

Методические рекомендации

Инновационные модели деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов, социальных педагогов, специалистов психолого-медико-педагогических комиссий

Описание инновационных моделей деятельности педагогов-психологов, учителей-логопедов, учителей-дефектологов, социальных педагогов, специалистов психолого-медико-педагогических комиссий

Описание инновационной модели деятельности врача психолого-медико-педагогических комиссий

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 или психическое заболевание порою носит не только резидуальный, но и текущий, нередко прогрессирующий характер (например, эпилепсия и эпилептические синдромы, дегенеративные заболевания, «медленные» воспалительные процессы, прогрессирующая психическая патология). Нередко неврологическая патология является следствием других заболевания (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 дизадаптации 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), 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 не определяет основные специальные условия получения образования, в первую очередь, образовательную программу, его роль в деятельности ПМПК чрезвычайно важна.

Можно говорить об аналогичной, как и для других специалистов, этапности деятельности. К последней следует отнести:

1. Знакомство с документами (результаты параклинических исследований, медицинской картой, характеристикам на ребенка)
2. Оценка истории развития в своей специализации (анамнез по документам и сведения от родителей).
3. Наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его обследования другими специалистами и создание собственной диагностической гипотезы.
4. Собственное диагностическое обследование в соответствии специализацией и особенностями ребенка.
5. Экспресс-анализ результатов собственной диагностики с выходом на нозологический диагноз. Заполнение протокола ПМПК в своей части.
6. Коллегиальное обсуждение с определением общих (типологических) и индивидуальных особенностей ребенка и СОУ с учетом поставленного клинического диагноза.
7. Участие в оформлении заключения.
8. 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:

1. Психофизические особенности.
2. Критерий раннего развития (анамнестические данные).
3. Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз.
4. Характер поведения.
5. Социально-эмоциональная адаптированность.
6. Коммуникативная активность.

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, Ключкова, 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 *«Двигательная сфера»* 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 перекатываясь 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 абилитации / 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 соотношении 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 т.п.) 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. То есть, в рамках сбора анамнестических данных врач использует *критерий раннего развития* и его показатели, специфичные для каждой категории детей и для конкретного ребенка для постановки нозологического диагноза.

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 соответствии какому-либо возрасту, вплоть до 10 лет). При этом отдельно должно быть оценено 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 психопатологический 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 и т.п.

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.

Все эти показатели могут быть объединены в соответствующие приведенные выше критерии и степени выраженности соответствующих показателей.

В контексте анализа когнитивной сферы (критерий *когнитивные особенности*), что также должно находиться в «поле зрения» врача-психиатра, при необходимости оцениваются:

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).

Мышление: 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.

Эти показатели должны быть соотнесены (при коллегиальном обсуждении) с данными, полученными педагогом-психологом в его обследовании.

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 абилитационный маршрут) и, что более важно, в плане возможного прогноза состояния ребенка.

Описание кейс-случая (по результатам обследования ребенка врачом психиатром)

На ПМПК ребенок 9 лет, ученик 3-го класса.

Психофизические особенности: Внешне присутствуют стигмы дизэмбриогенеза, признаки дисплазии суставов. Ребенок повышенного питания, моторное развитие не соответствует возрасту. Темп деятельности неравномерен, выражено импульсивен.

Критерий раннего развития: На первом году жизни частые состояния дискомфорта, постоянный крик, частые «закатывания», вплоть до рвоты. В мед. карте отмечались нарушения мышечного тонуса (дистонии), гидроцефальный синдром, синдром внутричерепной гипертензии, синдром повышенной возбудимости, нарушения сна, значительное отставание сроков психомоторного развития (сел к 8 мес., самостоятельно пошел в 1 год 3 мес).

Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз: по МКБ-10: F71.88.

Поведение: (пишется совместно со всеми специалистами ПМПК). В ситуации обследования *выражено неадекватен, умеренно возбужден, импульсивен, дурашлив.* На фоне утомления демонстрирует аффективные вспышки и негативизм.

Регуляция деятельности (отмечается вместе с педагогом-психологом). *Выраженные* трудности удержания алгоритма деятельности. *Умеренно* затруднена регуляция эмоциональной экспрессии.

Социально-эмоциональная адаптированность: (пишется совместно со всеми специалистами ПМПК). Навыки самообслуживания на бытовом уровне *выраженно недостаточны*. Эмоциональные реакции *умеренно неадекватны*. Сформированность социально-коммуникативных норм *умеренно* недостаточна, критичность *выраженно* снижена.

Коммуникативная активность: (пишется совместно со всеми специалистами ПМПК). *Избыточная, неадекватная*, в общении навязчив.

Когнитивные особенности: Мышление *примитивное*. Логические операции недоступны. В целом уровень интеллектуального развития *выраженно* не соответствует возрасту.

Заключение врача-психиатра в протоколе ПМПК

Умеренная степень умственной отсталости с нарушениями поведения.

Специальные образовательные условия, которые должны быть созданы в ОО (по мнению врача-психиатра).

Обучение в классе малой наполняемостью.

Нуждается в сопровождении тьютора.

Дополнительные условия (Рекомендации родителям)

Наблюдение врача психиатра. Консультация врача-генетика. Занятия ЛФК.

Инновационная модель деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогической комиссий

Психологическое обследование ребенка на ПМПК, помимо оценки особенностей ребенка с ОВЗ с учетом показателей указанных критериев, 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 должно сопоставляться с особенностями анамнеза, психофизическими особенностями ребенка и нозологическим диагнозом, поставленным врачом.

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:

1. Знакомство с документами (рабочие тетради, результаты параклинических исследований, психологические характеристики и заключения консилиума образовательной организации на ребенка).
2. Оценка истории развития в своей специализации (анамнез по документам и сведения от родителей).
3. Наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его обследования другими специалистами и создание первичной/уточненной диагностической гипотезы.
4. Собственное диагностическое обследование в соответствии с возрастом ребенка и собственной диагностической гипотезой.
5. Экспресс-анализ результатов собственной диагностики с выходом на профессиональный диагноз/заключение. Заполнение протокола ПМПК в своей части.
6. Коллегиальное обсуждение с определением общих (типологических) и индивидуальных особенностей ребенка и СОУ.
7. Участие в оформлении заключения.
8. 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 соотнесении 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 сердишься 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 вычленив «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-репрезентаций.

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 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. 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:

1. Методика должна иметь достаточно длительный срок апробации на современной детской популяции, в том числе на детях с различными вариантами отклоняющегося развития;
2. 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);
3. 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;

4. 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;

5. 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);

6. Получаемые результаты должны иметь, в первую очередь, качественные условно нормативные показатели, характеризующие современную популяцию детей¹. 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).

Всю совокупность наблюдаемой феноменологии, демонстрируемой ребенком можно «свести» к ряду критериев и выраженности показателей по каждому из них.

К таким критериям отнесены:

1. Психофизические особенности.
2. Критерий раннего развития.
3. Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз.
4. Характер поведения.
5. Регуляция деятельности.
6. Социально-эмоциональная адаптированность.
7. Коммуникативная активность.
8. Речевая деятельность.
9. Когнитивные особенности.
10. Обучаемость.

¹ В связи с многонациональностью нашей страны было бы хорошо иметь адаптацию хотя бы основных используемых в практике ПМПК диагностик. Но эта задача еще не нашла своего разрешения. Нам известна только одна диссертационная работа (Э.Н. Абуталиповой, респ. Башкортостан), посвященная этой проблеме.

11. Помощь со стороны взрослого.

12. Обученность (в соответствии с основной образовательной программой).

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: *Характер поведения; Регуляция деятельности; Социально-эмоциональная адаптированность; 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 таким как *Обучаемость; Критерий раннего развития; Психофизические особенности* и др.

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.

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»).

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». 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. Особенно это касается детей с тяжелыми формами аутистических расстройств. (1-я и 2-ая группы РДА по О.С. Никольской).

В целом, 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 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.

– Рекомендуется 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, неуверены 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 мешать 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.

Как мы уже говорили, деятельность педагога-психолога ПМПК в части определения специальных образовательных условий для ребенка с ОВЗ в первую очередь будет касаться оценки ребенка по критериям: *Характер поведения; Регуляция деятельности; Социально-эмоциональная адаптированность; 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 таким, как *Обучаемость, Критерий раннего развития; Психофизические особенности* и др.

Описание кейс-случая (по результатам обследования ребенка педагогом-психологом)

Ребенок с РАС, 7 лет, 8 мес. (вариант искаженного развития - 2 гр.РДА)

Психофизические особенности: Сниженные пороги сенсорной и болевой чувствительности, выраженная избирательность в пищевых предпочтениях, хорошо развитое чувство ритма. Внешне не стигмизирован.

Критерий раннего развития: Выраженное беспокойство на первом году жизни, низкие пороги сенсорной чувствительности, трудности введения новых видов пищи, избирательность в пище. Сроки моторного развития формировались по возрасту. Грубая инертность формирования простых/бытовых навыков. Задержка сроков, и специфика речевого развития. Значительная избирательность в контактах. Нарушение режима сна-бодрствования, болезненная привязанность к одному взрослому.

Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз: *по МКБ-10: F84.0, F84.4.*

Поведение: (пишется совместно со всеми специалистами ПМПК). В ситуации обследования *выраженно неадекватен, выраженно неупорядочен* в поведении, беспокоен, демонстрирует множественные стереотипии, аутостимуляцию.

Регуляция деятельности: *выраженные* трудности удержания алгоритма деятельности. *Выраженно* затруднена регуляция эмоциональной экспрессии. В рамках стереотипной деятельности регуляция присутствует, алгоритм простой деятельности может удерживать, как бы «случайно».

Социально-эмоциональная адаптированность: (пишется совместно со всеми специалистами ПМПК). Навыки самообслуживания на бытовом уровне *умеренно недостаточны*. Эмоциональные реакции *выраженно неадекватны* по силе, Сформированность социально-коммуникативных норм *выраженно недостаточна*.

Коммуникативная активность: (пишется совместно со всеми специалистами ПМПК). *Значительно* недостаточна, как на вербальном, так и на невербальном уровне, возможна в пределах стереотипных форм поведения – если взрослый «подключается» к стереотипиям ребенка.

Речь: (отмечается совместно с логопедом) в речи эхолалии и речевые стереотипии.

Когнитивные особенности: Мышление искажено и выражено снижено. Уровень пространственных представлений выявить не удастся. Особенности мнестической деятельности выявить не удастся (со слов матери запоминает все механически).

Помощь со стороны взрослого: (пишется совместно со всеми специалистами ПМПК) Фактически не принимает ввиду нарушений коммуникации.

Обучаемость: (пишется совместно с дефектологом) Избирательна, уровень выявить не удастся.

Обученность: (пишется совместно с дефектологом) Избирательна, неравномерна и в целом, выражено не соответствует возрастным требованиям.

Заключение психолога в протоколе ПМПК

Вариант искаженного развития с поведенческими нарушениями и стереотипиями.

Направления коррекционной деятельности психолога в ОО: Выстраивание элементарных коммуникаций, стереотипов учебной деятельности и взаимодействия с сверстниками. При необходимости – обучение навыкам альтернативной коммуникации. Консультирование родителей по выстраиванию отношений с ребенком. Консультирование учителей/воспитателей по учету специфики особенностей ребенка в образовательном процессе.

В целом, по итогам проведения сессии ПМПК для такого ребенка могут быть рекомендованы следующие *Специальные образовательные условия*:

1. Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе обучающихся с РАС (Вариант 8.3) (с введением ФГОС НОО ОВЗ) либо

Обучение по адаптированной основной общеобразовательной программе обучающихся с умственной отсталостью, с учётом индивидуальных возможностей и особенностей ребенка с РАС.

2. Форма обучения: очная форма / очно-заочная.

3. Режим – неполный день, классно-урочная форма / желательно в классе малой наполняемости.

4. Использование учебников, учебных пособий и дидактических материалов в соответствии с программой.

5. Сопровождение тьютора.

6. Индивидуальные занятия:

- с педагогом-психологом
- учителем-логопедом (заполняется соответствующим специалистом).
- учителем-дефектологом (заполняется соответствующим специалистом).

7. Срок повторного прохождения ПМПК по запросу родителей или рекомендации ПМПк ОО.

8. Парциальная интеграция в мини-группу детей во второй половине дня с сопровождением тьютора (ассистента в соответствии с ИПР), возможно в рамках дополнительного образования.

Дополнительные условия (Рекомендации родителям)

Наблюдение врача психиатра.

Питание принесенной из дома пищей.

Описание инновационной модели деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогических комиссий

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:

1. Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка.
2. Определить характер дефекта с точки зрения первичности/вторичности речевого недоразвития, или в качестве компонента сложного (сочетанного) дефекта.
3. Определить структуру дефекта.
4. Установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение.
5. 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; дети младшего дошкольного возраста, имеющие темповую задержку речевого развития или сниженную мотивацию общения, имеют равномерное отставание по всем показателям от возрастных норм при достаточно высоком уровне развития импрессивной речи. Все 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 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 ходе обследования устной речи для коммуникации с ребенком с нарушением слуха используются разные формы словесной речи (устная, письменная, дактильная) или жестовая речь (с учетом владения ими обследуемым); при этом сначала все инструкции предъявляются устно, ребенок воспринимает их слухозрительно (если он слухопротезирован, то с помощью индивидуальных слуховых аппаратов или кохлеарных имплантов / кохлеарного импланта и индивидуального слухового аппарата / только кохлеарного импланта в зависимости от медицинских рекомендаций); при затруднении в восприятии и понимании устных инструкций, они предъявляются письменно или устно – дактильно (если ребенок владеет дактилологией); при непонимании словесной речи используется жестовая речь (если ребенок владеет ею) или естественные жесты.

Поскольку в пакет логопедического обследования включены задания полифункционального характера, постольку за логопедом закрепляется право выбора методик обследования в зависимости от уровня развития речи, структуры дефекта и тяжести его выраженности.

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 без 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 потребуется 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. Например, для диагностики сенсорной алалии или афазии необходимо иметь данные врача о состоянии слуха, функциональном состоянии коры головного мозга.

Решение следующей задачи – выявление структуры дефекта подразумевает определение того, какие стороны речи сохранены, а какие несформированы в соответствии с возрастными нормативами; установление иерархической взаимосвязи между отдельными проявлениями речевой недостаточности.

В процессе проведения обследования речи ребенка реализуются следующие положения:

- Внутри каждого вида заданий эффективно следовать принципу «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. При этом 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.).

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. 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).

Если в логопедии отсутствуют стандартизированные тесты и не требуется жесткого отбора иллюстративного и вербального материала к ним, то 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.).

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 и т.п. Кроме того большое значение имеет фактор обучаемости языковым явлениям. Высокая или относительно высокая обучаемость позволяет говорить о сохранности языковой способности, следовательно, прогнозировать высокую динамику развития речи. Учет данного фактора позволяет дифференцировать временные задержки речевого развития, социальные влияния (например, просторечие, пиджин языки и проч.), неполное двуязычие и собственно недоразвитие речи как патологическое состояние.

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 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 адаптированных основных образовательных программ начального общего образования (АООП НОО ФГОС ОВЗ).

Наиболее сложным для определения варианта обучения детей с III уровнем развития речи при общем недоразвитии 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 по варианту 1 АООП НОО детям, имеющим общее

недоразвитие речи III уровня речевого развития и достаточный уровень подготовки к обучению в школе, что подразумевает наличие элементарных навыков звукового анализа и готовность к коммуникации.

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 речевого развития, должны обучаться по варианту 5.2 АООП НОО, 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.

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 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.

Технологические карты процесса обследования логопедом ПМПК (диагностический этап).

Специфика работы логопеда в условиях ПМПК состоит в том, что, с одной стороны, количество времени на обследование ребенка достаточно ограничено, в другой – он работает в команде специалистов.

Соответственно, стандартный путь обследования от элементарного к более усложняющемуся материалу не является оптимальным.

Поэтому предлагается использовать иную технологию – от общего к частному. Изучив документацию, выявив запрос родителей, логопед уже может выдвинуть гипотезу о возможном варианте отклоняющегося развития. Дальнейшая задача исследования – подтвердить или опровергнуть гипотезу, а также уточнить характер проявления речевой недостаточности для определения образовательной программы и организационной формы ее реализации.

На протяжении обследования задача логопеда региональной или муниципальной ПМПК выявить дифференциальные признаки определенной формы речевого недоразвития. Поэтому предлагаемая технология обследования предполагает, что логопед в первую очередь выявляет те проблемы, которые проявляются в наиболее сложных видах речевой деятельности, а затем, при необходимости, проводить целенаправленное обследование для расширения и уточнения выявленных проблем.

Ниже в таблицах представлен возможный алгоритм обследования детей дошкольного и школьного возрастов.

Участие в коллегиальном обследовании представляет логопеду ряд преимуществ. Вот некоторые из них.

– Участие специалистов медицинских и дефектологических профессий позволяет логопеду сосредоточиться только на обследовании состояния коммуникативной и речевой деятельности, уровня сформированности языковых средств, поскольку вопрос о

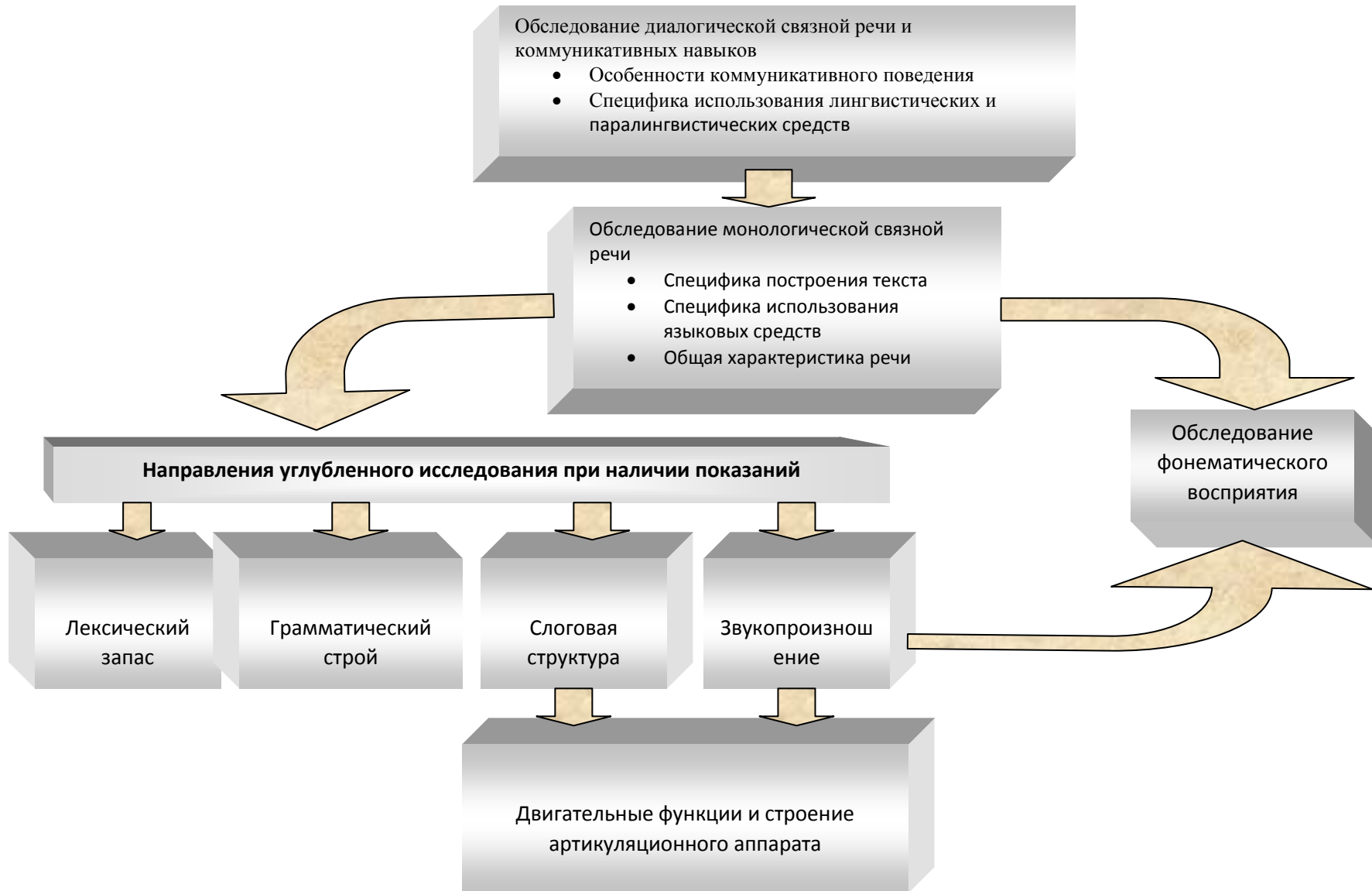
первичности и вторичности речевой недостаточности решается в процессе совместного обсуждения.

- Участие в коллегиальном обследовании позволяет сократить время обследования за счет анализа речевой продукции ребенка в процессе обследования других специалистов.

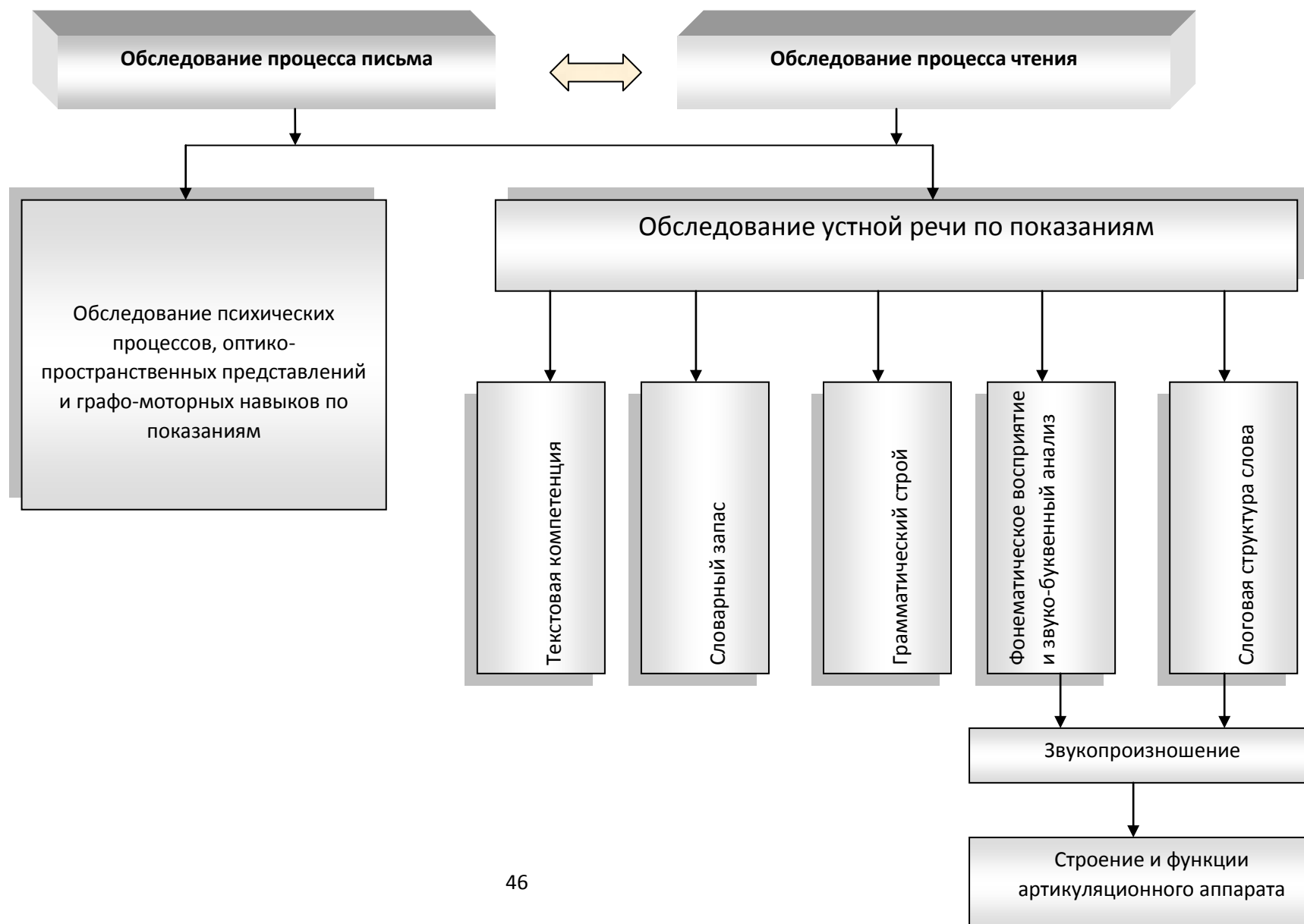
- Коллегиальный подход позволяет более точно определить программу обучения детей и набор специалистов психолого-педагогического сопровождения.

Последовательность участия специалистов в процессе обследования определяется гипотетическим диагнозом и запросом родителей.

Исследования речи детей дошкольного возраста



Основные направления обследования речи детей школьного возраста



Критерии и показатели

Критерий «Психофизические особенности»

Показатель «Артикуляционный аппарат»

В структуре данного показателя выделяется несколько составляющих.

Первая составляющая: «Строение артикуляционного аппарата» призвана описать те недостатки, которые препятствуют формированию правильного звукопроизношения или обуславливают иные недостатки речевого развития ребенка.

Составляющая подразумевает качественную оценку состояния артикуляционного аппарата ребенка:

- Без особенностей
- Наличие расщелин и расщеплений (дооперационный период, оперированные)
- Другие особенности строения артикуляционного аппарата

Вторая составляющая: «Двигательные функции артикуляционного аппарата». При обследовании двигательных функций артикуляционного аппарата учитывается состояние тонуса мышц артикуляционного аппарата, объем и сила их движения, точность, переключаемость, в том числе, явления апраксии. Оценивается локализация и степень выраженности.

Оценка осуществляется по следующей шкале:

- *Без отклонений* - не обнаружено динамических и праксических расстройств, влияющих на процесс формирования речевой деятельности;
- *Легкая степень выраженности недостаточности* - могут быть обнаружены незначительные отклонения двигательных функций артикуляционного аппарата в виде изолированных симптомов или более-менее широкого симптомокомплекса.
- *Средняя степень выраженности недостаточности* – недостаточность двигательных функций выражена достаточно ярко, равномерно или неравномерно, но частично компенсируется в процессе говорения за счет сохранных функций.
- *Тяжелая степень выраженности недостаточности* – выраженный симптомокомплекс недостаточности двигательных функций артикуляционного аппарата, обуславливающий не только проблемы с формированием звуковой стороны речи, но и некоторые трудности для реализации жизнедеятельности (глотание, жевание и проч.).
- *Крайне тяжелая степень выраженности недостаточности* – как правило, паралич мышц артикуляционного аппарата, грубая оральная апраксия, обуславливающая нечленораздельную речь и затруднения в осуществлении повседневной жизни.

Кроме того, в рамках данного показателя выделена составляющая «Другое», позволяющая зафиксировать иные отклонения в строении и двигательных функциях как органов артикуляционного аппарата, так и других отделов речевого аппарата: дыхательного и голосового.

Критерий «Коммуникация» включает три показателя: «Коммуникативная активность», «Адекватность коммуникативного взаимодействия» и «Средства коммуникации».

Показатель: «Коммуникация». Содержание показателя – состояние коммуникативных потребностей и навыков их реализации, мотивации к общению в различных социальных ситуациях. Оцениваются временные показатели (скорость установления контактов; скорость реакции на действия партнера по общению, продолжительность); эргатические показатели (стремление к постоянному общению или уход от него; стремление к широкому кругу общения; наличие изолированности, одиночества; утомляемость в присутствии незнакомых); вариативные показатели (легкость смены способов общения; широта спектра способов общения; нахождение общности с разными партнерами; вариативность эмоциональных состояний в общении); инициатива в общении.

Оценка показателя: высокая коммуникативная активность, средняя, низкая, речевой негативизм, отказ от коммуникации.

При оценке выраженности показателя только отказ от общения может рассматриваться как неблагоприятный фактор. Остальные степени выраженности могут находиться как в зоне нормативного, так и в зоне отклоняющегося развития.

Высокая коммуникативная активность – ребенок инициативен в общении, быстро устанавливает контакт с собеседником, с удовольствием общается на различные, близкие ему темы, общение может быть достаточно протяженным, быстро переключается с одного собеседника на другого в процессе свободного общения. В то же время данная степень может соответствовать и состоянию повышенной коммуникативной активности ребенка. Условно говоря «слишком много говорит»: ребенок проявляет инициативу в общении, но при этом не держит дистанцию, одинаково легко общается со знакомыми и незнакомыми людьми, наблюдается повышенный эмоциональный фон в общении.

Средняя коммуникативная активность. Ребенок, как правило, не выступает инициатором общения. Инициативные реплики используется в случае необходимости уточнения задания, вопроса. Тем не менее, в процессе общения преимущественно использует развернутые ответы. По мере адаптации в новых условиях коммуникативная

активность может повышаться. В процессе общения с ребенком устанавливается эмоциональный контакт.

Низкая коммуникативная активность. Для вступления в контакт требуется дополнительное время и дополнительные усилия со стороны взрослых. Ответы, как правило, односложные, Инициатором общения не выступает. Зрительные и эмоциональные контакты затруднены. Возможно избирательное общение с узким кругом лиц.

Речевой негативизм – вступление в контакт с ребенком затруднено. Ребенок избегает ситуации вербального общения, либо игнорируя собеседника, либо прибегает к различным уловкам. Эмоциональный, зрительный и тактильный контакт устанавливает с трудом или не устанавливает совсем.

Отказ от общения – ребенок не вступает во взаимодействие со взрослым, демонстрируя безразличие к попыткам взрослого организовать коммуникативное взаимодействие.

Показатель «Адекватность общения» учитывает, насколько общение ребенка соответствует принятым для определенного типа ситуации нормам и является эффективным. Выделяется три оценки: взаимодействие адекватно ситуации общения (собеседники соблюдают общепринятые нормы общения, заинтересованы в репликах оппонента, сообщают информацию по теме беседы и проч.), частично адекватно ситуации (адекватность общения проявляется в отдельных ситуациях общения и может зависеть от различных факторов, например, продолжительность общения, тематика общения, личность собеседника и проч.) и взаимодействие неадекватно ситуации общения (в процессе общения не учитываются социальные роли, не воспринимаются в полном объеме или совсем не воспринимается предъявляемая собеседником информация, ребенок общается сам с собой или с воображаемым собеседником).

Показатель «Средства общения» предполагает качественную оценку, какими средствами общения ребенок пользуется, и доля каждого из них в ситуации общения (преимущественно, постоянно, иногда, редко и т.п.)

Отмечается наличие следующих средств общения:

- Вербальные;
- невербальные (жесты, мимика, вокализация, интонированные вокализации);
- жестовая речь;
- дактилология;
- система символов БЛИСС;
- другое.

Критерий «Речевая деятельность» объединяет следующие показатели:

Показатель «Звуковая сторона речи» предполагает качественно-количественную оценку. Целями исследования являются:

- выявить звуки, произносимые детьми правильно и дефектно;
- определить уровень сформированности навыка владения правильным произношением в различных условиях предъявления и использования языкового материала (при изолированном произнесении; отраженно; в отработанных ранее слогах, словах и предложениях; при фиксации внимания на качестве произнесения; в спонтанной речи и проч.);
- выяснить характер нарушения звуков (искажения, замены, смешения) на материале различного уровня сложности;
- определить причину (где это возможно) дефектного формирования звукопроизношения у обследуемого ребенка;
- обнаружить недостаточность фонематического восприятия и фонематических представлений у ребенка, их выраженность и характер;
- выявить уровень сформированности ритмико-мелодической стороны речи и умения пользоваться различными слоговыми структурами при продуцировании высказывания и при его восприятии.

Первый субпоказатель «Характер недоразвития / нарушения звуковой стороны речи» предполагает выявление того, какой компонент звуковой стороны речи сформирован, а какой нет. С учетом того, что определение варианта программы обучения детей с речевым не (АООП и АОП) базируется на психолого-педагогической классификации речевых нарушений Р.Е. Левиной и учитывает уровень сформированности средств языка.

Поэтому субпоказатель «Характер недоразвития / нарушения звуковой стороны речи» имеет следующие составляющие:

Фонетический дефект – отсутствие/наличие дефектов звукопроизношения, преимущественно в виде пропусков и искажений звуков родного языка. Оценивается уровень сформированности навыка владения правильным произношением в различных условиях предъявления и использования языкового материала, а также характер нарушения звуков (искажения, замены, смешения).

Фонематическое недоразвитие – проблемы, обусловленные несформированностью фонематического восприятия и фонематического слуха.

Несформированность слоговой структуры слова – неумение сохранять звуко-слоговой образ слова в процессе говорения.

Уровень сформированности или степень недоразвития определяется следующим субпоказателем «Степень выраженности недостаточности», который соотносится с каждым ранее выделенным компонентом звуковой стороны речи.

Соответствует возрастной норме – каждый из компонентов может быть рассмотрен как вариант нормативного развития.

Легкая степень недостаточности: – звукопроизношение – дефектна одна из фонетических групп звуков; Фонематическое восприятие – трудности различения одной-трех оппозиционных пар звуков. Слоговая структура – ребенок затрудняется в воспроизведении сложных по слоговой структуре слов.

Средняя степень недостаточности: – звукопроизношение – дефектны две-три фонетические группы звуков; Фонематическое восприятие – трудности различения 4 -6 оппозиционных пар звуков, неспособность услышать наличие/отсутствия звука в слове. Слоговая структура – ребенок затрудняется в воспроизведении трехсложных слов и слов со стечением трех и более слогласных.

Тяжелая степень недостаточности: звукопроизношение – дефектны четыре и более фонетические группы звуков, что препятствует коммуникации, поскольку речь неразборчива; Фонематическое восприятие – трудности различения 7 и более оппозиционных пар звуков, трудности различения слов, близких по звуковому составу. Слоговая структура – ребенок затрудняется в воспроизведении двух и трехсложных слов, преобладание лепетных слов (для детей старше 1,5 лет).

Следующий показатель «Лексический запас» предполагает определение количественного и качественного состава активного и пассивного словаря; выявление уровня владения значением лексических единиц; определение особенности парадигматических и синтагматических связей; выяснение характера лексических ошибок.

Лексический запас может быть оценен по следующей шкале: соответствует возрастной норме, легкая степень недоразвития, средняя степень недоразвития, тяжелая степень недоразвития. Описать показатели каждой из степеней не представляется возможным, поскольку развитие словарного запаса определяется несколькими компонентами: прежде всего, возрастом ребенка, далее социальным окружением, местом проживания и проч. В самом общем плане можно говорить о тяжелой степени недоразвития словарного запаса при наличии лепетной лексики и ограниченном понимании бытовой лексики у ребенка старше 3х лет. Средняя степень – ограниченность бытовой лексикой у детей старше 5ти лет, легкая степень – трудности овладения

абстрактной лексикой, обобщающими понятиями, переносным значением и многозначностью слов у детей старше 7-ми лет.

Показатель «Грамматический строй речи» призван выявить уровень владения грамматическими средствами в самостоятельной речи (употребление и понимание); определить степень обучаемости грамматическому оформлению языковых и речевых единиц; выяснить характер грамматических ошибок.

Грамматический строй речи может быть оценен по следующей шкале: соответствует возрастной норме, легкая степень недоразвития, средняя степень недоразвития, тяжелая степень недоразвития. К сожалению, нельзя выделить абсолютных показателей для определения степеней недостаточности. Они будут различными для разных возрастов. Особенно внимательно необходимо отнестись к детям, у которых русский язык – не родной, поскольку ошибки грамматического плана у них могут иметь другую природу. Такие дети не нуждаются в логопедической помощи.

В соответствии с возрастным подходом грамматический строй не обследуется в возрастном промежутке от 0 до 1,5 лет. С 1,5 до 2,5 – 3 лет преимущественно обследуется понимание онтогенетически ранних грамматических форм и конструкций. В употреблении в самостоятельной речи в данном возрасте скорее отслеживаются тенденции и динамика, например, степень и характер обучаемости, время появления первых грамматических форм и темпы их наращивания, частота их использования, функции, которые они выполняют и проч.

В общем плане можно рекомендовать оценивать выраженность аграмматизма следующим образом:

- тяжелая степень недоразвития (после 3х лет): отсутствие грамматического оформления речи или наличие отдельных грамматических форм и конструкций, которые ребенок использует не всегда адекватно; резкое ограничение понимания грамматических форм и конструкций, которые ребенок должен был усвоить к данному возрасту;

- средняя степень недоразвития (после 5 лет) – Освоение ребенком наиболее частотных грамматических форм и конструкций, которые он использует неустойчиво. Отмечаются явления замен, смешений, гипергенерализации грамматических форм и конструкций, трудности линейного развертывания грамматических форм и конструкций. Понимание достаточное на бытовом уровне, при усложнении структуры предложения, использование относительно редкоупотребляемых грамматических моделей наблюдаются трудности. Невысокая обучаемость грамматическим моделям;

- легкая степень недоразвития (после 6 – 7 лет) – в речи ребенка наблюдаются отдельные аграмматизмы, которые могут носить неустойчивый характер. Понимание

грамматических форм и конструкций достаточное;

- соответствует возрастной норме – грамматическое оформление собственных высказываний и понимание соответствует возрасту ребенка и диалектным особенностям региона.

Показатель «Связная речь». В рамках данного показателя исследуются особенности использования и понимания устных связных высказываний монологического характера, поэтому данный показатель вводится в обследование и заключение после 5 летнего возраста. Предлагаемые виды работ (по выбору логопеда):

- пересказ описательного текста и/или ответы на вопросы;
- пересказ повествовательного текста и/или ответы на вопросы;
- сокращение (компрессия) текста;
- соотнесения текста и картинки или объекта.

При анализе результатов исследования логопед обращает внимание на следующие диагностические признаки:

- Вид задания: составление связного рассказа (с опорой/без опоры, повествования, описания);
- Самостоятельность выполнения задания;
- Степень развернутости;
- Тематичность;
- Связность;
- Последовательность и логичность.

Результаты оцениваются в соответствии со следующей шкалой:

- соответствует возрастной норме (с учетом возраста ребенка) – ребенок составил рассказ самостоятельно или при небольшой стимулирующей помощи, рассказ соответствует теме, тема раскрыта полностью, отсутствуют отступления от темы, в рассказе все предложения связаны между собой, текст последователен и логичен, используются разнообразные лексико-грамматические средства; понимание аудируемого текста – понимает фактологию и смысл текста;

- легкая степень недоразвития – не соблюдается от 1 до 2 признаков текста, при этом понимание фактологии и смысла текста в полном объеме;

- средняя степень недоразвития – не соблюдается от 3 до 4 признаков текста, при этом понимание фактологии в основном сохранно, затрудняется в передаче смысла текста;

– тяжелая степень недоразвития – составление текста невозможно, либо только с опорой на смысловые вопросы. Понимание фактологии текста фрагментарно или невозможно. Смысл текста недоступен.

Показатель «Чтение» направлен на изучение и оценку уровня сформированности чтения как вида речевой деятельности. Поэтому при анализе уровня сформированности чтения учитывается и техника чтения и понимание прочитанного.

Исследование процессов чтения может быть проведено только после того, как ребенок закончил изучать букварь. На более ранних этапах рекомендуется выявлять риск возникновения недостатков чтения (дислексии) на ограниченном материале, в соответствии с программой обучения. В ходе оценки уровня сформированности чтения как вида речевой деятельности первостепенную роль играет понимание прочитанного. Поэтому даже при сохранной технике чтения уровень определяется пониманием прочитанного вслух или про себя. В отдельных случаях техника чтения и понимание прочитанного могут оцениваться отдельно.

Техника чтения – это умение озвучить текст при чтении вслух или про себя. Поэтому проверка техники чтения может проводиться как при громком чтении, так и при шепотном и даже молчаливом чтении. Техника чтения предполагает анализ по следующим направлениям:

- определить способ чтения (непродуктивное – элементы побуквенного чтения-бухштабирование, отрывистое слоговое; продуктивное – плавное слоговое, плавное слоговое с целостным прочтением отдельных слов, чтение целыми словами и группами слов);
- правильность чтения (звуко-буквенные соответствия, характер ошибок – замены букв по фонематическому сходству, нарушения звуко-слоговой структуры, грамматические ошибки, как показатель несформированности фонематических, морфологических и синтаксических обобщений);
- особенности интонирования текста (соблюдение знаков препинания, выделение логического ударения, паузация при чтении, громкость и внятность).

При анализе понимания прочитанного текста обращается внимание на понимание фактологии текста, а также его идеи, переносного значения.

Выделяется следующая шкала оценки:

- соответствует программным требованиям (ООП) и возрастной норме;
- легкая степень нарушения: у ребенка при чтении отмечается наличие отдельных ошибок (могут иметь различный характер), понимание прочитанного в полном объеме;

– средняя степень нарушения – количество и характер ошибок замедляют процесс чтения, ребенок вынужден перечитывать отдельные слоги, слова и предложения. Либо ребенок по способу чтения отстает от программных требований более чем на год. Понимание в целом фрагментарное, хотя общую тему текста может установить.

– тяжелая степень нарушения – Количество допускаемых ошибок препятствует пониманию прочитанного / не сформированы продуктивные способы чтения. Понимание прочитанного практически отсутствует.

Показатель «Письмо» предназначен для оценки состояния техники письма и самостоятельной письменной речи. Исследование процессов письма может быть проведено только после того, как ребенок закончил изучать букварь. На более ранних этапах рекомендуется выявлять риск возникновения недостатков письма (дисграфии) на ограниченном материале, в соответствии с программой обучения.

При результатов обследования письма выделяются следующие направления диагностики:

- соблюдение каллиграфии и состояние графо-моторных навыков;
- наличие орфографических ошибок;
- наличие специфических (дисграфических) ошибок, условия проявления и частота.

В самостоятельных письменных работах:

- понимание фактологии и смысла первичного текста;
- соблюдение структуры текста: трехчастности, тематичности, связности, последовательности изложения;
- богатство и адекватность использования языковых средств.

Шкалирование уровня сформированности навыка:

– соответствует требованиям ООП и возрастной норме – у ребенка не отмечается специфических дисграфических ошибок на письме; Самостоятельные письменные работы соответствуют требованиям ООП;

– легкая степень нарушения письма – отдельные специфические (дисграфические) ошибки, которые могут носить, в том числе, неустойчивый характер. Самостоятельные письменные высказывания соответствуют требованиям ООП;

– средняя степень нарушения письма – работы насыщены дисграфическими ошибками, что препятствует и самопроверке, и успешному усвоению полученных знаний. В самостоятельных письменных работах количество специфических (дисграфических) ошибок возрастает, отмечается некоторая стереотипность используемых лексики и синтаксических конструкций.

Тяжелая степень нарушения письма – работы насыщены специфическими (дисграфическими) ошибками или ребенок освоил элементы звуко-буквенного анализа и синтеза. Самостоятельные письменные работы представляют собой псевдотексты: отдельные стереотипные по структуре предложения и однообразная лексика.

Показатель «Просодическая сторона речи» оценивает:

- интенсивность голоса (сильный, нормальный, слабый, иссякающий);
- характер голосообразования и атака голоса (твердая, мягкая, придыхательная);
- тональность звучания (низкий, нормальный, высокий, фальцет);
- тембр (чистый, хриплый, дрожащий, глухой, назализованный);
- продолжительность максимальной фонации.

Степени выраженности дефекта:

- без особенностей – в процессе коммуникации не возникает никаких проблем.

Голос звонкий, эмоционально окрашенный, нет временных ограничений;

- легкая степень нарушения – незначительное изменение тембра голоса, заметное, как правило специалисту. Возможна повышенная утомляемость голоса, монотонность;

- средняя степень нарушения – изменения тембра заметны окружающим, но незначительно препятствуют общению, голос слабый, измененный тембр, иссякающий, маломодулированный;

- тяжелая степень выраженности нарушения – отсутствие звучного голоса или ярко выраженная назализация, препятствующая установлению коммуникативного взаимодействия.

Показатель – «Темпо-ритмическая сторона речи». В рамках этого показателя оценивается темп речи, а также наличие запинок судорожного и несудорожного характера. Наряду с отметкой о недостатках собственно темпо-ритмической стороны речи необходимо также фиксировать наличие/отсутствие фиксации на дефекте.

Степени выраженности:

- без особенностей – речь соответствует возрастным и региональным особенностям;

- легкое нарушение темпо-ритмической стороны речи: незначительное ускорение/замедление темпа речи, которое может носить ситуативный характер; наличие единичных запинок судорожного/несудорожного характера; фиксация на речи отсутствует;

- нарушение средней степени тяжести – значительное ускорение/замедление темпа речи, которое может носить ситуативный характер и препятствовать эффективной

коммуникации; наличие регулярных и устойчивых запинок судорожного/несудорожного характера; фиксация на речи присутствует, но количество ситуаций, в которых затруднено общение ограничено рамками публичного общения;

– нарушение тяжелой степени – Особенности речи препятствуют эффективному общению, выраженные судороги речевого аппарата, страх речи резко ограничивает даже бытовое общение.

Варианты заключения логопеда

Логопедическое заключение должно отражать реальную картину речевого дефекта и быть динамичным. Необходимо в первую очередь указывать на ведущее звено в структуре дефекта.

В заключении обязательно указывается структура дефекта, т.е. какие стороны языковой и речевой систем у ребенка оказались несформированными. Далее указывается, первичным или вторичным нарушением, по мнению логопеда, являются речевые дефекты, и при возможности определяется клиническая основа речевой недостаточности (медицинский диагноз).

Формулировка заключения может носить относительно свободный характер. Желательно, чтобы она содержала психолого-педагогическую характеристику речевого дефекта, которая может уточняться, при наличии соответствующих данных клинико-педагогической квалификации.

Существуют вариативные подходы к формулировкам заключения на различных возрастных этапах.

1-й год жизни

Автор: Разенкова Ю.А.

Возрастная норма

1. Развитие ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде (доречевой период - от рождения до 8 мес.) соответствует возрасту ребенка.

2. Развитие ориентировочно-познавательных, звуковых реакций и предпосылок формирования понимания речи в предречевом периоде (предречевой период - от 8 мес. до 1 года 3 мес.) соответствует возрасту ребенка.

3. Развитие ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде формируется с опережением, что соответствует возрастной норме.

Развитие с опережением

1. Развитие ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде формируется со значительным опережением.

2. Развитие ориентировочно-познавательных, звуковых реакций и предпосылок развития понимания речи в предречевом периоде формируется со значительным опережением.

Задержанное развитие

1. Задержка темпов развития звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с (указывается клинический диагноз ребенка).

2. Задержка темпов развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ..(указывается диагноз).

3. Задержка развития ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

4. Легкая задержка развития ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

5. Значительная задержка развития ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

6. Грубая задержка развития ориентировочно-познавательных и звуковых реакций в доречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

7. Задержка развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

8. Легкая задержка развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

9. Значительная задержка развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

10. Грубая задержка развития ориентировочно-познавательных реакций и предпосылок формирования речи в предречевом периоде у ребенка с ...(указывается диагноз).

Возраст 1-3 года

На данном возрастном этапе, как правило, используются термины: «задержка речевого развития», задержка темпов речевого развития», темповая задержка речевого развития».

Термин «задержка речевого развития» применяется к большой группе детей раннего возраста, отклонения от нормального речевого онтогенеза которых достаточно выражены, но тип которых еще не определен (Г.В. Чиркина, О.Е. Громова).

Г.В. Чиркина и О.Е. Громова предлагают выделять три группы детей с задержкой речевого развития:

- группа внимания – отставание в развитии речи на один эпикризный срок;
- группа риска – отставание в развитии речи на два эпикризных срока;
- группа выраженного риска – отставание в развитии речи на три и более эпикризных срока.

При этом учитывается коммуникативная активность ребенка, а также обучаемость – возможность стимуляции эхоталии в процессе обследования.

Темповая задержка речевого развития от стойких отклонений в речевом развитии ребенка отличается наличием мозаичной картины формирования речевых процессов. При наличии патологического формирования речевой деятельности отмечается системные проявления речевой недостаточности. При наличии органических знаков необходимо определить клиническую картину недостаточности и описать недостаточность языковых средств.

Возраст 3-5 лет

При первичной речевой патологии возможны следующие заключения в рамках психолого-педагогической классификации:

3 года – общее недоразвитие речи I уровня;

4 года – общее недоразвитие речи I уровня, общее недоразвитие речи II уровня; фонетическое недоразвитие (при наличии патологических укладов);

5 лет – общее недоразвитие речи I уровня, общее недоразвитие речи II уровня; общее недоразвитие III уровня; фонетическое недоразвитие; фонетико-фонематическое недоразвитие.

При наличии признаков, характерных для клинической формы речевой патологии (алалии, дизартрии, ринолалии). Заключение может быть сформулировано следующим образом:

Общее недоразвитие речи I уровня у ребенка с моторной алалией.

Или: Общее недоразвитие речи II уровня. Дизартрия.

При наличии вторичного речевого недоразвития описывается, какие языковые средства несформированы у ребенка.

Если отмечается сочетание нескольких форм патологии, в том числе, сенсорная, нарушение опорно-двигательного аппарата, то указывается клиническая форма речевой патологии. При системных нарушениях речи возможно использование термина «системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени».

При наличии запинок несудорожного характера возможно заключение: «риск возникновения заикания»

Возраст 5 - 7 лет

общее недоразвитие речи I уровня, общее недоразвитие речи II уровня; общее недоразвитие речи III уровня; общее недоразвитие речи IV уровня (только для детей 7го года жизни), фонетическое недоразвитие; фонетико-фонематическое недоразвитие.

При наличии признаков, характерных для клинической формы речевой патологии (алалии, дизартрии, ринолалии и проч.). Заключение может быть сформулировано следующим образом:

Общее недоразвитие речи I уровня у ребенка с моторной алалией.

Или: Общее недоразвитие речи II уровня. Дизартрия.

При наличии вторичного речевого недоразвития описывается, какие языковые средства несформированы у ребенка.

Если отмечается сочетание нескольких форм патологии, в том числе, сенсорная, нарушение опорно-двигательного аппарата и др., то указывается клиническая форма речевой патологии. При системных нарушениях речи возможно использование термина «системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени».

При наличии запинок несудорожного характера возможно заключение: «риск возникновения заикания».

При наличии пароксизмов заикания логопедическое заключение может быть сформулировано следующим образом: заикание легкой/средней/тяжелой степени. Отмечается наличие/отсутствие фиксации на дефекте.

Возраст 7 – 15 лет

На данном возрастном этапе заключение зависит от этапа обучения. В добукварный или букварный период основой заключения является описание состояния устной речи и определение риска появления нарушений письменной речи. Поэтому заключения могут формулироваться также, как и в дошкольном возрасте.

В послебукварном периоде основой заключения является анализ состояния письменной речи, например, для детей, у которых недостатки чтения и письма детерминированы недоразвитием устной речи:

– Нарушения процессов чтения и письма, обусловленные фонетико-фонематическим недоразвитием;

– Нарушения процессов чтения и письма, обусловленные фонематическим недоразвитием;

– Нарушения процессов чтения и письма, обусловленные общим недоразвитием речи.

Если у детей отмечаются нарушения чтения и письма, обусловленные несформированности других психических процессов, в заключении используются термины «дисграфия» и «дислексия» с уточнением формы. Достаточно часто диагностируется смешанная форма дислексии и дисграфии.

При наличии заикания логопедическое заключение может быть сформулировано следующим образом: заикание легкой/средней/тяжелой степени, при этом отмечается локализация судорог (артикуляционные, голосовые, дыхательные или их сочетания), характер судорог (тонические, клонические, тоно-клонические, клоно-тонические). Отмечается наличие/отсутствие фиксации на дефекте, логофобия.

Возможны различные сочетания недоразвития языковых средств и средств общения, что должно найти отражение в речевых картах и заключениях.

Если отмечается сочетание нескольких форм патологии, в том числе, сенсорная, нарушение опорно-двигательного аппарата, то указывается клиническая форма речевой патологии. При системных нарушениях речи возможно использование термина «системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени».

Также в заключении могут быть указаны дополнительные сведения, если они не укладываются в данные формулировки.

Пример заполнения речевой карты

Дата обращения_25.05.2016_____

Фамилия _Иванов_____

Имя _Иван_____

Отчество __Иванович_____

Возраст (г.р.)_____7 лет_____

Родной язык (наличие двуязычия в семье)____русский_____

Сведения о родителях:

мать____Иванова Пелагея Афанасьевна, уборщица_____

отец__Иванов Иван Савельевич, автослесарь_____

Домашний адрес _____

Телефон_____

Обучается: __не обучался_____

Жалобы __на плохую речь_____

Где обучался (кем направлен)____инициатива родителей_____

Личностные особенности_____

Ребенок инфантилен, быстро утомляется, внимание неустойчивое, выраженных интересов не выявлено.

Особенности коммуникативного поведения

Выраженный речевой негативизм, предпочитает общаться с помощью невербальных средств (кивки, тактильный контакт, жесты, мимика, отдельные вокализации) Ответы на вопросы – однословные фразы.

Состояние связной речи

Показатель «Связная речь» – средняя степень недоразвития: возможно составление рассказа по серии картинок при наличии стимуляции в виде поощрения, напоминания предыдущей фразы, использования наводящих вопросов. Рассказы состоят из 3-4 простых предложений, в том числе однословных. Рассказы соответствуют теме, неоправданных отступлений не отмечается. Межфразовые связи отсутствуют, иногда используются союзы «И», «А». В рассказе частично соблюдается временная и логическая последовательность, но отмечаются пропуски смысловых частей.

Уровень сформированности лексического строя (объем, структура)

Лексический запас: средняя степень недоразвития. Объем: ниже возрастной нормы, ограничен бытовой лексикой; преимущественно представлена номинативная и глагольная лексика, незначительный объем прилагательных, наречий; пассивный словарь шире активного; отмечаются трудности актуализации словаря – с большим трудом подбирает слова, заменяет слова по ситуативному сходству; особенности семантического наполнения: использование слова в ситуативно связанном значении; имеются бытовые обобщающие понятия (игрушки, еда, одежда), использование слова в переносном значении, многозначных слов невозможно.

Уровень развития грамматического строя

Показатель» Грамматический строй речи» - средний уровень

– Тип предложения: односоставное - назывное или предикативное, простое нераспространенное, простое распространенное, иногда с 2 однородными членами. Средняя протяженность 3 – 4 слова.

– Наличие аграмматизма: степень выраженности - начатки грамматического оформления, использование отдельных грамматических форм – образование существительных с частотными уменьшительно-ласкательными суффиксами, времени глаголов, множественного числа существительных (частотные варианты окончаний); характер аграмматизма – отсутствие грамматических средств, смешение моделей.

– Пассивная грамматика шире активной. Понимает простые предлоги, формы числа и падежа имен существительных, владеет согласованием личных местоимений и имен существительных в роде, числе, и другими формами раннего онтогенеза.

Состояние звуковой стороны речи: тяжелая степень недоразвития

Звукопроизношение

При произнесении изолированных звуков назализация гласных «У», «О»; оглушение звонких согласных; смешение твердых и мягких согласных; нечеткое произношение со слабой воздушной струей (искажение) звуков «Х», «Ф»; боковой сигматизм свистящих и шипящих; параламбдацизм («Л», «Ль» на «Й»), параротацизм («Р», «Рь» на «Й»). В спонтанном общении добавляются множественные пропуски согласных в начале слов и в стечениях согласных; смешение щелевых и взрывных («С»-«Ш», «Щ»- «ТЬ», «СЬ» - «КЬ»); смешение назальных согласных «Н» - «М».

Фонематическое восприятие

Не сформировано. Трудности различения лабиализованных гласных, ротовых и носовых согласных, твердых и мягких согласных, неустойчивая дифференциация звонких-глухих и шипящих – свистящих (при условии замедленного предъявления), относительно устойчивое различение Р-Л и Р' - Л'

Слоговая структура слова

Уверенно использует лепетные слова, двусложные слова различной структуры, в том числе, со стечениями 2х согласных на границе слога, трехсложные слова с открытыми и закрытыми слогами, слова более сложной слоговой структуры недоступны: усечение и перестановки слогов и согласных в стечениях, недоговаривает последний взрывной согласный. Очень нечетко, почти неразборчиво воспроизводит контур слова; при повторном произнесении воспроизводит слово лучше с опорой на образец.

Просодическая сторона речи - средняя степень нарушения

Речь интонационно монотонная, затруднения в использовании вопросительной интонации, в выделении логического ударения, паузации. Умеренная назализация. Речевое дыхание поверхностное, короткий слабый речевой выдох, несовпадение вдоха и логических пауз.

Особенности строения и двигательные функции артикуляционного аппарата

Сквозная двусторонняя расщелина верхней губы и неба, послеоперационные рубцы от хейлопластики и уранопластики (в раннем возрасте), мягкое небо укорочено, недоразвитие верхней челюсти: отсутствуют 4 передних верхних резца; прогения, верхняя губа утолщенная, малоподвижная, язык спастичный, в состоянии покоя оттянут в глубь ротовой полости, тонус мышц языка снижен справа, гиперсаливация при

двигательных нагрузках; при нагрузках снижение объема движений; при выполнении артикуляционных упражнений наблюдаются синкинезии; затруднено глотание, лицо амимичное.

Темпо-ритмическая сторона речи – средняя степень выраженности нарушения темп замедлен, встречаются слова с неправильно интонационно выделяемым ударным слогом; наблюдаются продолжительные паузы –хезитации.

Уровень сформированности звукового/звуко-буквенного анализа речи
Отсутствуют элементарные формы звукового анализа

Чтение

Письмо

Дополнительные данные

Деятельностная готовность к обучению достаточно низкая, часто отвлекается, при возникновении трудностей при выполнении заданий старается, уклониться от его выполнения, охотно включается в игру, инструкции не дослушивает до конца, выполняет неточно, не может оценить качество своей работы. Обучаемость языковым моделям низкая, усваивает грамматическую модель после 3-4 примеров.

Логопедическое заключение.

Общее недоразвитие речи II уровня речевого развития у ребенка с открытой оперированной ринолалией. Рекомендуются обучение по варианту 5.2 (при условии наличия потенциально сохранного интеллекта).

Выявление структуры дефекта, определение причин и механизмов отклонений в развитии речи - только первое звено в цепочке мероприятий. Выявление первичности и вторичности в структуре дефекта позволяет организовать коррекционно-развивающее обучение адекватно возможностям ребенка с целью его наиболее полной социализации.

Достаточно часто в ходе обследования ребенка возникают определенные сомнения в правомочности того или иного вывода. Поэтому возможно решение логопеда о повторных обследованиях речи ребенка после некоторого периода обучения с целью выявления динамики его развития и определения дальнейших перспектив.

Кроме того, могут потребоваться дополнительные данные, которые логопед не может добыть сам, поэтому в условиях ПМПК возможно воспользоваться данными обследования других специалистов: врачей, психологов, учителей-дефектологов других специальностей и др., а затем коллегиально обсудить полученные результаты. Поэтому

окончательное заключение может быть сделано только после получения интересующих нас данных².

В случае появления колебаний при определении структуры и формы речевого / неречевого недоразвития все сомнения решаются в пользу ребенка. Необходимо учитывать стрессовую ситуацию, в которой работал ребенок, неизбежные ошибки, который может совершить каждый даже в спокойной обстановке, отвлекаемость, время суток и состояние ребенка во время обследования, а так же другие факторы, которые могут снизить результативность и правильность деятельности ребенка.

Заключение, направления коррекционной работы и основная образовательная программа должны быть донесены до родителей и обсуждены с ними. Поэтому следующий этап обследования – информационный или информирование родителей.

Информирование родителей.

Информирование родителей является одним из сложнейших этапов, завершающих обследование ребенка. Этот этап проводится в виде беседы с родителями в отсутствие ребенка.

Родители – это самые близкие люди для ребенка, которые ответственны за его судьбу и которые могут влиять на судьбу ребенка настолько, насколько это никто более них сделать не способен. Они могут способствовать успешной коррекционной работе, совершая просто чудеса, и могут ей противодействовать, считая ее необязательной и излишней. Достаточно большая часть родителей считает, что их роль ограничивается тем, что они обеспечили достаточное с их точки зрения обучение ребенку и далее самоустраиваются из жизни ребенка, занимаясь карьерой или пьянством в зависимости от потребностей. Поэтому при информировании родителей необходимо исходить из нескольких посылок:

- Родители ребенка всегда хотят, чтобы их ребенок был, если не лучшим, то одним из лучших. В детях родители пытаются реализовать все свои мечты.
- Если ребенок не отвечает их ожиданиям, взаимоотношения родителей и детей могут сложиться различным образом. Учет особенностей этих взаимоотношений необходим при построении стратегии беседы с родителями.
- Различная готовность принимать на себя ответственность за успешность коррекционного процесса. Независимо от материального положения и образовательного уровня родители отличаются степенью «жертвенности». Матери и тем более отцы в

² В условиях ППМС Центра специалист, ведущий первичный прием, определяет набор специалистов, которые должны принять участие в обследовании ребенка. Заключение выносится на основании консилиума, который суммирует полученные данные.

различной степени готовы жертвовать своим временем, интересами и отдыхом ради организации помощи собственным детям. Кроме того, далеко не все родители способны организовать регулярные занятия или следить за качеством речи своего ребенка на протяжении длительного времени регулярно. Необходимо учитывать и особенности взаимоотношений «родитель – дитя», не пытаясь перенести на них напрямую отношения «педагог – ученик». Это непродуктивный подход.

- Незнание родителями основ педагогики и психологии. Родители воспитывают ребенка на основе интуиции и переносе опыта собственного воспитания. Поэтому проблемы, которые возникают у ребенка, часто рассматриваются родителями как лень или блажь, которую они пытаются преодолеть с помощью репрессивных мер. Иногда можно слышать ссылки на опыт предыдущих поколений: «у моего родственника было то же самое, как рассказывает мать, но это потом прошло».

- Недооценка или переоценка проблем ребенка. Неадекватность оценки проблем ребенка часто зависит от уровня тревожности и уровня притязаний родителей.

- Образовательный и профессиональный уровень родителей.

Все эти посылки накладывают на процесс общения с родителями особые требования.

Во-первых, беседа с родителями должна строиться на доступном для них уровне использования терминологии, четко структурируя предъявляемый материал по результатам обследования. Поэтому разговаривать с мамой – педагогом и мамой – бухгалтером надо на разных языках, с использованием различных примеров, терминов.

Во-вторых, вся беседа должна быть построена таким образом, чтобы в ней учитывалось родительское чувство любви к ребенку: необходимо подчеркивать достоинства и достижения даже самых тяжелых детей, подробно разъяснять сущность дефекта и тут же давать конструктивные предложения по их преодолению. Ни в коем случае нельзя строить свою беседу только на выделении недостатков ребенка. Это, как правило, вызывает агрессию родителей по отношению к специалисту. В более редких случаях это усиливает чувство отторжения ребенка: «Я же говорила, что он дурак», - в раздражении бросает реплику мать и уходит с консультации, окончательно разочаровавшись в собственном дитя. Это грубейший промах специалиста - дефектолога.

Коррекционная работа будет недостаточно эффективной, если мы не найдем активных союзников в лице родителей. Поэтому, в – третьих, беседа должна быть построена в конструктивном направлении. В процессе беседы мы должны искать ответы на вопрос «Что делать», оставив в стороне поиски ответа на вопрос «Кто виноват». Причем, совместной работы.

Поскольку родители не имеют педагогической и психологической подготовки, постольку им трудно удержать в памяти все Ваши рекомендации. Поэтому в процессе консультирования попросите родителей записывать самые важные моменты, например, пусть они запишут логопедическое заключение, если оно не выдается им на руки. Если Вы подготовили соответствующую бумагу, попросите их внимательно прочитать ее и задать любые вопросы. Настаивайте на том, чтобы они прерывали Вас, если им что-то непонятно или что-то требуется уточнить.

В процессе информирования родителей Вы должны сообщить им всю информацию, которую Вы получили в процессе обследования, какой бы неожиданной и неприятной для родителей она бы ни была. Родители имеют право знать все о своем ребенке. НО делать это надо деликатно, щадя родительские чувства, доброжелательно. Вы можете сообщить им о Ваших предположениях, рекомендовав им провести дополнительное обследование. Вы даже можете посоветовать обратиться к другому логопеду. Необходимо отметить, что такая готовность специалиста к коллегиальному обсуждению своего мнения, укрепляет к нему доверие со стороны родителей.

Квалификация недостатков речи ребенка требует от специалиста обращения к конкретным примерам, которые родители могли наблюдать в процессе обследования. Поэтому логопед может обращаться к памяти родителей: «У вашего ребенка Помните, он нам ответил...». Такая аргументация положительно сказывается наприятии родителями дефектов речи своего ребенка. Без наглядных примеров они часто пожимают плечами и не понимают, те мудреные слова, которые говорит логопед: «аграмматизм», «дизартрия», «тонус» звучат для непосвященных страшнее «холеры». Многолетний опыт работы с родителями убеждает, что редкий родитель, пройдя логопедическое обследование, может внятно рассказать, какие дефекты речи были обнаружены у его ребенка предыдущим специалистом. Для сравнения: медицинские диагнозы, связанные с соматическим здоровьем своего ребенка многие родители знают несравненно лучше.

Попросите родителей записать те неотложные действия и мероприятия, которые они должны осуществить в ближайшее время. Проследите, чтобы эти записи делались не на случайных клочках бумаги, а в тетради или на большом листе бумаги.

Вопрос о дальнейшем обучении ребенка, выяснение формы организации коррекционной помощи решается совместно с родителями, но при этом логопед может проявить определенную настойчивость в своих рекомендациях. Однако если Вы не убедите родителей в своей правоте, Ваше направление ребенка в образовательное учреждение повиснет в воздухе. Поскольку родители вправе проигнорировать Ваши рекомендации и поступить так, как они считают нужным.

В заключение беседы решается вопрос о необходимости повторных обследований и их периодичности.

Описание инновационной модели деятельности учителя-дефектолога (сурдопедагога)

1. Знакомство с документами

Изучение анамнестических сведений о ребенке по предоставленной родителями документации (результаты клинических и психолого-педагогических обследований, характеристики из образовательных организаций).

Особое внимание учитель-дефектолог уделяет анализу данных медицинского обследования слуха (отоакустическая эмиссия, импедансометрия, аудиометрия).

На этом этапе формируется первичное обобщенное представление о психофизических особенностях ребенка, его проблемах, намечается цель диагностики, выбирается стратегия процедуры диагностического обследования.

2. Беседа с родителями или лицами, их замещающими

Оценивается значимый критерий – раннее развитие ребенка на основе изучения истории психофизического развития с нарушенным слухом, сроков установления диагноза и медицинской коррекции слуха, наличия и характера получаемой им специальной сурдопедагогической помощи, социальной ситуации развития, условий обучения, воспитания, 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.

Учитель-дефектолог (сурдопедагог) оценивает:

– коммуникативную активность ребенка – уровень активности низкий, средний, высокий, отсутствует;

- средства коммуникации – вербальные, невербальные, специфические /альтернативные (дактильная и/или жестовая речь, система альтернативной коммуникации с помощью карточек PECS);

- особенности владения специфическими средствами коммуникации (жестовая речь и дактилология) – владеет, использует отдельные элементы, не владеет.

Полноценный контакт позволит начать обследование с диагностики слуха – наиболее сложной для такого ребенка процедуры.

4. Психолого-педагогическая диагностика особенностей развития ребенка с нарушением слуха

Специфическими критериями диагностики детей с нарушением слуха являются слуховое восприятие и уровень развития речи.

В каждом отдельном случае сурдопедагог определяет цель, задачи и стратегию диагностики. В зависимости от этого в процессе обследования анализируются и фиксируются определенные показатели.

При обследовании **слуха** глухого/слабослышащего ребенка в зависимости от цели и стратегии диагностики фиксируются следующие показатели:

- соответствие медицинского и педагогического диагноза степени нарушения слуха (соответствует, не соответствует, выявить не удалось);

- адекватность электроакустической коррекции слуха (адекватная, неадекватная ЭАКС, требуется настройка);

- уровень развития слухового восприятия (безусловная, условно-двигательная реакция на звук, различение, опознавание, распознавание) речевых/неречевых (указать каких) стимулов на расстоянии (указать) при использовании слуховых аппаратов(ки)/без слуховых аппаратов(ки) (указать);

- уровень развития речевого слуха (различение, опознавание, распознавание) речевого материала (лепетные/полные слова, фразы, текст) на расстоянии (указать) процент правильно воспроизведенных речевых стимулов (указать).

При обследовании **речи** глухого/слабослышащего ребенка в зависимости от цели и стратегии диагностики фиксируются следующие показатели:

- понимание обращенной речи (понимает свободно, понимает в ситуации, понимает в ситуации с использованием естественных жестов, понимает с использованием жестовой речи и/или дактилологии, не понимает);

– уровень развития самостоятельной речи (соответствует возрастной норме, легкая степень недоразвития, средняя степень недоразвития, тяжелая степень недоразвития, самостоятельная речь отсутствует);

– характеристика произносительной стороны речи внятность и разборчивость (при необходимости дается характеристика звукопроизношения, слоговой структуры слова, интонационной стороны);

– характеристика фонематического восприятия при необходимости (сформировано, имеются затруднения, не сформировано);

– словарный запас (соответствует возрастной норме, сниженный объем словарного запаса, предметно-бытовой словарь, минимальный словарный запас, отсутствует);

– грамматический строй речи (соответствует возрастной норме, нерезко выраженный аграмматизм, выраженный аграмматизм, грамматический строй речи не сформирован);

– связная речь (соответствует возрастной норме, незначительные затруднения при составлении текста, значительные трудности при составлении текста, не сформирована);

– письменная речь: *чтение* - глобальное/аналитическое (побуквенное, послоговое), правильность (соответствует требованиям программы, имеются нарушения (смещения и замены букв, искажения структуры слова и т.д.), не сформировано) и выразительность (правильность слов ударения и интонационного оформления, нарушение ударения, нарушение интонационного оформления);

– уровень понимания прочитанного (полное понимание различных связей в тексте, понимание текста при помощи ответов на вопросы, понимание отдельных слов и фраз, не понимание прочитанного текста);

– письменная речь: *письмо* – списывание (слов, предложений, микротекста)/самостоятельное письмо (слов, предложений, микротекста) - соответствует программным требованиям, ниже нормативных требований, значительное отставание от нормативных требований, не сформировано.

При необходимости, к процедуре диагностики подключаются другие специалисты:

– психолог изучает когнитивные особенности в соответствии с возрастными нормативами развития, личностные характеристики ребенка (характер поведения, регуляция деятельности, социально-эмоциональная адаптированность, характер необходимой помощи со стороны взрослого);

– 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), составления рекомендаций в области профессионального ориентирования.

5. Наблюдение за деятельностью и поведением ребенка в процессе обследования

В процессе обследования учителем-дефектологом (сурдопедагогом) и другими специалистами проводится наблюдение за деятельностью и поведением 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.

6. Оценка результатов психолого-педагогического изучения ребенка с нарушенным слухом

На основе 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) делает выводы о таких показателях, как обучаемость и обученность в соответствии с образовательной программой.

Учитель-дефектолог (сурдопедгог) 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.

7. 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.

Психолого-медико-педагогическая комиссия определяет образовательный маршрут глухого/слабослышащего ребенка, вариант образовательной программы, специальные образовательные условия, которые необходимо ему обеспечить.

8. Участие в консультировании родителей

Учитель-дефектолог (сурдопедагог) принимает активное участие в консультировании родителей, аргументирует выбор образовательного маршрута и варианта образовательной программы, рекомендует варианты взаимодействия с ребенком, объясняет необходимость использования методов, приемов обучения и воспитания в условиях семьи.

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.

Описание инновационных моделей деятельности учителей-дефектологов (тифлопедагога) психолого-медико-педагогической комиссии

Инновационная модель деятельности тифлопедагога ПМПК ориентирована на обеспечение всестороннего тифлопедагогического обследования в условиях ПМПК детей

с нарушением зрения: слепые, слабовидящие, дети с пониженным зрением в возрасте от 0 до 18 лет (ранний, дошкольный, младший школьный, подростковый, юношеский).

Любое обследование ребенка с нарушением зрения не должно проводиться без участия специалиста из области тифлопедагогики. Тифлопедагог ПМПК является координатором и направляющим всего процесса обследования ребенка со зрительной патологией. Осуществляет подбор стимульного и наглядного материала, необходимых технических и специальных средств, способствующих реализации доступности процедуры обследования в соответствии с возрастом, диагнозом и зрительными возможностями ребенка.

Тифлопедагог организует и планирует свою работу в соответствии с представленными на ребенка документами. В ходе проведения обследования, при необходимости, проводит замену диагностических заданий, наглядного материала, технических средств.

При подготовке к самостоятельному обследованию тифлопедагог ориентируется на специальные коррекционные программы, методические разработки и рекомендации, а также имеющиеся авторские методики.

Оценку актуального состояния и компенсаторных возможностей ребенка с нарушением зрения проводит тифлопедагог.

Направления деятельности тифлопедагога в системе оказания помощи детям с нарушением зрения (образовательные, социальные, реабилитационные и другие учреждения):

1. Развитие зрительного восприятия (коррекционное);
2. Развитие ориентировки в пространстве (компенсаторное);
3. Развитие осязания и мелкой моторики (компенсаторное);
4. Социально-бытовая ориентировка (компенсаторное);
5. Формирование и развитие эмоциональных проявлений: в мимике, жестах, пантомиме (коррекционно-развивающее).

Поводом для проведения обследования является запрос (обращение) в службу ПМПК «по письменному заявлению родителей (законных представителей) или по направлению образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций с письменного согласия их родителей (законных представителей). Медицинское обследование детей, достигших возраста 15 лет, проводится с их согласия, если иное не установлено законодательством Российской Федерации».

Непосредственной встрече с обследуемым предшествует предварительное изучение представленных на ребенка документов, на их основании, выдвижение рабочей гипотезы, подготовка стимульного материала и необходимых технических средств для организации проведения обследования. Изучая документы (история болезни, характеристика из образовательного учреждения) специалисту в первую очередь необходимо обращать внимание на информацию, содержащую сведения о перенесённых ребенком операциях на органе зрения, восстановительном периоде лечения, сформировавшихся навыках до операции и их состоянии после.

Акцентируя внимание на умении детей пользоваться своим нарушенным (или остаточным – у слепых) зрением, на состоянии и возможностях работы сохранных анализаторов, сформированных механизмах компенсации зрительной функции, во время обследования, тифлопедагог решает следующие задачи:

1. Выявляет специфические особенности и определяет возможности зрительного восприятия при использовании разных условий демонстрации наглядного материала и работы с ним (расстояние, освещенность, фон, параметры рабочей зоны); дополнительные факторы, осложняющие визуальные возможности ребенка.

2. Оценивает состояние компенсаторных функций и их сформированность в соответствии с возрастом ребенка, с учетом времени наступления зрительной патологии.

3. Определяет уровень развития ребенка, его готовность к обучению/воспитанию в условиях образовательной организации. У слепых детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста (1-2 класс): сформированность стратегии обследования, наличие навыка восприятия рельефно-графических рисунков, умения выполнять простые элементы рисунка с помощью тифлографики и узнавать их. У слепых детей школьного возраста обязательно проводится оценка сформированности навыка письма и чтения с использованием рельефно-точечной системы обозначений Л. Брайля; навыка выполнения тифлографических построений с применением линейки, лекал и прочих средств; навыка работы с компьютером.

4. Проводит оценку индивидуальных особенностей познавательной деятельности обследуемого ребенка, связанных с возможностью последующей коррекции и компенсации его зрительной недостаточности.

5. Определяет потребность обследуемого в специальных образовательных условиях, необходимых для воспитания/обучения ребенка с нарушением зрения (в том числе, специального оборудования и специальной дидактики).

Общие требования к процессу обследования.

Обследование ребенка с нарушением зрения раннего и младшего дошкольного возраста проводится при непосредственном участии родителя ребенка.

Одним из условий успешности обследования является установление положительного контакта между ребенком и тифлопедагогом, формирование доверия у ребенка на начальном этапе обследования.

Особенности установления контакта с ребенком дошкольного возраста с глубоким нарушением зрения.

Специалист должен находиться во время общения с ребенком напротив него, примерно на уровне его глаз.

Не дотрагиваясь до ребенка представиться, стараясь говорить негромко, спокойным ровным голосом. Затем, попросить представиться самого ребенка. Установление контакта, возможно, проводить в положении, когда ребенок сидит на коленях родителя.

Категорически запрещено: хватать ребенка за руки, дотрагиваться до любых частей тела, забирать ребенка от родителя (ребенок сидел на коленях, руках; держал родителя за руку) без полученного на то, его согласия. Любое действие со стороны специалиста по отношению к ребенку вначале должно быть озвучено и согласовано с ним. И только при получении одобрения – реализовано.

Слепые дети реагируют: на звук голоса, кисти рук специалиста (холодные/теплые, мягкие, гладкие, с украшениями (кольца, браслет) или без), запахи, акустику и климат в помещении, фактуру и материал различных поверхностей.

Специалисту необходимо в нескольких чертах кратко описать себя ребенку в соотношении с его внешностью и, при его желании, дать возможность потрогать свою голову, руки, обувь. Такое желание со стороны ребенка, как правило, говорит о принятии им специалиста и формировании к нему доверия.

Снять напряжение возможно совместным с родителем обследованием помещения в любом направлении по периметру комнаты, затем акцентировать внимание на месте непосредственного проведения обследования и дидактическом материале. Часто, дети охотнее работают на полу (ковре), чем за столом. Если ребенок разрешил специалисту вести себя за руку, необходимо при передвижении синхронно озвучивать всё, что возникает на пути следования, давать ребенку (при его согласии) потрогать предметы, правильно направляя руки ребенка; пояснять направления движения, описывать возникающие на пути препятствия.

При имеющемся у ребенка остаточном зрении или слабовидении, необходимо владеть информацией или установить её в процессе взаимодействия, об ограничениях

поля зрения ребенка. На основании полученных сведений – правильно располагать наглядный материал, выделять достаточно времени для его обследования тактильным или тактильно-зрительным способом.

Особенности детей с глубокими врожденными нарушениями зрения, характерные для детей, не получавших коррекционной помощи или имеющих дополнительные нарушения, помимо органа зрения.

Внешний вид и поведение ребенка определяются степенью его зрительных дефицитов. В новой ситуации незрячие дети чрезвычайно осторожны, походка неуверенная, предпочитают держаться близких, прислушиваются к голосам и интонациям чужих людей, привыкают к ним, прежде, чем вступить в контакт.

Ребенок нуждается в подбадривании, зачастую и в прямом сопровождении со стороны близких людей. Желательно, чтобы в контакт с ребенком вначале вступал лишь один незнакомый взрослый, при этом ребенок может отказываться от деятельности, капризничать.

Для незрячих детей в большинстве случаев характерно нарушение дифференциации и воспроизведения эмоциональных состояний с помощью мимики, жестов, пантомимы. В тяжелых случаях поведение ребенка может носить аутоподобный характер - наблюдаются двигательные, реже речевые стереотипии, ребенок беспокоен, не идет на контакт, демонстрирует тревожность.

Темповые характеристики деятельности, у детей с нарушениями зрения могут значительно различаться, как и в норме, но в целом темп деятельности вообще, и в незнакомой ситуации в частности замедлен, ребенок осторожен.

Работоспособность ребенка с нарушением зрения выявляется не сразу, требуется достаточно продолжительное время для ее определения. Иногда, у ребенка с нарушением зрения достаточно быстро наступает утомление от направленной деятельности и эмоциональной нагрузки, но бывает, что жалобы на усталость являются привычным для ребенка способом «ухода» от трудных заданий и новых контактов. Также, усталость слепого ребенка может проявляться после длительного нахождения в пространстве с большим количеством звуков, т.к. слух ребенка постоянно сканирует окружающую обстановку, дифференцируя характер звуков, их происхождение и т.п., что в свою очередь вызывает естественное утомление, влияющее на результаты деятельности ребенка и его активность.

Латеральные предпочтения (специфика функциональной организации мозговых взаимодействий) наличие левосторонних латеральных предпочтений не специфичны для

детей с нарушениями зрения, но их преобладание, осложняет ход развития и усиливает трудности адаптации ребенка.

Характер деятельности (произвольность регуляции собственных действий, самоконтроль). Обычно при раннем начале реабилитационных и коррекционно-развивающих мероприятий у детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста произвольный компонент деятельности оказывается достаточно сформированным (в случае отсутствия признаков неврологического неблагополучия и сочетанных нарушений).

Адекватность и критичность ребенка в большей степени связана и зависит от специфики формирования его эмоционально-аффективной сферы. В целом, чем младше ребенок, тем менее адекватно он может себя вести в незнакомой для него ситуации, среди посторонних людей и в малознакомом помещении.

Обучаемость ребенка с глубокой зрительной патологией, при отсутствии сочетанных нарушений, в целом не нарушена, но значительно специфична, ввиду описываемых ниже особенностей развития психических функций и познавательной деятельности.

Познавательная деятельность. Следует отметить, что прямой зависимости между степенью нарушения зрения и уровнем развития познавательной деятельности чаще всего не наблюдается. Часто дети с нарушениями зрения имеют низкий уровень психической активности, что сказывается и на уровне познавательных интересов. Кроме того, имеются определенные особенности восприятия, в значительной степени определяющие специфику развития познавательной сферы – процесс восприятия в целом замедлен, формируются обедненные, часто деформированные и неустойчивые образы объектов, нарушается цельность в их восприятии, часто отсутствуют второстепенные, но неотъемлемые детали предметов. Это сказывается на трудностях выделения основных признаков предметов, определяет недостаточность обобщенности образов предметного мира для ребенка с нарушенным зрением.

При монокулярном характере зрения нарушается восприятие перспективы и глубины пространства. В целом, в развитии картины мира ребенка с нарушением зрения большую роль играют осязание, слух и проприоцептивные ощущения, в том числе – обоняние, данное обстоятельство оказывает непосредственное влияние на формирование и развитие психических функций и их функциональных связей.

При отсутствии сочетанных нарушений, не связанных с органом зрения, произвольное внимание у детей со зрительной патологией страдает редко. Как правило, способность долго и сосредоточенно опознавать предмет во всех его свойствах –

формируется достаточно рано. Активность, широта и направленность внимания, возможность переключения и сосредоточенность, оказываются, развиты достаточно. Однако все же отмечается снижение объема и устойчивости внимания.

У детей с нарушениями зрения затруднено формирование образов, основанных на чувственном опыте и, соответственно, образного мышления. Встречается как расширение, так и сужение объема понятий, недостаточная обоснованность суждений, формальность умозаключений. Анализ решения задач слабовидящими школьниками показывает, что если они уяснили смысловое и конкретное содержание условия, то их рассуждения, и умозаключения не отличаются от рассуждений обычных школьников, а формирование формально-логических речевых операций происходит позже и протекает более длительное время.

Недостаточность в сенсорно-перцептивной сфере проявляется в неточности, фрагментарности, малой обобщенности пространственных представлений. Таким образом, сфера пространственных представлений оказывается не только недостаточно сформированной, но и, порой, специфичной.

Специфично развивается речь ребенка с нарушением зрения. При постоянстве и неизменности темпа развития речи, она своеобразна в своей словарно-семантической составляющей.

Невозможность целостно воспринимать объекты и их отдельные свойства, недостаток чувственного опыта у слепых и слабовидящих детей приводит к неправильному использованию слов, появляется своеобразный «вербализм» - накопление большого количества слов, не связанных с конкретным содержанием и смыслами. Часто отмечается излишняя компенсаторная многоречивость, уровень спонтанной речи, особенно с позиции содержания, отличается фрагментарностью, походящей порой на разноплановость, непоследовательность мышления (наблюдаемую у детей с вариантами искаженного развития).

При своевременном компенсаторном дебюте уровень сформированности слухоречевой, тактильно-зрительной и тактильно-осязательной памяти у детей с глубоким нарушением зрения часто выше, чем у их нормально видящих сверстников, а иногда и взрослых. В работе с такими детьми важно, своевременно выявлять несоответствие (дисбаланс) между избыточным объемом памяти и недостаточными предметно-образными представлениями, основанными на чувственном опыте ребенка.

Эмоционально-личностные особенности развития в значительной степени зависят от уровня тонусной организации психических функций и произвольной активности ребенка. Среди эмоциональных особенностей детей с нарушениями зрения дошкольного возраста,

можно отметить проявление аутоподобных черт, что свидетельствует об искажении в формировании аффективной сферы. Ребенок легко тормозим, тревожен, может испытывать страхи и зависимость от близких взрослых, стереотипен в своих привычках и интересах.

Трудности коммуникации у ребенка со зрительной патологией часто проявляются из-за ограниченности или недоступности визуального считывания эмоциональных проявлений на лицах собеседников, использовании ими невербальных форм общения. Помимо этого эмоциональные переживания самого ребенка недостаточно отражаются в его мимике, что затрудняет считывание их другими людьми, осложняя взаимодействие с ними. В то же время, сами дети часто обнаруживают большую чувствительность к эмоциональным модуляциям речи другого.

Уровень притязаний на успех у слабовидящих детей, как правило, невысокий, а самооценка чаще завышена. Наличие «социальных» страхов характерно для незрячих детей подросткового возраста. Разумеется, что все эти особенности непосредственно зависят и от условий развития ребенка, типа воспитания и отношения к проблемам ребенка в семье.

Прогноз развития и адаптации зависит от степени нарушения зрительного восприятия, времени возникновения этих нарушений и времени начала (и интенсивности) абилитационной и коррекционно-развивающей работы ребенка с профильными специалистами.

Во время обследования, после установления контакта, и исходя из реальных возможностей ребенка, специалист может принять решение о замене стимульного материала, изменении заданий и способов их предъявления. Также, гибкая смена видов деятельности происходит в зависимости от индивидуальных возможностей, работоспособности, темповых характеристик и состояния нервной системы ребенка.

На протяжении всей процедуры обследования тифлопедагог фиксирует дополнительные особенности в поведении ребенка, манере говорить, во внешнем виде, отношении к выполняемым заданиям, в предпочтениях и т.п. Обращает внимание на проявление у ребенка признаков «инвалидного поведения», присутствие стереотипий (навязчивых стереотипных движений, действий), на наличие в речи ребенка вербализма или его признаков.

Обследование детей с нарушением зрения необходимо осуществлять, используя специальные методики и приемы обучения, технические средства и средства наглядности, разработанные для данной категории детей.

Общие требования к подбору и предъявлению стимульного материала, предназначенного для работы с детьми с нарушением зрения (слепые, слабовидящие, дети с функциональными нарушениями зрения: косоглазие, амблиопия, астигматизм):

1. 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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.

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 должны дополняться цветом (контрастным с фоном рельефным контуром). Для печати рельефного изображения на рельефообразующей бумаге требуется специальное устройство – термомашинка и специальная рельефообразующая бумага. Рисунок предварительно подготавливается на компьютере, распечатывается на рельефообразующей бумаге с помощью обычного лазерного принтера и помещается в термомашину, где происходит образование рельефа. Недостатком такого способа изготовления рельефных рисунков является невозможность создания брайлевских подписей под элементами рисунка.

Для создания рисунка на бумаге для письма по брайлю, в качестве оригинала, также используется графический компьютерный файл в одном из распространенных форматов (jpg, gif и т.д.). Печать рельефного изображения осуществляется на особом принтере; в этом случае линии изображения формируются из отдельных рельефных точек. Для изготовления цветных рельефных рисунков таким способом рекомендуется использовать принтер Tiger Emprint.

Также, наглядные пособия могут быть выполнены из любых пластичных материалов, например, папье-маше, глина, гипс, воск, пластилин. Для лучшей сохранности изделий их покрывают лаком и/или краской.

Участие других специалистов в обследовании ребенка с нарушением зрения.

Степень участия других специалистов в обследовании ребенка с нарушением зрения зависит от его зрительных возможностей, возраста, сформированности коммуникативных навыков, личностных особенностей. Подобранный стимульный материал для реализации профильной диагностики другими специалистами службы (логопед, психолог и т.д.) предварительно должен быть согласован с тифлопедагогом ПМПК с целью оценки доступности данного материала в отношении зрительных и тактильных возможностей обследуемого ребенка.

Во время тифлопедагогического обследования ребенка психолог ПМПК проводит беседу с родителями (законными представителями) обследуемого, собирая информацию о наличии или отсутствии дополнительных факторов, способствующих развитию необходимых компетенций, формированию компенсаторных механизмов, жизненных навыков. Следует обратить внимание на ожидания родителей от деятельности специалистов ПМПК, на понимание ответственности родителем при выборе образовательного учреждения для своего ребенка, а также его готовности к оказанию повседневной помощи при освоении образовательной и коррекционной программ.

Оценивая (через наблюдение, беседу, анкетирование и т.п.) взаимодействие родителя с ребенком следует обращать внимание на проявление в поведении родителя гипер- или гипопеки, потакания стереотипиям, наличия у родителя сверхценной идеи о том, что ребенок будет «видеть после очередной операции или прозреет», обвинения в проблемах со здоровьем другого родителя или родственников.

Если необходимо, к обследованию ребенка (начиная с младшего школьного возраста) подключаются другие специалисты: логопед, психоневролог, врач-офтальмолог, психолог. Для слепых детей раннего и дошкольного возраста обследование других специалистов проходит опосредованно, через наблюдение за деятельностью тифлопедагога и ребенка.

Составление профессионального заключения, составление рекомендаций по использованию тифлотехнических и наглядных средств в образовательном процессе.

В заключении по результатам проведенного обследования тифлопедагог дает краткое описание состояния его зрительных функций и возможностей их использования в быту, учебе, при ориентировке в пространстве (на улице, в помещении) и т.п. В соответствии с уровнем актуального развития ребенка и сформированностью компенсаторных навыков указывает основные (стратегические) направления коррекционно-развивающих занятий с ребенком, обусловленных, в первую очередь, характером его зрительных нарушений.

Дошкольный возраст. В рекомендациях для родителей и педагогов образовательной организации специалист должен отразить общие и индивидуальные специальные условия, в создании которых нуждается ребенок, включая специальные занятия с тифлопедагогом. Опираясь на результаты обследования, заключение и рекомендации врача-офтальмолога тифлопедагог представляет на ребенка профессиональное заключение с описанием офтальмо-эргономических условий:

– зрительная нагрузка (время непрерывной работы, допустимые дидактические игры, виды и размеры пособий, вид плоскости для работы, фон, стимульный материал);

– при показаниях к ношению окклюзии, с учетом зрительного диагноза и назначенного офтальмологом лечения, необходимо 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. Определение места ребенка за столом в группе (где и как, относительно расположения столов и демонстрационных мольбертов должен сидеть ребенок) во время фронтальных занятий и индивидуальных игр с дидактическими пособиями. Как относительно посадки ребенка за столом должен располагаться источник света (естественный и искусственный), с учетом наличия или отсутствия светобоязни;

– комплекс зрительной гимнастики и условия ее реализации (время проведения, количество подходов за день, рекомендуемые упражнения по снятию зрительного напряжения после интенсивной нагрузки).

Школьный возраст. Помимо вышеперечисленных рекомендаций к дошкольному возрасту, в рекомендациях отражается необходимость применения специализированных технических средств (в т.ч. тифлотехнических) индивидуального пользования. Например: тифлофлешплеер, портативный электронный увеличитель, трость для слабовидящих.

Слабовидящему учащемуся с прогрессирующим заболеванием необходимо рекомендовать изучение и использование рельефно-точечной системы обозначений Л. Брайля или обучение программам, ориентированным на образовательные потребности слепых с остаточным зрением.

В рекомендациях содержатся указания по физическим, зрительным и тактильным нагрузкам, по использованию в ходе занятий средств оптической коррекции, специального оборудования.

Таблица 5 Указания по физическим, зрительным и тактильным нагрузкам, по использованию в ходе занятий средств оптической коррекции, специального оборудования

Возраст ребенка с нарушением зрения	Специальное оборудование для организации и проведения обследования ребенка с нарушением зрения	Оборудование, рекомендуемое для развития, воспитания, образования, ре(а)билитации детей с нарушением зрения; включая дополнительные, сопутствующие нарушения развития	
		интеллект N	интеллект нарушен
ранний	Игрушки и специальные пособия, направленные на оценку: слухового, зрительного, тактильного восприятия, моторных навыков. Многофункциональное	Использование специальных игрушек, способствующих развитию сохранных анализаторов и стимуляцию нарушенного зрения (при отсутствии противопоказаний со стороны офтальмолога и невролога). Применение (с учетом общих требований к подбору развивающих средств для детей с нарушением зрения) широкого спектра дидактического оборудования и игрушек,	

	сенсорное оборудование.	рекомендованных для детей раннего возраста. Полисенсорное развитие, общеукрепляющий массаж, стимулирующий развитие локомоторных движений, ежедневные упражнения, направленные на реализацию потребности в двигательной активности ребенка в соответствии с его возрастом.	
дошкольный	Игрушки, игры, наглядные пособия (специальные средства наглядности для детей с нарушением зрения), приспособления для тактильного рисования, тифлопедагогические пособия для обследования, коррекции и развития навыков у ребенка с нарушением зрения. Рельефно-графические пособия изд-ва «Логос», прибор для рельефного рисования DraftsMan, прибор «Графика», «Ориентир». Электронные увеличители, лупы. Брайлевский принтер для печати цветных рельефных изображений, термомашинка. Расходные материалы.	Подготовка к письму по Брайлю: разборная азбука, «Брайлевское шеститочие», кубик-буква, азбука в картинках, брайлевский алфавит, тетрадь, прибор, грифель. Рельефно-графические пособия изд-ва «Логос», прибор для рельефного рисования DraftsMan, прибор «Графика», «Ориентир». Трость для ориентировки слепых. По показаниям врача-офтальмолога: индивидуальное освещение рабочей поверхности, увеличительные устройства. Настольные и дидактические развивающие игры для слепых (шахматы, шашки, крестики-нолики, тактильное домино и т.п.). Наглядный материал, подобранный на основе методических рекомендаций. Тактильные книги. Игры для развития мелкой моторики, тактильно-осознательной чувствительности, слухового и зрительного восприятия. Прибор «Светлячок». Подставка «Сигма». Электронные увеличители, лупы. Индивидуальное освещение рабочей поверхности. Наглядный материал, подобранный на основе методических рекомендаций. Настольные и дидактические игры для слабовидящих. Игры для развития мелкой моторики, тактильно-осознательной чувствительности, слухового и зрительного восприятия.	Комплект пособий, приспособлений, тематических наборов игрушек для коррекционно-развивающего обучения слепых и слабовидящих детей. Многофункциональное сенсорное оборудование. Рельефно-графические пособия изд-ва «Логос», прибор для рельефного рисования DraftsMan. Стационарный электронный увеличитель. Игры для развития мелкой моторики, тактильно-осознательной чувствительности, слухового и зрительного восприятия.
младший школьный	Тетрадь для письма по Брайлю, прибор, грифель. Разборная азбука, «Брайлевское шеститочие», кубик-буква, азбука в картинках, брайлевский алфавит, букварь (для слепых; для слабовидящих). Рельефно-графические пособия изд-ва «Логос», прибор для рельефного рисования DraftsMan, прибор «Графика», «Ориентир». Трость для ориентировки слепых;	Учебники и тетради для слабовидящих; для слепых. Прибор, грифель. Разборная азбука, кубик-буква, азбука в картинках, брайлевский алфавит, букварь (для слепых; для слабовидящих). Электронные увеличители, лупы. Индивидуальное освещение рабочей поверхности. Наглядный материал и индивидуальные средства обучения, подобранные на основе методических рекомендаций. Рельефно-графические пособия	Комплект пособий, приспособлений, тематических наборов игрушек для коррекционно-развивающего обучения слепых и слабовидящих детей. Разборная азбука, «Брайлевское шеститочие», кубик-буква, азбука в картинках, брайлевский алфавит, тетрадь,

	сигнальная трость слабовидящих. Увеличительные устройства (стационарный и портативный электронный увеличитель, лупа). Настольные и дидактические развивающие игры для слепых (шахматы, шашки, крестики-нолики и т.п.). Наглядный материал, подобранный в соответствии с возрастом обследуемых детей. Брайлевский принтер, термомашинка. Расходные материалы.	изд-ва «Логос», прибор «Графика», «Ориентир», «Светлячок». Подставка «Сигма». ПО: JAWS for Windows; MAGic. Тренажеры и спортивный инвентарь в т.ч. для слепых.	прибор, грифель. Многофункциональное сенсорное оборудование. Индивидуальные средства обучения и коррекции подбираются с учетом интеллектуальных, зрительных и компенсаторных возможностей ребенка. Спортивный инвентарь.
Подростковый и Юношеский	Тетрадь для письма по Брайлю, прибор, грифель. Учебники по общеобразовательным дисциплинам и книги, отпечатанные РТШ. Рельефно-графические пособия изд-ва «Логос», прибор для рельефного рисования DraftsMan с комплектом спец. пленки, прибор «Графика», «Ориентир». Трость для ориентировки слепых; сигнальная трость слабовидящих. Увеличительные устройства (стационарный и портативный электронный увеличитель, лупа). Настольные и дидактические развивающие игры для слепых (шахматы, шашки, крестики-нолики и т.п.). Наглядный материал, подобранный в соответствии с возрастом обследуемых детей. Брайлевский принтер, термомашинка, персональный компьютер с ПО: JAWS for Windows; MAGic. Расходные материалы.	Брайлевская печатная машинка (Tatrapoint, Perkins и т.п.), брайлевский дисплей. Брайлевский принтер, термомашинка, комплект бумаги. Учебники по общеобразовательным дисциплинам, отпечатанные РТШ. Электронные книги, аудиокниги. Рельефно-графические пособия изд-ва «Логос». Рельефные координатные плоскости, принадлежности для рельефного черчения (линейка, циркуль, транспортир). Приборы «Графика», «Ориентир». Тренажеры и спортивный инвентарь в т.ч. для слепых. Электронные увеличители, лупы. Индивидуальное освещение рабочей поверхности. Наглядный материал, подобранный на основе методических рекомендаций. Трость для ориентировки слепых; сигнальная трость слабовидящих. ПО: JAWS for Windows; MAGic.	Индивидуальные средства обучения и коррекции подбираются с учетом интеллектуальных, зрительных и компенсаторных возможностей ребенка. Спортивный инвентарь.

Общие рекомендации (специальные средства обучения) для слепых и слабовидящих обучающихся.

1. Индивидуальные учебные средства. Прибор и грифель для чтения и письма по системе Л. Брайля; брайлевская печатная машинка; тетради и бумага для письма по Брайлю; тетради для слабовидящих; приспособление для тифлографики (прибор, комплект специальной пленки); специализированный плеер-диктофон для прослушивания

текстовых файлов и «говорящих книг»; наушники для прослушивания речевых сообщений; ручной видеоувеличитель; комплект учебников и дополнительных материалов, соответствующий утвержденному Федеральному перечню учебников, отпечатанный по Брайлю (для слепых учащихся) и плоскочечатным укрупненным шрифтом (для слабовидящих).

2. Тифлотехника для обучения. Оборудование, разработанное специально для самостоятельного использования слепыми и слабовидящими людьми: брайлевский дисплей, электронная лупа, брайлевский принтер, видеоувеличитель.

3. Оборудование, приспособленное для самостоятельного использования слепыми и слабовидящими людьми, оснащённое речевым ассистентом или доступным тактильным управлением.

4. Специальные средства наглядности: рельефные изображения, барельефы, макеты, модели, муляжи и т.п., обеспечивающие возможность тактильно-осознательного обследования и восприятия изучаемого предмета. Так, например, рисунки растений по биологии, географические карты и геометрические рисунки должны быть представлены в виде рельефных изображений. Материалы по алгебре, физике и химии - отпечатаны рельефно-точечным шрифтом Брайля; материалы по истории и литературе могут быть представлены в форме аудиозаписи (доступных для навигации форматов) или электронном виде (в некоторых случаях их необходимо представлять в рельефно-точечной системе Брайля).

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.

Если во время проведения обследования тифлопедагог или психолог получает информацию о негативном влиянии поведения родителя на формирование и развитие личности ребенка с нарушением зрения, то при составлении собственного заключения, в рекомендациях стоит отразить, как необходимое условие «изменение внутренней позиции родителя в отношении принятия своего ребенка».

Профессиональное тифлопедагогическое заключение и рекомендации представляются на коллегиальное обсуждение, с целью определения дальнейшего образовательного маршрута, внесения дополнительных рекомендаций от других специалистов, оформления общего заключения ПМПК.

Таблица 6 Варианты рекомендаций

Образовательная программа	Рекомендации по созданию специальных образовательных условий воспитания и развития ребенка
Слепые дети	
Адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования слепых обучающихся	1. Индивидуальные коррекционные занятия и сопровождение тифлопедагога (в образовательном учреждении). 2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом (в образовательном учреждении). 3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с глубоким нарушением зрения. 4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями. 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.).
Слабовидящие дети	
Адаптированная основная образовательная программа дошкольного образования слабовидящих обучающихся	1. Индивидуальные коррекционные занятия и сопровождение тифлопедагога (в образовательном учреждении). 2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом (в образовательном учреждении). 3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с глубоким нарушением зрения. 4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями. 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.). 6. Лечебно-восстановительная работа на аппаратах по показаниям врача-офтальмолога. Выполнение рекомендаций врача-офтальмолога и тифлопедагога по зрительным и физическим нагрузкам, используемым пособиям и играм, ношению окклюзии и т.п.
Дети с пониженным зрением (функциональные нарушения зрения: косоглазие, амблиопия, анизометропия, миопия и т.д.)	
Основная образовательная программа дошкольного образования	1. Подгрупповые коррекционные занятия с тифлопедагогом. 2. Индивидуальные и подгрупповые занятия с педагогом-психологом. 3. Специально-организованная развивающая среда с дидактическим и игровым материалом, подобранным в соответствии с требованиями к средствам наглядности для детей с нарушением зрения. 4. Организация образовательного процесса в соответствии с офтальмо-эргономическими рекомендациями. 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, цветовых и световых указателей и т.п.).

	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.
Рекомендации по созданию специальных образовательных условий обучения на уровнях общего образования	
Слепые дети	
Адаптированная основная образовательная программа начального общего образования АООП НОО (вводится с 1 класса 2016 года) Вариант 3.1. Вариант 3.2. Вариант 3.3. и 3.4. Адаптированная образовательная программа слепого обучающегося на уровне основного общего образования Адаптированная образовательная программа слепого обучающегося на уровне среднего общего образования	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. 2. Сопровождение образовательного процесса тифлопедагогом, тьютором, педагогом-психологом (степень участия каждого специалиста определяется индивидуально, по результатам обследования ребенка). 3. Обеспечение слепого обучающегося специальными: учебно-методическими пособиями, материалами, учебниками (отпечатанными рельефно-точечным шрифтом, аудио учебники в формате: Daisy, Mp3), техническими средствами (в т.ч. тифло), расходными материалами. 4. Определение основных направлений, содержания и объема коррекционной работы, обеспечивающей формирование необходимых жизненных компетенций у слепого обучающегося и условия ее реализации. 5. Специальные образовательные условия обучения должны соответствовать требованиям ФГОС общего образования: начального, основного, среднего (полного) для слепых обучающихся. 6. Для слепых детей с разной степенью умственной отсталости необходима особая организация образовательной среды, учитывающая их специфические социальные и образовательные потребности.
Слабовидящие дети	
Адаптированная основная образовательная программа начального общего образования АООП НОО (вводится с 1 класса 2016 года) Вариант 4.1. Вариант 4.2. Вариант 4.3. Адаптированная образовательная программа слабовидящего обучающегося на	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.). 2. Определение основных направлений, содержания и объема коррекционной работы, обеспечивающей формирование необходимых жизненных компетенций у слабовидящего обучающегося и условия ее реализации. 3. Сопровождение образовательного процесса тифлопедагогом, тьютором, педагогом-психологом (степень участия каждого специалиста определяется индивидуально, по результатам обследования ребенка). 4. Специальные образовательные условия обучения должны соответствовать требованиям ФГОС общего образования: начального, основного, среднего (полного) для слабовидящих обучающихся. 5. Для слабовидящих детей с легкой умственной отсталостью

уровне основного общего образования Адаптированная образовательная программа слабовидящего обучающегося на уровне среднего общего образования	необходима особая организация образовательной среды, учитывающая специфические образовательные потребности обучающихся и их дальнейшую реализацию в разных социальных сферах.
---	--

В завершении, тифлопедагог проводит совместное с психологом консультирование родителей ребенка: знакомит с результатами обследования, разъясняет информацию, содержащуюся в рекомендациях. Консультирует родителей, воспитывающих детей с нарушением зрения по вопросам, связанным с воспитанием, развитием, образованием и профессиональной ориентацией слепых и слабовидящих.

Инновационная модель деятельности социальных педагогов психолого-медико-педагогических комиссий

Миссия социального педагога психолого-медико-педагогической комиссии 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. Психолого-медико-педагогическая комиссия сегодня может рассматриваться как важная структура, призванная формировать правильное отношение социума к детям и подросткам с особыми образовательными потребностями.

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.

Социальные проблемы, возникающие в жизни ребенка, делятся на несколько групп:

- 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.

- 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; 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.

Методы выявления и изучения социальным педагогом ПМПК проблем: беседа, интервью, анкетирование, наблюдение, изучение документации; социометрия, изучение продуктов детского творчества.

Социальный педагог осуществляет сбор у родителей (законных представителей) информации о социальных условиях жизни ребенка. В условиях ПМПК целесообразно выполнение социальным педагогом части функций по сбору и анализу семейного анамнеза, обычно выполняемых врачом, а также определение необходимости взаимодействия с учреждениями системы социальной защиты населения и правоохранительной системы. Семейный анамнез предполагает учет дифференциации функций врача с социальным педагогом, собирающим определенную часть семейного анамнеза.

Социальный педагог акцентирует внимание на следующих параметрах «Критерии раннего развития»:

- динамика семьи (браки/разводы, форма брака (законный, гражданский), смерть кого-то из членов семьи, последовательность рождения детей и т.п.);
- структура семьи (полная/неполная, мать-одиночка, приемный ребенок, отчим/мачеха и т.п.);
- состав «ядерной» семьи на момент обследования (родители, сибсы — братья, сестры по отцу и матери или только по отцу, только по матери);
- сведения о членах семьи, возможно, других лицах, проживающих вместе с ребенком (характеристика круга общения ребенка в доме) и отдельно от него на момент обследования (характер взаимоотношений с членами семьи, живущими отдельно от ребенка);
- социальный, профессиональный статус, образовательный уровень родителей, других лиц, непосредственно общающихся с ребенком и влияющих на его развитие;
- соответствие места жительства и прописки (регистрации), в частности при наличии статуса беженцев, эмигрантов и др.; возможная смена привычных этнических, социально-экономических, климатических и др. условий;
- бытовые условия жизни ребенка (питание, одежда, наличие индивидуального места для сна, наличие условий для учебных или игровых занятий);
- обеспеченность социально-правовой защищённости ребенка в семье.

«Критерий раннего развития» 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 коллегиальному обсуждению его результатов.

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.

Функции деятельности социального педагога: аналитико-диагностическая, прогностическая, организационно-коммуникативная, коррекционная, координационно-организаторская, социально-педагогическая поддержка клиентов ПМПК, охранно-защитная, психотерапевтическая, социально-профилактическая, реабилитационная.

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).

В контексте обозначенных выше общих задач деятельности ПМПК задачи социального педагога ПМПК:

1. Своевременное выявление детей и семей с рисками социальной дезадаптации.
2. Диагностика социальной адаптивности участников образовательного процесса.
3. Профилактическая работа с детьми, семьями, педагогами.
4. Оказание адресной консультативной и коррекционной помощи всем участникам образовательного процесса.
5. Обеспечение социальной защиты участникам образовательного процесса.
6. Контроль соблюдения рекомендаций семьей и образовательной организацией.
7. Анализ социального заказа на получение психолого-педагогической и медико-социальной помощи.
8. Осуществление связи с организациями, обеспечивающими надзор и занятость детей.

По критерию *«Социально-эмоциональная адаптированность»* социальным педагогом ПМПК оцениваются следующие показатели: навыки самообслуживания, сформированность социально-коммуникативных норм, адекватность эмоциональных реакций. Выводы социальным педагогом ПМПК делаются по каждому показателю с

учетом степеней выраженности (сформировано, частично сформировано, не сформировано).

Показатель «Навыки самообслуживания» включает в себя оценку следующих навыков: переодевание (одевание, раздевание), гигиена (умывание, чистка зубов), пользование туалетом, приём пищи.

Показатель «Сформированность социально-коммуникативных норм» включает в себя: общение со знакомыми взрослыми или детьми; общение с незнакомыми взрослыми или детьми; игра с детьми или взрослыми; пребывание в публичных местах с другими на игровых площадках, в парках, кафе, магазинах и в других общественных местах; литературно-художественная деятельность (слушание стихов, сказок и т.д.); просмотр телепередачи, видео; музыкальная деятельность (пение, танцы, музицирование, слушание музыки); изобразительная деятельность (лепка, рисование, конструирование и т.д.); посещение публичных мест для проведения досуга и отдыха (театр, зоопарк, музей, цирк, развлекательный центр и т.д.); праздники дома, прием гостей и поездка в гости.

Для оценки по этому показателю используются следующие параметры: доступность ситуации (частота присутствия ребенка в жизненной ситуации: никогда, реже, чем раз в месяц, ежемесячно, еженедельно, ежедневно); вовлечение (оценивается время активного включения ребёнка в ситуацию, проявляющегося в направленном внимании, инициативе, наряду с комфортом или удовольствием); самостоятельность действий в жизненной ситуации.

Показатель «Адекватность эмоциональных реакций» включает в себя оценку эмоциональных реакций ребенка в соответствии с возрастом, необходимость эмоциональной и физической помощи родителей, других детей; эмоциональной и физической помощи других людей.

Заключение социального педагога содержит следующие сведения:

По «Критерию раннего развития» – семейный анамнез.

По критерию «Социально-эмоциональная адаптированность»:

- о сформированности навыков самообслуживания;
- о сформированности социально-коммуникативных норм;
- об адекватности эмоциональных реакций ребенка.

Примерный алгоритм деятельности социального педагога ПМПК

1. Инициатор обращения – законные представители ребенка Максима М., 5 лет 10 месяцев.

2. Проблема обращения – получение специальных условий обучения и воспитания - логопедической помощи.

3. Оценка истории развития (семейный анамнез по документам и сведения от родителей) - родители ребенка в разводе, мальчику на момент развода было 2 года. Семья неполная. Мать мальчика - сирота, воспитывалась в детском доме. Образования не имеет. Работает по рабочей специальности. Отец имеет высшее профессиональное образование. Работает по специальности. Мать и отец проживают в отдельных квартирах. Мальчик проживает с матерью. Со слов матери у неё нет возможности много времени уделять занятиям с сыном. Периодически отдаёт его на некоторое время отцу. Отец ребенка проживает со своими родителями, которые заинтересованы в помощи ребенку. Бабушка имеет нотариальную доверенность на представление интересов ребенка в различных организациях. Водит мальчика в дошкольное образовательное учреждение, на индивидуальные занятия к учителю-логопеду в ЦПМСС, в учреждения здравоохранения. Мальчик наблюдается по поводу аденоид, кондуктивного снижения слуха. Заключение логопеда – общее недоразвитие речи (II-III уровень речевого развития). Бытовые условия жизни ребенка (питание, одежда) удовлетворительные. В квартире отца у ребенка есть отдельная комната. Отношение к ребенку родителей и других воспитывающих ребенка взрослых адекватное. Компетентность родителей и других воспитывающих ребенка взрослых невысокая. Количество времени, которое выделяют члены семьи или другие воспитывающие ребенка взрослые на обучение, воспитание и социализацию мальчика, распределено между членами семьи неравномерно. Больше всего времени уделяет ребенку бабушка.

4. История развития, обучения и реабилитации ребенка – мальчик посещает дошкольное образовательное учреждение общеразвивающего вида, индивидуальные занятия с учителем-логопедом в центре психолого-медико-социального сопровождения.

5. Наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его обследования другими специалистами и создание диагностической гипотезы.

6. Собственное диагностическое обследование в соответствии с возрастом и диагностической гипотезой:

Критерий «Социально-эмоциональная адаптированность». Показатель «Навыки самообслуживания» – ребенок не в полном объеме владеет навыками самообслуживания. Одевается-раздевается с помощью взрослых, ест самостоятельно, частично владеет навыками личной гигиены (моет руки, умывается самостоятельно, чистит зубы с помощью взрослых, пользуется туалетом самостоятельно). Степень выраженности по этому показателю – частично сформировано.

Показатель «Сформированность социально-коммуникативных норм» – активно общается со знакомыми взрослыми и детьми, они его достаточно хорошо понимают

несмотря на то, что речь ребенка невнятная. Общается с незнакомыми взрослыми или детьми неохотно.

Самостоятельно играет, в том числе в компьютерные игры с высоким вовлечением в эту деятельность. Развивающие занятия дома осуществляют в основном отец и бабушка мальчика. Публичные места посещает редко, адекватно ведёт себя на игровых площадках, в парках, кафе, магазинах и в других общественных местах. Ежедневно с интересом слушает стихи, сказки, музыку, но непродолжительное время. Ежедневно смотрит мультфильмы с высоким вовлечением в эту деятельность. В свободное время самостоятельно изобразительной деятельностью заниматься не любит. Степень выраженности по этому показателю – частично сформировано.

Адекватность эмоциональных реакций - мальчик обидчив, плаксив, привязан к членам семьи, нуждается в эмоциональной поддержке взрослых, похвале. Степень выраженности по этому параметру - частично сформировано.

7. Экспресс-анализ результатов собственной диагностики с выходом на профессиональный диагноз/заключение – социально-педагогическая запущенность.

8. Рекомендации по результатам собственной диагностики – сопровождение ребенка социальным педагогом, направленное на предупреждение негативных тенденций в межличностных отношениях между членами семьи, семейное консультирование, разработка системы мероприятий по социализации ребенка с учетом его интересов.

9. Коллегиальное обсуждение с определением общих (типологических) и индивидуальных особенностей ребенка и специальных образовательных условий.

10. Участие в консультировании родителей – по проблеме гармонизации детско-родительских отношений, по вопросам организации помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья.

Дифференциальный характер педагогической диагностики олигофренопедагога, направлен на разграничение от сходных состояний и на определение типа нарушенного развития, который позволяет определить специальные условия обучения и вариант АООП для детей школьного возраста.

Описание инновационной модели деятельности учителя-дефектолога (олигофренопедагога) психолого-медико-педагогических комиссий

Наблюдение за ребенком в ходе работы других специалистов также позволяет оценить степень сформированности деятельности в целом – ее целенаправленность, организованность, произвольность, способность к планированию действий, самостоятельному выбору средств выполнения задания. Олигофренопедагог проводит анализ следующих показателей:

- понимание инструкции и цели задания;
- способность выполнять задание с учетом простой инструкции и инструкции, состоящей из нескольких звеньев;
- умение определить последовательность действий, операций;
- умение перестраивать действия в зависимости от изменения цели;
- способность к самоконтролю;
- умение довести деятельность до получения определенного результата, способность преодолевать трудности;
- возможность оценки результата своей деятельности и адекватность данной оценки.

Важной задачей обследования олигофренопедагогом детей 3-5 годов жизни является изучение их уровня развития ориентировочно-познавательной деятельности, которая становится основной структурной единицей познания. В дошкольном возрасте выделяют следующие уровни ориентировочно-познавательных действий: хаотичные действия, перебор вариантов, целенаправленные пробы, практическое примеривание, зрительная ориентировка. Условно нормативные дети решают практические и проблемно-практические задачи методом целенаправленных проб. Кроме того, отмечается стойкий интерес к продуктивным видам деятельности (рисование, конструирование). Эти новообразования необходимо учитывать при оценке обследования детей данного возрастного диапазона.

При обследовании детей 6-го года жизни необходимо учитывать отражение сюжета в продуктивных видах деятельности в связи с развитием сюжетно-ролевой игры. Важными показателями развития в этом возрасте является решение задач методом практического примеривания, а в некоторых случаях – методом зрительной ориентировки. В этом возрасте отмечается стойкий интерес к продуктивным видам деятельности (рисование, конструирование и др.).

Главная цель обследования детей 7-го года жизни – целенаправленное изучение их психологической готовности к школьному обучению. Понятие «психологическая готовность к школе» включает в себя несколько важных компонентов: умственную, мотивационную, эмоционально-волевою и коммуникативную готовность.

Опираясь на обобщенный алгоритм деятельности специалиста опишем специфику работы олигофренопедагога:

1. Знакомство с документами (рабочие тетради, результаты параклинических исследований, характеристики на ребенка).

Данный вид деятельности специалиста позволяет ему сделать предварительный вывод об уровне владения программными знаниями и компетенциями, способности воспринимать материал при фронтальной работе (в группе, классе), провести анализ частотности ошибок и их характера, получить сведения о ситуации организованного обучения.

2. Оценка истории развития в своей специализации (анамнез по документам и сведения от родителей).

Для олигофренопедагога важными являются вопросы выявления периода возникновения нарушения, возможных причин, уточнение предшествующей социальной ситуации развития, наличие получения специализированной помощи ребенком.

3. Наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его обследования другими специалистами и создание диагностической гипотезы.

В ходе наблюдения за ребенком и на основании анализа полученных сведений учитель-дефектолог формирует предварительную гипотезу об особенностях и уровне развития познавательной или учебно-познавательной деятельности ребенка и, в соответствии с этим, осуществляет отбор методик и диагностического материала, который будет предлагаться для проведения обследования.

4. Собственное диагностическое обследование в соответствии с возрастом и диагностической гипотезой.

Проведение собственного обследования подтверждает и уточняет предварительную гипотезу о характере нарушения ребенка или опровергает ее. Дефектолог выявляет степень недостаточности и специфику нарушений в развитии ребенка.

Программный материал предъявляется по возрасту ребенка при первичном обследовании. В случае невозможности выполнения задания предлагается программный материал более младшего возраста, доступный для выполнения ребенком.

При обследовании ребенка, обучающегося по АООП диагностический материал адаптируется в соответствии с особыми образовательными потребностями и реализуемыми специальными образовательными условиями. Может применяться – увеличение шрифта, расположение задания по одному на листе, визуальная поддержка, актуализация знаний (опорные таблицы, карточки-символы), использование альтернативной коммуникации (карточки-символы для выбора ответа), предъявление материала в наглядно-образном виде (например, наглядно-образное предъявление арифметической задачи для детей с нарушением интеллекта). Возможным является использование технических средств – компьютер, лупа и др.

5. Экспресс-анализ результатов собственной диагностики с выходом на профессиональный диагноз/заключение. Заполнение протокола ПМПК в своей части.

Олигофренопедагог делает заключение об уровне развития познавательной (в первую очередь развития мыслительной деятельности) и учебной сфер ребенка относительно нормативного развития, оценивает его обученность и обучаемость.

Важным моментом является фиксация олигофренопедагогом в протоколе тех характерных особенностей выполнения заданий ребенком и деятельности в целом, которые позволят обосновать выводы в профессиональном заключении и рекомендациях по созданию СОУ.

6. Коллегиальное обсуждение с определением общих (типологических) и индивидуальных особенностей ребенка и специальных образовательных условий.

Обсуждение строится на основании критериального подхода. Проводится системная совокупная оценка по критериям и входящим в них параметрам, на основании которой делается заключение и рекомендуются специальные образовательные условия.

7. Участие в оформлении заключения.

Таблица 7 Заключение олигофренопедагога

Заключение ПМПК	Дефектологическая составляющая
Обоснованные выводы о наличии/отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений	Заключение дефектолога об уровне развития познавательной и учебной сфер ребенка относительно нормативного развития
Рекомендации по образовательной программе, которую может освоить ребенок	Обоснование выбора программы ООП с ПКР или АООП Определение АООП в соответствии со структурой нарушения Определение варианта АООП (необходимости ИУП, СИПРа)
Наличие/отсутствие необходимости создания специальных образовательных условий, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов	Констатация необходимости предоставления коррекционно-педагогической помощи в рамках ООП (Программа коррекционной работы), АООП (Коррекционно-развивающая область)
Форма и режим получения образования	Рекомендации, учитывающие особые образовательные потребности ребенка и его возможности
Рекомендации по созданию других необходимых специальных	Специальные пособия, учебники, дидактический материал

образовательных условий	Специальные технические средства Специальная организация среды Использование специальных педагогических методов и приемов
Рекомендации о необходимых направлениях коррекционно-развивающей работы специалистов в рамках реализации Программы коррекционной работы	Рекомендации о курсах коррекционно-развивающих областей в соответствии с АООП Определение направлений работы специалиста, реализуемое в курсах коррекционно-развивающих областей

8. Участие в консультировании родителей.

Олигофренопедагог доступным для понимания родителей (законных представителей) языком объясняет особенности развития ребенка при определенном нарушении, разъясняет, какие специальные образовательные условия рекомендованы, рассказывает о содержании необходимой специализированной помощи, которая должна и будет предоставляться ребенку в образовательной организации.

При объявлении заключения учитель-дефектолог, как и другие специалисты, проявляет такт, чувство меры, сдержанность, оказывает психологическую поддержку родителям (законным представителям).

Перейдем к анализу критериев в работе олигофренопедагога.

Перечень критериев

- Психофизические особенности ребенка
- Анамнестический критерий
- Наиболее часто выставляемый клинический (нозологический) диагноз/диагнозы
- Характер поведения ребенка
- Регуляция деятельности
- Социально-эмоциональная адаптированность
- Коммуникативная активность
- Речевая деятельность и языковые средства
- Когнитивные особенности
- Необходимая помощь
- Обучаемость
- Обученность ребенка

Первые критерии качественно оцениваются дефектологом, в процессе наблюдения за ребенком. Они важны для определения особых образовательных потребностей, уточнения

структуры нарушения, дифференциальной диагностики, определения специальных образовательных условий.

Психофизические особенности: для олигофренопедагога является крайне важным отметить уровень работоспособности и темп работы, а также, насколько быстро наступает утомление у ребенка, и каким образом оно проявляется. Это позволит сделать прогноз о возможностях обучения ребенка на фронтальных занятиях в группе или классе, рекомендовать соответствующий режим занятий, режим дня, недели (возможным является оформление в медучреждении щадящего режима с одним дополнительным выходным днем в неделю), т.е. специальная временная организация обучения. У умственно отсталого ребенка важно отметить соответствие физического развития возрастной норме – наличие и характер отклонений в физическом развитии.

Анамнестический критерий: для дефектолога будут показательны сведения об особенностях моторного развития, раннем неврологическом статусе ребенка, раннем речевом развитии.

Характер поведения: анализируется с позиции организованного обучения, отмечается, насколько ребенок – импульсивен, хаотичен или организован, может ли выполнять требования дисциплины. Это учитывается в рекомендациях по режиму обучения, например, может быть рекомендовано: 1) неполный день пребывания в детском саду; 2) постепенное включение в образовательный процесс в условиях класса; 3) сопровождение тьютора в период адаптации и прочее

Регуляция деятельности: для дефектолога значимым является сформированная способность ребенка к учебному поведению или предпосылкам учебного поведения. Специалист анализирует познавательную и учебно-познавательную деятельность ребенка по всем ее характеристикам с ориентацией на возраст, например старший дошкольник или младший школьник – мотивированность, наличие ориентировочного этапа в задании, стойкость интереса к заданию, рациональность действий, их осмысленность, способность к самоконтролю или реагирование на организующий контроль взрослого, способность руководствоваться инструкцией и удерживать ее до конца задания, способность достичь результата, оценка результата (ориентация на похвалу, присутствие собственной оценочной деятельности).

Социально-эмоциональная адаптированность: наблюдения специалиста по данному критерию дополняют сведения об уровне мыслительной деятельности ребенка и сформированности жизненных компетенций. Отмечается критичность, адекватность эмоциональных реакций, наличие навыков самообслуживания в соответствии с возрастом, социальный опыт (особенно значимые для детей с УО).

Коммуникативная компетентность: анализируется олигофренопедагогом, как основа для освоения программного материала: способность к сотрудничеству, поддержанию диалога, понимания обращений. Отмечается используемая коммуникация – вербальная/невербальная.

Речевая деятельность: учитель-дефектолог отмечает общий уровень речевого развития, анализирует результаты работы полученные учителем-логопедом и делает вывод об уровне овладения программным материалом по русскому языку и чтению. Анализируется также способность ребенка к речевой регуляции действий с учетом возраста, тк она определяет осознанность выполнения учебных заданий. Например, у младшего школьника с ЗПР отмечается, может ли ребенок дать словесный отчет, насколько сформировано обобщение и вербализация собственных действий (самостоятельно или по наводящим вопросам, или отсутствует полностью).

Когнитивные особенности, помощь со стороны взрослого, обучаемость и обученность являются предметом детального анализа специалиста.

Когнитивные особенности:

Мыслительная деятельность – на основе количественных данных правильности выполнения заданий и качественных данных об особенностях мыслительной деятельности ребенка делается вывод об уровне развития мышления в следующих формулировках:

- соответствует возрасту;
- незначительно ниже возрастной нормы;
- ниже возрастной нормы;
- умеренно снижено: легкое недоразвитие мыслительной деятельности;
- выраженно снижено: умеренное недоразвитие мыслительной деятельности;
- грубо снижено: выраженное недоразвитие мыслительной деятельности или глубокое недоразвитие мыслительной деятельности;
- искажение мыслительной деятельности;
- выявить не удается.

Необходимая помощь:

Указывается степень потребности в помощи при выполнении заданий, наиболее типичный вид помощи для ребенка (стимулирующая, организующая, направляющая, обучающая) и объем необходимой помощи – незначительный, умеренный, выраженный.

Стимулирующая помощь – эмоциональное одобрение, похвала, настрой на работу.

Организирующая помощь:

– Внешняя организация начала работы, которая может быть вербальной в виде вопросов: «Ты понял, что тебе нужно сделать, повтори? Что тебе нужно сделать сначала?»

– Разделение многозвеневой инструкции на части: «Сначала тебе нужно выполнить это, потом, ты сделаешь вот это».

– Специальная организация рабочего места – убрать все лишнее, жестом указать на материал, сигнализировать о начале работы (звоночек, карточка-символ, визуальное расписание), те обеспечить включение ребенка в работу.

Направляющая:

– Уточнение инструкции, ее повторение со смысловыми акцентами, разъяснением.

– Адаптация инструкции – перефразирование, визуальная подсказка.

– Наводящие вопросы. Совместное проговаривание плана действий.

Обучающая:

– Совместное выполнение задания по вербальной пошаговой инструкции.

– Совместное выполнение задания по пошаговой инструкции, сопровождаемое показом.

– Выполнение задания «рука в руку».

Обучаемость:

Оценивается по совокупности показателей:

– Ориентировочная деятельность (наличие ориентировочного этапа в задании, принятие задания).

– Способность к восприятию помощи.

– Способность переноса на аналогичные задания (перенос полный, полный с пошаговым контролем взрослого, частичный, отсутствует).

– Удержание алгоритма действия.

Отмечается:

– Достаточный уровень обучаемости. Ребенок понимает смысл задания, способен выполнить задание самостоятельно или при оказании незначительного объема организующей или стимулирующей помощи. При выполнении аналогичного задания осуществляет полный перенос, в помощи не нуждается. Алгоритм действия удерживает до конца задания.

– Недостаточный уровень обучаемости. Ребенок понимает смысл задания, но нуждается в направляющей помощи, выполнении задания по алгоритму. При выполнении аналогичного задания нуждается в пошаговом контроле со стороны взрослого. Алгоритм действия удерживает до конца задания после обучения.

– Сниженный уровень обучаемости. Ребенок затрудняется в понимании смысла задания. Выполнение задания возможно с вербальной пошаговой инструкцией. Перенос на аналогичные задания осуществляет частичный. Алгоритм задания не удерживает.

– Низкий уровень обучаемости. Ребенок не понимает смысла задания, не способен выполнять задание по алгоритму после обучения. Доступно выполнение задания только с пошаговой инструкцией и показом, либо «рука в руку».

Вывод: степень недостаточности

- Достаточная по возрасту.
- Частично соответствует возрасту.
- Не соответствует возрасту.
- Выраженно не соответствует возрасту.
- Избирательна.
- Выявить не удастся.

Обученность: оценивается по двум параметрам – 1) сформированность знаний и представлений об окружающем, 2) уровень овладения программным материалом.

При оценке сформированности знаний и представлений об окружающем мире важным является полнота сформированных представлений, понимание ребенком закономерностей между происходящими явлениями, способность объяснить причинно-следственные связи. Выводы:

- Знания и представления на обобщенном уровне (понимает причинно-следственные связи и закономерности, устанавливает логические зависимости).
- Знания и представления на уровне заученного материала.
- Фрагментарные знания и представления.
- Выявить не удастся.

При анализе уровня овладения программным материалом в зависимости от возраста, программы обучения (ООП, АООП) для различных категорий детей учитывается – освоение образовательных областей, сформированность универсальных учебных действия/ базовых учебных действий, социальных (жизненных) компетенций.

Программный материал предъявляется по возрасту ребенка при первичном обследовании. В случае невозможности выполнения задания предлагается программный материал более младшего возраста, доступный для выполнения ребенком.

При обследовании ребенка, обучающегося по АООП должны быть применимы современные технологии, используемые в его обучении: технологии альтернативной коммуникации (PECS – система), технологии обучения глобальному чтению и другие.

Поэтому среди необходимого методического обеспечения деятельности олигофренопедагога в ПМПК должны быть представлены не только общепринятые методики обследования познавательных процессов и уровня обученности, но и современный инструментарий и материалы, которые позволят более тщательно исследовать возможности обучающегося. Среди них можно выделить: PECS – карточки, карточки для проведения обследования процессов коммуникации (карточки для чтения целым словом (глобального чтения), пособие для выявления сформированности элементарного математического навыка у детей дошкольного и школьного возраста, в которой используется мультисенсорный подход и применяются специальные наборы наглядно-практического материала.

У детей дошкольного возраста учитель-дефектолог оценивает:

- сформированность элементарных математических представлений;
- уровень развития конструктивной деятельности;
- уровень развития мыслительных операций;
- уровень развития представлений об окружающем;

У школьников:

- учебные знания и компетенции, навыки универсальных учебных действий/ базовых учебных действий;

- осознанность восприятия учебного материала (понимание и употребление изучаемых категорий – состав слова, члены предложения, части речи и тд);

- навыки социальной (жизненной) компетентности в соответствии с требованиям ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ, ФГОС НОО обучающихся с умственной отсталостью (особенно при наличии СИПР). Выводы:

- программный материал усвоен полностью;
- усвоен частично;
- не усвоен;
- усвоен избирательно (испытывает трудности в освоении образовательной области);
- выявить не удастся;

Результатом применения критериального подхода в работе ПМПК является выход на определение всего спектра специальных образовательных условий. В условиях реализации ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС НОО обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) от специалистов требуется разграничения вариантов нарушенного развития и рекомендации варианта

образовательной программы. Применительно к деятельности олигофренопедагога определение вариантов АООП НОО становится ведущей профессиональной задачей.

Определение вариантов АООП НОО осуществляется на основе комплексного психолого-медико-педагогического обследования, с учетом ИПРА и в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В соответствии с требованиями ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ в организации может создаваться два варианта АООП НОО обучающихся с ЗПР — варианты 7.1 и 7.2. Каждый вариант АООП НОО обучающихся с ЗПР содержит дифференцированные требования к структуре, результатам освоения и условиям ее реализации, обеспечивающие удовлетворение как общих, так и особых образовательных потребностей разных групп или отдельных обучающихся с ЗПР, получение образования вне зависимости от выраженности задержки психического развития, места проживания обучающегося и вида организации.

На основе ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ создается АООП НОО обучающихся с ЗПР, к которой при необходимости может быть создано несколько учебных планов, в том числе индивидуальные учебные планы, учитывающие образовательные потребности групп или отдельных обучающихся с ЗПР. АООП НОО для обучающихся с ЗПР, имеющих инвалидность, дополняется индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалида в части создания специальных условий получения образования.

Категория обучающихся с ЗПР — наиболее многочисленная среди детей с ограниченными возможностями здоровья и неоднородная по составу группа школьников. Среди причин возникновения ЗПР могут фигурировать органическая и/или функциональная недостаточность центральной нервной системы, конституциональные факторы, хронические соматические заболевания, неблагоприятные условия воспитания, психическая и социальная депривация. Подобное разнообразие этиологических факторов обуславливает значительный диапазон выраженности нарушений — от состояний, приближающихся к уровню возрастной нормы, до состояний, требующих отграничения от умственной отсталости.

Все обучающиеся с ЗПР испытывают в той или иной степени выраженные затруднения в усвоении учебных программ, обусловленные недостаточными познавательными способностями, специфическими расстройствами психологического развития (школьных навыков, речи и др.), нарушениями в организации деятельности и/или поведения. Общими для всех обучающихся с ЗПР являются в разной степени выраженные недостатки в формировании высших психических функций, замедленный темп либо неравномерное становление познавательной деятельности, трудности

произвольной саморегуляции. Достаточно часто у обучающихся отмечаются нарушения речевой и мелкой ручной моторики, зрительного восприятия и пространственной ориентировки, умственной работоспособности и эмоциональной сферы.

Уровень психического развития поступающего в школу ребенка с ЗПР зависит не только от характера и степени выраженности первичного (как правило, биологического по своей природе) нарушения, но и от качества предшествующего обучения и воспитания (раннего и дошкольного).

Различие структуры нарушения психического развития у обучающихся с ЗПР определяет необходимость многообразия специальной поддержки в получении образования и самих образовательных маршрутов, соответствующих возможностям и потребностям обучающихся с ЗПР и направленных на преодоление существующих ограничений в получении образования, вызванных тяжестью нарушения психического развития и способностью или неспособностью обучающегося к освоению образования, сопоставимого по срокам с образованием здоровых сверстников.

Дифференциация образовательных программ начального общего образования обучающихся с ЗПР должна соотноситься с дифференциацией этой категории обучающихся в соответствии с характером и структурой нарушения психического развития.

Общие ориентиры для рекомендации обучения по АООП НОО (вариант 7.1) могут быть представлены следующим образом.

АООП НОО (вариант 7.1) адресована обучающимся с ЗПР, достигшим к моменту поступления в школу уровня психофизического развития близкого возрастной норме, но отмечаются трудности произвольной саморегуляции, проявляющейся в условиях деятельности и организованного поведения, и признаки общей социально-эмоциональной незрелости. Кроме того, у данной категории обучающихся могут отмечаться признаки легкой органической недостаточности центральной нервной системы (ЦНС), выражающиеся в повышенной психической истощаемости с сопутствующим снижением умственной работоспособности и устойчивости к интеллектуальным и эмоциональным нагрузкам. Помимо перечисленных характеристик, у обучающихся могут отмечаться типичные, в разной степени выраженные, дисфункции в сферах пространственных представлений, зрительно-моторной координации, фонетико-фонематического развития, нейродинамики и др. Но при этом наблюдается устойчивость форм адаптивного поведения.

АООП НОО (вариант 7.2) адресована обучающимся с ЗПР, которые характеризуются уровнем развития несколько ниже возрастной нормы, отставание может

проявляться в целом или локально в отдельных функциях (замедленный темп либо неравномерное становление познавательной деятельности). Отмечаются нарушения внимания, памяти, восприятия и др. познавательных процессов, умственной работоспособности и целенаправленности деятельности, в той или иной степени затрудняющие усвоение школьных норм и школьную адаптацию в целом. Произвольность, самоконтроль, саморегуляция в поведении и деятельности, как правило, сформированы недостаточно. Обучаемость удовлетворительная, но часто избирательная и неустойчивая, зависящая от уровня сложности и субъективной привлекательности вида деятельности, а также от актуального эмоционального состояния. Возможна неадаптивность поведения, связанная как с недостаточным пониманием социальных норм, так и с нарушением эмоциональной регуляции, гиперактивностью.

В соответствии с требованиями ФГОС НОО обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) на основании рекомендаций ПМПК образовательная организация может создавать два варианта АООП образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) — варианты 1 и 2. На основе Стандарта создается АООП, которая при необходимости индивидуализируется (специальная индивидуальная программа развития; далее — СИПР), к которой может быть создано несколько учебных планов, в том числе индивидуальные учебные планы, учитывающие образовательные потребности групп или отдельных обучающихся с умственной отсталостью. АООП для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), имеющих инвалидность, дополняется индивидуальной программой реабилитации и абилитации инвалида в части создания специальных условий получения образования.

Умственная отсталость — это стойкое, выраженное недоразвитие познавательной деятельности вследствие диффузного (разлитого) органического поражения центральной нервной системы (ЦНС). Понятие «умственной отсталости» по степени интеллектуальной неполноценности применимо к разнообразной группе детей. Степень выраженности интеллектуальной неполноценности коррелирует (соотносится) со сроками, в которые возникло поражение ЦНС — чем оно произошло раньше, тем тяжелее последствия. Также степень выраженности интеллектуальных нарушений определяется интенсивностью воздействия вредных факторов. Нередко умственная отсталость отягощена психическими заболеваниями различной этиологии, что требует не только их медикаментозного лечения, но и организации медицинского сопровождения таких обучающихся в образовательных организациях.

В международной классификации болезней (МКБ-10) выделено четыре степени умственной отсталости: легкая (IQ — 69-50), умеренная (IQ — 50-35), тяжелая (IQ — 34-20), глубокая (IQ<20).

АООП НОО (вариант 1) адресован ребенку с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Развитие такого ребенка хотя и происходит на дефектной основе и характеризуется замедленностью, наличием отклонений от нормального развития, тем не менее, представляет собой поступательный процесс, приводящий к качественным изменениям в познавательную деятельность детей и их личностную сферу, что дает основания для благополучного прогноза обучения.

Для обучающихся, получающих образование по варианту 2 адаптированной основной общеобразовательной программы, 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 отличаются выраженным недоразвитием мыслительной деятельности, препятствующим освоению предметных учебных знаний. Дети одного возраста характеризуются разной степенью выраженности интеллектуального снижения и психофизического развития, уровень сформированности той или иной психической функции, практического навыка может быть существенно различен. Наряду с нарушением базовых психических функций, памяти и мышления отмечается своеобразное нарушение всех структурных компонентов речи: фонетико-фонематического, лексического и грамматического. У детей с умеренной и тяжелой степенью умственной отсталости затруднено или невозможно формирование устной и письменной речи. Для них характерно ограниченное восприятие обращенной к ним речи и ее ситуативное понимание. Из-за плохого понимания обращенной к ним речи с трудом формируется соотнесение слова и предмета, слова и действия. По уровню сформированности речи выделяются дети с отсутствием речи, со звукокомплексами, с высказыванием на уровне отдельных слов, с наличием фраз. При этом речь невнятная, косноязычная, малораспространенная, с аграмматизмами. Ввиду этого при обучении большей части данной категории детей используют разнообразные средства невербальной коммуникации. Внимание обучающихся с умеренной и тяжелой умственной отсталостью крайне неустойчивое, отличается низким уровнем продуктивности из-за быстрой

истощаемости, отвлекаемости. Слабость активного внимания препятствует решению сложных задач познавательного содержания, формированию устойчивых учебных действий. Процесс запоминания является механическим, зрительно-моторная координация грубо нарушена. Детям трудно понять ситуацию, вычленив в ней главное и установить причинно-следственные связи, перенести знакомое сформированное действие в новые условия. Запас знаний и представлений о внешнем мире мал и часто ограничен лишь знанием предметов окружающего быта.

Дети с глубокой умственной отсталостью часто не владеют речью, 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 представляют 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.

В связи с выраженными нарушениями и (или) искажениями процессов познавательной деятельности, прежде всего: восприятия, мышления, внимания, памяти и др. у обучающихся с глубокой умственной отсталостью, ТМНР 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.

На основе Стандарта создается АООП, которая индивидуализируется по возможностям ребенка. Основным содержанием специальной индивидуальной программы развития является формирование жизненных компетенций доступных ребенку.