреляции рассматриваемых программ.

Дети, на момент поступления в школу имеющие ОНР II и I уровней, должны обучаться по варианту 5.2, так как состояние речи этих детей не позволит им успешно справиться с программным материалом наравне с обычными школьниками, поскольку у них еще не сформированы ни вербальные, ни невербальные предпосылки обучения грамоте. Им необходимы специальные методы обучения, иной порядок предъявления материала, следовательно, специальные учебники. Это возможно обеспечить только в условиях специальной (коррекционной) школы или класса. Решение в пользу класса или школы выносится совместно с родителями с учетом региональных условий.

Следует обратить особое внимание на группу детей с выраженной фиксацией на речи. Эти дети стесняются своей речи, избегают вербального общения со сверстниками и взрослыми, публичных высказываний, в том числе, ответов у доски или с места. Таких детей нельзя помещать для обучения в среду с высоким уровнем развития речи, поскольку они, обладая сохранным интеллектом, фиксируются на собственных недостатках, что приводит к невротическим реакциям и к диссоциальному поведению ученика с речевым недоразвитием. Для таких детей наиболее благоприятной для начала обучения будет среда таких же детей, у которых также обнаруживаются речевые недостатки.

Таким образом, при выборе программ и организационных форм обучения необходимо учитывать не только речевой статус ребенка и возможности освоения им программы обучения, но и социально-коммуникативный фактор: адекватность коммуникативной среды социума ближайшей зоне развития речи будущего ученика.

Основная литература

1. Бессонова, Т.П. Содержание и организация логопедической работы учителя-логопеда общеобразовательного учреждения (принципы дифференциальной диагностики и основные направления формирования предпосылок к полноценному усвоению программы обучения родному языку у детей с первичной речевой патологией). Методические рекомендации. – М: АПК и ППРО, 2008. – 56с.

2. Иншакова, О.Б. Альбом для логопеда. – М.: Владос, 2008.

3. Левина, Р.Е. К построению педагогической классификации аномалии речевого развития. В сб. Левина Р.Е. Нарушения речи и письма у детей: Избранные труды Ред.-сост. Г.В. Чиркина, П.Б. Шошин. – М.: Аркти. 2005 . – 37 – 38.

Дополнительная литература

1. Логопедия: учебник для студентов дефектол.фак.пед.вузов/ Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит.изд.центр ВЛАДОС, 2005.

2. Методы обследования речи детей: Пособие по диагностике речевых нарушений/ Под общ. ред. проф. Г.В. Чиркиной. – М., АРКТИ, 2010. – 240 с.

3. Основы логопедической работы с детьми: Учебное пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ/Под общей редакцией д.п.н., профессора Чиркиной Г.В. – М.: АРКТИ, 2002. – 240 с.

4. Филичева, Т.Б., Чиркина Г.В. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста. – М., Айрис ПРЕСС, 2008. – 224 с.

2.3 Специфика деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога

Процедура знакомства и изучения сферы возможностей ребенка, имеющего различные проблемы личностного характера, начинается с анализа медицинской и психолого-педагогической документации, которая может быть представлена родителями (лицами, их заменяющими). Как правило, это может быть: медицинская карта, личное дело ребенка.

Знакомясь с медицинской документацией, учитель-дефектолог должен обратить внимание на следующие показатели:

- анамнез, который включает в себя: протекание беременности у матери, наличие токсикоза, соматических заболеваний, резус-конфликта, длительного приема лекарственных препаратов и других вредных факторов; особенности родов, наличие признаков асфиксии плода, родовой травмы, патологического прилежания плода; характер помощи во время родов и затраченное на оживление плода время; наличие у ребенка врожденных пороков развития, судорог, признаков желтухи; вес при рождении и время начала кормления, срок пребывания в роддоме;

- перенесенные ребенком заболевания, их острота, характер, длительность, лечение, наличие осложнений. Фиксируются случаи судорожных и других пароксизмальных состояний;

- диагностические показатели: характер роста, вес, особенности развития перцептивных и локомоторных функций; особенности сна, аппетита, длительность вскармливания грудью; динамика эмоционального и интеллектуального развития; преобладающее настроение, наличие вялости или возбудимости; фиксируются особенности развития ребенка в соответствии с возрастными показателями;

- наличие или отсутствие навыков опрятности и самообслуживания;

- наличие врожденных и приобретенных пороков развития. Обращается внимание на состояние и функционирование внутренних органов и систем организма;

- особое внимание уделяется заключениям офтальмолога, отоларинголога, невропатолога и психиатра.

Помимо медицинских документов учитель-дефектолог должен познакомиться с психологической и педагогической характеристиками ребенка, представленными в личном деле. В этих документах раскрываются знания, умения и навыки, которыми обладал изучаемый ребенок на возрастном этапе, а также характер успешности/неуспешности в

учебной деятельности, деятельности, соответствующей его возрасту. Может быть рассмотрена познавательная деятельность, эмоционально-волевая сфера и особенности характеристик личности ребенка. Специалист знакомится с работами детей: с рисунками, аппликацией, работами в тетрадях и отмечает такие показатели, как изображение однотипных предметов, несоблюдение форм и пропорций частей предмета, ограниченное и неверное использование цвета, несогласование замысла рисунка с размерами листа и т.д. Для детей, обучающихся в школе, анализируется состояние рабочих тетрадей, если они были представлены. Отмечается внешний вид тетради, характер выполнения письменных работ, ошибки при письме.

Данные, представленные в сопровождающей документации соотносятся (в обязательном порядке) с предварительным наблюдением. Данные, полученные в процессе наблюдения, фиксируются в протоколе.

Психолого-педагогическое изучение познавательных возможностей ребенка

Цель наблюдения заключается в выявлении психолого-педагогических особенностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. В процессе наблюдения фиксируются показатели, соответствующие возрастным показателям. Например: для дошкольника показательными будут определение и степень сформированности навыков самообслуживания, опрятности в одежде, отношение ребенка к поручениям, общий фон настроения, выраженность аффективных и эмоциональных реакций, особенности двигательного развития, наличие навязчивых или стереотипных действий, особенности игровой деятельности (отношение к игрушкам, способность самостоятельно выбрать игрушки и организовать игру, адекватность действий с игрушками, стойкость интереса к игровой деятельности).

Использование метода беседы в психолого-педагогическом изучении познавательных возможностей

В ходе беседы, при первичном контакте с ребенком, при определении состояния и точности представлений о себе и об окружающем мире, учитель-дефектолог уделяет внимание следующим показателям, которые очень важны для понимания своеобразия развития познавательной сферы ребенка старшего дошкольного, младшего школьного возраста:

- точность представлений ребенка о себе, своих родителях, ближайших родственниках, друзьях и способность дифференцировать понятия «семья», «соседи», «родственники» и т. д.;
- характер представлений о времени (умение определять время на часах, понимание временной протяженности);
- представления о явлениях природы (различение времен года с учетом их признаков, наличие представлений о грозе, снегопаде, дожде и т.д.);
- умение ориентироваться в пространстве;
- запас сведений о своей Родине, о выдающихся событиях, понимание прочитанных книг, просмотренных фильмов и т.д.

С целью определения состояния познавательных возможностей ребенка с ОВЗ, учитель-дефектолог проводит сравнительное психолого-педагогическое исследование в рамках деятельности психолого-педагогической комиссии. Вся процедура обследования должна быть сжата по времени и информативна для специалиста. Поэтому чрезвычайно важно правильно уметь отбирать диагностический материал с учетом возрастных новообразований (уровень развития перцептивных действий, наглядно-образного мышления, состояния ведущей деятельности, типичных видов деятельности), уметь четко формулировать инструкцию к заданию, оказывать различные виды помощи и учитывать уровень выполнения и принятия помощи, анализировать и грамотно интерпретировать полученные результаты.

При процедуре обследования детей 3-4 лет, 4-5 лет, 5-6 лет и 6-7 лет проводится количественно-качественная оценка результатов обследования умственного развития

дошкольников. В процессе обследования специалисты используют психолого-педагогическую диагностику развития детей дошкольного возраста, разработанную доктором педагогических наук, профессором Стребелевой Еленой Антоновной.

Стребелева Е.А. в своих исследованиях, психолого-педагогических трудах неоднократно подчеркивала, что при обследовании развития ребенка дошкольного возраста важно проводить *комплексную* диагностику, основанную не только на количественном показателе, следует также рассматривать и качественные критерии оценки результата. Дошкольник очень раним, подвижен, при обследовании необходимо относиться к нему как можно бережнее.

Помимо констатации состояния и особенностей познавательной, эмоциональной, личностной, физической сфер, важное место в деятельности учителя-дефектолога (олигофренопедагога) занимает определение учебных затруднений, возникающих у ребенка с ОВЗ в процессе обучения. Для этого учителю-дефектологу необходимо четко ориентироваться в содержании образовательной программы для учреждений общего образования, а также для специальных (коррекционных) учреждений.

Составление психолого-педагогической характеристики

На основе полученных в ходе обследования данных, которые оформляются в соответствующем протоколе обследования, составляется психолого-педагогическая характеристика.

В психолого-педагогической характеристике отражаются как особенности отклоняющегося развития ребенка, так и положительные стороны его личности, его потенциальные возможности. Проводится соотносительный (динамический) анализ состояния сформированности учебных знаний, умений, навыков и психофизического развития ребенка, в том числе и с ОВЗ, универсальные учебные действия как основной показатель индивидуальных достижений.

Как правило, в характеристике отражаются следующие показатели: общие сведения о ребенке, история развития, семья, физическое состояние, особенности познавательной деятельности, особенности речи, особенности внимания, особенности восприятия, особенности памяти, особенности усвоения учебного материала, интересы, эмоционально-волевая сфера, особенности личностных проявлений.

Основная литература

1. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития: программно-методические материалы / И.М. Бгажнокова и др.; под ред. И.М. Бгажноковой. М.: Владос, 2010.
2. Воспитание детей с нарушениями интеллектуального развития: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений, обучающихся по специальности "Олигофренопедагогика" / Н.П. Коняева, Т.С. Никандрова. М.: ВЛАДОС, 2010.

Дополнительная литература

1. Воспитательная система специальной (коррекционной) школы VIII вида: коллективная монография / Н.Е. Разенкова и др.; М-во образования и науки Российской Федерации, Кузбасская гос. пед. акад., фак. дошк. и коррекционной педагогики и психологии. Новокузнецк: Кузбасская гос. пед. акад., 2010.
2. Организация и планирование воспитательной работы в специальной (коррекционной) школе-интернате, детском доме: пособие для воспитателей и учителей / Е. Д. Худенко и др. 5-е изд., испр. и доп. М.: АРКТИ, 2010.

2.4 Специфика деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога

Специфические трудности психолого-педагогического обследования детей с нарушением слуха обусловлены непониманием и/или недопониманием ребенком обращенной речи, отсутствием или неразборчивостью собственной речи. Имеющиеся трудности коммуникации с диагностируемым слабослышащим или глухим ребенком

значительно ограничивают возможности использования стандартизированных экспериментальных методик, психологических диагностик и тестовых заданий.

Для диагностики особенностей психического развития детей с нарушениями слуха необходим системный подход, учет структуры нарушения в целом, всестороннее обследование ребенка (возможности слухового восприятия, развитие речи, познавательных процессов, личностных особенностей, специфики ситуации социального развития).

Психолого-педагогическая диагностика развития ребенка с нарушенным слухом в младенчестве, раннем детстве и дошкольном возрасте продолжает оставаться сложной проблемой, которая связана с трудностями дифференциации глухоты, частичной потери слуха, снижения интеллекта, речевых нарушений. При этом глухие дети часто квалифицируются как умственно отсталые, слабослышащие дети — как дети с сенсорной или моторной алалией.

Трудности дифференциальной диагностики отдельных нарушений психического развития по отношению к детям раннего возраста обусловлены тем, что разные отклонения в развитии могут иметь сходные внешние проявления (трудности общения, отсутствие речи).

При психолого-педагогическом обследовании принято выделять особые задачи изучения таких детей в зависимости от их возраста и периода психического развития (Т.Г. Богданова, А.А. Венгер, Г.Л. Выгодская, Э.И. Леонгард, Е.И. Исенина, Н.Д. Шматко и др.):

Приступая к психолого-педагогическому обследованию ребенка с нарушенным слухом, важно знать особенности данной категории детей и способы общения с ними. Предварительное знакомство специалиста с документацией ребенка позволяет выбрать адекватный способ общения:

- если ребенок дошкольного возраста с нарушенным слухом не владеет словесной речью, применяются невербальные задания, где условия вытекают из характера предъявленного материала или могут быть показаны с помощью естественных жестов;
- если старший дошкольник или школьник с трудом слухо-зрительно воспринимает устную речь, используют дактилологию или жестовый язык для объяснения инструкции;
- если дошкольник или школьник слухо-зрительно воспринимает устную речь недостаточно, пользуются письменным предъявлением инструкций;
- если дошкольник или школьник слухо-зрительно воспринимает устную речь, необходимо учитывать, что непонимание отдельных слов в инструкции, непривычная формулировка вопроса нередко приводят к ошибочным ответам, а, следовательно, специалист должен убедиться в том, что ребенок понял инструкцию перед тем, как он приступит к выполнению задания. Эффективным способом такой проверки может быть предъявление аналогичного основному, но более легкого задания. Как только ребенок его выполнит, можно переходить к основному обследованию (Т.В. Розанова).

Особенности психолого-педагогического изучения детей с нарушениями слуха также будут проявляться в особых требованиях к диагностическим средствам и характеру процедуры обследования.

Требования к диагностическим средствам при психолого-педагогическом обследовании ребенка с нарушением слуха, в первую очередь, относятся к пособиям, игрушкам, карточкам, материалам диагностических методик, которые используются для обследования детей дошкольного возраста.

Кроме того, меняются требования к характеру процедуры обследования ребенка с нарушенным слухом.

Основные задачи учителя-дефектолога (сурдопедагога) в процессе диагностики на психолого-медико-педагогической комиссии

Основными задачами учителя-дефектолога (сурдопедагога) на ПМПК являются:

- педагогическая диагностика нарушения слуха и/или оценка адекватности электроакустической коррекции слуха;
- изучение уровня развития слухового восприятия;

- оценка уровня речевого развития.

При обследовании сурдопедагог использует следующие *методы*: анализ документации; наблюдение за ребенком в процессе всего обследования; оценка слухового восприятия на основе условно-двигательной реакции на звук, исследование слуха речью; беседа с ребенком и его родителями, специальные методики для диагностики уровня речевого и когнитивного развития.

При проведении обследования слуха и возможностей слухового восприятия речи необходимо создать условия, при которых ребенок будет реагировать на звучание только с помощью остаточного слуха: при произнесении звуков, слов, фраз пользоваться экраном, закрывать всю нижнюю часть лица (ниже глаз) и не опускать экран по окончании произнесения стимула, исключая зрительные и тактильные (ощущение ребенком воздушной струи) «подсказки»; располагаться так, чтобы педагог не касался ребенка, его одежды, стула, стола, исключая вибрационные «подсказки».

Обследование речи состоит из нескольких разделов: особенности произношения и оценка внятности речи; состояние пассивного и активного словаря; грамматический строй речи; связная речь; обследование чтения и письма.

По результатам обработки протоколов обследования сурдопедагог составляет индивидуальный речевой профиль ребенка, на котором представлены все компоненты речевой системы. Сопоставление речевых профилей, полученных при первичном и повторном обследовании, наглядно показывает динамику речевого развития ребенка и свидетельствует о степени эффективности проводимой с ним коррекционной работы.

Алгоритм деятельности учителя-дефектолога (сурдопедагога) в процессе диагностики на психолого-медико-педагогической комиссии

Психолого-педагогическая диагностика детей с нарушениями слуха состоит из нескольких этапов:

Знакомство с документами. Изучение анамнестических сведений о ребенке по предоставленной родителями документации (результаты клинических и психолого-педагогических обследований, характеристики из образовательных организаций).

На этом этапе формируется первичное обобщенное представление о проблемах ребенка, намечается цель диагностики, выбирается стратегия процедуры диагностического обследования.

Беседа с родителями или лицами, их замещающих. Этот этап является важной частью обследования, способствующей изучению и оценке истории психофизического развития ребенка с нарушенным слухом, социальной ситуации развития, условий обучения, воспитания, коррекции, наличия и характера получаемой им специальной педагогической помощи, его образовательного маршрута.

Кроме того, такая беседа позволяет в первом приближении оценить состояние самих родителей (стадию и степень переживания стрессовой ситуации), их информационную осведомленность об особенностях, возможностях ребенка, уровень овладения способами взаимодействия и приемами/методами его обучения, степень их правового ориентирования и социальной навигации.

На этом этапе дополняется первичное обобщенное представление о проблемах ребенка, социальной ситуации его развития, возможностях участия родителей в коррекционно-развивающем процессе и обучении ребенка, выявляется запрос самих родителей, определяется основная цель и ход процедуры диагностического обследования.

Установление контакта и знакомство (беседа) с ребенком.

При комплексном обследовании учитель-дефектолог (сурдопедагог) первый устанавливает контакт с ребенком, подбирает адекватный способ взаимодействия с глухим/слабослышащим. Полноценный контакт позволит начать обследование с диагностики слуха – наиболее сложной для такого ребенка процедуры. Необходимо также помнить, что достаточно часто запрос родителей и сама стратегия диагностического обследования предполагает изучение возможностей слухового восприятия ребенка.

Психолого-педагогическая диагностика особенностей развития ребенка с нарушением слуха.

На этом этапе учитель-дефектолог (сурдопедагог) начинает обследование слуха и речи ребенка в соответствии со стратегией, выработанной на предыдущих этапах.

При необходимости, к процедуре диагностики подключаются другие специалисты:

- психолог изучает уровень сформированности высших психических процессов в соответствии с возрастными нормативами развития, личностные характеристики ребенка, особенности аффективной и коммуникативно-поведенческой сфер;
- логопед участвует в обследовании при подозрении на имеющееся у ребенка дополнительное первичное нарушение речи;
- социальный педагог включается при необходимости более глубокого анализа социальной ситуации развития ребенка (в семье, образовательной организации и т.д.), составления рекомендаций в области профессионального ориентирования.

Наблюдение за деятельностью ребенка.

В процессе обследования учителем-дефектологом (сурдопедагогом) и другими специалистами проводится наблюдение за поведением и деятельностью ребенка с нарушенным слухом для уточнения полученной информации. Это важная составляющая психолого-педагогической диагностики, позволяющая зафиксировать особенности психоречевого и личностного развития, которые не всегда удастся отследить в процессе выполнения ребенком с нарушенным слухом заданий диагностических методик. Информация, полученная специалистами в процессе наблюдения, позволяет более точно сформулировать заключение и определить специальные условия обучения ребенка.

Оценка результатов психологического изучения ребенка с нарушенным слухом.

На основе выявленных данных, полученных методом сбора и анализа информации, выявленной в беседе с родителями и ребенком, результатов, полученных в процессе психолого-педагогического изучения ребенка, учитель-дефектолог (сурдопедагог) и другие специалисты составляют заключение на ребенка и рекомендации в соответствии с целью обследования:

- дальнейшее дополнительное обследование и уточнение диагноза;
- выбор адекватных программ обучения;
- подбор образовательной организации;
- определение варианта организации коррекционно-развивающей работы;
- сопровождение семьи и помощь родителям;
- выбор адекватной модели взаимодействия родителей с ребенком;
- рекомендации по созданию специальных образовательных условий в образовательной организации.

Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха поможет правильно организовать их обучение и воспитание, определить направления коррекционной работы, способствующей достижению успешной компенсации данного нарушения и полноценному развитию познавательной сферы и личности.

Диагностика уровня развития слухового восприятия для определения специальных образовательных потребностей ребенка с нарушенным слухом на ПМПК.

Психолого-педагогическое изучение детей с нарушениями слуха на ПМПК начинается с оценки состояния слуховой функции ребенка.

Обследование слуха проводится с учетом аудиологического и сурдопедагогического аспектов:

- аудиологический аспект (анализ документации аудиологического обследования слуха);
- сурдопедагогический аспект (оценка состояния слуховой функции с целью выявления нарушения слуха или уточнения медицинского диагноза; оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование/ кохлеарное имплантирование) коррекции

слуха; изучение уровня развития слухового восприятия речи).

Аудиологический аспект - учитель-дефектолог (сурдопедагог) анализирует данные медицинского обследования слуха ребенка. В соответствии с международным стандартом у детей рассматриваются результаты, полученные при использовании не менее трех объективных (регистрация отоакустической эмиссии, импедансометрия, объективная аудиометрия) и, по возможности, субъективной (субъективная тональная/игровая аудиометрия, речевая аудиометрия) методик. Важно, прочесть заключения правильно для дальнейшей педагогической оценки состояния слуха, соотнесения медицинских и педагогических данных.

Сурдопедагогический аспект – непосредственное обследование слуха ребенка с помощью педагогических методик.

В зависимости от возраста ребенка выделяют следующие *задачи педагогического обследования слуха*:

- уточнение диагноза - подтверждение нарушения слуха, определение степени поражения слуховой системы, соотнесение данных медицинского и педагогического обследования;
- оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование/кохлеарное имплантирование) коррекции слуха;
- изучение уровня развития восприятия речи на слух.

Важным при проведении обследования является создание условий, при которых ребенок будет реагировать на звуки только с помощью остаточного слуха.

Полученные данные обязательно соотносятся с данными медицинскими обследования слуха.

Обследование проводится на правое и левое ухо поочередно, при необходимости, на оба уха вместе.

При анализе эффективности медицинской технической (слухопротезирование/кохлеарное имплантирование) коррекции слуха и изучении уровня развития слухового восприятия речи ребенок использует слуховые аппараты/кохлеарные импланты. Сурдопедагог выявляет адекватность настройки слуховых аппаратов (кохлеарного импланта), слуховые возможности ребенка, уровень развития речевого слуха, как точки отсчета результативности дальнейшей работы по развитию слухового восприятия.

Обследование проводится на оба уха вместе, при необходимости, на правое и левое ухо поочередно.

В зависимости от возраста ребенка и уровня его развития используют следующие *методики*: оценка слуха на основе условно-рефлекторной (условно-двигательной) реакции на звук, исследование слуха речью.

Оценка слуха на основе выработки условно-рефлекторной (условно-двигательной) реакции на звук используется для педагогического исследования слуха детей с 1,5-2 лет.

Для обследования применяют неречевые звуковые стимулы (музыкальные игрушки откалиброванные (барабан – 500-5000 Гц, гармошка – 2000 Гц, свисток – 2500 Гц, дудка – 3000 Гц, шарманка – 4000 Гц, погремушка – 5000 Гц) и речь (слог – *ту* и слогосочетания – *папапа, пупупу, пипипи*).

Исследование слуха речью проводится по специально разработанным спискам слов.

Для обследования детей дошкольного возраста используются детские таблицы Л.В. Неймана, куда входят знакомые детям низкочастотные и высокочастотные слова, и речевые таблицы А.М. Ошеровича.

Для младшего школьного возраста - таблицы И.Я. Темкиной и 50 фонетически сбалансированных слов русской речи, отобранных Э.И. Леонгард. Для обследования слуха детей среднего и старшего школьного возраста используют речевые таблицы Н.Б. Покровского, таблицы фраз Э.В. Мироновой.

Полученные данные заносятся в протокол по следующей схеме:

Восприятия на слух контрольных слов

Слово распознано - все звуки в нем узнаны и названы в правильной последовательности (школа - школа);

Слово воспринято близко к образцу – названо другое слово, с которым совпадают с образцом ритмический рисунок и часть звуков (девочка – дедушка) или воспроизведена часть слова (окно - оно).

Слово не воспринято, ответ признается ошибочным, если называется другое слово, резко отличающееся от образца по звуковому составу (мяч - машина).

2. Восприятие на слух фраз

Фраза распознана – все ее слова распознаны и названы в правильной последовательности (На улице идет дождь – На улице идет дождь);

Фраза воспроизведена близко к образцу - часть слов распознана правильно, часть изменена (На улице идет дождь – На улице идет дядя).

Фраза не распознана – большинство слов не соответствует предложенному образцу (На улице идет дождь - На улице едет машина).

Режим работы слухового аппарата считается оптимальным если, ребенок ощущает звучание голоса на расстоянии не менее 1,5–2 м; различает или воспринимает звукоподражания, лепетные и полные слова на расстоянии не менее 1 м; не испытывает неприятных ощущений (И.И. Митюшкина).

Таким образом, задачей педагогического исследования слуха, реализуемого учителем-дефектологом (сурдопедагогом) на ПМПК является оценка состояния слуховой функции для выявления нарушения слуха или уточнения медицинского диагноза, изучение уровня развития слухового восприятия речи с целью определения образовательного маршрута и конкретизации специальных образовательных условий такого ребенка.

Основная литература

1. Кузьмичева, Е. П., Яхнина Е. З. Обучение глухих детей восприятию и воспроизведению устной речи. М.,Издательство: Академия,2011.
2. Назарова, Л.П. Методика РСВ у детей с нарушениями слуха. М.: Изд-во «Владос», 2003.

Дополнительная литература

1. Николаева, Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушением слуха. М. Издательство: Экзамен. 2006
2. Стребелева, Е.А. Психолого-педагогическая диагностика развития детей дошкольного возраста. М., 2007.

2.5 Специфика деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога

Разный уровень предшкольной подготовки ребенка с нарушенным зрением зависит не столько от глубины поражения зрительного анализатора, сколько от раннего оказания (с момента наступления снижения или полной потери зрения) квалифицированной тифлопедагогической помощи. Среди детей с глубоким нарушением зрения встречаются дети старшего дошкольного возраста, имеющие существенные пробелы в знаниях об окружающих предметах и манипуляциях с ними, демонстрирующие несформированность необходимых навыков самообслуживания, коммуникации, игровых умений. Зачастую у таких детей основной причиной является не изначальное нарушение нервно-психической деятельности, а банальное отсутствие условий для развития ребенка со зрительной депривацией (аналог педагогической запущенности). В большей степени проблема оказания специализированной помощи в развитии ребенка с глубоким нарушением зрения раннего возраста заключается в его родителях, неготовых принять своего ребенка таким, какой он есть, откладывающих на неопределенный срок занятия с тифлопедагогом и занимающиеся поиском «чудодейственных» методов восстановления зрения. Перенесшие череду операционных вмешательств (не всегда оправданных) и бесчисленное количество наркозов (в большинстве случаев это дошкольный возраст), такие дети, помимо появившихся

дополнительных страхов и тревожности, демонстрируют распад уже сформировавшихся функциональных связей, на восстановление которых, без гарантии стопроцентного результата, специалисту могут потребоваться месяцы.

Организация проведения обследования слепого или слабовидящего ребенка дошкольного и младшего школьного возраста в условиях ПМПК должна состоять из: предварительного изучения представленной на ребенка документации; в зависимости от зрительных возможностей ребенка подбора диагностического инструментария, адекватного стимульного материала, необходимых тифлотехнических средств; учета офтальмо-эргономических рекомендаций.

Одним из условий успешности обследования слепого или слабовидящего ребенка является установление положительного контакта между ним и тифлопедагогом, формирование доверия у ребенка на начальном этапе обследования.

Важной составляющей обследования слепого или слабовидящего ребенка является подбор диагностического инструментария. Необходимо учитывать, что использование общепринятых существующих методик для обследования готовности к обучению в школе, в том числе и проективных, ориентированных на нормально видящих детей, не дает и не может дать объективной картины.

Акцент в проведении обследования детей с нарушением зрения делается на умении ребенка пользоваться своим нарушенным (или остаточным – у слепых) зрением, на состоянии и возможностях работы сохранных анализаторов, сформированных механизмах компенсации зрительной функции.

По результатам проведенного обследования, на ребенка составляется тифлопедагогическое заключение. Информацию, полученную при изучении документации и во время обследования, желательно дополнить наблюдениями за детьми в различных видах их деятельности: во время спонтанной игры, в процессе обследования ребенка другими специалистами, в коммуникации с родителями.

Общие требования к подбору и предъявлению стимульного материала для проведения диагностического обследования детей с нарушением зрения (слепых, слабовидящих, детей с функциональными нарушениями зрения: косоглазие, амблиопия, астигматизм и т.п.).

Натуральность. Все предметы, применяемые в обследовании детей со зрительной патологией, должны быть максимально приближены к эталонному образцу, с сохранением пропорций, основных признаков (необходимо подобрать предмет, изображенный в типичном ракурсе, при тактильно-осязательном обследовании которого, у незрячего не возникнет затруднений в вычленении основных информативных признаков), типичной для предмета цветовой гаммы. Соотнесенности размера предметов относительно друг друга (например, чашка не должна быть больше кастрюли). Материалы, из которых могут быть выполнены стимульные предметы (игрушки), не должны быть мягко-набивными, ворсистыми. Предпочтение отдается игрушкам, изготовленным из пластмассы, резины, дерева, металла.

Контрастность и цвет. Стимульный материал для детей с нарушением зрения должен демонстрироваться с использованием фоновой поверхности формата А3 (цвет фона матовый: черный, темно-зеленый, темно-серый; при использовании темных предметов: приглушенный белый, желтый). Основной принцип: предмет (раздаточный материал) должен выделяться, контрастировать с поверхностью. Детали самого предмета, также, должны быть контрастными относительно друг друга. Цвет материала необходимо подбирать приближенным к основному эталону, по возможности не стоит использовать оттенки, если конечно, перед исследователем не стоит задача проверить цветовосприятие ребенка. Стимульный материал не должен содержать глянцевые поверхности и «блестящие» цвета (цвет золота, стали). Готовые картинки из диагностических наборов (для детей с нарушением зрения подходят далеко не любые) необходимо также «доработать» - дополнительно выделить предмет по контуру, используя темный маркер, фломастер.

Рабочая поверхность и специальные средства. В работе с ребенком с нарушением зрения не используются глянцевые поверхности, полированная или яркая рабочая зона стола

должна закрываться матовым фоном. Поверхность для экспозиции предмета для детей с остротой зрения от 0,1 и выше (границей поля зрения более 20°) может быть как горизонтальной, так и вертикальной. Удобно использовать специальные настольные подставки (например, «Сигма») и мольберты. Для рассматривания объектов и их деталей, иллюстраций и т.п. со слабовидящим ребенком с остротой зрения ниже 0,2 рекомендуется использовать электронный увеличитель «Тораз» или его аналог. При наличии у ребенка диагноза сходящееся косоглазие, стимульный материал предъявляется на вертикальной поверхности, расходящееся косоглазие – на горизонтальной. Детям с ЧАЗН чаще всего комфортно работать в цветовом режиме желтый на синем. Современные электронные увеличители обеспечивают выбор цветового режима под индивидуальные предпочтения людей с ограниченными зрительными функциями.

Организационные условия для ребенка с глубоким нарушением зрения (тактильно-осязательное и тактильно-зрительное обследование предметов). Стимульный материал для обследования детей с глубоким нарушением зрения (дошкольного и младшего школьного возраста), предъявляется в лотках или коробках с невысокими бортами. Одновременно используется два лотка: один пустой, другой содержит предметы. Сориентировав ребенка в расположенных на столе материалах, предлагаем брать по одному предмету и после тактильно-осязательного обследования помещать в пустой лоток. Не стоит перегружать ребенка, и использовать за одну встречу более 2-3 заданий, направленных на тактильно-осязательное восприятие. При первых признаках утомления и/или потери интереса ребенка, такого рода задания следует прекратить. Слабовидящему ребенку с относительно высокой остротой зрения, но при наличии нистагма целесообразно предъявлять материал, ориентированный на тактильно-зрительное обследование. Обязательным условием обследования ребенка с глубоким нарушением зрения при выполнении заданий по конструированию («собери также») является наличие в постоянном доступе эталонного образца (условие распространяется на объекты, которые исследователь предъявляет ребенку впервые) для проведения сравнительных операций, уточнения деталей. Исключение составляют задания, целью которых является обследование сформировавшихся предметных представлений (после проведенных коррекционных занятий с тифлопедагогом или уточнения представлений о знакомых ребенку предметах, с которыми он взаимодействует повседневно дома, на улице и т.п.). Если специалист видит, что ребенок не знает, как взаимодействовать с предложенным материалом (у ребенка не сформирована стратегия обследования, алгоритм действия по тем или иным операциям), проводится обучающий показ с основным приемом «рука в руке». При этом положение кистей рук специалиста может быть расположено как над кистями ребенка, так и под ними.

Рельефно-графические пособия. При работе с детьми с нарушением зрения достаточно широко используются рельефные изображения: изготовленные на производстве или выполненные самостоятельно. Рельефные изображения представляют собой большую и разнообразную группу пособий, различающихся по исходному материалу и способу изготовления, характеру используемых изобразительных средств, а также степенью обобщенности свойств предмета, структурным и композиционным построением изображения. Подготовка изображения к рельефной печати сложный процесс, требующий знания и опыта. Рельефный рисунок не должен быть загроможден мелкими деталями, расстояние между элементами рисунка не должно быть меньше определенного, толщина и характер линий должны быть особо подобраны.

При предъявлении ребенку нового материала важно соблюдать алгоритм последовательности формирования у детей с нарушением зрения правильного представления о предметах окружающей действительности:

– От простого к сложному: вначале следует убедиться в том, что ребенку знакомы предметы, с которыми он ежедневно сталкивается, что у него сформированы основные представления о предмете (цвете, форме, величине, назначении и т. д.), и только затем вводить предметы, с которыми ребенок не соприкасается постоянно.

– От общего к частному: изучение объекта следует начинать с основных признаков, позволяющих отличить его от других объектов. Предъявляемый предмет должен быть максимально приближен к эталону (принцип натуральности). В некоторых случаях следует исключить излишние детали, способные затруднить начальное восприятие объекта.

– Демонстрация реального (по возможности) объекта с активизацией полисенсорного восприятия: ребенку следует дать рассмотреть объект, потрогать его руками, услышать, какой звук он издает, исследовать (в зависимости от изучаемого предмета) вкусовые и обонятельные ощущения. Далее можно перейти к изучению макета (уменьшенной копии) реального объекта. Макет используется также в тех случаях, когда предъявление натурального объекта не представляется возможным.

– Цветное плоскостное изображение (выполненное в рельефе), заменяющее объемный объект (макет или реальный предмет). Необходимо акцентировать внимание на сходстве и различии.

– Силуэтное изображение (черный рельефный силуэт на белом фоне).

– Контурное изображение: фигура на белом фоне выделяется черным сплошным рельефным контуром (в усложненном варианте — прерывистым контуром).

– Незаконченный рисунок: в рельефном изображении предмета отсутствует какой-либо значительный фрагмент (предъявляется деталь предмета), и ребенку предлагается мысленно достроить образ предмета и назвать его.

– Демонстрируя новый предмет ребенку с глубоким нарушением зрения, рекомендуется синхронизировать процесс описания предмета педагогом с процессом обследования (тактильно-зрительным или тактильно-осязательным способом восприятия) ребенком. Необходимо соблюдать, рекомендованный врачом-офтальмологом, дозированный режим зрительных нагрузок и специальный режим освещения, чередовать нагрузку со специальными упражнениями, направленными на снятие зрительного и общего утомления, следить за осанкой ребенка.

Специальные средства наглядности.

Наглядность – основной элемент образовательного процесса не только зрячих, но и детей с нарушением зрения. Ребенок, имеющий глубокую зрительную патологию, нуждается в целенаправленном обучении способам ознакомления с окружающим миром. Без использования специальных средств наглядности это невозможно, так как непосредственное чувственное восприятие многих предметов или явлений часто бывает затруднено или недоступно.

Виды наглядных пособий. В обучении детей с нарушением зрения используется наглядный материал разных видов (классификация Е. Н. Подколзиной):

– Натуральные наглядные пособия: предметы ближайшего окружения, животные, растения, овощи, фрукты и т.д., которые специально подбираются в соответствии с изучаемой темой урока (и/или занятия с тифлопедагогом) или наблюдаются в ходе прогулок, экскурсий.

– Объемные наглядные пособия: муляжи, чучела животных и птиц, модели, макеты, геометрические тела.

– Дидактические игрушки: куклы, кукольная мебель, посуда, игрушки, изображающие животных, птиц, насекомых и т.д.

– Изобразительные наглядные пособия: иллюстрации к сказкам, рассказам, стихам, репродукции картин, фотоматериалы, слайды, диа-, кино- и видеоматериалы, плакаты.

– Графические наглядные пособия: таблицы, схемы, планы.

– Символические наглядные пособия: исторические, географические, биологические карты.

– Рельефные наглядные пособия: включают в себя иллюстративную, графическую и символическую наглядность, рельефно-точечные и барельефные предметные и сюжетные изображения, а также схемы, планы, таблицы, выполненные таким образом.

Наглядный материал может быть демонстрационным и раздаточным. Демонстрационная наглядность используется для фронтального показа (всей группе учащихся), раздаточный рассчитан на индивидуальную работу с ребенком.

Основным правилом при создании рельефно-графических пособий должно быть соблюдение единства способа восприятия свойств предмета и отражения их в рисунке. Если в рисунке нормально видящего передаются зрительно воспринимаемые свойства натуральных предметов, то в рельефном рисунке должны быть переданы свойства предметов, воспринимаемых осязанием. Т.к. большинство слепых детей имеют остаточное зрение, рельефно-графические изображения обязательно дополняются цветом (контрастным с фоном рельефным контуром).

Основная литература

1. Денискина, В.З. Особые образовательные потребности, обусловленные нарушениями зрения и их вторичными последствиями / В.З. Денискина // Дефектология. – 2012. – № 5. – С. 3-12.

2. Комова, Н.С. Организация обучения слепых и слабовидящих детей в условиях ФГОС// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2016, №3. – С. 19-28.

Дополнительная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования/ Под общ. ред. М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. – М.: АРКТИ, 2014. – 368с.

2. Соколов, В.В., Комова, Н.С. Современные технические средства реабилитации детей со зрительной депривацией// Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2013, №6. – С. 33-42.

3. Тупоногов, Б.К. Организация коррекционно-педагогического процесса в школе для слепых и слабовидящих детей. – М: Владос, 2013. – 223 с.

Материалы для самостоятельной работы и практические задания

Раздел 1. Модели деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов психолого-медико-педагогических комиссий

1.1 Модели деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогических комиссий

Проанализируйте деятельность педагогов-психологов психолого-медико-педагогических комиссий.

Определите структурные компоненты модели деятельности педагогов-психологов психолого-медико-педагогических комиссий.

1.2 Модели деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогических комиссий

Проанализируйте деятельность учителей-логопедов психолого-медико-педагогических комиссий.

Определите структурные компоненты модели деятельности учителей-логопедов психолого-медико-педагогических комиссий.

1.3 Модели деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Проанализируйте деятельность учителей-дефектологов: олигофренопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий.

Определите структурные компоненты модели деятельности учителей-дефектологов: олигофренопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий.

1.4 Модели деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Проанализируйте деятельность учителей-дефектологов: сурдопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий.

Определите структурные компоненты модели деятельности учителей-дефектологов: сурдопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий.

1.5 Модели деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Проанализируйте деятельность учителей-дефектологов: тифлопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий.

Определите структурные компоненты модели деятельности учителей-дефектологов: тифлопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий.

Раздел 2. Специфика деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий

2.1 Специфика деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогических комиссий

Определите специфику деятельности педагогов-психологов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

Выделите основные направления деятельности педагогов-психологов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

2.2 Специфика деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогических комиссий

Определите специфику деятельности учителей-логопедов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

Выделите основные направления деятельности учителей-логопедов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

2.3 Специфика деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Определите специфику деятельности учителей-дефектологов: олигофренопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

Выделите основные направления деятельности учителей-дефектологов: олигофренопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

2.4 Специфика деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Определите специфику деятельности учителей-дефектологов: сурдопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

Выделите основные направления деятельности учителей-дефектологов: сурдопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

2.5 Специфика деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Определите специфику деятельности учителей-дефектологов: тифлопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

Выделите основные направления деятельности учителей-дефектологов: тифлопедагогов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий.

Задания для промежуточной аттестации и итоговой аттестации (итогового тестирования)

Раздел 1. Модели деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов психолого-медико-педагогических комиссий

1.1 Модели деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте структурно-логическую схему модели деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогических комиссий.

1.2 Модели деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте структурно-логическую схему модели деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогических комиссий.

1.3 Модели деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте структурно-логическую схему модели деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога психолого-медико-педагогических комиссий.

1.4 Модели деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте структурно-логическую схему модели деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога психолого-медико-педагогических комиссий.

1.5 Модели деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте структурно-логическую схему модели деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога психолого-медико-педагогических комиссий.

Раздел 2. Специфика деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов психолого-медико-педагогических комиссий при использовании новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий

2.1 Специфика деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте программу обследования ребенка с ограниченными возможностями здоровья по плану: проблема обращения, инициатор обращения, анкетные данные, пакет необходимых для изучения проблемы документов, обязанности членов ПМПК во время обследования, анамнестические данные, данные медицинских обследований, данные о семье ребенка, история развития, обучения и реабилитации ребенка.

Подготовьте план проведения обследования ребенка, опишите основные виды деятельности педагога-психолога ПМПК. Опишите результаты психолого-педагогического обследования:

- сведения ребенка об окружающем;
- восприятие времени и пространства;
- особенности внимания;
- особенности памяти;
- учебные компетенции, состояние счета, письма и чтения;

- эмоционально-волевая сфера и поведение ребенка, целенаправленность его деятельности;
- особенности мышления – процессы анализа, синтеза, обобщения, понимание причинно-следственных связей.

Сформулируйте заключение в соответствии с новыми классификациями и критериями. Постройте план консультации для родителей по результатам обследования ребенка. Разработайте рекомендации по комплексу психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку.

2.2 Специфика деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте программу обследования ребенка с тяжелыми нарушениями речи по плану: проблема обращения, инициатор обращения, анкетные данные, пакет необходимых для изучения проблемы документов, обязанности членов ПМПК во время обследования, анамнестические данные, данные медицинских обследований, данные о семье ребенка, история развития, обучения и реабилитации ребенка.

Подготовьте план проведения обследования ребенка, опишите основные виды деятельности учителя-логопеда ПМПК. Опишите результаты психолого-педагогического обследования:

- сведения ребенка об окружающем;
- восприятие времени и пространства;
- учебные компетенции, состояние счета, письма и чтения;
- данные логопедического обследования;

Сформулируйте заключение в соответствии с новыми классификациями и критериями. Постройте план консультации для родителей по результатам обследования ребенка. Разработайте рекомендации по комплексу психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку.

2.3 Специфика деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте программу обследования ребенка с интеллектуальными нарушениями по плану: проблема обращения, инициатор обращения, анкетные данные, пакет необходимых для изучения проблемы документов, обязанности членов ПМПК во время обследования, анамнестические данные, данные медицинских обследований, данные о семье ребенка, история развития, обучения и реабилитации ребенка.

Подготовьте план проведения обследования ребенка, опишите основные виды деятельности учителя-дефектолога: олигофренопедагога ПМПК. Опишите результаты психолого-педагогического обследования:

- сведения ребенка об окружающем;
- восприятие времени и пространства;
- особенности внимания;
- особенности памяти;
- учебные компетенции, состояние счета, письма и чтения;
- данные логопедического обследования;
- эмоционально-волевая сфера и поведение ребенка, целенаправленность его деятельности;
- особенности мышления – процессы анализа, синтеза, обобщения, понимание причинно-следственных связей.

Сформулируйте заключение в соответствии с новыми классификациями и критериями. Постройте план консультации для родителей по результатам обследования ребенка. Разработайте рекомендации по комплексу психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку.

2.4 Специфика деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте программу обследования ребенка с нарушением слуха по плану: проблема обращения, инициатор обращения, анкетные данные, пакет необходимых для изучения проблемы документов, обязанности членов ПМПК во время обследования, анамнестические данные, данные медицинских обследований, данные о семье ребенка, история развития, обучения и реабилитации ребенка.

Подготовьте план проведения обследования ребенка, опишите основные виды деятельности учителя-дефектолога: сурдопедагога ПМПК. Опишите результаты психолого-педагогического обследования:

- сведения ребенка об окружающем;
- восприятие времени и пространства;
- особенности внимания;
- особенности памяти;
- учебные компетенции, состояние счета, письма и чтения;
- данные логопедического обследования;

- эмоционально-волевая сфера и поведение ребенка, целенаправленность его деятельности;

- особенности мышления – процессы анализа, синтеза, обобщения, понимание причинно-следственных связей.

Сформулируйте заключение в соответствии с новыми классификациями и критериями. Постройте план консультации для родителей по результатам обследования ребенка. Разработайте рекомендации по комплексу психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку.

2.5 Специфика деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога психолого-медико-педагогических комиссий

Составьте программу обследования ребенка с нарушением зрения различной степени по плану: проблема обращения, инициатор обращения, анкетные данные, пакет необходимых для изучения проблемы документов, обязанности членов ПМПК во время обследования, анамнестические данные, данные медицинских обследований, данные о семье ребенка, история развития, обучения и реабилитации ребенка.

Подготовьте план проведения обследования ребенка, опишите основные виды деятельности учителя-дефектолога: тифлопедагога ПМПК. Опишите результаты психолого-педагогического обследования:

- сведения ребенка об окружающем;
- восприятие времени и пространства;
- учебные компетенции, состояние счета, письма и чтения;
- данные логопедического обследования;
- эмоционально-волевая сфера и поведение ребенка, целенаправленность его деятельности;

- особенности мышления – процессы анализа, синтеза, обобщения, понимание причинно-следственных связей.

Сформулируйте заключение в соответствии с новыми классификациями и критериями. Постройте план консультации для родителей по результатам обследования ребенка. Разработайте рекомендации по комплексу психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку.

Контрольные материалы

Подготовьте итоговую квалификационную работу в виде заключения психолого-медико-педагогической комиссии в соответствии с новыми классификациями и критериями.

Структура итоговой квалификационной работы:

1. Обследование ребенка.
2. Описание состояния исследуемых функций ребенка.
3. Заключение специалиста психолого-медико-педагогической комиссии.
4. Рекомендации по деятельности специалиста в общеобразовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность.

Требования к оформлению итоговой квалификационной работы

1. Объемом до 3 страниц.
2. Файл с электронной версией текста называется по фамилии автора, например, Иванова О.В.

3. Оформление текста.

- 3.1. Для набора текста следует использовать только редактор Microsoft Word. *Итоговая квалификационная работа* состоит из основного текста и раздела «Список литературы» (в конце).

- 3.2. Параметры страницы:

- все четыре поля по 2 см.,
- ориентация листа – книжная,
- страницы Итоговой квалификационной работы нумеруются.

- 3.3. Параметры текста:

- шрифт Times New Roman,
- размер шрифта – 12,
- межстрочный интервал – 1 (одинарный), без интервалов между абзацами,

4. В начале итоговой квалификационной работы прописывается:

полное имя, отчество и фамилия автора, полное название основного места работы
должность, место работы в ПМПК, должность, e-mail и контактный телефон автора.

5. Структура работы:

1. Обследование ребенка.
2. Описание состояния исследуемых функций ребенка.
3. Заключение специалиста психолого-медико-педагогической комиссии.
4. Рекомендации по направлениям деятельности специалиста в общеобразовательной организации, осуществляющей образовательную деятельность.

6. Критерии оценки итоговой квалификационной работы.

Оценка итоговой квалификационной работы проводится по следующим позициям (критериям):

1. Соблюдение требований к структуре итоговой квалификационной работы;

2. Соответствие содержанию учебного материала, изученному на курсах, в части использования новых классификаций и критериев для формирования заключений комиссий, определяющих условия получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья.

3. Качество оформления.