



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова»

**Е. Г. Чигинцева**  
**Л.И. Савва**  
**Л.А. Яковлева**

## **ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ**

*Утверждено Редакционно-издательским советом университета  
в качестве учебного пособия*



Магнитогорск  
2017

УДК 378.147(075)  
ББК 74.3

**Рецензенты:**

кандидат педагогических наук,  
директор,  
МУ ДО «Правобережный центр  
дополнительного образования детей» г. Магнитогорск  
**В.В. Засова**

кандидат педагогических наук,  
доцент кафедры педагогики,  
ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный  
технический университет им Г.И. Носова»  
**Т.Г. Черетина**

**Чигинцева Е.Г., Савва Л.И., Яковлева Л.А.**

**Психолого-медико-педагогические консультации** [Электронный ресурс] : учебное пособие / Елена Геннадьевна Чигинцева, Любовь Ивановна Савва, Лариса Анатольевна Яковлева ; ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный технический университет им. Г.И. Носова». – Электрон. текстовые дан. (1,01 Мб). – Магнитогорск : ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова», 2017. – 1 электрон. опт. диск (CD-R). – Систем. требования : IBM PC, любой, более 1 GHz ; 512 Мб RAM ; 10 Мб HDD ; MS Windows XP и выше ; Adobe Reader 8.0 и выше ; CD/DVD-ROM дисковод ; мышь. – Загл. с титул. экрана.

Учебное пособие составлено в соответствии с типовой программой дисциплины «Организация содержания работы психолого-медико-педагогической консультации». Предназначено для обучающихся по направлению «Специальное (дефектологическое) образование» 44.03.03 профиль «Дошкольная дефектология», и в системе повышения квалификации работников образования для логопедов, дефектологов, педагогов общеобразовательных и специальных (коррекционных) образовательных учреждений, для воспитателей, родителей и других специалистов.

УДК 378.147(075)  
ББК 74.3

© Чигинцева Е.Г., Савва Л.И., Яковлева Л.А., 2017  
© ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный  
технический университет им. Г.И. Носова», 2017

## Содержание

ВВЕДЕНИЕ .....	5
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГО - МЕДИКО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО- КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО РАЗВИТИЮ РЕБЕНКА.....	6
1.1. История становления организации и методов отбора в дошкольные и школьные коррекционно-образовательные учреждения .....	6
1.1.1. Отечественный опыт комплектования коррекционных образовательных учреждений .....	6
1.1.2. Зарубежный опыт комплектования коррекционных образовательных учреждений ...	7
1.1.3. Принципы комплектования специальных учреждений.....	10
1.2. Нормативно-правовые основы комплектования коррекционных образовательных учреждений .....	11
1.2.1. Законодательство РФ в сфере образования лиц с ограниченными возможностями здоровья.....	11
1.2.2. Финансово-экономическая деятельность коррекционных образовательных учреждений .....	13
1.2.3. Государственные стандарты в области коррекционного образования.....	14
Тест 1.....	15
ГЛАВА 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ РЕБЕНКА В ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЯХ .....	17
2.1. Обследование детей в комиссиях по отбору в дошкольные и школьные коррекционно- образовательные учреждения.....	17
2.1.1. Процедура обследования ребенка в психолого-медико-педагогических комиссиях .	17
2.1.2. Клиническое обследование ребенка.....	18
2.1.3. Психологическое обследование ребенка .....	21
2.1.4. Педагогическое обследование ребенка .....	24
2.1.5. Логопедическое обследование ребенка .....	26
2.1.6. Сурдопедагогическое обследование ребенка .....	27
2.1.7. Тифлопедагогическое обследование ребенка.....	28
2.1.8. Социально-педагогическое обследование ребенка.....	29
2.1.9. Заключение по результатам обследования .....	30
2.1.10.Современные компьютерные технологии диагностики ребенка .....	30
2.2. Психологическое консультирование родителей.....	32
2.2.1. Концепция психологического изучения семьи и модели воспитания родителей .....	32
2.2.2. Принципы изучения семьи ребенка с отклонениями в развитии .....	33
2.2.3. Консультирование семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии .....	35
2.2.4. Модели помощи современной семье.....	38
Практическая работа .....	38
Тест 2.....	39
ГЛАВА 3. ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО- МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ .....	41
3.1. Планирование деятельности психолого-медико-педагогической комиссии.....	41
3.2. Процедура приема ребенка на психолого-медико-педагогической комиссию .....	46

Тест 3.....	63
ГЛАВА 4. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ И ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА.....	65
4.1. Организация деятельности психолого-медико-педагогической комиссии .....	65
4.2. Организация деятельности психолого-медико-педагогического консилиума.....	78
Практическая работа .....	84
Тест 4.....	84
КОНТРОЛЬНЫЕ РАБОТЫ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ ....	86
ГЛОССАРИЙ .....	87
ХРЕСТОМАТИЯ.....	92
ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ .....	100
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК .....	102

## ВВЕДЕНИЕ

Учебное пособие содержит основные сведения о содержании и организации работы психолого-медико-педагогической консультации. Содержание учебного пособия соответствует рабочей программе дисциплины «Организация содержания работы психолого-медико-педагогической консультации» и требованиям квалификационной характеристики выпускника согласно ФГОС + 3 ВО.

Целями освоения дисциплины «Организация содержания работы психолого-медико-педагогической консультации» являются: совершенствование профессионального уровня будущих педагогов-дефектологов, осознание значимости и необходимости своевременного обследования ребенка с ОВЗ, организации педагогического просвещения родителей с учетом отклонений ребенка.

Дисциплина «Организация содержания работы психолого-медико-педагогической консультации» входит в вариативную часть профессионального цикла образовательной программы и изучается на 4 курсе.

Необходимым условием обучения по данной дисциплине является успешное освоение таких дисциплин, как: «Психология (общая)», «Психология (возрастная педагогическая)», «Специальная психология», модульный блок «Медико-биологические основы дефектологии», «Введение в специальность», «Общеметодические аспекты обучения в специальных образовательных учреждениях», «Обучение и воспитание умственно отсталых детей».

Данная дисциплина является базой для изучения следующих дисциплин: «Логопедия», «Коррекционно-развивающая работа с детьми в учреждениях компенсирующего вида» «Система ранней комплексной помощи детям с отклонениями в развитии», «Основы социальной реабилитации лиц с ограниченными возможностями», «Специфика коррекционно-педагогической работы при сложной структуре нарушениями развития», «Олигофренопедагогика» и др.

В результате изучения данной дисциплины обучающийся должен обладать следующими компетенциями: ОПК-4 - готовностью к осуществлению психолого-педагогического сопровождения образовательного процесса, социализации и профессионального самоопределения обучающихся, в том числе лиц с ограниченными возможностями здоровья; ПК-5 - способностью к проведению психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья, анализу результатов комплексного медико-психолого-педагогического обследования лиц с ограниченными возможностями здоровья; ПСК-3 - готовность к использованию знаний в области нейрофизиологии и высшей нервной деятельности в профессиональной деятельности дефектолога; ПК-11 способностью к взаимодействию с общественными и социальными организациями, учреждениями образования, здравоохранения, культуры, с целью формирования и укрепления толерантного сознания и поведения по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья; ПК-7 - готовностью к психолого-педагогическому сопровождению семей лиц с ограниченными возможностями здоровья и взаимодействию с ближайшим заинтересованным окружением; ПК-9 - способностью использовать методы психолого-педагогического исследования, основы математической обработки информации, формулировать выводы, представлять результаты исследования.

Дисциплина «Организация содержания работы психолого-медико-педагогической консультации» рассчитана на 52 аудиторных часов, в том числе 26 – лекций, 26 – практических занятий и 20 часов самостоятельной работы.

Структурно учебное пособие состоит из введения, теоретического (лекционного) материала, практических занятий, глоссария, заданий и рекомендаций для студентов по организации самостоятельной работы, списка использованной литературы.

Теоретический материал включает четыре раздела: Основы психолого-педагогической диагностики детей, методические рекомендации по обследованию ребенка в ПМПК, документальное оформление деятельности ПМПК, нормативно-правовое обеспечение деятельности ПМПК.

Учебное пособие «Организация работы психолого-медико-педагогических консультаций» разработано авторами для студентов, обучающихся по направлению «Специальное (дефектологическое) образование» 44.03.03 профиль «Дошкольная дефектология», а также для логопедов, дефектологов, педагогов общеобразовательных и специальных (коррекционных) образовательных учреждений, воспитателей, родителей и других специалистов.

## **ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОЛОГО - МЕДИКО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО-КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ПО РАЗВИТИЮ РЕБЕНКА**

### **1.1. История становления организации и методов отбора в дошкольные и школьные коррекционно-образовательные учреждения**

#### ***1.1.1. Отечественный опыт комплектования коррекционных образовательных учреждений***

В России необходимость в разработке методов выявления умственной отсталости у детей возникла в начале XX в., в связи с открытием первых вспомогательных школ и вспомогательных классов (1908—1910). Группа педагогов и врачей-энтузиастов (Е. В. Герье, В. П. Кащенко, М. П. Постовская, Н. П. Постовский, Г. И. Россолимо, О. Б. Фельцман, Н. В. Чехов и др.) проводила массовое обследование неуспевающих учащихся московских школ, для того чтобы выявить детей, неуспеваемость которых была обусловлена интеллектуальной недостаточностью.

Вопросы методов обследования детей были предметом обсуждения на Первом Всероссийском съезде по экспериментальной педагогике (26—31 декабря 1910 г., Петербург) и на IV секции Первого Всероссийского съезда по вопросам народного образования (13 декабря 1913 г. — 3 января 1914 г., Петербург).

Представляет интерес метод изучения детей, созданный крупнейшим русским невропатологом Г. И. Россолимо (1860—1928). Г.И. Россолимо сделал попытку создать такую систему испытаний, с помощью которой можно было бы исследовать как можно больше отдельных психических процессов.

Очень важны материалы сравнительных психологических и клинических исследований нормальных и ненормальных детей Г. Я. Трошина (1874—1938). Полученные им данные не только обогатили специальную психологию детей с различными дефектами развития, но и помогли в решении вопросов дифференциальной психодиагностики. Также Г. Я. Трошин подчеркивал ценность наблюдений за поведением детей в естественных условиях.

Первым, кто создал специальную методику проведения целенаправленных наблюдений, был А. Ф. Лазурский (1874—1917) — автор ряда трудов по изучению человеческой личности. Большой заслугой А. Ф. Лазурского являлось то, что он изучал ребенка в деятельности, в естественных условиях путем объективного наблюдения, разработал так называемый естественный эксперимент, включающий в себя элементы целенаправленного наблюдения и специальные задания.

Особая роль в разработке научных основ дифференциальной диагностики детей с отклонениями в развитии принадлежит Л. С. Выготскому (1896—1934). Л. С. Выготский рассматривал личность ребенка в развитии, в неразрывной связи с тем воздействием, которое оказывают на него воспитание, обучение и среда.

В сложной социально-экономической обстановке в стране в 20—30-е годы XX века передовые педагоги, психологи, врачи много внимания уделяли проблемам изучения детей. В Детском обследовательском институте (Петроград) под руководством А. С. Грибоедова

(1875—?), в Медико-педагогической опытной станции (Москва), руководимой В. П. Кащенко (1870—1943), в ряде обследовательских кабинетов и научно-практических учреждений в числе различных исследований в области дефектологии большое место занимала разработка диагностических методик. Именно в этот период отмечалась активная деятельность педологов. Своей первоочередной задачей они считали помощь школе в изучении детей.

Внимание ученых и практических работников к проблемам комплектования специальных учреждений для умственно отсталых усилилось в 50 — 70-е годы XX века. В этот период велись интенсивные исследования в области патопсихологии под руководством Б. В. Зейгарник (1900—1988), разрабатывались нейропсихологические методы исследования детей под руководством А. Р. Лурия (1902—1977). Исследования, этих ученых значительно обогатили теорию и практику экспериментально-психологического изучения умственно отсталых детей.

Большая заслуга в разработке принципов, методов и путей отбора умственно отсталых детей во вспомогательные школы принадлежит Г. М. Дульневу (1909—1972) и Ж. И. Шиф (1904—1978). Под их руководством был обобщен накопленный к этому времени опыт отбора умственно отсталых детей во вспомогательные школы и велись экспериментальные исследования новых организационных путей, дополняющих работу медико-педагогических комиссий.

В 80 — 90-е годы XX века все более активными становятся усилия специалистов в деле разработки и совершенствования организационных форм и методов изучения детей с отклонениями в развитии, которые нуждаются в специальном обучении и воспитании. Осуществляется ранняя дифференциальная диагностика. По инициативе органов образования проводятся конференции, семинары по проблемам комплектования специальных учреждений для аномальных детей. Повышается качество подготовки и переподготовки кадров, которые непосредственно осуществляют эту работу. Исследования в этой области продолжаются и в настоящее время.

### ***1.1.2. Зарубежный опыт комплектования коррекционных образовательных учреждений***

Одной из важнейших проблем олигофренопедагогики является комплектование специальных школ VIII вида для детей с нарушениями интеллекта. От правильного решения ее зависит не только качество учебно-воспитательного процесса, но и дальнейшая судьба ребенка.

В зависимости от того, как различными исследователями понималась сущность умственной отсталости, находились и методы, которыми они пользовались для ее выявления. Первыми начали заниматься вопросами психофизического недоразвития детей врачи-психиатры. Их усилия были направлены на отграничение умственной отсталости от душевных заболеваний, причем они имели дело с наиболее глубокими и тяжелыми формами недоразвития. В работах французских врачей Ж. Э. Д. Эскироля (1772—1840), Э. Сегена (1812—1880), которым принадлежит заслуга первых исследований умственно отсталых, даются некоторые дифференциально-диагностические критерии. Ж.- Э. Д. Эскироль считал показателем интеллектуального развития состояние речи. Э. Сеген придавал большое значение состоянию сенсорных и волевых процессов. Вплоть до середины XIX в. установление умственной отсталости оставалось преимущественно медицинской проблемой.

С введением в некоторых странах всеобщего начального обучения появляется практическая потребность в выявлении детей, неспособных к обучению в обычных школах. В связи с этим в 60-х годах XIX в. открываются первые вспомогательные классы, а также специальные школы для умственно отсталых детей. В связи с этим возникла необходимость упорядочения системы отбора детей во вспомогательные школы. Установление умственной отсталости превращается в психолого-педагогическую проблему.

На помощь врачам и педагогам пришли психологи, которые в своем арсенале методик имели и появившиеся в эти годы (конец XIX — начало XX в.) экспериментальные методы.

Одним из первых, кто начал тестирование, был английский биолог Ф. Гальтон (1822—1911). Он считал главным показателем умственных способностей состояние сенсорных функций человека: остроту зрения и слуха, скорость психических реакций и т. п.

Идея исследования физических и умственных способностей методом тестов нашла свое решение в трудах американского психолога Дж. М. Кеттэла (1860—1944). С его именем связано появление в психологической литературе термина «интеллектуальный тест». Дж. М. Кеттэл создал серию тестовых испытаний, направленных на определение состояния простых функций, скорости протекания психических реакций, для установления индивидуальных различий.

Измерение более сложных психических процессов (восприятие, память и др.) легло в основу серии тестовых испытаний, созданных немецким психологом Э. Крепелином (1856—1926), который проводил изучение психически больных. Характеризуя период до начала XX в., ученые отмечают, что «он является подготовительным и одновременно переходным этапом на пути создания собственно психологического тестирования».

Последующая разработка тестов связана с деятельностью французского психолога А. Бине (1857 - 1911), который еще в 1897 г. высказал мысль о разработке «метрической скалы рассудка» — такой системы изучения ребенка, при которой за основу берется измерение его «умственного возраста». В 1904 г. А. Бине был приглашен в комиссию, созданную Министерством народного просвещения Франции для разработки мероприятий, обеспечивающих надлежащее образование умственно отсталым детям. Встала задача определения принципов отбора этих детей в специальные школы. А. Бине совместно с Т. Симоном впервые приводят тесты в определенную систему, которую назвали «Метрической скалой умственных способностей». Первый вариант их «Метрической скалы» был издан в 1905 г., в 1908 г. выходит второй, переработанный вариант «Метрической скалы», третий вариант появился в 1911 г. Недостатком «Метрической скалы» было и то, что 80% тестов носили словесный характер.

В этот же период профессор психологии Римского университета С. де Санктис (1862—1954), исследовавший умственно отсталых детей, предложил свою серию заданий из 6 опытов для определения степени умственного недоразвития. Опыты были направлены на исследование внимания, волевых усилий, непосредственной памяти на цвета, форму, способности пересчета конкретных предметов, зрительного определения величины, расстояния. С. де Санктис считал, что опыты применимы к детям не моложе 7 лет.

Наибольшей популярностью за рубежом пользовались тесты Бине и Симона.

Около 60 авторов занимались модернизацией шкалы Бине — Симона, приспособляя ее к местным условиям. Изменения в систему Бине внесли О. Декроли и Деган (Бельгия, 1910 г.), Декедр (Швейцария), В. Штерн, Э. Мейман (Германия, 1915, 1917 гг.), Х. Годдард, Л. Термен (США, 1910, 1916 гг.). Вариант шкалы Бине — Симона, подготовленный Л. Терменом в Стен-фордском университете США в 1916 г., по мнению психологов, оказался наиболее «жизнеспособным». Одна из тенденций, которая обнаружилась в процессе модернизации системы, — уменьшение количества словесных тестов и увеличение тестов действия (невербальных).

К началу XX в. относятся и первые попытки длительного изучения детей. Так, в Бельгии по предложению О. Декроли (1871 —1932) при вспомогательных школах стали создавать особые «наблюдательные» классы. Эти классы организовывались с целью уточнения диагноза отдельных учащихся, а также выработки некоторых основных рекомендаций к последующей работе с ними. «Наблюдательные» классы являлись одним из элементов в структуре вспомогательной школы. Однако в дальнейшем они не получили широкого распространения.

Во второй половине XX века наметились новые тенденции как в понимании сущности умственной отсталости, так и в использовании методов ее выявления. Это было связано с успехами наук, занимающихся проблемами умственно отсталых детей. Клинические исследования этиологии и анатомо-физиологических механизмов умственной отсталости, новейшие технические средства диагностирования, утверждение принципов детерминизма в медицине и психологии способствовали выработке наиболее рациональных путей и методов отбора умственно отсталых детей в специальные учреждения. Утвердился личностный подход при обследовании детей с отклонениями в развитии.

В США отбор умственно отсталых детей проводится приемными комиссиями, в состав которых входят врачи, школьные психологи, учителя-дефектологи, школьные медицинские сестры, специалисты по слуху и речи, представители школьной администрации.

В Англии все дети, начиная с 5-летнего возраста, направляются в обычные школы. Если в течение 1,5—2 лет они не усваивают программу, то с подробной характеристикой учителя направляются к психоневрологу, а также исследуются психологом. Показателем неуспеваемости считают то, что ребенок не научился считать к 7 годам. Психологи исследуют ребенка с помощью тестов.

Если у детей в 6 лет обнаруживаются явные черты умственной отсталости, то они сразу направляются в специальные школы. Таким образом, обучение умственно отсталых начинается с 6—7 лет.

Во Франции отбор умственно отсталых детей в специальные школы осуществляется медико-педагогическими комиссиями, всю работу которых организует старший школьный инспектор. В состав комиссии входят также директор специальной школы, воспитатель, врач, психолог.

В Норвегии вопрос о переводе ребенка во вспомогательную школу решается после длительного и тщательного исследования, в котором принимают участие врачи, педагоги, психологи. В тех случаях, когда обучение ребенка в массовой школе оказывается безуспешным и возникают сомнения в умственных способностях, его помещают на 3—4 недели в диагностическую группу при вспомогательной школе. За ребенком ведут специальные наблюдения.

В Дании имеются специальные, дошкольные ясли и детские сады, которые являются диагностическими учреждениями. Но так как в них практически находятся дети с явной умственной отсталостью, то в дальнейшем решается вопрос лишь о возможности обучения их во вспомогательных школах или о направлении в дома для глубоко отсталых. Окончательное решение о направлении во вспомогательную школу выносит специальный комитет, куда входят врач, педагог и социальный работник.

В Швеции при отборе во вспомогательные школы пользуются тестами. И на консультацию для перевода во вспомогательную школу направляются те дети, которые безуспешно обучаются в обычной школе.

В Дании и Швеции при массовых школах создаются специальные классы для детей «замедленно обучающихся», с пограничными состояниями (между дебильностью и нормой). В этих классах за детьми ведут специальные наблюдения.

В Голландии дети-дебилы диагностируются обычно на первых годах обучения в массовых школах. После этого ребенка направляют на комиссию, которая проводит обследование и решает вопрос о типе школы. В состав комиссии входят директор специальной школы, врач-психиатр, психолог и социальный работник. Дети-имбецилы диагностируются значительно раньше — в дошкольном возрасте и направляются в специальные детские сады.

В Бельгии специальное обучение и воспитание детей продолжается с 2,5—3 лет до 21 года:

—с 2,5—3 лет до 6 лет дошкольное образование,

–с 6—8 лет до 13 лет обучение в начальной школе,

–с 13 лет до 18—21 года — в средней школе.

Выявление детей с отклонениями в развитии проводится региональными психолого-медико-социальными центрами.

В Болгарии во вспомогательные школы принимают детей с 7 лет. На первом этапе выявление умственно отсталых проводится учителями массовых школ совместно с врачами. Учитываются данные наблюдений за ребенком в школе, в семье. После этого дети направляются в медико-педагогические комиссии, которые работают при психоневрологических диспансерах. В состав комиссии входят директор школы, врач-психоневролог, учитель-олигофренопедагог, логопед и учитель массовой школы. Проводится всестороннее обследование детей. Если обследование оказывается недостаточным, ребенка исследуют повторно, направляя в летние диагностические лагеря сроком на 20 дней. Медико-педагогическая комиссия обязательно дает рекомендации о путях и приемах дифференцированного подхода к ребенку с учетом его состояния.

В Румынии начинают обучение умственно отсталых с 7 лет. Существуют детские сады для умственно отсталых, вспомогательные школы, профессиональные школы. Есть дома для имбецилов и госпитали для идиотов.

Система отбора предусматривает всестороннее комплексное изучение детей. Детей обследуют в специальных отборочных комиссиях при нервно-психиатрических отделениях клиник. В составе комиссии — врачи, олигофренопедагог, логопед, учителя массовых школ или воспитатели детских садов. В отборочные комиссии направляются дети, которые не усваивают программу массовой школы, а также глубоко умственно отсталые дети, у которых умственная отсталость выявляется уже в дошкольном возрасте. Этим детей направляют органы социального обеспечения.

В Венгрии дети обследуются в отборочных комиссиях, созданных во всех областях. В состав комиссии входят педагог-дефектолог, два учителя из массовой школы, врач. Наряду с диагностикой оказывается и консультативная помощь родителям по организации занятий с детьми.

В Польше отбором детей ведают специальные медико-психосоциальные центры. Обследование проводят врачи, педагоги, психологи. При отборочных центрах существуют школы для более углубленного изучения детей. Центры проводят диагностическую работу, консультируют родителей по воспитанию детей, имеющих отклонения в развитии.

### ***1.1.3. Принципы комплектования специальных учреждений***

Принципы, которыми дефектологи руководствуются в настоящее время, были заложены еще в 1926 году, в опубликованном 26 октября 1926 г. официальном документе «Об отборе детей во вспомогательные детские учреждения».

Основными общими принципами комплектования специальных образовательных учреждений являются:

– принцип гуманности, который заключается в том, чтобы вовремя создать каждому ребенку необходимые условия, при которых он сможет максимально развить свои способности;

– принцип комплексного изучения детей, который обязывает учитывать при совместном обсуждении данные, полученные всеми специалистами;

– принцип всестороннего и целостного изучения детей, который предусматривает исследование познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы поведения;

– принцип динамического изучения детей, согласно которому при обследовании детей важно учитывать не только то, что дети знают и могут выполнить в момент обследования, но и их возможности в обучении;

– принцип качественно-количественного подхода при оценке выполненного ребенком задания, т.е. учитывать не только конечный результат, но и способ, рациональность выбранных решений, логическую последовательность операций, настойчивость в достижении цели.

Одной из важнейших задач психолого-педагогической диагностики является *отграничение умственной отсталости от сходных с ней состояний*. Большая заслуга в деле разработки этих вопросов принадлежит дефектологам Т. А. Власовой, Г. М. Дульневу, А. Р. Лурия, М. Г. Певзнер, Ж. И. Шиф и др.

Как правило, поводом к тому, чтобы ставить под сомнение полноценность интеллекта ребенка школьного возраста, служит его неуспеваемость, обнаруживающаяся в процессе обучения. отождествление неуспеваемости с умственной отсталостью является грубой и опасной теоретической и практической ошибкой.

В работах педагогов и психологов З. И. Калмыковой, Н. А. Менчинской, А. М. Гельмонт, Л. С. Славиной и др., посвященных изучению причин неуспеваемости, указывается, что в большинстве случаев неуспеваемость не обусловлена нарушениями познавательной деятельности, а вызывается иными причинами.

## **1.2. Нормативно-правовые основы комплектования коррекционных образовательных учреждений**

### **1.2.1. Законодательство РФ в сфере образования лиц с ограниченными возможностями здоровья**

В 1975 г. Генеральная Ассамблея ООН провозгласила Декларацию о правах инвалидов - документ, в котором уточнены и расширены права аномальных лиц. В 1978 г. состоялся VII Всемирный конгресс Международной лиги обществ содействия умственно отсталым, который был посвящен вопросам соблюдения Декларации прав умственно отсталых (1971 г.) и Декларации о правах инвалидов (1975 г.). 1979 год ООН провозгласил Международным годом ребенка. В 1983 г. была провозглашена Конвенция о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов, а 1981 год был объявлен Годом инвалидов. В 1989 г. была принята Конвенция о правах ребенка, которая углубляет положения Декларации прав ребенка, возлагая на принявшие ее государства, прежде всего, правовую ответственность за их действия в отношении детей. В 1990 г. ООН были приняты Всемирная декларация об обеспечении выживания, защиты и развития детей и План действий по ее осуществлению.

За годы Советской власти в нашей стране было принято немало декретов, постановлений, законодательных актов, направленных на улучшение положения детей, охрану материнства и детства. Например, План мероприятий Министерства просвещения по улучшению условий обучения и воспитания детей с дефектами умственного и физического развития (1970 г.). В том же году был специально рассмотрен вопрос о предупреждении инвалидности среди детей и подростков. В 1975 г. было принято Постановление Совета Министров СССР «О мерах по дальнейшему улучшению обучения, трудового устройства и обслуживания лиц с дефектами умственного и физического развития», направленное на развитие и упорядочение сети учреждений для аномальных детей.

В 80-х годах Правительство РСФСР приняло ряд постановлений: «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей-инвалидов» (1981 г.); «О состоянии и мерах дальнейшего развития сети специальных школ, школ-интернатов, дошкольных учреждений и полном охвате обучением и воспитанием аномальных детей» (1983 г.); «О мерах по коренному улучшению воспитания, обучения и материального обеспечения детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (1987 г.); «О неотложных мерах по улучшению положения женщин, охране материнства и детства, укреплению семьи» (1989 г.).

В 1990-1995 гг. научно-методическим Советом при Госкомитете по образованию была принята комплексная программа - «Социально-психологическая поддержка, обучение и воспитание детей с недостатками умственного и физического развития», постановление «О мерах по улучшению работы специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков, имеющих недостатки в физическом и умственном развитии».

В Конвенции ООН о правах ребенка, которая вступила в силу в нашей стране в 1990 г., подчеркнуто, что семье как основной ячейке общества и естественной среде для роста и благополучия всех ее членов и особенно детей должна быть предоставлена необходимая защита и содействие.

В принятом в 1990 г. Законе «Об основных началах социальной защищенности инвалидов в СССР» содержатся ведущие принципы государственной политики и в отношении детей-инвалидов, указывается на необходимость создания условий для их социальной адаптации. В целях реализации этого Закона Совет министров СССР принял в 1990 г. Постановление «О мерах по улучшению работы специальных учебно-воспитательных учреждений для детей и подростков, имеющих недостатки в физическом и умственном развитии». Постановлением было предусмотрено осуществлять меры по выявлению и статистическому учету детей на ранних стадиях заболеваний и детей с отклонениями развития, оказанию своевременной лечебной консультативной помощи.

Декларация прав и свобод человека и гражданина была провозглашена в 1991 г. В преамбуле отмечается, что права и свободы человека, его честь и достоинство являются высшей ценностью общества и государства. Кроме того, отмечается необходимость приведения законодательства РСФСР в соответствие с общепризнанными международным сообществом стандартами прав и свобод человека.

Общепризнанные международные нормы, относящиеся к правам человека, имеют преимущество перед законами РСФСР и непосредственно порождают права и обязанности граждан РСФСР (ст. 1). Равенство прав и свобод гарантируется государством независимо от каких-либо обстоятельств (ст. 3). Осуществление человеком своих прав и свобод не должно нарушать права и свободы других лиц (ст. 4).

Каждый имеет право на образование. Общедоступность и бесплатность образования гарантируется в пределах государственного образовательного стандарта. Основное образование является обязательным (ст. 27).

Государство обеспечивает защиту материнства и младенчества, прав детей, инвалидов, умственно отсталых лиц и некоторых других категорий граждан (ст. 28).

Таким образом, в Декларации прав и свобод человека и гражданина Российской Федерации прослеживается тщательно разработанная система прав и свобод, а также система юридических механизмов и защиты, отражающие общепринятые международные нормы прав человека. Кроме того, важным является установление парламентского контроля за соблюдением прав и свобод человека и гражданина в Российской Федерации и введение института Парламентского уполномоченного по правам человека, который доказал свою эффективность во многих государствах.

В 1992 г. вышел Указ Президента РФ о первоочередных мерах по реализации Всемирной декларации об обеспечении выживания, защиты и развития детей в 90-е годы, в котором сказано, что исходя из исключительной значимости государственных мер по созданию условий для улучшения положения детей и в соответствии с принятыми РФ обязательствами по выполнению данной декларации необходимо признать проблему выживания, защиты и развития детей приоритетной; Указ Президента «О научном и информационном обеспечении проблем инвалидности и инвалидов» (1992 г.).

В 1992 г. вышел Закон Российской Федерации об образовании. Согласно этому закону, под образованием понимается целенаправленный процесс обучения и воспитания в интересах личности, общества, государства, сопровождающийся констатацией достижения

гражданином (обучающимся) определенных государством образовательных уровней (образовательных цензов). Закон гарантирует:

- в ст. 5 государственные гарантии прав граждан РФ в области образования;
  - в ст. 16 общие требования к приему граждан в образовательные учреждения;
  - в ст. 17 реализацию общеобразовательных программ;
  - в ст. 20 реализацию профессиональных образовательных программ;
  - в ст. 50 права и социальную защиту обучающихся, воспитанников.
- ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» принят в 1995 г.

Закон гарантирует:

- в ст. 18 воспитание и обучение детей-инвалидов;
- в ст. 19 образование инвалидов.

### ***1.2.2. Финансово-экономическая деятельность коррекционных образовательных учреждений***

Финансирование - обеспечение необходимыми финансовыми ресурсами затрат на осуществление определённой деятельности. Как известно, из Конституции РФ и конкретизирующего конституционные гарантии образовательного законодательства: все бесплатно должны обеспечиваться дошкольным воспитанием, общим средним образованием и начальным профессиональным образованием. Это исходная позиция, на которой должна базироваться система финансирования образования. Государство должно обеспечивать исполнение конституционных гарантий, оплачивая их государственных средств:

- Труд учителей и преподавателей;
- Обслуживание, ремонт, обеспечение теплом и энергией учебное помещение;
- Строительство зданий;
- Приобретение для учебного процесса пособий, приборов, оборудования и т.п.

В настоящее время преобладает недостаток необходимых объёмов бюджетного финансирования образования.

Всё вышесказанное касается и финансового обеспечения коррекционных образовательных учреждений.

В 90-е г.г. в России происходит возврат к благотворительности, социальной поддержке населения. Специальное образование получает материальную поддержку от зарубежных благотворительных организаций через совместные проекты с российскими образовательными учреждениями. На протяжении 90-х гг. функционирует Федеральная целевая программа «Дети России», в которой подпрограмма «Дети-инвалиды» предусматривала финансирование первоочередных потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности в социальной и медицинской помощи и специальном образовании. На эти цели государством были выделены сотни миллионов рублей.

Экономические перспективы развития системы специального образования видятся в адресном финансировании каждого отдельного лица, получившего документальное право на специальное образование, с момента установления такого права. Перспективным представляется введение в связи с этим государственного именованного образовательного обязательства. Это именной документ, устанавливающий обязанность органов государственной власти РФ или органов государственной власти по месту жительства осуществлять в соответствии со специальными нормативами финансирование образования лиц с ограниченными возможностями здоровья и жизнедеятельности при обучении их в образовательных учреждениях всех типов и видов независимо от форм освоения образовательных программ. Другими словами, средства на образование ребёнка с

ограниченными возможностями здоровья поступают целевым образом и «следуют» за ребёнком в то образовательное учреждение, которое выбирают их родители или он сам.

Известно, что материальный уровень системы специального образования определяется общим текущим материальным положением страны. Кризисные периоды резко снижают экономическую стабильность в системе специального образования.

Для развития системы специального образования на основе гуманистических принципов современной цивилизации необходимы:

1. гарантированность её государственного финансирования, закреплённая федеральным законодательством;
2. интеграция государственного и общественного (благотворительного) финансирования;
3. признание личных потребностей детей и их родителей;
4. экономическое обеспечение полноценного включения человека с ограниченными возможностями в общество;
5. адресность и вариативность, гибкость финансирования системы специального образования.

### ***1.2.3. Государственные стандарты в области коррекционного образования***

Специальные федеральные государственные образовательные стандарты для детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) рассматриваются как неотъемлемая часть федеральных государственных стандартов общего образования. Такой подход согласуется с Декларацией ООН о правах ребенка и Конституцией РФ, гарантирующей всем детям право на бесплатное среднее образование. Специальный образовательный стандарт должен стать базовым инструментом реализации конституционных прав на образование детей с ОВЗ, системой норм и правил, обязательных для исполнения в любом образовательном учреждении, где обучаются и воспитываются такие дети.

Специфика разработки такого специального федерального государственного стандарта образования определена тем, что дети с ОВЗ могут реализовать свой потенциал лишь при условии вовремя начатого и адекватно организованного обучения и воспитания — удовлетворения как общих, с нормально развивающимися детьми, так и особых образовательных потребностей, заданных характером нарушения их психического развития.

В журнале «Дефектология» № 1, 2009г. в разделе «Федеральная целевая программа развития образования на 2006 – 2010 гг.» напечатан Специальный федеральный государственный стандарт общего образования детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения концепции. Стандарт состоит из введения, Раздела 1 «Обоснование необходимости разработки специальных федеральных государственных образовательных стандартов для детей с ограниченными возможностями здоровья», Раздела 2 «Общие положения концепции специальных федеральных государственных образовательных стандартов для детей с ОВЗ».

Раздел 1. Глава 1.1 «Право детей с ограниченными возможностями здоровья на образование и его реализация на практике» говорит о том, что специальный стандарт образования детей с ОВЗ призван гарантировать реализацию права каждого ребенка на образование, соответствующее его потребностям и возможностям.

Раздел 1. Глава 1.2 «Дети с ограниченными возможностями здоровья – неоднородная по составу группа школьников» говорит о том, что группа школьников с ОВЗ чрезвычайно неоднородна, и для каждой категории и внутри каждой категории детей с ОВЗ требуется дифференциация специального образовательного стандарта.

Раздел 1. Глава 1.3 «Современные тенденции в изменении состава школьников с ОВЗ» говорит о том, что состав группы школьников с ОВЗ в настоящее время меняется, а

инструментом решения возникших на практике проблем должен стать государственный федеральный специальный стандарт общего образования для детей с ОВЗ.

Раздел 1. Глава 1.4 «Дети с ОВЗ – это дети с особыми образовательными потребностями» говорит о том, что неоднородность состава детей и максимальный диапазон различий обуславливает важность разработки дифференцированного стандарта, включающего такой набор вариантов, который даст возможность обеспечить на практике максимальный охват детей с ОВЗ образованием.

Раздел 2. Глава 2.1 «Функции специальных федеральных государственных стандартов образования детей с ограниченными возможностями здоровья» говорит о том, что разрабатываемый для каждой категории детей с ОВЗ специальный федеральный государственный стандарт общего образования должен стать инструментом инновационного развития Российской образовательной системы.

Раздел 2. Глава 2.2 «Предмет стандартизации» говорит о том, что в образовании детей с ОВЗ предметом стандартизации являются:

- конечный уровень школьного образования;
- структура образовательной программы;
- условия получения образования.

Раздел 2. Глава 2.3 «Дифференциация специального стандарта образования детей с ОВЗ – четыре варианта» говорит о том, что гарантированного получения различного по уровню школьного образования детей должны быть разработаны варианты специального образовательного стандарта.

Раздел 2. Глава 2.4 «Требования к структуре основных образовательных программ» говорит о том, что каждая содержательная область образования детей с ОВЗ включает два компонента: «академический» и формирование жизненной компетенции.

Раздел 2. Глава 2.5 «Требования к результатам освоения основной образовательной программы» говорит о том, что самым общим результатом освоения основной образовательной программы детьми с ОВЗ должно стать введение в культуру ребенка, по самым разным причинам выпадающего из ее образовательного пространства.

Раздел 2. Глава 2.6 «Требования к ресурсному обеспечению (условиям) получения образования детьми с ограниченными возможностями здоровья» говорит о том, что система требований к ресурсам (условиям) получения образования детьми с ОВЗ должна быть представлена к каждому из четырех вариантов специального федерального стандарта для каждой категории детей.

### Тест 1

1. В какой стране мира впервые начали учить детей с ОВЗ?
  - 1) Испания
  - 2) Франция
  - 3) Германия
2. Дети с каким нарушением развития стали обучаться первыми?
  - 1) глухие
  - 2) слепые
  - 3) с нарушениями опорно-двигательного аппарата
3. Как называются дети, для обучения которых необходимо создавать особые условия, в Российском законодательстве?
  - 1) дети с ограниченными возможностями здоровья
  - 2) дети с отклонениями в развитии

- 3) дети с особыми образовательными потребностями
4. В какой стране впервые появилось понятие «нормализация» (интеграция)?
- 1) в Норвегии
  - 2) в Италии
  - 3) в США
5. Впервые принципы инклюзивного образования на международном уровне были зафиксированы
- 1) в Саламанкской декларации
  - 2) в Джомтьенской Конвенции
  - 3) в Конвенции о правах инвалидов
6. В какой стране введение ваучерной системы стимулировало продвижение инклюзивного образования в частных школах?
- 1) в Америке
  - 2) в Англии
  - 3) в России
7. В какой стране учитель начальных классов должен быть дефектологом?
- 1) в Белоруссии
  - 2) в Италии
  - 3) в Азербайджане
8. Назовите субъект РФ в котором был принят закон «Об образовании лиц с ограниченными возможностями здоровья»?
- 1) город Москва
  - 2) Самарская область
  - 3) Костромская область
9. Согласно Российскому законодательству «Инклюзивное образование это –
- 1) обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей
  - 2) предоставление ребенку с ОВЗ прав и реальных возможностей участвовать во всех видах и формах социальной жизни, в том числе образовании, наравне и вместе с остальными членами общества в условиях, компенсирующих ему отклонения в развитии.
  - 3) специальные образовательные программы и методы обучения, учебники, учебные пособия, дидактические и наглядные материалы, технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования (включая специальные), средства коммуникации.
10. Задача, которая ставится перед территориальным агентством специального образования
- 1) формирование комплекта необходимых для обучения ребенка ресурсов
  - 2) обеспечение доступности зданий и помещений образовательного учреждения
  - 3) выявление образовательных потребностей ребенка.

## **ГЛАВА 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ РЕБЕНКА В ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЯХ**

### **2.1. Обследование детей в комиссиях по отбору в дошкольные и школьные коррекционно-образовательные учреждения**

#### **2.1.1. Процедура обследования ребенка в психолого-медико-педагогических комиссиях**

Когда в детских садах, школах педагоги и специалисты психолого-медико-педагогических консилиумов затрудняются своими силами решить вопросы, связанные с поведением, неуспеваемостью и иными проблемами детей, таких детей направляют в психолого-медико-педагогические консультации (комиссии) для уточнения психофизического состояния и определения места дальнейшего обучения и воспитания. При этом на ребенка оформляются следующие документы:

- свидетельство о рождении (предъявляется);
- подробная выписка из истории развития с заключениями врачей (педиатра, невропатолога, отоларинголога, офтальмолога, ортопеда);
- педагогическая характеристика, отражающая подробный анализ развития с указанием педагогической помощи и ее эффективности;
- письменные работы, рисунки, раскрывающие динамику развития ребенка;
- заключение психолого-медико-педагогического консилиума.

Необходимо, чтобы в педагогической характеристике не просто перечислялось, чему ребенок не научился, его недостатки, но и указывалось, каков характер затруднения, испытываемых ребенком, как ему помогали их преодолеть. В характеристике следует отметить и те положительные качества ребенка, которые могут быть использованы в дальнейшей работе с ним. В содержание характеристики должны войти формальные данные о ребенке с обязательным указанием срока пребывания его в детском саду, обучения в школе; сведения о семье; сведения об особенностях познавательной деятельности, данные о навыках самообслуживания; указания относительно основных трудностей и причин отставания; сведения об особенностях эмоционально-волевой сферы; материалы, характеризующие особенности личности.

Наличие этих сведений не является формальным требованием. Тщательное оформление материалов, характеризующих ребенка, поможет членам консультации правильно построить обследование, определит главную цель их работы как выявления и установление причин трудностей, которые больше всего мешают развитию ребенка.

В ПМПК при проведении работы по комплектованию ведутся

1. журнал записи на ПМПК и журнал учета детей, прошедших обследование;
2. протоколы, фиксирующие ход обследования;
3. архив с делами детей, выведенных из системы коррекционно-развивающего обучения, и дубликаты заключения ПМПК.

В журнале учета регистрируются следующие сведения:

1. № п\п
2. Дата обследования
3. Фамилия, имя, отчество ребенка
4. Год, число, месяц рождения
5. Место жительства
6. В каких учреждениях и сколько лет воспитывался или обучался
7. Кем направлен в ПМПК
8. Повод направления в ПМПК
9. Краткие сведения о родителях

10. Диагноз и заключение ПМПК
11. Рекомендации ПМПК
12. Примечание

В графе «Примечание» указывается выполнение родителями рекомендаций консультации. Хотя право выбора учреждения для дальнейшего воспитания и обучения ребенка остается за ними, очень важно, чтобы члены ПМПК сделали все возможное, чтобы убедить их поступить так, как этого требуют интересы ребенка. Журнал учета хранится в ПМПК.

Весь ход обследования ребенка в консультации фиксируется в протоколе квалифицированным специалистом (медицинским статистиком) и хранится в личном деле ребенка, которое передается в то учреждение, куда он направляется. Протоколы помогают учителям заранее познакомиться с особенностями личности, качеством знаний, особенностями психофизического развития, которые необходимо учесть с первых дней пребывания ребенка в саду или в школе. Кроме этого, протоколы необходимы для фиксирования динамики развития, особенно в тех случаях, когда ребенок повторно направляется на ПМПК. Сравнивая полученные данные с протоколом предыдущего обследования, можно судить об изменениях, происшедших за истекший период. Протокол помогает членам ПМПК составить подробное заключение о ребенке. Он остается в личном деле.

На основании данных индивидуального обследования ребенка каждым специалистом консультации составляется заключение о характере отклонений. Принимается коллегиальное решение о месте дальнейшего коррекционного воспитания и обучения с учетом его психофизических и индивидуальных особенностей. Даются конкретные рекомендации.

В тех случаях, когда ребенку рекомендовано продолжать обучение в том же учреждении, его дело возвращается в психолого-медико-педагогический консилиум, а дубликат заключения передают в архив ПМПК (хранится не менее 10 лет).

Списки обследованных детей и подростков с рекомендациями ПМПК передаются в соответствующие органы народного образования, соцобеспечения, здравоохранения. Родителям (лицам, их заменяющим) выдается заключение с соответствующими рекомендациями (без указания диагноза).

Направление детей в специальное учреждение осуществляется органами народного образования на основании рекомендаций ПМПК в строгом соответствии с инструкциями по приему в каждое специальное учреждение.

### ***2.1.2. Клиническое обследование ребенка***

Клиническое обследование включает офтальмологическое, отоларингологическое, соматическое, неврологическое и психиатрическое исследования ребенка. При необходимости проводятся параклинические обследования (РЭГ, ЭхоЭГ, ЭЭГ, аудиография и другие лабораторные исследования). Проводится сбор анамнеза. Все эти исследования ведутся врачами. Ни дефектолог, ни психолог не вправе ими заниматься, но им важно знать, как влияют на развитие детей те или иные неблагоприятные факторы, каковы особенности их психики. Данные из истории развития ребенка, полученные врачом во время беседы с матерью, а также объективные показатели состояния ребенка по материалам врачебных заключений помогут выбрать стратегию психолого-педагогического обследования.

Медицинское обследование, как правило, начинается с изучения данных *анамнеза*.

Анамнез собирается врачом и составляется на основании ознакомления с документацией ребенка и беседы с родителями (или лицами, их заменяющими).

В семейном анамнезе анализируются сведения о семье ребенка и наследственности; описывается состав семьи, возраст и образовательный уровень каждого из ее членов, характерологические особенности родителей. Фиксируются психические, неврологические,

хронические соматические заболевания родственников, патологические особенности их физического облика. Описываются семейно-бытовые условия, в которых воспитывается ребенок, место и характер работы родителей, в частности наличие производственных вредностей и длительность работы с ними. Дается оценка взаимоотношений в семье, отношения к ребенку. Фиксируются случаи приверженности одного или обоих родителей к алкоголю или наркотикам.

Личный анамнез ребенка учитывает, как протекала у матери беременность, не было ли токсикоза, соматических заболеваний, резус-конфликта, длительного приема лекарственных препаратов и других вредностей. Описываются особенности родов, наличие признаков асфиксии плода, родовой травмы, патологического предлежания плода. Отмечается характер помощи во время родов и затраченное на оживление плода время. Указывается, не было ли у ребенка врожденных пороков развития, судорог, признаков желтухи. Отмечается вес при рождении и время начала кормления, срок пребывания в роддоме.

Затем перечисляются перенесенные ребенком заболевания, указывается их острота, характер, длительность, лечение, наличие осложнений.

Фиксируются случаи судорожных и других пароксизмальных состояний; отмечается, в каком возрасте они возникли, описывается характер припадков и эпилептических эквивалентов, их распределение во времени, характер пред- и постприпадочных состояний, отмечается противосудорожное лечение, его регулярность и эффективность.

При обследовании ребенка от рождения до 1 года врач-педиатр обращает внимание на следующие диагностические показатели, отмечая их в своих записях:

- характер роста, вес, особенности развития перцептивных и локомоторных функций;
- особенности сна, аппетита, длительность вскармливания грудью;
- динамика эмоционального и интеллектуального развития;
- преобладающее настроение, наличие вялости или возбудимости;
- воспитывается ли ребенок дома или в яслях.

При обследовании ребенка в возрасте от 1 года до 7 лет фиксируются особенности его развития, их соответствие возрастным показателям. Отмечается состояние вегетативной сферы: особенности сна, аппетита, переносимость жары и т.д. Фиксируется наличие энуреза, его частота, связь с психогенной ситуацией. При описании развития моторики характеризуется степень подвижности ребенка, наличие вялости или двигательной расторможенности. Фиксируется наличие или отсутствие навыков опрятности и самообслуживания.

В процессе медицинского обследования ребенка устанавливается наличие врожденных и приобретенных пороков развития.

Исследуется состояние полости рта (миндалин, носоглотки), желудочно-кишечного тракта, дыхательной, сердечно-сосудистой, мочеполовой систем, измеряется артериальное давление, устанавливается наличие или отсутствие аллергических явлений.

При *неврологическом обследовании* врач-невропатолог обращает внимание на особенности формы лица и черепа, размеры черепа, врожденные или приобретенные пороки и дисплазии, гидроцефальные стигмы. Затем исследуются черепно-мозговые нервы. Описывается тонус жевательной мускулатуры, состояние слюноотделительной функции, ширина и симметричность глазных щелей, оскал зубов, движения бровей и век, лба, сохранность актов глотания, движения языка, наличие его тремора и т.д.

Далее обследуется состояние двигательной сферы: объем движений, их точность, плавность, тонус мышц, их сила. Отмечается наличие атрофии, спастических явлений, дистонии, гипотонии, параличей, парезов, гиперкинезов. Определяется координация движений, фиксируются патологические особенности походки.

Исследуются различные виды чувствительности, описываются менингеальные симптомы. При исследовании состояния рефлекторной сферы определяется равномерность, живость и симметричность сухожильных рефлексов, описываются патологические рефлексы. Фиксируется наличие и характер энуреза.

В беседе выясняется состояние вегетативной сферы: переносимость жары, холода, изменение аппетита, ощущение сердцебиений, наличие немотивированного субфебрилитета или склонность к субнормальной температуре.

Итог осмотра ребенка врачом-невропатологом — неврологический диагноз. Необходимо отметить, что ценные дополнительные сведения могут быть получены при использовании краниографии и ЭЭГ, ЭхоЭГ.

С помощью краниографии устанавливаются врожденные дефекты костей черепа, раннее расхождение/заращение черепных швов. Метод помогает диагностировать органические поражения головного мозга, выявить указания на возможное повышение внутричерепного давления (усиление рисунка пальцевых вдавлений).

*Электроэнцефалография (ЭЭГ)* регистрирует биотоки мозга. Функционирование головного мозга сопровождается биоэлектрическими процессами. При визуальном анализе ЭЭГ обращают внимание на наличие волн, различающихся по частоте колебаний, амплитуде, форме, регулярности, выраженности реакции на внешние раздражения. Специфических изменений ЭЭГ, характерных только для определенного патологического процесса, не существует. Тем не менее, ряд патологических паттернов чаще наблюдается при некоторых нервно-психических состояниях (эпилепсия, резидуально-органические поражения). ЭЭГ-данные должны сопоставляться с результатами клинического исследования, которое имеет решающее значение для установления диагноза.

*Эхоэнцефалография (ЭхоЭГ)* — ультразвуковой метод исследования. Используется, в частности, для получения сведений о степени расширения III желудочка мозга, что позволяет косвенным образом судить о возможном повышении внутричерепного давления.

При установлении влияния на развитие ребенка того или иного дефекта очень важны данные о состоянии анализаторов.

*Офтальмологическое обследование* включает определение остроты зрения, состояние глазного дна; исследуются поля зрения, цветовое зрение, глазодвигательные функции. Исследование глазного дна позволяет косвенно судить о состоянии сосудистой системы мозга, изменениях мозговой гемодинамики; отек соска зрительного нерва свидетельствует о повышении внутричерепного давления (внутричерепной гипертензии). В условиях повышенного внутричерепного давления вены глазного дна расширяются, становятся извитыми; калибр вен превышает калибр артерий.

*Отоларингологическое обследование* — врач выясняет способность ребенка воспринимать на слух речь шепотную и разговорной громкости. Затем определяется максимальное расстояние, с которого ребенок может воспринять на слух и воспроизвести произносимые врачом слова и фразы. Если во время обследования возникает подозрение, что у ребенка имеют место нарушения слуха, необходимо направить его на консультацию к аудиологу, который определяет необходимость аудиологического исследования.

*Психическое состояние* оценивается детским психиатром (психоневрологом). Прежде всего, отмечаются особенности внешнего вида и поведения ребенка: выразительность, адекватность мимики, особенности позы, движений, походки, гиподинамия либо двигательное беспокойство, расторможенность. Анализируются отношение к беседе, ориентировка в месте, во времени и собственной личности.

В беседе с ребенком врач фиксирует особенности его внимания, некоторые особенности памяти, мышления, речи. Описываются особенности эмоциональной сферы ребенка, его настроения: безразличие, холодность, эмоциональная вялость либо раздражительность, дурашливость и т. п. Фиксируется наличие эмоциональной лабильности,

истощаемости, склонности к аффектам, наличие тоски, страхов, навязчивых переживаний. В беседе выявляются особенности сферы инстинктов и влечений: наличие повышенной сексуальности, чрезмерное влечение к еде либо отказ от пищи, склонность к бродяжничеству и т. п. В процессе беседы иногда могут быть выявлены и психотические расстройства: нарушение сознания, галлюцинации, бред.

На основании клинического изучения ребенка врач-психиатр (психоневролог) формулирует психиатрический диагноз.

Медицинское обследование ребенка и установление клинического диагноза выполняется врачами, но педагог и психолог должны знать полученные данные. Материалы врачебных заключений не только помогут специалистам образовательных учреждений выбрать правильную тактику психолого-педагогического изучения ребенка, но и определяют содержание коррекционно-педагогического воздействия в условиях того учреждения, где ребенок будет находиться.

### ***2.1.3. Психологическое обследование ребенка***

Психологическая диагностика нарушений развития у детей — составная часть комплексного клинико-психолого-педагогического и социального обследования. Она основывается на ряде принципов, сформулированных ведущими специалистами в области специальной психологии и психодиагностики нарушенного развития.

Психодиагностическое обследование ребенка с проблемами в развитии должно быть системным, т.е. включать в себя изучение всех сторон психики (познавательную деятельность, речь, эмоционально-волевую сферу, личностное развитие).

Методы психологического изучения детей:

–изучение документации с целью сбора анамнестических данных и получения представления о причинах отклонений в развитии. Основными документами, необходимыми для проведения психологического изучения ребенка, являются медицинские данные педиатра об общем состоянии ребенка, психоневролога с обоснованным медицинским диагнозом, отоларинголога, офтальмолога и др. Метод изучения документации позволяет специалисту-психологу определить, в каких направлениях следует строить дальнейшее обследование ребенка;

–метод наблюдения (психологическое наблюдение позволяет судить о различных проявлениях психики ребенка в условиях его естественной деятельности при минимальном вмешательстве со стороны наблюдающего. Наблюдение должно быть направленным, т. е. определяться задачей исследования);

– метод беседы (с помощью беседы выясняются особенности психических проявлений ребенка в процессе личного общения с его родителями, с лицами из его микросоциального окружения, с самими ребенком. Беседа должна проводиться по специально составленной программе. С ее помощью можно выяснить, как ребенок развивался в раннем и дошкольном детстве, каковы его интересы, способности, особенности характера, поведения);

–метод опроса педагогов (родителей) / осуществляется с применением опросников, т.е. методик, содержащих вопросы, на которые родители и педагоги должны ответить в свободной форме (открытый тип опросника) или выбрать из вариантов, предлагаемых в опроснике (закрытый тип);

–метод экспериментального изучения ребенка / осуществляется с помощью специально подобранных экспериментальных методик; их выбор и количество определяются задачей, которую необходимо решить. Выбор методик определяется возрастом ребенка, социальными условиями его воспитания, уровнем его интеллектуального развития, наличием или отсутствием речевых, двигательных или сенсорных нарушений.

Методики:

–складывание пирамидки (применяется для выявления состояния наглядно-действенного мышления);

–складывание разрезных картинок (применяется для выявления состояния наглядно-образного мышления);

–«доски Сегена» (применяется для исследования наглядно-действенного мышления);

–сюжетные вкладки (близка к методике «Доски Сегена», применяется для выявления объема восприятия);

–«Почтовый ящик» (применяется для исследования наглядно-действенного мышления, позволяя выявить способность ребенка к осмыслению нового способа действия);

–Кубики Кооса (направлена на выявление конструктивного праксиса, способности к пространственной ориентировке, анализу фигуры по чертежу и ее последующему синтезу из кубиков);

–установление последовательности событий (предназначена для выявления возможности устанавливать пространственно-временные и причинно-следственные связи по серии сюжетных картинок);

–классификация предметов (применяется для исследования процессов обобщения и абстрагирования);

–исключение неподходящего предмета /четвертый лишний/ (предназначена для исследования умения обобщать и давать логическое объяснение их правильности);

–«отыскивание чисел» (используется для выявления скорости ориентировочно-поисковых движений взора и определения объема внимания применительно к зрительным раздражителям; 2кл.мас.шк.или 4кл спец.кор.шк.8 в.);

–проба на совмещение признаков (используется для изучения умственной работоспособности детей и подростков);

–заучивание 10 слов (одна из наиболее часто применяющихся методик. Предложена А.Р.Лурия и используется для оценки состояния памяти, исследования утомляемости, активности внимания);

–опосредованное запоминание (по А.Н. Лентьеву).

Тесты:

–тест Векслера (оценивает интеллект человека с помощью количественного показателя – коэффициент интеллектуального развития).

–тест «Прогрессивные матрицы Равена»

–тест структуры интеллекта Амтхауэра

При изучении творческих способностей и воображения детей и подростков с нарушениями развития методики Дж. Гилфорда и Е. П.Торренса в классическом варианте, как правило, не используются, однако широко используется модификация методики Е.П.Торренса «Дорисуй фигуру». При изучении детей дошкольного возраста используются также такие задания, как «Разрезные картинки», «Нарисуй целое» (А.А.Катаева, Е.А.Стребелева). При изучении школьников с интеллектуальными нарушениями могут использоваться задания на составление рассказа с опорой на предложенные слова, рисование иллюстраций к этому рассказу (О. В. Боровик).

Для выявления личностных особенностей в психодиагностике используются специальные методики — личностные опросники и проективные методы.

Различают опросники-анкеты и личностные опросники.

Опросники-анкеты предполагают возможность получения информации об обследуемом, непосредственно не отражающей его личностные особенности. Личностные

опросники, как это явствует из названия, предназначены для измерения личностных особенностей.

#### Проективные методики

В основу построения проективных методик положено представление о том, что в творчестве, высказываниях, предпочтениях человека, интерпретации им событий проявляются скрытые неосознаваемые побуждения, конфликты, переживания, характеризующие личность.

В клинической практике широко используются тест фрустрационной толерантности Розенцвейга, тематический апперцептивный тест (ТАТ), тест Роршаха, тест цветовых предпочтений Люшера.

На основании ряда формальных показателей этих методик выделяются следующие признаки:

- относительная свобода в выборе ответа и тактики поведения испытуемого;
- отсутствие каких-либо внешних показателей оценочного отношения к испытуемому со стороны экспериментатора;
- общая оценка взаимоотношения личности с ее социальным окружением, обобщенная оценка ряда личностных свойств (а не измерение какой-либо отдельной психической функции).

Одним из часто встречающихся в практике психолога тестов является тест «Нарисуй человека» и его варианты. Основным вариантом предложен К. Маховер на основе теста Ф. Гудинафа, использовавшей рисунок человека для оценки умственного развития.

При психологическом обследовании детей и подростков широкое распространение получили также рисуночные тесты «Дом—дерево—человек», «Несуществующее животное» и «Рисунок семьи».

При обследовании детей с нарушениями развития очень важно учитывать такие показатели, как уровень сформированности изобразительной деятельности и состояние зрительного восприятия, пространственных представлений, моторных функций.

#### Нейропсихологическое изучение детей с нарушениями развития

По мнению многих отечественных и зарубежных исследователей, нейропсихологические методики целесообразно применять в комплексе клинико-психологического изучения аномальных детей, так как полученные таким образом данные позволяют оценить состояние зрительного и слухового восприятия, праксиса, речи, памяти — тех функций, которые обеспечивают возможности овладения элементарными школьными навыками (чтением, письмом, счетом, решением арифметических задач).

Данные нейропсихологического исследования ребенка с нарушениями развития позволяют уточнить структуру нарушений его познавательной деятельности, что чрезвычайно важно при решении вопросов прогноза и индивидуализации психолого-педагогической помощи.

В зависимости от работоспособности ребенка исследование может проводиться в один, два, реже — в три сеанса продолжительностью около 1 ч.

Используется следующая схема обследования:

- предметный гнозис;
- различение ритмических последовательностей;
- пробы Заззо;
- воспроизведение позы пальцев; - пробы Хэда;
- проба «перебор пальцев»;
- проба Озерцкого;

- воспроизведение графического образа;
- воспроизведение ритмических последовательностей;
- складывание фигур из палочек;
- решение задач с кубиками Кооса;
- условные двигательные задачи;
- речевая моторика;
- фонематический слух;
- понимание логико-грамматических конструкций;
- спонтанная речь;
- заучивание 10 слов;
- чтение;
- письмо;
- счетные операции;
- решение задач.

Существует несколько модификаций нейропсихологической методики для обследования детей. Специально для нейропсихологического обследования старших дошкольников методика была адаптирована Т. Н. Волковской (1999). Для обследования младших школьников можно рекомендовать вариант, предложенный И. Ф. Марковской.

Оценка потенциальных возможностей ребенка производится на основании следующих показателей:

- тяжесть (интенсивность) и распространенность (экстенсивность) нарушений психических функций;
- ведущий фактор, препятствующий выполнению заданий;
- восприимчивость ребенка к помощи, предлагаемой в процессе проведения эксперимента.

#### ***2.1.4. Педагогическое обследование ребенка***

Педагогическое изучение предусматривает получение о ребенке сведений, раскрывающих знания, умения, навыки, которыми он должен располагать на определенном возрастном этапе. Важно установить запас представлений об окружающем, сформированность качеств, необходимых для учебной работы (произвольность психической деятельности, волевые усилия, планирование и самоконтроль, наличие мотивации, интереса и др.). Если ребенок готовится к поступлению в I класс, необходимо выявить его готовность к обучению (физическую, психологическую, умственную). Если дети уже учатся в школе, то следует понять причины имеющихся у них трудностей.

Интересующие педагога сведения можно получить при использовании таких методов, как непосредственная беседа с ребенком и с родителями, воспитателями о нем; анализ работ (рисунков, поделок, тетрадей и др.), специально организованное педагогическое обследование и педагогическое наблюдение.

Как показывает практика, основой любого рода диагностики, позволяющей получить о ребенке максимальный объем сведений, является целенаправленное наблюдение. Педагогическое наблюдение должно быть заранее спланированным, точно ориентированным и систематическим. Наиболее важно наблюдение за ведущей деятельностью, поскольку именно в рамках ведущей деятельности появляются психологические новообразования того или иного возраста, формируются предпосылки для перехода к новой ведущей деятельности, на новый этап психического развития.

Педагогическое наблюдение позволяет достаточно хорошо изучить мотивационный аспект деятельности ребенка, его познавательную активность, интересы. Изучение мотивации показывает уровень личностной зрелости ребенка.

В детском возрасте большинство мотивов неосознанны, еще не сформировалась их иерархия, не выделился ведущий мотив. Наблюдение за эмоциональными реакциями ребенка поможет разобраться в его мотивации.

Выявляя вид мотивации, педагог получает возможность адекватного педагогического воздействия, развивает положительные тенденции.

Диагностическое значение имеет и выявление характера интересов ребенка. Например, показательным может быть то, к каким предметам он больше тяготеет — к чтению, математике, естествознанию, физкультуре и пр. Как правило, дети с первично сохранным интеллектом больше любят те предметы, где имеющиеся нарушения меньше влияют на успешность деятельности (например, дети с тяжелыми нарушениями речи больше любят математику, чем письмо и чтение).

Наблюдение позволяет также оценить степень сформированности деятельности в целом — ее целенаправленность, организованность, произвольность, способность к планированию действий, самостоятельному выбору средств выполнения деятельности. Для получения представления о сформированности деятельности ребенка педагогу следует обратить внимание на следующее:

- понимание инструкции и цели задания;
- способность выполнять задание с учетом простой инструкции и инструкции, состоящей из нескольких заданий;
- умение определить последовательность действий, операций;
- умение перестраивать действия в зависимости от изменения цели;
- способность осуществлять самоконтроль в процессе работы;
- умение довести деятельность до получения определенного результата, проявить настойчивость в достижении цели, преодолевать трудности;
- способность адекватно оценить результат собственной деятельности;
- переключить внимание, быстро перейти от одного задания к другому.

Полезно охарактеризовать и отдельные виды деятельности ребенка.

Педагогическое наблюдение позволяет также выявить особенности отношения ребенка к окружающим и к самому себе. Чтобы выявить эти особенности, педагог целенаправленно оценивает, насколько ребенок стремится к общению, к лидерству, как он ведет себя с младшими и старшими, насколько он инициативен, как к нему относятся окружающие и т.п. Большое значение имеет анализ отношения ребенка к имеющимся у него нарушениям — это характеризует уровень его интеллектуального и личностного развития. Нередко дети с сохранным интеллектом тяжело переживают имеющиеся у них нарушения, подчас дают неадекватные реакции в виде выраженного негативизма, агрессии по отношению к окружающим. Вместе с тем даже при тяжелых нарушениях таких неадекватных личностных реакций может и не быть, и дети гармонично вписываются в коллектив сверстников с менее выраженными расстройствами.

Результаты наблюдения за детьми с теми или иными проблемами заносятся в индивидуальный дневник «сопровождения». Периодичность записей зависит от состояния каждого конкретного ребенка. Факты должны грамотно и своевременно фиксироваться и обрабатываться. Желательно, чтобы в заполнении дневника участвовал не один учитель, а разные учителя-предметники, воспитатели, психолог, врач и другие специалисты. Это даст возможность более разносторонне охарактеризовать ребенка и проследить динамику его развития.

Данные, полученные с помощью наблюдения, используются при составлении психолого-педагогической характеристики ребенка.

Если ребенок учится в школе, то перед началом обследования педагог должен обсудить его успеваемость со всеми учителями, внимательно изучить тетради, чтобы судить о динамике формирования того или иного навыка, характере ошибок, трудностях, которые ребенок испытывает в процессе усвоения программы. Важное диагностическое значение имеет анализ рисунков, которые позволяют судить не только о технических возможностях ребенка, но и о его наблюдательности, круге представлений, интересах.

Применительно к детям дошкольного возраста речь идет о наличии элементарных представлений о числе, окружающем мире, сформированности произвольной деятельности. При обследовании школьников проверяется знание ими программного материала текущего и предшествующих лет обучения.

### ***2.1.5. Логопедическое обследование ребенка***

Уровень развития речи — важный диагностический критерий при оценке общего уровня развития ребенка. Поэтому обследование речи является неотъемлемой составной частью психолого-педагогического изучения ребенка с проблемами в развитии.

Изучение речи проводится в рамках логопедического обследования и включает в себя изучение устной и письменной речи.

Логопедическое обследование включает в себя изучение основных составляющих речевую систему компонентов:

- связной самостоятельной речи;
- словарного запаса (лексики);
- грамматического строя речи;
- звукопроизводительной стороны речи (звукопроизношения, слоговой структуры слова, фонематического восприятия).
- в процессе логопедического изучения ставятся определенные цели:
- выявить объем речевых навыков у ребенка;
- сопоставить его с возрастными нормами, а также с уровнем психического развития;
- определить соотношение нарушения и компенсаторного фона, речевой активности и других видов психической деятельности.

Ориентировочный этап логопедического обследования начинается с изучения специальной документации и беседы с родителями. Задача данного этапа — дополнить анамнестические данные сведениями о ходе речевого развития ребенка.

Обследование речи предполагает изучение как собственной (экспрессивной) активной речи ребенка, так и понимания им речи окружающих (импрессивной). Процедуру обследования трудно разделить по указанным видам речи. Это обусловлено сложным системным строением речевой функции. Поэтому целесообразно чередовать приемы, направленные на выявление особенностей как одной, так и другой речи.

Полученные данные о состоянии речевого развития ребенка должны быть всесторонне проанализированы с опорой на достаточно большое количество примеров детской речи и на динамическое наблюдение.

Результаты комплексного обследования речи обобщаются в виде логопедического заключения, где указываются уровень речевого развития ребенка и форма речевого нарушения (ОНР III уровня у ребенка с дизартрией; ОНР II уровня у ребенка с алалией; ОНР II - III уровней у ребенка с открытой ринолалией и т.п.).

Логопедическое заключение раскрывает состояние речи и надвигает на преодоление специфических трудностей ребенка, обусловленных клинической формой речевой аномалии. Это необходимо для правильной организации индивидуального подхода на фронтальных и подгрупповых занятиях.

#### *Изучение письменной речи*

Письмо и чтение представляют собой особые формы речевой деятельности, имеющие сложную психологическую структуру.

Формирование навыков письма и чтения находится в тесной связи с развитием устной речи. Поэтому при недоразвитии устной речи возникает необходимость обследовать не только уровень развития языковых средств, речевых навыков и умений, но также состояние письма и чтения.

Обследование письма и чтения у детей начинается с изучения процесса анализа и синтеза звукового состава слова.

Показателем уровня сформированности звукового анализа является умение не только последовательно выделять звуковые элементы слова, но и самостоятельно определять их.

Сравнение результатов, полученных на основе использования системы приемов, позволяет выявить и оценить как общее состояние звукового анализа, так и несформированность его отдельных компонентов, а также факторы, задерживающие его развитие. Это позволит своевременно предупредить нарушения письма и чтения у детей.

#### *Обследование письма*

Нарушения письма у детей — это особые специфические затруднения, которые обусловлены системным недоразвитием определенных сторон речевой деятельности ребенка.

Задачей логопедического обследования письменной речи становится выявление специфических ошибок как основного диагностического показателя нарушений письма.

Анализируя результаты обследования, в первую очередь необходимо определить, распространяется ли уровень нарушения письма лишь на звуко-буквенный анализ, обусловленный недоразвитием фонетической стороны речи, или же связан с более сложным уровнем организации речевой деятельности, с нарушением средств языка.

В зависимости от результатов обследования определяются пути и методы коррекционного обучения, которые должны находиться в полном соответствии с причинами, породившими нарушения речи и письма.

### **2.1.6. Сурдопедагогическое обследование ребенка**

Даже незначительное снижение слуха, возникшее у ребенка в раннем возрасте, может помешать нормальному развитию его речи, существенно снизить успеваемость, а подчас и отрицательно сказаться на его судьбе.

Эффективность лечения, медицинская, сурдопедагогическая и социальная реабилитация во многом зависят от своевременной и ранней диагностики нарушений слуха у детей.

При обследовании выясняют цель посещения, жалобы родителей и детей, изучают медицинскую (аудиограмму) и педагогическую документацию.

Для поведения сурдопедагогического обследования используют следующие материалы:

1. Предметные картинки, в названиях которых есть все звуки русского алфавита (каждый звук в трех положениях в слове — в начале, в середине и в конце).
2. Сюжетные картинки.
3. Серии сюжетных картинок (2, 3, 4, 5).

4. Разрезные картинки или кубики (из 2-х, 3-х, 4-х и т. д. частей) в зависимости от возраста ребенка.
5. Однородные предметы или картинки с их изображениями, отличающиеся по какому-либо признаку (величина, высота, ширина и т. д.). Мягкие игрушки, матрешки (2-х, 3-х, 5-ти составные).
6. Геометрические фигуры: круг, квадрат, треугольник, овал, прямоугольник; шарик, кубик, кирпичик, «Почтовый ящик», «Чудесный мешочек».
7. Предметы, отличающиеся по цветам и оттенкам.
8. Доски Сегена.
9. Тематические предметные картинки, соответствующие сюжетным (сад, огород, овощи, фрукты и т. д.), для проверки знания обобщающих понятий.
10. Палочки для проверки навыков счета, для выкладывания фигур по образцу.
11. Нелепицы: «Чего не бывает?».
12. «Лишний предмет».
13. Различные лото.
14. Куклы разного размера.
15. Фломастеры, цветные карандаши.
16. Разнообразный счетный материал (грибки, рыбки и т. п.).
17. Парные картинки.
18. Таблички.
19. Цифры, буквы.
20. Музыкальные игрушки — барабан, бубен, гармошка, дудочка, шарманка; резиновые звучащие игрушки.
21. Программы детских садов и школ для детей с нарушениями слуха.
22. Учебники и учебные пособия.
23. Звукоусиливающая аппаратура фронтального и индивидуального пользования.
24. Аудиометр.

### ***2.1.7. Тифлопедагогическое обследование ребенка***

При организации обследования тифлопедагогам необходимо помнить, что, когда речь идет о распознавании индивидуальных особенностей и возможностей конкретного ребенка, диагностика должна исходить из единых подходов как к методам, так и к результатам обследования и опираться на единую систему принципов, позволяющих создать индивидуально-ориентированную программу для каждого конкретного ребенка в соответствии с его возможностями и потребностями.

Программа развития не должна быть статичной, поэтому очень важно ориентироваться как на актуальный, так и иметь в виду перспективный уровень развития ребенка.

С этой целью тифлопедагогическое обследование в ПМПК проводится в системе комплексного обследования и опирается на объективное мнение учителей, воспитателей, социальных педагогов и других специалистов, принимающих участие в воспитании и развитии ребенка.

В процессе диагностического обследования следует обращать внимание на состояние психических функций ребенка с нарушенным зрением в различных видах деятельности, то есть диагностика должна осуществляться во взаимосвязи отдельных сторон психической организации ребенка (эмоциональной, волевой, сенсомоторной, интеллектуальной, мотивационной, поведенческой).

Диагностическое обследование должно строиться с учетом принципа структурно-динамического подхода. Суть этого принципа заключается не только в необходимости выявления основного и сопутствующего отклонения в развитии или составляющих сложного дефекта, но и в наблюдении за их проявлениями и динамике педагогического процесса.

Перечень материалов и приборов для тифлопедагогического обследования:

1. Набор предметов, предметных картинок с доработкой тифлопедагога по обобщающим понятиям, классификации, исключениям, сравнениям.
2. Набор сюжетных картинок.
3. Разрезные картинки.
4. Набор картинок по развитию речи (Л.И. Плаксиной).
5. Картотека пословиц, поговорок (в плоскочечатном варианте и по системе Брайля).
6. Набор материалов для обследования сенсорных эталонов, пространственных представлений.
7. Касса букв и слогов, цифровая касса, колодка шеститочия, кубик шеститочия, азбука по системе Брайля.
8. Фланелеграф.
9. Альбом по развитию зрительного восприятия, тесты по развитию зрительного восприятия.
10. Набор предметов из различных материалов для развития осязательного восприятия.
11. Коллекция запахов и фламастеры с различными запахами.
12. Кассета с записями шумов большого города.
13. Набор для обводки предметов по контуру.
14. Подборка текстов с различными шрифтами в зависимости от остроты зрения и написанные шрифтом Брайля.
15. Приборы и грифели для письма слепых, специальная бумага.

### ***2.1.8. Социально-педагогическое обследование ребенка***

При проведении социально-педагогического обследования необходимо: выяснить цель посещения ПМПК, ознакомиться с документами (акт обследования жилищно-бытовых условий семьи, документы о заболеваниях ребенка, характеристики из детских учреждений, табель успеваемости по предметам и пропускам занятий и др.), записать анкетные данные ребенка, название детского учреждения, класс, результаты учебы, взаимодействие семьи и школы, помощь родителей ребенку в учебе, интересы ребенка и т.д., выявить социальные проблемы (характеристика жилищно-бытовых и материальных условий семьи, санитарное состояние условий проживания ребенка), изучить семью (состав семьи, полная, неполная, многодетная, наличие братьев и сестер, кто занимается воспитанием, отсутствие родителей, родители ЛРП, дети отобранные по суду, опекаемые, усыновленные, инвалиды, осуждены, находятся и розыске, ведут аморальный образ жизни), при необходимости провести обследование семьи на дому, обязательно пишется заключение (впечатление о ребенке, принятие мер по социально-педагогической защите, оказание помощи детям, попавшим в кризисные ситуации, помощь в трудоустройстве, помощь специалистов, защита права на образование, сохранение и укрепление здоровья, право на отдых, развитие, педагогическое влияние на поведение ребенка и его деятельность), в случае необходимости рекомендуется обращение в другие учреждения для помощи ребенку и его семье.

### **2.1.9. Заключение по результатам обследования**

Заключение ПМПК включает в себя:

–общие сведения (ф.и.о., дата рождения, адрес, краткие сведения о родителях, семье, условиях воспитания);

–результаты медицинского обследования (краткий анамнез, соматическое состояние, неврологическое состояние, психическое состояние, заключения отоларинголога и офтальмолога, данные дополнительных исследований);

–результаты психологического обследования (уровень интеллектуального развития, особенности развития познавательной сферы, особенности поведения и социально-бытовой ориентации);

–результаты педагогического обследования (родной язык ребенка, данные логопедического обследования, знания и навыки по программному материалу);

–общее заключение;

–рекомендации.

Психолого-педагогический диагноз исключает использование медицинских определений, таких, например, как «олигофрения», «эпилепсия», «болезнь Дауна» и т.п., которые могут применяться только врачами. В диагнозе указывается педагогическая категория нарушенного развития (например, «умственная отсталость», «общее недоразвитие речи» и т.п.), степень выраженности нарушения (легкая, средняя, тяжелая), недостатки психического развития вторичного характера (например, недостатки речи при умственной отсталости), на которые следует обращать внимание в педагогической работе, потенциальные возможности ребенка, а в случае, если обследование проводится перед поступлением в школу, должна быть определена готовность ребенка к школьному обучению.

### **2.1.10. Современные компьютерные технологии диагностики ребенка**

Универсальность компьютера в области психодиагностики заключается не только в его быстродействии и мощности, но и в том, что его возможности не связаны ни с какой научной идеологией психологической науки. Сейчас в научно-методических центрах при разработке диагностических методик используется сбор данных в режиме диалога с компьютером, поэтому нормы по тестам накапливаются именно для компьютерной формы проведения тестирования.

Однако при групповой форме тестирования невозможно оперативно фиксировать время выполнения каждого отдельного задания теста каждым членом группы, что является существенным недостатком. Ликвидация этого недостатка привела к созданию и активному внедрению в диагностическую практику *компьютерного адаптивного тестирования (КАТ)*. В его основе лежит возможность реализации такого алгоритма предъявления тестового материала, который прямо зависит от индивидуальных особенностей испытуемого. В режиме этого тестирования оперативно оценивается как успешность работы испытуемого с тестовыми заданиями, так и скорость этой работы. Показатель каждого конкретного испытуемого не только основывается на количестве правильно выполненных заданий, но и отражает уровень трудности и другие психометрические характеристики.

Адаптивное компьютерное тестирование особенно успешно подходит для оценки успешности обучения по индивидуализированным программам. Однако он подходит и для диагностики сферы интересов, установок и черт личности.

Для автоматизированного тестирования с помощью игр приходится разрабатывать специализированные игровые тестовые программы. В отличие от развлекательных игр, в которых разработчики стремятся добиться как можно большего разнообразия игровых ситуаций, в тестовых игровых программах разработчики стремятся, чтобы какое-то игровое действие повторялось несколько раз в совершенно идентичных условиях. Это диктуется

требованиями психометрики: чтобы снизить влияние ошибки измерения, во всяком тесте создается определенная избыточность в повторении какого-то задания в строго стандартных условиях. Поэтому игровые тесты оказываются играми только по форме. Некоторая игровая фабула придает им игровой смысл, который, конечно, первоначально вызывает интерес у детей. Но требование стандартизации делает эти программы неизбежно скучными, и детям они быстро надоедают, так что собственно игровая мотивация быстро исчезает.

Среди всего многообразия уже созданных игровых тестов следует по-видимому выделить 4 категории:

1. Игровые версии традиционных тестов, которые придают игровую окраску тестовым методикам, хорошо известным еще в докомпьютерную эру (например, в одном из первых отечественных игровых тестовых комплексов, так называемом пакете «Джой-тест» (разработан коллективом авторов из ВЦ РАН и ИМБП), известный тест «красно-черные таблицы Шульте» на распределение внимания реализован в такой игровой фабуле);

2. Оригинальные тестовые методики, в которых использован определенный функциональный диагностический прием, включенный в контекст совершенно новой задачи (например, в игровом комплексе на сенсомоторную координацию и темперамент ДИАКИМ («Гуманитарные технологии») идея семантической интерференции, реализованная в известном тесте Струпа (столкновение смысла, и ощущения цвета при сортировке «противоречивых» цветowych карточек), использована совершенно оригинально в игре «Заповедная охота»);

3. Тестовые программы, которые теснейшим образом объединены с обучающими программами. Это тесты знаний или достижений по какой-то области знаний. Если компьютерная обучающая программа выполнена в игровой форме, то вполне естественно, что ее контролирующая (тестирующая) часть также выполняется в игровой форме;

4. Проблемные игровые программы. В этом случае тестирование идет как бы впереди обучения. Это так называемое «проблемное обучение».

Попытка создания комплексной тренинго-диагностической игровой программы, которая одновременно обладала бы поучающим моральным эффектом, представлена игрой «Мимикс» («Гуманитарные технологии», 1991). В этой игре школьник перемещает автогероя по лабиринту, в комнатах которого живут обитатели с различными выражениями лица (схематические маски). Игрок может «пробивать» себе дорогу через эти комнаты силовыми методами (бить этих персонажей с помощью экранного героя), а может стараться найти к ним «ключик» - так изменить выражение лица своего автогероя, чтобы понравиться персонажу. Силовая стратегия по замыслу самой игры приводит к перерасходу игровой «энергии» и ведет лишь к временному успеху, тогда как попытка разгадать интеллектуальный ключ к игре и построить свои отношения с персонажами кооперативным способом дает в долговременной перспективе гораздо более высокие результаты.

Экспериментально показано (Джерелиевская, Шмелев, 1993), что программа «Мимикс» обладает проективно-диагностическим потенциалом по отношению к установкам на кооперативное или на конфликтное поведение: те игроки, которые предпочитали силовую стратегию, демонстрировали установку на конфликт и по данным других психологических методик.

## 2.2. Психологическое консультирование родителей

### 2.2.1. Концепция психологического изучения семьи и модели воспитания родителей

Учитывая рост детей с нарушениями в развитии, проблема семьи ребенка с отклонениями в развитии становится одной из наиболее актуальных. Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, рассматривает ее как реабилитационную структуру, способную создать максимально благоприятные условия для развития и воспитания ребенка. Внутрисемейная атмосфера, которая своим гармоничным воздействием развивает ребенка, формирует в нем нравственные личностные качества, доброе отношение к миру, рассматривается как коррекционная.

Семья – микросоциум, в котором формируются нравственные качества ребенка, его отношение к миру людей и представления о характере межличностных связей. Это факт нельзя не учитывать как в диагностической, так и в дальнейшей коррекционной работе с ребенком, имеющим нарушения в развитии.

В настоящее время работа с семьей — это важное направление в системе медико-социального и психолого-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии. Через оптимизацию внутрисемейной атмосферы, гармонизацию межличностных, супружеских, родительско-детских и детско-родительских отношений проблемному ребенку оказывается дифференцированная и адресная помощь. В этом контексте приоритетное значение обретает разработка концептуального подхода к диагностике проблем семьи ребенка с отклонениями в развитии.

Под *концепцией психологического изучения семьи*, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, понимают системный подход, включающий определение основных *целей, задач, принципов* изучения семьи, а также *направлений* психологической диагностики.

*Основная цель* психологического изучения семьи — выявление причин, нарушающих гармоничную жизнедеятельность семьи и препятствующих адекватному развитию в ней ребенка с психофизическими нарушениями.

В качестве *задач психологической диагностики семьи рассматриваются*:

- определение степени соответствия условий, в которых растет и воспитывается ребенок дома, возможностям его развития;
- выявление внутрисемейных отношений и факторов как способствующих, так и препятствующих гармоничному развитию ребенка в семье;
- установление причин, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения;
- определение путей социализации данной категории семей.

Семьи, в которых воспитываются дети с отклонениями в развитии, живут под грузом многочисленных проблем. Не каждый родитель оказывается способным принять недуг ребенка и адекватно реагировать на постоянно возникающие проблемы.

Модели воспитания родителей:

*Адлеровская модель* (А. Адлер) – основывается на сознательном и целенаправленном изменении поведения родителей, которая определяется ведущим принципом взаимоуважения членов семьи;

*Учебно-теоретическая модель* (Б. Скиннер) – основано на общей теории бихевиоризма, в этой модели подчеркивается, что поведение родителей и их детей можно изменить методом приучивания или научения;

*Модель чувственной коммуникации* (Т. Гордон) – базируется на феноменологической теории личности К. Роджерса и практике клиентоцентрированной терапии, целью которой является создание условий для самовыражения личности;

*Модель, основанная на транзактном анализе* (М. Джеймс, Д. Джонгард) – согласно теории транзактного анализа Э. Берна личность каждого индивидуума определяется факторами, которые можно назвать состояниями «Я» (по-детски, по-взрослому, по-родительски);

*Модель групповой терапии* (Х. Джинот) – в основе модели лежит стремление научить родителей переориентации своих установок в зависимости от потребностей ребенка;

*Модель родительского всеобуча и подготовки молодежи к семейной жизни* (И.В. Гребенников) – исходила из предположения о том, что значительная часть недостатков и просчетов в семейном воспитании и семейных отношениях связана с психолого-педагогической неграмотностью родителей.

### **2.2.2. Принципы изучения семьи ребенка с отклонениями в развитии**

При проведении психодиагностических мероприятий специалисты должны опираться на *принципы изучения семьи ребенка с отклонениями в развитии*:

- *Принцип комплексности и многоаспектности изучения проблем семьи.*

На современном этапе субъектом исследования является уже не только сам ребенок с отклонениями в развитии. В спектр диагностических мероприятий должны быть включены также все лица и факторы, влияющие на его развитие.

• *Принцип гуманного и деликатного отношения к членам семьи и к самому ребенку.* Исследовательская работа не должна стать причиной семейных потрясений. Напротив, она должна быть направлена на улучшение взаимоотношений между членами семьи. Поэтому она включает, кроме диагностических, и психокоррекционные, психотерапевтические процедуры.

• *Принцип единства диагностики и коррекции.* В соответствии с ним точное выявление причины нарушений предполагает возможность полного ее исправления.

- *Принцип конфиденциальности и профессиональной этики психолога.*

Информация личного характера не может быть разглашена и использована во вред семье или самому больному ребенку. Соблюдение принципа позволяет создать между членами семьи и психологом доверительные отношения, что, в свою очередь, положительно влияет как на достоверность результатов психодиагностики, так и на динамику последующих психокоррекционных мероприятий.

• *Принцип выявления факторов, оказывающих негативное воздействие на внутрисемейную атмосферу и развитие ребенка.* Этот принцип позволяет определить причины, нарушающие гармоничное развитие ребенка, а также факторы, оказывающие деструктивное влияние на членов семьи и внутрисемейные отношения.

• *Принцип изучения семьи и ее проблем на разных возрастных этапах жизни (ребенок, подросток, взрослый инвалид с психофизическими нарушениями.)* Специализированная реабилитационная помощь семье осуществляется с момента установления ребенку диагноза. Она не ограничивается рамками детского или подросткового возраста, а продолжается в юношеский и взрослый периоды.

• *Принцип учета психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, и лиц, их заменяющих.* Этот принцип позволяет наметить пути коррекции негармоничных типов воспитания и деструктивных форм общения в семье; нейтрализовать конфликты; смягчить проявление личностных акцентуаций членов семьи; гармонизировать атмосферу в семье и сформировать адекватное отношение ее здоровых членов к больному ребенку.

Учет перечисленных принципов позволяет объединить основные направления психологического изучения проблем ребенка с отклонениями в развитии и его семьи в три блока:

*Первый блок. Психологическое изучение ребенка с отклонениями в развитии.*

В этом блоке изучаются психологические особенности ребенка, факторы, влияющие на его развитие, а именно:

- особенности личности;
- факторы, определяющие личностное развитие детей, подростков и молодежи с психофизическими нарушениями на разных возрастных этапах;
- особенности межличностного взаимодействия ребенка со сверстниками, братьями, сестрами, друзьями, а также их влияние на его развитие;
- эмоционально-волевая сфера;
- причины, препятствующие формированию адекватной личностной самооценки;
- особенности формирования «системы Я»;
- потребности ребенка и внутрисемейные факторы, их определяющие;
- межличностные отношения в малых социальных группах, состоящих из лиц с отклонениями в развитии (в классе коррекционной школы, в группе профессионального училища, в трудовом коллективе и т.д.);
- особенности формирования мотивации к посильному труду в условиях семьи;
- особенности формирования мотивации к профессиональной деятельности в трудовом коллективе.

*Второй блок. Психологическое изучение родителей (лиц, их заменяющих) и членов семьи ребенка с отклонениями в развитии.*

К направлениям этого блока относится изучение:

- личностных особенностей родителей и членов семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии; внутрисемейного климата; межличностных контактов;
- факторов, влияющих на родительские позиции (отцовскую и материнскую) по отношению к ребенку с отклонениями в развитии;
- уровня педагогической компетентности родителей, выступающих в качестве педагогов своих детей; их воспитательских качеств и способностей, профессиональных педагогических умений;
- социально-культурных условий жизни семьи на разных возрастных этапах развития ребенка;
- ценностных ориентации родителей, относящихся к различным социально-культурным группам, в отношении ребенка с отклонениями в развитии;
- основных типов взаимодействия в семьях;
- моделей воспитания в семьях;
- форм родительского участия в формировании навыков социальной и трудовой адаптации ребенка;
- влияния родительской позиции на формирование личности ребенка;
- мотивационно-потребностной сферы родителей;
- характера внутренних личностных переживаний родителей (близких лиц), связанных с нарушениями развития ребенка;
- влияния фактора присутствия в семье ребенка с психофизическими нарушениями на развитие его здоровых братьев и сестер;
- особенностей отношения здоровых братьев и сестер к ребенку с отклонениями в развитии;

- динамики родительско-детских и детско-родительских отношений под воздействием психокоррекции;
- родительских позиций отцов и матерей детей с отклонениями в развитии (в сравнении);
- влияния религиозных и культурных традиций семьи на родительское отношение к ребенку с отклонениями в развитии.

Третий блок. *Психологическое изучение социального окружения семьи ребенка с отклонениями в развитии и факторов, влияющих на его социальную адаптацию.*

Этот блок предусматривает изучение:

- отношения различных социальных групп населения к детям, подросткам и лицам с психофизическими нарушениями;
- влияния здоровых сверстников на характер и динамику развития ребенка с отклонениями;
- макросоциальных условий, определяющих развитие и социально-трудоуваемую адаптацию детей, подростков и молодых людей с психофизическими нарушениями;
- макросоциальных условий, определяющих максимально возможную реабилитацию семей, в которых воспитываются и живут дети, подростки и молодые люди с психофизическими нарушениями.

Спектр проблем, представленных в третьем блоке, может быть включен в разряд междисциплинарных исследований.

### **2.2.3. Консультирование семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии**

Обычно консультирование семьи, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, включает не только советы и рекомендации психолога, но и процедуру ее психологического изучения. Именно процедура психологического изучения личностных особенностей родителей позволяет выявить их реактивные способности, адаптационные возможности и установить слабые зоны внутрисемейных отношений, нуждающихся в психокоррекционном воздействии.

Психологическое исследование может провести как психолог государственного образовательного учреждения, так и другого негосударственного учреждения. Результаты психологического изучения семьи дополняют данные социально-педагогического обследования и помогут оптимизировать работу по вовлечению родителей в коррекционно-педагогический процесс.

В этой области можно условно выделить два крупных направления в зависимости от «объекта» работы — консультирование членов семьи (прежде всего родителей) и консультирование самого ребенка.

Консультирование самого ребенка возможно лишь с определенного возраста, а конкретно — с подросткового (исходя из определения понятия психологического консультирования). Только в этот период развитие самосознания и самопознания подростка позволяет ему выявлять те или иные проблемы и обращаться за помощью, причем у него не должно быть выраженных нарушений психики.

Основные задачи можно сформулировать следующим образом:

- помощь в выборе правильной тактики воспитания ребенка;
- помощь в обучении ребенка тем или иным навыкам;
- информирование о возрастных и индивидуальных особенностях ребенка в связи с нарушениями развития;
- помощь в адекватной оценке возможностей ребенка;

- обучение некоторым методикам коррекционной работы;
- гармонизация внутрисемейных отношений, нарушенных вследствие появления ребенка с отклонениями в развитии и негативно отражающихся на нем;
- помощь в решении личностных проблем, вызванных появлением ребенка с отклонениями в развитии, т.к. их наличие у членов семьи также негативно сказывается на ребенке;
- помощь в выработке схем поведения в типичных стрессовых ситуациях.

Методы консультирования — те же, что и обычно, но со своей спецификой. В первую очередь это касается беседы с родителями или другими взрослыми, обратившимися по поводу ребенка (Бурменская Г.В., Карабанова О.А., Лидере А.Г. и др. Возрастно-психологический подход в консультировании детей и подростков. – М.,2002).

Очень важно, чтобы консультант проявил искреннюю заинтересованность в проблемах семьи в целом и ребенка в частности. Не следует прямо критиковать действия родителей; в первые встречи это просто недопустимо. Необходимо сориентировать родителей в возможных целях и задачах консультирования, сформировать установку на совместную работу с ребенком и консультантом, предупредить о вероятных препятствиях и трудностях. Следует проявлять осторожность при прогнозировании дальнейшего развития ребенка, избегать безапелляционных утверждений, не внушать неоправданных ожиданий.

При этом виде консультирования работа может вестись индивидуально и в группе. Хорошо зарекомендовали себя родительские семинары, группы тренинга умений и другие виды родительских групп. Методы коррекции, используемые в родительской группе:

- метод групповой дискуссии;
- метод видеокоррекции;
- метод игры;
- метод совместных действий;
- метод обсуждения и разыгрывания ситуаций «Идеальный родитель или ребенок»;
- метод обучающего эксперимента;
- метод анализа коммуникаций «Ребенок – родитель» при решении проблем ребенка;
- метод анализа ситуации «Как помочь ребенку решить проблему?».

Желательно, чтобы специалист, проводящий такого рода консультирование, имел солидную подготовку в области специальной психологии и коррекционной педагогики, хорошо представлял себе варианты аномального развития и пути помощи детям с отклонениями в развитии.

Таблица 1

Содержание психологического консультирования родителей детей с отклонениями

Этап консультирования	Задачи этапа	Рекомендации психологу
1.Первичная беседа	1. Установление неформального контакта с родителями. 2. Объяснение родителям задач и форм консультативной работы. Составление плана работы. 3. Формирование у родителей установки на сотрудничество и принятие ответственности в процессе анализа проблем ребенка, разработке и реализации стратегии помощи. 4. Оказание родителям эмоциональной поддержки.	1.Исключение всех видов негативной обратной связи родителям относительно их ребенка или их собственных действий или представлений. 2. Избегать формирования у родителей установки на получение готового рецепта, легкости в разрешении трудностей. 3. Желательно заключение с родителями письменного соглашения о целях совместной работы и конкретны этапах и сроках работы.

2. Основная беседа-интервью.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Совместное составление истории развития ребенка на предыдущих этапах его жизни.</li> <li>2. Получение информации о состоянии здоровья ребенка.</li> <li>3. Сбор информации о социальной обстановке жизни ребенка и обстоятельствах социально-бытового плана.</li> <li>4. Обсуждение особенностей поведения, общения и деятельности ребенка в ситуациях внутри- и внесемейного взаимодействия.</li> <li>5. Обсуждение особенностей внутрисемейного общения и стилей воспитания.</li> <li>6. Оказание родителям эмоциональной поддержки.</li> <li>7. Информирование о направлениях и задачах диагностического обследования ребенка.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Четко дифференцировать фактические сведения от интерпретации или оценки их родителями и помнить, что для понимания реальных проблем ребенка важны как те, так и другие.</li> <li>2. Не заменять интервью самостоятельным заполнением родителями письменной анкеты.</li> <li>3. Рассматривать данную беседу как специфический этап консультирования и обучения родителей: стимулировать осознание родителями истинных причин обращения, вербализацию внутренних страхов и опасений, обсуждение стилей семейного воспитания и родительских требований и т.д.</li> <li>4. Выразить родителям уважение и признательность в связи с той серьезной аналитической работой, которую они смогли осуществить.</li> </ol>
3. Углубленное психологическое обследование ребенка.	<p>Анализ социально-психологического статуса ребенка по следующим направлениям:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Соотношение с возрастной нормой развития.</li> <li>2. Наличие отклонений в развитии и психологическом состоянии.</li> <li>3. Предполагаемые причины отклонений в поведении, развитии и психическом состоянии.</li> <li>4. Рекомендуемые психокоррекционные мероприятия.</li> <li>5. Наличие выраженных психологических особенностей ребенка и рекомендаций по обучению, взаимодействию с ним.</li> </ol>	<p>Предоставление родителям письменного заключения по итогам углубленного психологического обследования ребенка, содержащего подробный анализ социально- психологического статуса ребенка.</p>
4. Заключительная беседа.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Обсуждение итогов проведенного обследования, характера, степени и причин выявленных проблем и особенностей развития ребенка.</li> <li>2. Совместная разработка системы конкретных мер помощи или коррекционной работы.</li> <li>3. Обсуждение перспектив развития ребенка в ситуации реализации стратегии помощи и без нее.</li> <li>4. Обсуждение проблем, чувств и переживаний родителей, их отношения к трудностям ребенка.</li> <li>5. Планирование следующих встреч.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Необходимо помочь близким ребенка снять чувство тревоги с одновременным усилением чувствительности к потребностям ребенка.</li> <li>2. Желательно вести беседу одновременно с обоими родителями.</li> <li>3. Стратегия помощи должна быть представлена в письменной форме с указанием сроков и конкретных действий психолога и родителей.</li> <li>4. Рекомендуется посещение семьи дома.</li> <li>5. Очень часто одной беседы бывает недостаточно, особенно если речь идет об изменении стиля воспитания и общения в семье.</li> </ol>

Особо следует остановиться на проблеме профессионального консультирования детей с отклонениями в развитии. Эта проблема, к сожалению, практически не разработана, хотя в ее актуальности сомневаться не приходится: ведь правильное профессиональное самоопределение — залог успешной социальной реабилитации детей.

Ранняя проф.консультация как раз и проводится не столько для детей, сколько для их родителей. Она носит информационный характер и направлена на приобщение родителей к формированию у подрастающего ребенка интереса к своим психофизиологическим качествам, а, в конечном счете, готовности к профессиональному выбору.

#### 2.2.4. Модели помощи современной семье

В консультативно-психологической помощи семье условно выделяют несколько моделей:

1. *Педагогическая модель* базируется на гипотезе недостатка педагогической компетентности родителей. Субъект жалобы в таком случае обычно ребенок. Консультант вместе с родителями анализирует ситуацию, намечает программу мер. Хотя сам родитель может быть причиной неблагополучия, эта возможность открыто не рассматривается. Психолог ориентируется не столько на индивидуальные возможности родителя ребенка, сколько на универсальные с точки-зрения педагогики и психологии способы воспитания.

2. *Диагностическая модель* основывается на предположении дефицита у родителей специальных знаний о ребенке или своей семье. Объект диагностики — семья, а также дети и подростки с нарушениями и отклонениями в поведении. Диагностическое заключение может служить основанием для принятия организационного решения.

3. *Социальная модель* используется в тех случаях, когда семейные трудности есть результат неблагоприятных обстоятельств. В этих случаях помимо анализа жизненной ситуации и рекомендаций требуется вмешательство внешних сил.

4. *Медицинская модель* предполагает, что в основе семейных трудностей лежат болезни. Задача консультирования — диагноз, лечение больных и адаптация здоровых членов семьи к больным.

5. *Психологическая (психотерапевтическая) модель* используется тогда, когда причины трудностей ребенка лежат в области общения, личностных особенностей членов семьи. Она предполагает анализ семейной ситуации, психодиагностику личности, диагностику семьи. Практическая помощь заключается в преодолении барьеров общения и причин его нарушений.

Фактически при работе с семьей используются педагогическая, диагностическая и психологическая модели, но важно подчеркнуть, что психологическая модель должна всегда сопровождать и в некотором смысле предшествовать другим видам помощи.

Превалирование той или иной модели зависит от конкретной задачи консультирования, а они могут быть весьма разнообразными.

### Практическая работа

#### 2.1 Обследование детей в комиссиях по отбору в дошкольные и школьные коррекционно-образовательные учреждения

Составить программу психолого-педагогического изучения ребенка раннего и дошкольного возраста.

В виде таблицы:

№ п/п	Наименование раздела(пробы)	Возраст	Цель	Источник

Составить программу логопедического обследования ребенка раннего и дошкольного возраста.

В виде таблицы:

№ п/п	Наименование раздела(пробы)	Возраст	Источник

Составить программу психолого-педагогического изучения ребенка школьного возраста с ОВЗ.

В виде таблицы:

№ п/п	Наименование раздела(пробы)	Возраст	Цель	Источник

Составить программу логопедического обследования ребенка школьного возраста с ОВЗ.

В виде таблицы:

№ п/п	Наименование раздела(пробы)	Возраст	Источник

## 2.2 Психологическое консультирование родителей

1. Составить программу психологического обследования семьи, имеющей ребенка с ОВЗ.

В виде таблицы:

№ п/п	Наименование раздела(пробы)	Оценка в баллах				
		5	4	3	2	1

### Тест 2

1. Государство гарантирует бесплатно для лиц с инвалидностью:

- 1) услуги сурдопереводчика
- 2) питание
- 3) учебники

2. Рекомендации ПМПК необходимы для:

- 1) разработки индивидуального учебного плана
- 2) разработки адаптированной образовательной программы
- 3) разработки ФГОС

3. Организационные модели ПМПК:

- 1) отсутствуют
- 2) вариативны
- 3) стандартны

4. Позиция специалиста ПМПК:

- 1) Эксперт
- 2) Консультант-фасилитатор
- 3) Диагност

5. Что необходимо сделать в случае конфликта на заседании ПМПК между родителями (законными представителями) и специалистами по поводу несогласия с рекомендациями ПМПК?

- 1) направить в вышестоящую ПМПК
- 2) обратиться в суд
- 3) направить письменное уведомление в органы опеки и попечительства о нарушении прав ребенка на образование

6. Рекомендации ПМПК обязательны для:

- 1) родителей
- 2) педагогов
- 3) органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющих государственное управление в сфере образования, и органов местного самоуправления, осуществляющих управление в сфере образования, образовательным организациям, иным органам и организациям

7. Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения комиссии производится:

- 1) в отсутствие детей
- 2) в отсутствие родителей и детей
- 3) в присутствии родителей и детей

8. Возраст обращения в ПМПК для проведения обследования и получения рекомендаций обучающимся с ОВЗ и инвалидностью:

- 1) от 0 до 18 лет
- 2) до окончания ими образовательных организаций, реализующих основные или адаптированные общеобразовательные программы
- 3) бессрочно

9. Статус обучающегося с ограниченными возможностями здоровья устанавливается:

- 1) МСЭ
- 2) ПМПК
- 3) Врачебной комиссией

10. При возникновении противоречивых мнений по поводу результатов диагностики принимаются решения:

- 1) компромиссные решения в пользу ребенка
- 2) на основании медицинского диагноза
- 3) на основании заключения учителя-дефектолога

## **ГЛАВА 3. ДОКУМЕНТАЛЬНОЕ ОФОРМЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

### **3.1. Планирование деятельности психолого-медико-педагогической комиссии**

1. Примерное календарное планирование деятельности ПМПК (с учетом форм работы и сезонных особенностей задач, стоящих перед ПМПК; при 5-дневной рабочей неделе)

2. График работы ПМПК составляется на каждую неделю с учетом реального запроса на прием населения (в соответствии с записью детей на обследование в ПМПК). На прием населения отводится в среднем 24 рабочих часа в неделю. В приеме населения принимают участие все специалисты ПМПК. Остальное время (12 часов в неделю.) распределяется на выполнение организационно-методической, просветительской и контролирующей (сопровождения) деятельности. При повышенном запросе на прием населения заведующий ПМПК информирует специалистов ПМПК о соответствующем перераспределении рабочего времени с последующей корректировкой плана ПМПК.

3. Индивидуальное планирование деятельности каждого специалиста (в структуре плана и графика работы ПМПК, с учетом нагрузки на каждого специалиста).

Время приема детей и подростков является единым для всех специалистов ПМПК. Остальное время распределяется по согласованию с заведующим ПМПК в зависимости от запроса и предпочтительных для каждого специалиста форм деятельности. Каждый специалист составляет еженедельный график по той же форме, по которой составляется еженедельный график деятельности ПМПК с учетом 36-часовой рабочей недели.

#### **Обращение в ПМПК**

##### **1. Инициатор обращения.**

Инициаторами обращений в ПМПК могут быть родители (законные представители) и, с согласия родителей (законных представителей), — работники учреждений и ведомств, сотрудничающих с ПМПК, обнаруживших показания к направлению ребенка на ПМПК.

##### **2. Показания к направлению детей и подростков на ПМПК.**

Отклонения в развитии, препятствующие пребыванию, адаптации, развитию и образованию (обучению, воспитанию) детей и подростков от 0 до 18 лет в учреждениях системы образования, в семье, в социуме.

##### **3. Направление на ПМПК (таблица 2)**

## Направление ребенка на ПМПК

<i>Направление на ПМПК</i>	
<i>Учреждение (ведомство)</i>	_____
	<i>(официальное название учреждения)</i>
<i>направляет</i>	_____
	<i>(ФИО ребенка, возраст, адрес)</i>
<i>На обследование ПМПК в связи с:</i>	
<i>(Указываются конкретные показания к направлению ребенка на ПМПК)</i>	
_____	
<i>Приложение (перечень документов, направляемых обратившимся учреждением в ПМПК):</i>	
_____	
<i>Печать учреждения</i>	
<i>Подпись руководителя учреждения</i>	

Рекомендуемая форма журнала ведется регистратором (таблица 3)

## Журнал первичного учета детей, обратившихся в ПМПК

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
№ п/ п	ФИО , пол ребенка	Дата рождения	Адрес, телефон	Повод обращения	Инициатор обращения в ПМПК	Образовательное учреждение Образовательный маршрут	Дата ПМ ПК	Подпись родителей (законных представителей)	Примечание

а. Если инициаторами обращения в ПМПК являются родители (законные представители), официальное направление ребенка на ПМПК не является обязательным.

б. В случае инициативы обращения в ПМПК работников учреждений и ведомств, сотрудничающих с ПМПК и обнаруживших соответствующие показания к направлению ребенка на ПМПК, они могут в профессиональной, психологически и этически корректной и доступной для понимания форме рекомендовать родителям обратиться в ПМПК. Важно обосновать позитивную роль официального направления и прилагаемых к нему документов для решения проблемы ребенка.

в. Без согласия родителей (законных представителей) ребенок не может быть направлен на ПМПК.

4. Предварительная запись ребенка на ПМПК (технология сбора первичной информации)

а. При записи ребенка на ПМПК регистратор ставит родителей (законных представителей) в известность о гарантии конфиденциальности сообщаемых ими сведений о ребенке.

б. Регистратор ПМПК ведет сбор первичной информации в соответствии с рубриками журнала первичного учета.

в. Поведение и отношение регистратора к родителям (законным представителям), записывающим ребенка на ПМПК, должно быть психотерапевтическим (прятие, доброжелательность и т.п.).

г. В рубрике 1 фиксируется порядковый номер ребенка, обратившегося в ПМПК. Нумерация ведется последовательно с № 1 с первого января по тридцать первое декабря каждого года.

д. Фамилия, имя, отчество (2-я рубрика) и дата рождения (3-я рубрика) ребенка при первичной записи обычно фиксируются со слов родителей (законных представителей). Регистратор рекомендует родителям (законным представителям) в день обследования ребенка на ПМПК, наряду с другими документами (см. пункт "Входящая документация"), принести свидетельство о рождении ребенка. Регистратор ставит родителей в известность о том, что в ПМПК возможен и анонимный прием.

е. В рубрике 4 записывается адрес и телефон для связи, а также данные о том, через кого будет осуществляться связь

ж. Рубрика 5: выясняется, что послужило поводом для обращения в ПМПК именно сейчас.

з. В рубрике 6 отмечается, кто инициатор обращения в ПМПК. Если инициатива исходит не от родителей (законных представителей), то уточняется отношение родителей к обследованию ребенка на ПМПК (согласие, несогласие). Родители ставятся в известность, что без их согласия ребенок не может быть обследован на ПМПК.

и. В рубрике 7 последовательно фиксируется: а) посещает/пребывает ли ребенок в настоящее время в образовательном учреждении. Если "да", то в каком именно (в том числе, указывается класс, группа); б) если "нет", то делается пометка, соответствующая "социальной ситуации развития" ребенка (домашний ребенок; ребенок находится в учреждении социальной защиты, в учреждении здравоохранения, в учреждении правоохранительной системы, др.).

к. В рубрику 8 вписывается дата и время обследования ребенка на ПМПК в соответствии с графиком работы ПМПК, о чем и информируются родители (законные представители).

л. В 9 рубрике регистратор предлагает родителям (законным представителям) подтвердить подписью согласие на обследование и, при необходимости, обмен информацией о ребенке специалистами ПМПК с другими учреждениями, организациями и ведомствами, с которыми сотрудничает ПМПК.

м. 10 рубрика отводится под примечание, куда может быть внесена любая важная, полезная дополнительная информация или какие-либо поправки.

#### Алфавитная книга

Для облегчения поиска информации о ребенке, записанном или уже прошедшем обследование на ПМПК, регистратор вносит фамилию, имя, отчество ребенка в Алфавитную книгу (по первой букве фамилии). На каждый новый (календарный) год заводится новая Алфавитная книга, на титульной обложке книги указывается год. Лист Алфавитной книги оформляется следующим образом (таблица 4).

## Рекомендуемая форма А (буква алфавита)

л/л	ФИО	№ записи* (з №) № приема** (п №)	Примечание
	Акулов Сергей Владимирович	З № 25; п № 20	П-№ 24 (дополнительный прием)

\*№ записи указывается в соответствии с Журналом первичного учета детей, обратившихся в ПМПК.

\*\* № приема указывается в соответствии с Журналом учета детей, прошедших обследование на ПМПК.

## 5. Входящая документация:

а. Свидетельство о рождении ребенка (предъявляется).

б. Копии заключений специалистов и коллегиального заключения психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) образовательного учреждения (представляются, если ребенок обучается и/или воспитывается в учреждении системы образования).

в. Педагогическое представление на ребенка, написанное классным руководителем (воспитателем) после сбора информации у всех учителей (воспитателей), работающих с ребенком.

г. Образцы письменных работ ребенка по русскому (родному) языку, математике, рисунки, другие результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

д. Выписка из истории развития ребенка с заключением участкового врача-педиатра и других врачей (по показаниям: в соответствии с обнаруженными или предполагаемыми участковым врачом-педиатром отклонениями в развитии ребенка; из дополнительных наиболее важными представляются заключения офтальмолога, отоларинголога, ортопеда). При необходимости получения дополнительной медицинской информации о ребенке ПМПК направляет запрос в детскую поликлинику по месту жительства ребенка (таблица 5).

## Форма запроса ПМПК:

<i>Место штампа ПМПК</i>
<i>Запрос ПМПК В детскую поликлинику _____</i> <small>(сведения о детской поликлинике)</small>
<i>На предоставление информации о ребенке</i>
<small>(ФИО, дата рождения (число, месяц, год), адрес ребенка)</small>
<i>Предполагаемая диагностика:</i>
<i>Просим направить в адрес ПМПК заключения следующих специалистов:</i>
<i>МП</i> <i>(печатать учреждения, в структуре которого находится ПМПК</i> Подпись зав ПМПК

## Условия приема ребенка на ПМПК

1. На ПМПК ребенок приходит в сопровождении родителей (законных представителей). Предпочтительным является присутствие на ПМПК матери ребенка.
2. Допустимо консультирование обратившихся самостоятельно подростков старше 12 лет. При этом ПМПК гарантирует соблюдение и, в случае необходимости, инициативу по защите прав подростка.
3. Возможность выбора условий для индивидуального или коллегиального обследования ребенка специалистами в соответствии с показаниями.
4. Возможность наблюдения за обследованием ребенка одним из специалистов другими специалистами, с использованием средств, щадящих психику ребенка (напр., зеркало Гезелла, кинокамера и др.).
5. Согласие родителей (законных представителей) на обследование ребенка специалистами ПМПК и обмен информацией о ребенке с другими учреждениями, организациями, ведомствами подтверждается их подписью в соответствующей рубрике Журнала первичного учета.
6. Гарантия конфиденциальности сведений о ребенке, полученных в процессе беседы с родителями (законными представителями), а также — в процессе обследования ребенка, подтверждается подписями специалистов, участвовавших в обследовании ребенка, в Журнале учета детей, прошедших обследование на ПМПК.

### **3.2. Процедура приема ребенка на психолого-медико-педагогической комиссии**

Процедура обследования ребенка на ПМПК имеет особенности, отличающие ее от процедур независимых консультативных приемов детей конкретными специалистами (врачами, психологами, педагогами). Обследование ребенка на ПМПК не может быть механической суммой обследований конкретных специалистов с неизбежным дублированием некоторых этапов обследования и представляет собой качественно своеобразную технологию. ПМПК работает как единая "команда" специалистов, коллегиально планирующих обследование ребенка и формулирующих коллегиальное заключение. Такой подход требует совмещения принципа деятельности независимых высокопрофессиональных экспертов с умением принимать единое согласованное решение. Окончательное решение формулируется как коллегиальное заключение с содержащимися в нем рекомендациями.

Процедура обследования ребенка на ПМПК требует одновременного участия всех специалистов в форме супервизорства. Все специалисты являются наблюдателями последовательных этапов обследования ребенка каждым из «запланированных» специалистов (за зеркалом Гезелла, при использовании других технических средств). Такая технология дает возможность экономии времени и повышения качества обследования.

Особые требования предъявляются к технологии принятия решения по результатам обследования ребенка при возникновении противоречивых мнений по поводу диагностики и рекомендаций. В таких случаях принимаются компромиссные решения в пользу ребенка. Речь идет о диагностических периодах обучения, лечения, психологического и социально-правового сопровождения, динамического наблюдения специалистами ПМПК в процессе повторных обследований. На этом этапе ребенку всегда рекомендуют условия, предполагающие более широкую "зону ближайшего развития" соответственно одному (более легкому и перспективному) из дифференцируемых диагнозов.

1. Процедура и продолжительность обследования определяются возрастными, индивидуальными и типологическими особенностями развития ребенка.

2. Среднее время приема ребенка на ПМПК. (до момента принятия коллегиального заключения и рекомендаций) равно двум астрономическим часам. Это время может перемежаться периодами отдыха ребенка или распределяться на несколько дней в соответствии с психолого-медико-педагогическими показаниями и возможностями повторного посещения ребенком ПМПК (в зависимости от территориальной удаленности ПМПК от места жительства ребенка, других причин).

3. При необходимости более детального обследования ребенка конкретным^) специалистом(ами) ПМПК, установленной в ходе планирования или непосредственного обследования ребенка, родителям (законным представителям) рекомендуют прийти с ребенком повторно на соответствующий прием.

4. На тех этапах приема, когда специалисты общаются с родителями (законными представителями), ребенок находится в игровой комнате с воспитателем, осуществляющим взаимодействие с ребенком и наблюдение за его поведением.

5. В диагностически сложных и конфликтных случаях время дополнительного медицинского обследования ребенка может составлять в общей сложности до 3 часов, а психологического или педагогического - до 6 часов. Дальнейшее увеличение временных затрат на обследование одного ребенка в условиях ПМПК нецелесообразно. В таких случаях можно использовать возможности ППМС-центров.

6. При наличии показаний ПМПК направляет ребенка в другие учреждения, ведомства, сотрудничающие с ПМПК (таблица 6)

## Рекомендуемая форма направления ребенка в другие учреждения

<i>Штамп ПМПК</i>
<i>Психолого-медико-педагогическая комиссия</i>
<i>(региональная, городская, районная – указать, какая именно)</i>
<i>Направляет</i>
<i>(ФИО, дата рождения ребенка)</i>
<i>На</i>
<i>(консультацию, обследование и др.)</i>
<i>В</i>
<i>(название учреждения)</i>
<i>В связи с</i>
<i>(обоснование направления)</i>
<i>МП.</i> <i>Зав. ПМПК -</i>

7. Критериями процедуры и продолжительности обследования являются:

- а. наличие контакта обследующего с обследуемым ребенком;
- б. доступность, результативность, успешность деятельности ребенка в процессе обследования с учетом необходимых мер помощи;
- в. своевременная компенсация состояния ребенка или прекращение обследования при возникновении по ходу обследования психосоматических, выраженных нейродинамических, невротических, психопатических или психотических расстройств;
- г. исключение психотравмирующих и неэтичных ситуаций при решении вопроса о присутствии родителей (законных представителей) при обследовании ребенка;
- д. допустимость обследования ребенка как каждым специалистом индивидуально, так и несколькими специалистами одновременно при исключении физических перегрузок, психотравмирующих и неэтичных ситуаций;
- е. возникновение у родителей (законных представителей) доверия к специалистам ПМПК, готовность воспринимать коллегиальное заключение и следовать рекомендациям ПМПК

## Коллегиальное планирование обследования ребенка на ПМПК

1. Анализ, уточнение, дополнение первичной информации (см. Журнал первичного учета) и документации проводятся в присутствии всех специалистов ПМПК и родителей (законных представителей) ребенка. Регистратор сообщает сведения о ребенке в соответствии с записями в Журнале первичного учета и представленными документами. По ходу сообщения специалисты уточняют те или иные сведения.

2. Сбор информации о социальных условиях жизни у родителей (законных представителей) ребенка (в индивидуальной беседе) осуществляет социальный педагог. Содержание беседы соответствует основным пунктам заключения социального педагога (см. ниже: "Структура и содержание заключений специалистов").

3. Сбор анамнестических сведений у родителей (законных представителей) осуществляется одним из специалистов ПМПК (как правило, врачом-педиатром или психиатром).

4. Все специалисты участвуют в сборе информации о социальных условиях жизни ребенка, а также — в сборе анамнеза как супервизоры (в соседнем помещении за зеркалом Гезелла, используя другие технические средства. Возможность такого участия обеспечена гарантией соблюдения прав ребенка и родителей (законных представителей) и необходимостью, в интересах ребенка, ограничения времени приема. По ходу сбора информации каждый специалист формулирует диагностическую гипотезу и записывает вопросы, требующие прояснения, уточнения. Эти вопросы могут быть переданы в письменном виде и прояснены, уточнены социальным педагогом и врачом. Такая процедура сбора анамнеза и информации о социальных условиях жизни ребенка облегчает последующий коллегиальный анализ полученных сведений.

5. Окончательное Формулирование диагностической гипотезы осуществляется специалистами коллегиально. При этом родители (законные представители), и ребёнок на обсуждении не присутствуют. На основании диагностической гипотезы составляется план обследования, включающий ответы на вопросы: кто из специалистов, в какой последовательности и что будет обследовать. Как правило, обследования проводятся специалистами в следующей последовательности: социальное (социальный педагог); медицинское (а) врач-педиатр, б) врач-психиатр); психологическое; педагогическое (а) олигофренопедагог, б) логопед.

6. Составление программы обследования. Каждый специалист, участвующий в обследовании, решает, какими методами он будет осуществлять свое профессиональное обследование, учитывая предложения и замечания других специалистов. При этом предполагается исключение дублирования элементов обследования за счет супервизорской технологии.

7. Определение условий обследования (время, место, допустимость обследования в присутствии нескольких специалистов, с участием родителей или "без" и т.д.)

#### Принципы построения обследования ребенка специалистами ПМПК

1. "Целостный подход" к ребенку. Оценка уровня социальной адаптированности и личностной целостности (конгруэнтности) ребенка.

2. Всесторонний анализ психофизического и социального развития ребенка

3. Комплексный подход к обследованию ребенка с позиций специалистов разных профилей.

4. Анализ динамики развития ребенка.

5. Предпочтительное использование при обследовании ребенка в условиях ПМПК формы обучающего и формирующего экспериментов. Анализ динамических изменений в процессе обучения ребенка, формирования планируемых изменений.

6. При наличии у ребенка трудностей в выполнении заданий, обследование строится по следующим принципам:

а. Переход от простого к сложному.

б. Переход от совместных действий специалиста и ребенка к самостоятельным действиям ребенка.

в. Опора на резервные (сохранные) структуры психофизического развития.

г. Опора на ведущие репрезентативные системы (каналы восприятия информации) ребенка.

д. Распределение нагрузки в соответствии с динамикой умственной работоспособности ребенка.

е. Соразмерность помощи поставленной диагностической задаче и возможностям ребенка.

ж. Обеспечение успеха ребенку в результате выполнения каждого "шага" обследования. Подкрепление мотивации достижения.

з. Оценка способности ребенка к переносу — действию, размышлению по аналогии.

и. Использование адекватных индивидуальным и возрастным особенностям ребенка форм обследования:

– игра (предметная, сюжетная, ролевая, дидактическая и др.), соревнование, различные формы обучающего или формирующего эксперимента и др.;

– индивидуальная работа с ребенком, работа в микрогруппах (в том числе в присутствии родителей, во взаимодействии с родителями в присутствии нескольких специалистов и т.д.)

Обследование ребенка специалистами в соответствии с планом, возможная корректировка плана по ходу обследования

1. Планирование обследования ребенка специалистом осуществляется в соответствии с диагностической гипотезой, общим планом обследования ребенка, целью деятельности ПМПК, запросом, исходящим от инициатора обследования.

2. Процедура обследования ребенка на ПМПК каждым специалистом. Обследование ребенка специалистом осуществляется индивидуально с участием других специалистов в качестве супервизоров (за зеркалом Геззела). Присутствие родителей (законных представителей) определяется особенностями каждого конкретного случая.

3. Методическое обеспечение обследования ребенка определяется каждым специалистом самостоятельно (диагностические методики, другие средства обследования) в рамках единого пакета диагностических методик.

4. Каждый специалист ведет протокол (в свободной форме), который по содержанию соответствует индивидуальному плану обследования ребенка.

Структура и содержание заключений специалистов.

1. Структура и содержание заключения каждого специалиста должны соответствовать профессиональным требованиям к диагностике и разработке рекомендаций, диагностической гипотезе, общему плану обследования ребенка на ПМПК и плану индивидуального обследования ребенка конкретным специалистом, отвечать на запрос инициатора обращения в ПМПК.

2. Заключения врачей ПМПК имеют форму диагноза в соответствии со специальностью врача, инструкциями по отбору детей в специальные (коррекционные) образовательные учреждения разных видов и современными требованиями Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятого пересмотра).

а. До принятия новых инструкций врачам ПМПК можно рекомендовать формулировать диагноз в соответствии с устаревшими, но пока законными, инструкциями, а в скобках делать запись в соответствии с МКБ-10.

б. Заключение врача-педиатра ПМПК содержит диагностические данные об общем физическом состоянии и динамических изменениях в этой сфере.

Обязательно вносятся сведения о состоянии зрения, слуха и моторики (общая моторика, тонкая моторика рук, доминантная рука).

в. Заключение врача-психиатра ПМПК содержит диагностические данные о психическом состоянии и динамике психического развития ребенка.

*Рекомендуемая форма (таблица 7)(на примере психологического обследования)*

## Примерная форма заключения врача

План/протокол психологического обследования

ребенка \_\_\_\_\_ -

(Ф.И., возраст ребенка)

дата \_\_\_\_\_ специалист \_\_\_\_\_

(Ф.И.О педагога психолога)

Диагностическая гипотеза и план обследования	Протокол обследования
Дифференциация умственной отсталости и нарушений активности и внимания  1. Исследование мыслительных операций.  2. Исследование произвольного внимания и регуляторной функции речи	Методики: Особенности выполнения:  1. «4-ый лишний»
	2. Метафоры:
	3. Последовательные картинки (Радлов)
	1. Нейропсихологические пробы на выполнение программ действий в ответ на условные сигналы:
	И т.д.

г. Неврологическое обследование врач-педиатр и врач психиатр могут проводить, взаимно дополняя друг друга. По договоренности, диагностические неврологические сведения вносятся в одно из медицинских заключений.

д. При необходимости врачи ПМПК запрашивают недостающую информацию о ребенке или направляют его для дополнительных обследований к другим врачам ПМПК, детской поликлиники (по месту жительства ребенка), других учреждений системы здравоохранения, с которыми ПМПК взаимодействует.

е. При наличии показаний, врачи ПМПК рекомендуют наблюдение ребенка, проведение профилактических и лечебных мероприятий соответствующими врачами поликлиники (по месту жительства ребенка) и/или врачами образовательного учреждения.

3. Заключение психолога состоит из двух частей — обязательной и дополнительной. В обязательную часть входят следующие сведения:

а. Особенности развития мышления ребенка (структура и динамика мыслительных операций). Организация интеллектуальной деятельности.

б. Анализ «социальной ситуации развития»:

– Оценка возрастных этапов развития с точки зрения 1) критических периодов и 2) основных психологических новообразований.

– Анализ актуального уровня социальной адаптации личности (в семье, во дворе, в образовательном учреждении и т.д.). Социально-бытовая ориентировка, навыки культурного поведения.

– Оценка "зоны ближайшего развития" и прогноза развития с позиции адаптивных характеристик личности.

– Адаптивность в условиях приема ребенка на ПМПК и психологического обследования, в частности.

в. Структура личности ребенка. Особенности мотивации (селективность, направленность, устойчивость, целеполагание, притязания). Самооценка и способность личности к рефлексии критичность, адекватность). Целостность (конгруэнтность) личности.

В дополнительную часть в каждом конкретном случае вносятся психологические сведения, важные именно для того ребенка. Их выявление планируется психологом исходя из:

- а. первичного запроса на обследование ребенка на ПМПК;
- б. беседы с родителями в процессе сбора анамнеза (как правило, врачом);
- в. коллегиально согласованной диагностической гипотезы;
- г. психологического обследования параметров развития, входящих в обязательную часть.

*Общая схема дополнительных психологических исследований* включает следующие параметры:

- а. умственная работоспособность;
- б. структура деятельности (основные параметры произвольной регуляции деятельности: целенаправленность, планирование, программирование, контроль);
- в. характеристика основных психических функций: восприятие, внимание, память, движения и действия (мышление см. в обязательной части);
- г. пространственные синтезы (наглядные, символические);
- д. речь (преимущественно — регуляторная, коммуникативная функции речи, связь речи и мышления);
- е. эмоциональная сфера (ситуационные и личностные эмоциональные реакции; настроение; чувства)

4. *Заключение олигофренопедагога* содержит следующие сведения:

- а. Уровень сформированности и качественные характеристики житейских и научных знаний, умений и навыков ребенка относительно его образовательного уровня.
- б. Сопоставление образовательного уровня с психологической структурой развития (по данным психологического обследования).
- в. Сопоставление образовательного уровня с клинической структурой отклонений в развитии (по данным клинического обследования).
- г. Диагностика «зоны ближайшего развития» в рамках проблем обучения и воспитания ребенка в условиях образовательного учреждения или семьи.

5. *Заключение логопеда* содержит сведения о состоянии:

- а. устной речи
  - б. письменной речи;
  - в. речевых нарушений (в устной и письменной речи):
    - фонетических;
    - фонематических;
    - лексико-грамматических;
  - г. используются традиционные формы речевых карт
6. *Заключение социального педагога* содержит следующие сведения:
- а. динамика семьи (браки/разводы; форма брака (законный, гражданский); смерть кого-то из членов семьи; последовательность рождения детей и т.п.)
  - б. структура семьи (полная/неполная; мать-одиночка; приемный ребенок; отчим/мачеха и т.п.);



Окончательное оформление документации по результатам ребенка на ПМПК:

I. Коллегиальное обсуждение результатов обследования ребенка

Результаты обследования ребенка обсуждаются в форме краткого совещания всех специалистов ПМПК. Родители (законные представители) и ребенок при этом не присутствуют. Каждый специалист докладывает свое заключение о ребенке, предлагает рекомендации, высказывает мнение о прогнозе развития ребенка. Представленные заключения согласовываются, составляется Коллегиальное заключение ПМПК, систематизируются рекомендации.

II. *Содержание коллегиального заключения*

Коллегиальное заключение состоит из двух частей: собственно заключения и рекомендаций.

1. В заключении отражаются следующие параметры:

– Индивидуальная структура развития (особенности отклонений и резервных возможностей развития» с учетом ведущего и зависимых от него (вторичных и т.д.) отклонений в развитии).

- Динамика развития.
- Степень или стадия отклонений в развитии.
- Возрастные особенности развития.
- Темп развития.
- Интересы.
- Способности.
- "Социальная ситуация развития".
- Социально-правовая защищенность ребенка.

2. Первые два пункта рекомендаций едины для всех коллегиальных заключений: а) характеристика рекомендуемых образовательных условий (тип, вид образовательного учреждения и т.д. — идентично информации, указываемой в Справке для управления образованием); б) срок контроля состояния и развития ребенка в рекомендованных ему условиях. Например: "контроль динамика развития ребенка — до начала четвертой четверти текущего учебного года". Остальные рекомендации исходят от конкретных специалистов и уточняют особенности сопровождения ребенка соответствующими специалистами или родителями (законные представители).

## Форма коллегиального заключения

Штамп ПМПК Психолого-медико-педагогическая комиссия	
(региональная, городская, районная) (указать, какая именно)	
Коллегиальное заключение Дано	
(ФИО ребенка, дата рождения)	
В том, что он (она) был(а) обследован(а)	
(дата обследования на ПМПК)	
Заключение:	
Рекомендации:	
МП (печать учреждения, в состав которого входит ПМПК)	Заведующий ПМПК Специалисты ПМПК

Регистрация результатов обследования ребенка специалистами ПМПК в Журнале учета детей, прошедших обследование на ПМПК.

1. В рубрике 1 последовательно ведется нумерация начиная с № 1 с первого января по тридцать первое декабря каждого года. Регистрационный номер ребенка, прошедшего обследование на ПМПК, присваивается и карте развития ребенка. Этот номер считается учетным номером, который указывается в справке — документе для управления образованием. Карта развития представляет собой файловую папку (при регистрации информации о ребенке на бумажных носителях) или файл (при регистрации информации в компьютере), в который включаются следующие документы:

- а) план обследования ребенка на ПМПК;
- б) анамнестические сведения о ребенке
- в) протоколы и заключения по результатам обследования ребенка специалистами (соответственно плану обследования);
- г) лист контроля динамики развития ребенка.

2. В рубрике 2 фиксируется непосредственная дата приема ребенка на ПМПК (в соответствии с предварительной записью или, в виде исключения, при внеочередном приеме).

3. Сведения о дате рождения ребенка, его фамилии, имени и отчестве (3 рубрика) записываются в соответствии с данными свидетельства о рождении ребенка, но могут быть записаны и со слов родителей (законных представителей). При этом делается приписка: со слов родителей или по свидетельству о рождении.

4. В 4 рубрике указывается адрес ребенка (регистрация) и контактный телефон

Журнал учета детей, прошедших обследование на ПМПК(ведется заведующим ПМПК или одним из уполномоченных им специалистов(ПМПК) (таблица 10)

Таблица 10

Примерная форма журнала учета детей

<i>Лист контроля динамики развития</i>			
<i>(фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка, адрес и телефон для связи с родителями (законными представителями) ребенка</i>			
<i>Дата регистрации информации о динамике развития ребенка</i>	<i>Источник информации о динамике развития ребенка (коллегиальное заключение ПМПК образовательного учреждения, в котором находится ребенок, повторное обследование на ПМПК при обращении родителей и др.</i>	<i>Характеристика динамики развития ребенка (положительная, отрицательная, незначительная, волнообразная, др.)</i>	<i>Дата повторного обследования</i>

5. Если ребенок пришел на прием в соответствии с предварительной записью, в 5 рубрике по Журналу первичного учета отмечается дата предварительной записи и порядковый номер. Это облегчает поиск некоторых предварительно записанных сведений о ребенке.

6. В 6 рубрику вносится список специалистов, обследовавших ребенка. Каждый из них ставит свою подпись.

7. После коллегиального обсуждения результатов обследования заведующий ПМПК или уполномоченный им специалист записывает окончательную формулировку коллегиального заключения и рекомендаций в 7 рубрику Журнала учета детей, прошедших обследование на ПМПК.

8. При получении двух окончательных документов ПМПК на руки (коллегиального заключения и справки) родителям предлагают расписаться в 8 рубрике Журнала учета детей, прошедших обследование на ПМПК.

9. В примечание вносятся дополнительные сведения или исправления.

*Представление результатов обследования родителям (законным представителям) ребенка*

1. Родители (законные представители) информируются заведующим ПМПК о тех аспектах их прав и обязанностей по отношению к ребенку, которые имеют отношение к цели и задачам ПМПК (в соответствии с законодательством Российской Федерации).

2. По окончании коллегиального совещания представитель ПМПК знакомит родителей (законных представителей) с коллегиальным заключением и рекомендациями в обоснованной и доступной для понимания форме. При необходимости, в целях уточнения, разъяснения, убеждения родителей в адекватности сделанных выводов и предлагаемых рекомендаций, представляются и заключения специалистов (в доступной для понимания форме).

3. Обязательным является информирование родителей (законных представителей) о прогнозе развития ребенка в зависимости от реализации или отказа от реализации разработанных ПМПК рекомендаций.

4. При согласии родителей (законных представителей) с заключениями (специалистов и коллегиальным) и рекомендациями ПМПК им выдаются "на руки" два документа: коллегиальное заключение ПМПК с рекомендациями; 2) справка об обследовании ребенка на ПМПК(таблица 11)

Таблица 11

Форма справки об обследовании ребенка на ПМПК

<i>Справка</i>
<i>Дана</i>
<i>(фамилия, имя, отчество; дата рождения – число, месяц, год; место жительства ребенка)</i>
<i>В том, что он(а)</i>
<i>(число, месяц, год обследования ребенка на ПМПК)</i>
<i>Был(а) обследован(а) на ПМПК</i>
<i>Учетный номер - _____ (учетный номер соответствует регистрационному</i>
<i>Номеру ребенка в Журнале учета детей и подростков, прошедших обследование на ПМПК).</i>
<i>Рекомендации ПМПК:</i>
<i>(указывается тип, вид образовательного учреждения, профиль класса/группы, форма и режим обучения)</i>
<i>МП</i>
<i>Зав. ПМПК</i>

5. Коллегиальное заключение и справка ПМПК предоставляются родителями (законными представителями) сотруднику управления образования (по месту жительства ребенка), курирующему сферу специального образования.

6. Сотрудник управления образования знакомится с коллегиальным заключением ПМПК и справкой, решает вопрос о направлении ребенка в рекомендованные ПМПК образовательные условия.

7. Справка остается в управлении образования для учета укомплектованности специальных (коррекционных) образовательных учреждений (классов, групп).

8. Коллегиальное заключение ПМПК визируется сотрудником управления образования с указанием наименования (при наличии — номера) образовательного учреждения, в которое направляется ребенок, и передается родителям (законным представителям).

9. Родители (законные представители) при оформлении ребенка в указанное образовательное учреждение передают коллегиальное заключение ПМПК с визой соответствующего «сотрудника» управления образования руководителю этого образовательного учреждения.

10. Коллегиальное заключение ПМПК с визой управления образования является юридическим документом для зачисления ребенка в соответствующее образовательное учреждение и хранится в течение всего времени пребывания ребенка в этом образовательном учреждении.

Адресат коллегиального заключения

1. Адресатом коллегиального заключения ПМПК является руководитель образовательного учреждения, в которое направляется ребенок.

2. Руководитель образовательного учреждения информирует членов психолого-медико-педагогического консилиума, других специалистов образовательного учреждения, которые будут непосредственно работать с ребенком, о коллегиальном заключении, контролирует выполнение рекомендаций ПМПК.

*Сопровождение ребенка, прошедшего обследование на ПМПК.* Контроль реализации рекомендаций ПМПК динамики развития ребенка

1. Сопровождение детей и подростков ПМПК осуществляет через связь с психолого-медико-педагогическими консилиумами образовательных учреждений или непосредственно с родителями (законными представителями) (если ребенок не обучается (не воспитывается) в образовательном учреждении).

Таблица 12

Форма, которую психолого-медико-педагогические комиссии могут рекомендовать ПМПк /консилиумам/ образовательных учреждений

<i>Сведения о динамике развития обучающихся (воспитанников) образовательного учреждения (указать, какого), направленных ПМПК (указать, какой именно) в _____ году. Дата отправки сведения _____</i>			
<i>№ п/п</i>	<i>ФИО ребенка</i>	<i>Дата обследования на ПМПК (в соответствии с коллегиальным заключением ПМПК на ребенка, поступившим в образовательное учреждение</i>	<i>Динамика развития (положительная, отрицательная, волнообразная, недостаточная и др.)</i>
1.	<i>Алешин Алексей Петрович</i>	<i>20.02.2000 г.</i>	<i>Положительная</i>
2.	<i>Иванов Петр Иванович</i>	<i>12.03.2000 г.</i>	<i>Отрицательная</i>
3.	<i>Сидоров Иван Петрович</i>	<i>15..03.2000 г.</i>	<i>Волнообразная</i>
<i>Всего: 3 чел.</i>	<i>Всего с благоприятной динамикой: 1 чел. С неблагоприятной динамикой: 2 чел.</i>		
<i>Печать Образовательного учреждения</i>		<i>Подпись руководителя образовательного учреждения</i>	

2. ПМПк /консилиум/ образовательного учреждения разрабатывает план работы специалистов ПМПк с ребенком и своевременно информирует директора образовательного учреждения о неблагоприятной или недостаточной динамике развития ребенка в данных образовательных условиях. План работы с ребенком корректируется, устанавливается условный диагностический период, в течение которого специалисты ПМПк /консилиума/ пытаются добиться положительной динамики развития ребенка.

3. При наличии показаний (при подозрении на несоответствие структуры психофизического развития ребенка условиям, которые может обеспечить данное образовательное учреждение) ПМПк /консилиум/ оформляет коллегиальное заключение на ребенка и рекомендует родителям (законным представителям) повторно обратиться в ПМПК

4. В любом случае информация о динамике развития ребенка направляется ПМПк /консилиумом/ в ПМПК в соответствии с указанным в рекомендациях ПМПК сроком контроля динамики развития ребенка, при отсутствии конкретных указаний — не реже одного раза в год.

5. Повторное обращение в ПМПК по поводу детей с неблагоприятной динамикой развития обычно, инициируется ПМПк /консилиумом/ образовательного учреждения,

другими учреждениями и ведомствами, непосредственно работающими с ребенком, самими родителями (законными представителями).

6. ПМПК при методической работе с нижестоящими ПМПк /консилиумами/ образовательных учреждений информирует их о технологии формирования у родителей (законных представителей) адекватного отношения к повторному направлению в ПМПК.

7. Предлагается следующая схема беседы с родителями (законными представителями) при повторном направлении на ПМПК:

- Апелляция к тем или тому из родителей (законных представителей) ребенка, которые реально могут представлять и защищать его интересы.

- Аргументированное информирование родителей (законных представителей) о неблагоприятной динамике вития ребенка в данных условиях.

- Обоснование возможных причин приятной динамики развития: несоответствие данных условий особенностям развития ребенка; необходимость уточнения диагноза и рекомендаций; предполагаемая необходимость в поддерживающем или стационарном лечении, возможно — в сопровождении со стороны специалистов учреждений социальной защиты или правоохранительных органов (в корректной форме) и др.

- Важность своевременного, быстрого прояснения причин неблагоприятной динамики развития ребенка и разработки эффективных рекомендаций. Связь "временного фактора" и прогноза развития ребенка.

- Представление гипотезы о возможных последствиях пребывания ребенка в неадекватных для него условиях. Важность поиска условий, адекватных особенностям развития ребенка.

8. *Повторное обращение* инициируется и контролируется и самой ПМПК:

- при поступлении информации о неблагоприятной динамике развития ребенка от ПМПк /консилиумов/ ПМПК ставит на контроль сроки повторного приема этого ребенка. Регистратор или воспитатель (на усмотрение заведующего ПМПК, в зависимости от нагрузки каждого из этих сотрудников) информирует заведующего ПМПК о поступивших списках и заполняет "Лист контроля динамики развития" на каждого ребенка с неблагоприятной динамикой развития: сведения о ребенке и первые три рубрики Листа.

- "Листы контроля ..." при неблагоприятной динамике развития детей и подростков подшиваются (или складываются в файловые папки) регистратором соответственно месяцу и году поступления хранятся в общей папке: «Сопровождение детей и подростков, прошедших обследование на ПМПК»

Они извлекаются из папок при повторном обращении родителей (законных представителей) и в них вносится дата повторного обследования ребенка. "Лист контроля динамики развития" переносится в Карту развития ребенка, хранящуюся в ПМПК.

Если в течение трех месяцев с момента поступления информации о неблагоприятной динамике развития ребенка и заполнения «Листа динамики...» родители (законные представители) не записались на повторный прием, регистратор передает соответствующие "Листы..." заведующему. Заведующий равномерно распределяет их между специалистами, и они осуществляют связь (по телефону или письменную) с родителями (законными представителями). Проясняются причины, по которым родители не обратились в ПМПК повторно, проводится аргументированная беседа о необходимости повторного обследования. В любом случае, повторное обследование ребенка на ПМПК возможно лишь с согласия родителей (законных представителей).

9. Сопровождение детей и подростков отклонениями в развитии, пребывающими в учреждениях систем здравоохранения, социальной защиты или правоохранительной системы осуществляется сотрудниками этих учреждений. Поступление детей и подростков с отклонениями в развитии из этих учреждений в учреждениях системы образования

возможно только при наличии коллегиального заключения и справки ПМПК /комиссии/, которая может запросить информацию о ребенке из учреждения, в котором он находился.

10. Сопровождение детей и подростков, не охваченных учреждениями системы образования, но прошедших обследование на ПМПК по инициативе или с согласия родителей (законных представителей), осуществляет непосредственно через родителей (законных представителей) После обследования на ПМПК, решения вопросов диагностики и разработки рекомендаций родителей (законных представителей) информируют о желательности повторного обращения в ПМПК с целью контроля динамики развития ребенка и возможной корректировки рекомендаций. Срок повторного обращения в ПМПК всегда индивидуален и соответствует психолого-педагогическими медико-социальным показателям.

11. Сроки контроля динамики развития детей и подростков, прошедших обследование на ПМПК и не охваченных учреждениями системы образования, дублируются в "Листе контроля динамики развития" соответственно пункту рекомендаций, внесенных в коллегиальное заключение. "Листы контроля динамики..." этих детей, как и детей, "охваченных" учреждениями системы образования, хранятся в папке "Сопровождение детей и подростков, прошедших обследование на ПМПК".

*Формы внутреннего учета и контроля деятельности ПМПК:*

- Журнал первичного учета детей, обратившихся в ПМПК.
- Алфавитная книга.
- Журнал учета детей, прошедших обследование на ПМПК.
- Карты развития детей (с соответствующими "вкладышами", см. выше).
- Планы и графики работы (ПМПК и индивидуальные).
- Журнал движения документации.
- Папка "Сопровождение детей и подростков, прошедших обследование на ПМПК" с "Листами контроля динамики".
- Аналитический журнал

Аналитический журнал.

Заполняется заведующим ПМПК в конце календарного года по следующей схеме:

– Динамика предварительной записи детей на ПМПК и детей, прошедших обследование на ПМПК. Форма отображения — два графика в единых координатах: по горизонтальной оси — месяцы года, по вертикальной оси — а) количество записавшихся на прием детей, б) количество детей, прошедших обследование. Под графиком указать, сколько всего детей записано на прием и сколько всего детей прошло обследование на ПМПК (по итоговым числам соответствующих Журналов). Исполнитель — регистратор.

Таблица 13

Журнал движения документации

1	2	3	4	5	6	7	8
№ п/п	ФИО ребенка	Год приема ребенка на ПМПК	Дата передачи/получения документа (кому, от кого)	Адресат или источник информации	Наименование документа (запрос, направление, запрошенный документ – какой, и т.д.)	Подпись выдававшего документ (или сведения о пересылке по почте)	Подпись принявшего документ или др. о поступлении документа по месту запроса

Заведующий ПМПК делает краткий анализ с акцентом на динамике записи и приема детей и выводы по планированию приемов на будущий год.

– Распределение детей, прошедших обследование на ПМПК в течение ... года, по возрастным категориям (по Журналу учета детей, прошедших обследование на ПМПК). Исполнитель — воспитатель. Форма отображения — таблица(1).

Заведующий ПМПК делает краткий анализ с акцентом на преобладающих возрастных категориях и выводы о методическом и ином обеспечении приема этих детей.

– Распределение детей по видам специальных (коррекционных) образовательных учреждений: на основании анализа предпоследней рекомендации (единой для всех коллегиальных заключений) по Журналу учета детей, прошедших обследование по Журналу учета детей, прошедших обследование на ПМПК — рубрика 7 "Коллегиальное заключение ПМПК с рекомендациями". Исполнители — назначенные заведующим специалисты ПМПК. Форма отображения — таблица (2).

Заведующий ПМПК делает выводы о преобладающих потребностях в тех или иных образовательных (иных) условиях.

– Количество повторных поступлений детей и подростков на ПМПК. Подсчитывается регистратором или воспитателем (по распоряжению зав. ПМПК) по Алфавитной книге (первичный прием не считается).

Заведующий учитывает эту информацию при планировании временных затрат на обследование одного ребенка на будущий год.

– Соотношение детей с положительной и отрицательной динамикой развития в рекомендованных ПМПК условиях: по материалам папки "Сопровождение детей, прошедших обследование на ПМПК". Соответственно поступившей информации подсчитывается общее количество детей с благоприятной (положительной) и неблагоприятной динамикой развития. Исполнитель — регистратор или воспитатель.

Заведующий ПМПК делает выводы об эффективности рекомендаций ПМПК.

Каждый специалист ПМПК в конце календарного года сдает отчет по следующей схеме:

1. Количество дополнительных приемов детей, проведенных специалистом индивидуально.
2. Организационно-методическая работа: внутренняя (в условиях ПМПК) и внешняя (формы, учреждения, контингент и т.п.).
3. Просвещение (где, когда, с кем, в каких формах велась работа).
4. Сопровождение детей, прошедших обследование, и нуждающихся в наблюдении данного специалиста (сколько детей, формы сопровождения, динамика).

– На основании всех описанных выше материалов провалится отчетное (по итогам календарного года) совещание с кратким отчетом каждого специалиста и обобщающим выступлением заведующего ПМПК. Обсуждаются перспективы работы, планирование деятельности ПМПК, предложения по развитию ПМПК и системы сопровождения детей и подростков с отклонениями в развитии для управления образованием (таблицы 14, 15).

Таблица 14

Общие сведения о ребенке

Возрастная группа					Примечание
0-3 года (включительно)	3-7 лет (включительно)	7-11 лет (включительно)	11-16 лет (включительно)	16-18 лет (включительно)	

## Форма отчета ПМПК

Типы, виды учреждений													
Учреждения системы образования								ППМС центры		Общеобразовательные школы		Другие учреждения, ведомства	Примечание
Специальные (коррекционные) образовательные учреждения													
1	2	3	4	5	6	7	8						
вид	вид	вид	вид	вид	вид	вид	вид	Классы КРО, др. спец. классы	Общеобразоват. классы				
Количество детей, которым рекомендованы данные образовательные или иные условия (чел.)													

## Аналитическая справка

Аналитическая справка составляется заведующим ПМПК на основании материалов Аналитического журнала, отчетов специалистов ПМПК и итогов отчетного собрания ПМПК. Анализ подкрепляется соответствующими приложениями (графиками, таблицами и др.). Вносятся предложения по развитию системы специального образования на данной территории и иных форм сопровождения детей и подростков с отклонениями в развитии, а также по развитию самой ПМПК.

Трехуровневая структура системы ПМПК региона:

- Региональная ПМПК (областная).
- Городские, районные ПМПК.
- Психолого-медико-педагогические консилиумы (ПМПк) образовательных учреждений.

## Система внешних связей ПМПК

Внешние связи и отношения ПМПК с другими учреждениями, ведомствами, подструктурами в рамках системы ПМПК осуществляются посредством обмена документацией, в соответствии с приказом о сопровождении детей и подростков с отклонениями в развитии и рекомендуемыми в данном Руководстве формами документов. Возможны иные договорные отношения.

Для обмена информацией о ребенке с предполагаемыми или установленными отклонениями в развитии заинтересованными учреждениями и ведомствами может использоваться единая форма запроса. Запрос осуществляется с согласия родителей [законных представителей], за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации (например, запрос по решению суда).

## Функциональные обязанности специалистов ПМПК

1. Прием детей и подростков с отклонениями в развитии, их родителей (законных представителей), других лиц, представляющих интересы детей и подростков с отклонениями в развитии.
2. Организационно-методическая работа.
3. Просветительская деятельность.
4. Сопровождение детей и подростков с отклонениями в развитии (контроль эффективности рекомендаций ПМПК с точки зрения динамики развития ребенка).

5. Регулярное повышение квалификации. Профессиональный "рост".

6. Осуществление связей со специалистами аналогичного профиля на всех уровнях системы ПМПК (региональная ПМПК, муниципальные ПМПК, ПМПк/онсилиумы/образовательных учреждений,

Таблица 16

Система внешних связей ПМПК

Администрация региона (области)	ИУ, АПК и ПРО, НИИ и др.		
Управления здравоохранения, социальной защиты, внутренних дел			
Учреждения системы социальной защиты населения	Управление образования	Учреждения образования	Системы
	Региональная ПМПК (в структуре ППМС-центра)		
Учреждения правоохранительной системы		Учреждения здравоохранения	системы
	Городские, районные (муниципальные) ПМПК		
	ПМПк/онсилиумы) образовательных учреждений		

7. Осуществление связей со специалистами аналогичного профиля в учреждениях других ведомств: врачи — в учреждениях системы здравоохранения, педагоги (олигофренопедагог, логопед, сурдо- и тифлопедагог) и психологи — в учреждениях системы образования, социальные педагоги — в учреждениях социальной защиты и правоохранительной системы.

8. Выполнение требований Устава учреждения, в состав которого входит ПМПК, цели и функций ПМПК (внутренний распорядок, ведение документации, своевременное планирование и отчетность по результатам профессиональной деятельности).

## Требований Устава учреждения

ПМПК Запрос на предоставление информации Учреждение, запрашивающее информацию _____ (полное официальное название учреждения)
Обращается с запросом в: _____ (полное официальное название учреждения)
По поводу ребенка: _____ (ФИО, дата рождения, место жительства (прописка, регистрация) ребенка: При необходимости – дополнительные сведения)
Просим предоставить следующие сведения о ребенке _____ (формулировка запроса в соответствии с показаниями)
Руководитель учреждения (подпись) МП

Обследование ребенка ПМП/консилиумом/ образовательного учреждения проводится в соответствии с инструктивным письмом Министерства образования Российской Федерации № 27/901-6 от 27.03.2000 г.

**Тест 3**

1. В отношении каких специалистов образования не рассматривается термин «сопровождение».

- 1) Логопед, дефектолог, психолог;
- 2) Учитель, координатор по инклюзии;
- 3) Технический персонал образовательной организации

2. В чем заключается основная цель психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ в инклюзивном образовании

- 1) Обеспечение соматического благополучия ребенка;
- 2) Поддержание социально-образовательной адаптации ребенка в образовательной среде
- 3) Оказание психологической помощи семье ребенка

3. Кто является одним из ведущих специалистов, определяющим реализацию адаптированной основной образовательной программы и специальных образовательных условий включения ребенка с ОВЗ в образовательную среду.

- 1) Координатор по инклюзивному образованию;
- 2) Председатель ПМПК;
- 3) Профильный специалист по основному нарушению ребенка

4. Что является основным критерием эффективного психолого-педагогического сопровождения ребенка с ОВЗ

1) Полноценное освоение образовательной программы в соответствии с требованиями государственного стандарта;

2) Освоение адаптированной основной образовательной программы и социально-психологическая адаптация ребенка;

3) Полное удовлетворение запросов родителей

5. Что не обязано обеспечить образовательное учреждение для включенного в его среду ребенка с ОВЗ

1) Полное усвоение образовательной программы, реализуемой образовательным учреждением;

2) Реализацию специальных образовательных условий получения образования, рекомендованные ПМПк;

3) Осуществлять психолого-педагогическое сопровождение в части социальной адаптации

6. К средовым условиям обеспечения психолого-педагогического сопровождения относятся

1) Образовательная программа, по которой обучается ребенок с ОВЗ;

2) Программы коррекционной работы специалистов сопровождения;

3) Дополнительное оборудование в классе (группе), помогающее осваивать образовательную программу

7. Одним из основных условий эффективной деятельности ПМПк по психолого-педагогическому сопровождению ребенка с ОВЗ является

1) Реализация междисциплинарного подхода к совместной деятельности команды специалистов образовательной организации;

2) Большой практический опыт каждого из специалистов команды сопровождения;

3) Умение быстро квалифицировать состояние ребенка каждым из специалистов

8. Решение консилиума о характере и особенностях реализации адаптированной основной образовательной программы, специальных образовательных условий ее реализации для семьи ребенка с ОВЗ является

1) Рекомендательным;

2) Полностью обязательным к исполнению;

3) Частично обязательным.

9. Основой технологичности психолого-педагогического сопровождения, в первую очередь, является

1) Алгоритмизация взаимодействия специалистов сопровождения и других участников образовательного процесса;

2) Адекватный особенностям включаемого ребенка с ОВЗ комплекс методов и приемов обучения и воспитания;

3) Большой опыт каждого из специалистов сопровождения.

10. Кто из специалистов психолого-педагогического сопровождения участвует в разработке адаптированной основной образовательной программы в соответствии с рекомендациями ПМПк

1) Только педагогический состав;

2) Педагоги и профильные специалисты (члены ПМПк);

3) Все специалисты сопровождения и родители ребенка с ОВЗ.

## **ГЛАВА 4. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ И ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА**

### **4.1. Организация деятельности психолого-медико-педагогической комиссии**

Кто-то остроумно подметил скрытый смысл в аббревиатуре «ПМПК»: «Помощь Может Понадобиться Каждому».

Аббревиатура «ПМПК» становится в последние годы все более знакомой и понятной тем, кто столкнулся с проблемой в развитии, воспитании и обучении детей. Это, прежде всего родители, педагоги, врачи, социальные и медико-социальные службы. По последним статистическим данным происходит снижение числа здоровых новорожденных: 70% - физиологически незрелых и лишь 4% абсолютно здоровых детей.

Есть дети, которым помощь нужна уже сейчас – это, прежде всего, дети с ограниченными возможностями здоровья.

Психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК) – организация, в составе которой работают специалисты разных направлений для различных нозологий (нарушений развития): дефектолог, логопед, психолог, психиатр, педиатр, офтальмолог, невролог, ортопед, оториноларинголог.

В ПМПК могут обратиться родители сами, по собственной инициативе, или по направлению от специалистов. Если врачи или педагоги замечают какие-то особенности в развитии ребёнка и не могут самостоятельно помочь ему и семье, то направляют ребёнка на комиссию. Первая задача ПМПК правильно квалифицировать то, что происходит с ребёнком. При разных нарушениях – свои специфические отклонения. Именно их необходимо учитывать в процессе обучения.

Главная задача – выявить сильные и слабые стороны ребёнка. После этого определить, нужна ли ребёнку адаптированная (специальная) программа, а также дополнительные образовательные или реабилитационные услуги. Специалисты ПМПК не диагностируют какие-либо заболевания (диагноз, как правило, ставит врач), а видит их проявления сквозь призму психолого-педагогических методов и знаний в сфере дефектологии. ПМПК не определяет, где будет учиться ребёнок. Это решают родители совместно с органами управления образования, а ПМПК отстаивает интересы детей с особыми потребностями.

Все дети имеют право на обучение и образование – это базовое право любого ребёнка. Не все дети могут реализовать это право без специально созданных образовательных условий.

В сфере образования в настоящее время происходят существенные изменения, связанные со следующими факторами:

- новое отношение к детям с ограниченными возможностями здоровья;
- изменение нормативно-правовых основ специального образования, возможность выбора родителями формы обучения и типа образовательного учреждения для своего ребенка;
- разработка и внедрение стандартов образования для детей с ОВЗ и психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка в процессе обучения;
- расширение категорий детей, которые нуждаются в создании специальных образовательных условий;
- эффективное решение вопросов их социализации и интеграции.

Интеграция детей с ограниченными возможностями здоровья в современное общество обусловлена рядом причин: воздействие общества и социальной среды на личность ребенка с отклонениями в развитии; активное участие в данном процессе самого ребенка; совершенствование системы социальных отношений.

Еще Л. С. Выготский указывал на необходимость создания системы обучения, в которой удалось бы органически увязать специальное обучение с обучением детей с нормальным развитием. Он писал, что «при всех достоинствах, наша специальная школа отличается тем основным недостатком, что замыкает своего воспитанника — слепого, глухого или умственно отсталого ребенка — в узкий круг школьного коллектива, создает замкнутый мир, в котором все приспособлено к дефекту ребенка, все фиксирует его внимание на своем недостатке и не вводит его в настоящую жизнь». Поэтому Л. С. Выготский считал, что задачей воспитания ребенка с нарушением развития, является его интеграция в жизнь и создание условий компенсации его недостатка с учетом не только биологических, но и социальных факторов.

Система специального образования в нашей стране накопила огромный теоретический и практический опыт, и существуют такие категории детей, потребности которых могут быть реализованы только в специальных отдельных образовательных организациях, классах, группах.

Между тем, совместное обучение дает многое как здоровым школьникам, так и детям с нарушениями в развитии. Интеграция способствует формированию у здоровых детей терпимости к физическим и психическим недостаткам одноклассников, чувство взаимопомощи и стремления к сотрудничеству. У детей с ограниченными возможностями здоровья совместное обучение ведет к формированию положительного отношения к своим сверстникам, адекватного социального поведения, более полной реализации потенциала развития и обучения.

Общество должно предоставить любому человеку право выбора получения образования в зависимости от его интересов, потребностей, возможностей. От того, насколько быстро мы сможем преодолеть процессы дифференциации внутри образовательной системы, и перейти к развитию интеграционных технологий зависит будущее нации. На пути становления интегрированного образования, одной из главных задач является формирование позитивного отношения к детям с ограниченными возможностями здоровья.

В 2013 году, после вступления в силу Закона Российской Федерации от 29.12.2012 года №273 «Об образовании в Российской Федерации», вышел Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.09.2013 г. № 1082, который ввел в действие новое Положение о психолого-медико-педагогической комиссии (далее Положение). Положение определило и конкретизировало цели, задачи, функционал, ответственность и порядок деятельности психолого-медико-педагогических комиссий на современном этапе.

В новом Положении отмечается важность своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования, а также необходимость подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

Положение вводит новое требование, определяющее деятельность комиссии: информация о проведении обследования детей в комиссии, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием детей в комиссии, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия родителей (законных представителей) детей третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации. Т.е. обр.орг имеет право предложить род (зак.пред) пройти обслед в ПМПК,но она не в праве требовать отчета о результате обследования и даже факте посещения.Члены комиссии также не имеют права разглашать эту инф.

Основными направлениями деятельности комиссии, согласно Положению, являются:

а) проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

ПМПК имеет право осуществлять мониторинг учета рекомендаций комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях, а также в семье с согласия родителей (законных представителей) детей.

Обратите внимание, что комиссия (ПМПК):

- не принимает решения об организации обучения на дому (индивидуального обучения)
- основанием является заключение медицинской организации;
- не оставляет ребенка на повторное обучение и не переводит из класса в класс (этот вопрос решается в образовательном учреждении);
- не комплектует группы компенсирующей направленности и классы, реализующие адаптированные основные образовательные программы для детей с ограниченными возможностями здоровья (прерогатива органов образования).

#### *Стандартная Школа Для «Нестандартных» Детей*

В школу приходят самые разные дети – здоровые и не очень, с опережением или с отставанием в развитии. Среди них выделяются дети с ОВЗ (обучающиеся с ограниченными возможностями здоровья)

Согласно Федеральному закону «Об образовании в Российской Федерации» (п. 16 ст. 2) к обучающимся с ограниченными возможностями здоровья относят «лиц, имеющих недостатки в физическом и (или) психологическом (психическом) развитии, которые препятствуют получению образования без создания специальных условий и подтверждены психолого-медико-педагогической комиссией».

В соответствии со статьей 79 (п.1.) ФЗ 273 «Об образовании»: «содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида».

Среди детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) дети с задержкой психического развития (ЗПР) составляют самую многочисленную группу, характеризующуюся неоднородностью и полиморфизмом.

В этиологии ЗПР, как известно, могут фигурировать конституциональные факторы, хронические и соматические заболевания, неблагоприятные условия воспитания, психическая и социальная депривация, органическая и/или функциональная недостаточность центральной нервной системы. Подобное разнообразие этиологических факторов обуславливает значительный диапазон выраженных нарушений — от состояний, приближающихся к уровню возрастной нормы, до состояний, требующих отграничения от умственной отсталости. Этим объясняется необходимость определения специальных условий обучения и воспитания детей с ЗПР в зависимости от индивидуальных возможностей компенсации их состояния под воздействием психолого-педагогических, лечебных и временных факторов.

Дети с задержкой психического развития, так же как все другие дети с ОВЗ, «могут реализовать свой потенциал социального развития при условии вовремя начатого и адекватно организованного обучения и воспитания — образования, обеспечивающего удовлетворение как общих с нормально развивающимися детьми, так и особых образовательных потребностей, заданных спецификой нарушения психического развития». Особые образовательные потребности детей с ЗПР включают общие, свойственные всем детям с ОВЗ, и специфические:

- в получении специальной помощи средствами образования сразу же после выявления первичного нарушения развития, т. е. в дошкольном возрасте;

– в периоде подготовки к школьному обучению, обеспечении преемственности между дошкольным и школьным образованием как условия непрерывности коррекционно-развивающего процесса;

– в обеспечении коррекционно-развивающей направленности обучения в рамках основных образовательных областей - в организации процесса обучения с учетом специфики усвоения знаний, умений и навыков детьми с ЗПР ("пошаговом» предъявлении материала, дозированной помощи взрослого, использовании специальных методов, приемов и средств, способствующих как общему развитию ребенка, так и компенсации индивидуальных недостатков развития);

– в обеспечении непрерывного контроля за становлением учебно-познавательной деятельности ребенка, продолжающегося до достижения ее минимально достаточного уровня, позволяющего справляться с учебными заданиями самостоятельно;

– в обеспечении особой пространственной и временной организации образовательной среды с учетом функционального состояния ЦНС и нейродинамики психических процессов у детей с ЗПР (быстрой истощаемости, низкой работоспособности, пониженного общего тонуса и др.);

– в постоянном стимулировании познавательной активности, побуждении интереса к себе, окружающему предметному и социальному миру;

– в постоянной помощи ребенку в осмыслении и расширении контекста усваиваемых знаний, в закреплении и совершенствовании освоенных умений;

– в комплексном сопровождении, гарантирующем получение необходимого лечения, направленного на улучшение деятельности ЦНС и на коррекцию поведения, а также специальной психокоррекционной помощи, направленной на компенсацию дефицитов эмоционального развития и формирование осознанной саморегуляции познавательной деятельности и поведения;

– в развитии и отработке средств коммуникации, приемов конструктивного общения и взаимодействия (с членами семьи, со сверстниками, с взрослыми), в формировании навыков социально одобряемого поведения, максимальном расширении социальных контактов;

– в обеспечении взаимодействия семьи и образовательного учреждения (организации сотрудничества с родителями, активизации ресурсов семьи для формирования социально активной позиции, нравственных и общекультурных ценностей).

Организация школьного обучения детей с ЗПР требует определения соотношения форм специального образования и интеграции в общеобразовательную среду, соответствующего их особым образовательным потребностям. Исходя из неоднородности и значительного разброса показателей нарушенного развития в психологических характеристиках детей с ЗПР, можно предложить для них следующие базовые модели интегрированного обучения, позволяющие обеспечить оптимальные психолого-педагогические условия для формирования «академического компонента» и «жизненной компетенции» каждого ребенка, определить приоритеты коррекционной помощи и комплексного профессионального сопровождения:

- *постоянная полная интеграция* (инклюзия), т. е. обучение в массовых классах общеобразовательной школы. Данная модель интеграции может быть эффективна для тех детей с ЗПР, чей уровень психофизического и речевого развития приближается к возрастной норме. Эти дети, как правило, характеризуются незначительным дефицитом познавательных и социальных способностей, а испытываемые ими трудности обучения обусловлены в первую очередь недостаточностью произвольной регуляции деятельности и поведения. Но даже при таком сравнительном благополучии для успешного обучения и социализации они нуждаются в специальной помощи, удовлетворяющей их особые образовательные

потребности. Процесс интегрированного обучения обеспечивается педагогами массового образования, имеющими специальную подготовку, и психологом.

- *постоянная неполная интеграция*, т. е. обучение в гибком классе: общеобразовательной школы. В состав каждого гибкого класса параллели вводятся 2-3 ребенка с ЗПР, которые периодически объединяются в одну группу для проведения дефектологом ряда учебных занятий по специальным программам. Эта модель интеграции может быть эффективна для тех детей с ЗПР, чей уровень психического развития несколько ниже возрастной нормы, кто нуждается в значительной коррекционной помощи, но при этом способен в целом ряде предметных областей обучаться совместно и наравне с нормально развивающимися сверстниками, а также проводить с ними большую часть внеклассного времени. Смысл этой модели интеграции заключается в максимально возможной нормализации способов социального и учебного взаимодействия и обучения с целью дальнейшего расширения уже имеющихся возможностей в области образовательной и социальной интеграции.

Процесс интегрированного обучения обеспечивается педагогами массового образования, имеющими специальную подготовку, психологом, учителем-дефектологом.

- *постоянная частичная интеграция*, т. е. обучение в классе коррекционно-развивающего (компенсирующего) обучения общеобразовательной школы, при сохранении возможности объединяться на некоторых уроках с нормально развивающимися сверстниками. Эта модель интеграции может быть полезна тем детям с ЗПР, которые способны наравне со своими нормально развивающимися сверстниками овладеть лишь небольшой частью необходимых умений и навыков, проводить с ними только часть учебного и все внеклассное время. Смыслом постоянной частичной интеграции является расширение общения детей с ЗПР с нормально развивающимися сверстниками с целью расширения их возможностей в области социальной интеграции. Процесс интегрированного обучения обеспечивается педагогами массового образования, имеющими специальную подготовку, учителем-дефектологом, психологом.

- *временная частичная интеграция*, т. е. обучение в специальных (коррекционных) классах общеобразовательных школ. Эта модель эффективна для детей, остро нуждающихся в специально организованном коррекционном обучении с учетом структуры нарушения развития. Вместе с тем, они объединяются со своими нормально развивающимися сверстниками для проведения совместных мероприятий, в основном воспитательного характера и в рамках дополнительного образования. Процесс интегрированного обучения обеспечивается учителем-дефектологом, педагогами массового образования, имеющими специальную подготовку, психологом, педагогом дополнительного образования.

Процесс интеграции обеспечивается учителем-дефектологом, психологом, социальным педагогом.

Следует особо подчеркнуть, что «эффективная интеграция возможна только лишь при условии специальной подготовки и переподготовки кадров общеобразовательных и специальных (коррекционных) учреждений. Очевидно, что развитие интеграции требует принципиально нового взаимодействия психологов, педагогов.

В обеспечении условий и возможностей интегрированного обучения детей с ЗПР особая роль принадлежит психологу и дефектологу. Говоря о работе этих спец-ов, мы имеем в виду не просто психолого-педагогическую помощь, поддержку детей, испытывающих трудности в обучении. Мы говорим именно о психолого-педагогическом сопровождении детей на всех этапах обучения как о сложном процессе взаимодействия, результатом которого должно явиться создание условий для развития ребенка, для овладения им своей деятельностью и поведением, для формирования готовности к жизненному самоопределению, включающему личностные, социальные и профессиональные аспекты.

Осуществляя психолого-педагогическое сопровождение учебно-воспитательного процесса, специалисты проводят индивидуальную и групповую профилактическую,

диагностическую, консультативную, коррекционную работу с обучающимися; экспертную, консультационную, просветительскую работу с педагогическими работниками и родителями по вопросам развития, обучения и воспитания детей в общеобразовательном учреждении; участвует в работе психолого-медико-педагогического консилиума (ПМПк) образовательного учреждения.

Остановимся подробнее на основных направлениях деятельности психолога, в том числе участие в работе психолого-медико-педагогического консилиума образовательного учреждения.

#### *Диагностическое направление.*

Диагностическое направление работы включает в себя первичное обследование, а также систематические этапные наблюдения за динамикой и коррекцией психического развития ребенка. К настоящему времени разработан комплекс методик для оценки психологической готовности детей с ЗПР к обучению в школе. Описаны условия, методы, приемы проведения диагностического обследования, приведена система оценки результатов по отдельным позициям, даны рекомендации по выбору оптимальных условий школьного обучения (модели интеграции) в зависимости от результатов обследования.

Деятельность психолога не может протекать изолированно от работы других специалистов образовательного учреждения (в том числе логопеда, учителя-дефектолога, социального педагога и т. д.). Коллегиальное обсуждение результатов обследования всеми специалистами ПМПк позволяет выработать единое представление о характере и особенностях развития ребенка, определить общий прогноз его дальнейшего развития, комплекс необходимых коррекционно-развивающих мероприятий и разработать программу индивидуальной коррекционной работы с ребенком.

Следует особо подчеркнуть, что обследование на школьном ПМПк не преследует цели постановки клинического диагноза (тем более что при отсутствии в составе консилиума врача это невозможно), а направлено на квалификацию индивидуально-типических трудностей ребенка, качественное описание общей картины его развития, определение оптимальных форм и содержания коррекционной помощи, т. е. направлено на установление функционального диагноза.

На психолога в структуре деятельности ПМПк ложатся задачи определения актуального уровня развития ребенка и зоны ближайшего развития, выявления особенностей эмоционально-волевой сферы, личностных характеристик ребенка, особенностей его межличностных взаимодействий со сверстниками, родителями и другими взрослыми.

#### *Коррекционно-развивающее направление.*

В соответствии с особенностями развития ребенка и решением консилиума образовательного учреждения специалисты определяют направления и средства коррекционно-развивающей работы, периодичность и продолжительность цикла специальных занятий. Наиболее важной задачей является при этом разработка индивидуально-ориентированных программ психолого-педагогической помощи или использование уже имеющихся разработок в соответствии с индивидуальными психологическими и особенностями ребенка или группы детей в целом.

Основными направлениями коррекционно-развивающей работы специалистов с детьми с ЗПР, находящимися в условиях образовательной интеграции, являются:

- развитие эмоционально-личностной сферы и коррекция ее недостатков;
- развитие познавательной деятельности и целенаправленное формирование высших психических функций;
- формирование произвольной регуляции деятельности и поведения.

Рассмотрим подробнее каждое из этих направлений:

#### *Развитие эмоционально-личностной сферы и коррекция ее недостатков.*

Для значительной части детей с ЗПР типичен дефицит социальных способностей, проявляющийся в трудностях взаимодействия с окружающими детьми и взрослыми. В ряде случаев указанный дефицит сопряжен с проблемами эмоциональной регуляции. В связи с этим развитие эмоционально-личностной сферы и коррекция ее недостатков предполагают: гармонизацию аффективной сферы ребенка; профилактику и устранение (смягчение) возможных агрессивных и негативистических проявлений, других отклонений в поведении; предупреждение и преодоление негативных черт личности и формирующегося характера; развитие и тренировку механизмов, обеспечивающих адаптацию ребенка к новым социальным условиям (в том числе снятие тревожности, робости и т. п.); создание условий для развития самосознания и формирования адекватной самооценки; развитие социальных эмоций; развитие коммуникативных способностей (в том числе стимуляция коммуникативной активности, создание условий, обеспечивающих формирование полноценных эмоциональных и деловых контактов со сверстниками и взрослыми).

Кратко представим авторские программы и методические разработки, касающиеся этого направления деятельности психолога.

Работа психолога по формированию эмоционально-личностной сферы ребенка должна начинаться с гармонизации его аффективной сферы. В основу программы для детей с ЗПР заложена концепция уровневой регуляции аффективной сферы, разработанной О.С. Никольской. Результатом такой работы должно являться «упорядочение базальной аффективной организации, которое дает возможность перейти к работе по развитию самосознания, самооценки ребенка, ролевых отношений, социально-адекватных его возрасту и интересам».

Работа по расширению и упорядочению эмоционального опыта детей включает помощь в усвоении ребенком представлений о невербальных средствах выражения эмоций; в формировании понимания смысла и значения различных форм поведения людей в эмоционально значимых ситуациях; в проверке и оценке ребенком собственного текущего поведения на основании полученных знаний и навыков.

Большую роль в данной работе играют индивидуальные и групповые занятия с детьми театрализованной деятельностью с применением методик игротерапии и сказкотерапии. В процессе такой работы дети учатся понимать смысл и прогнозировать последствия собственного эмоционального поведения. Они осознают значение эмоциональной атмосферы добра, радости, сотрудничества для улучшения и собственного самочувствия, и отношений со сверстниками в классе.

Работа психолога с детьми с ЗПР по формированию уверенности в себе и снижению тревожности ведется в таких направлениях, как формирование у них оптимистического склада мышления и мироощущения, положительной установки на предстоящую деятельность, умения освобождаться от страхов, переключаться с неприятных впечатлений, а также укрепление уважения к себе, веры в свои способности и возможности.

Программа занятий по расширению и упорядочению эмоционального опыта детей, формированию эмоциональной стабильности и положительной самооценки, конспекты занятия и методические рекомендации по их проведению представлены в пособии Н.П. Слободяник.

Ребенок с ЗПР имеет ряд специфических черт, которые затрудняют процесс его общения со сверстниками и взрослыми, что, в свою очередь, отрицательно сказывается на дальнейшем развитии его эмоционально-личностной сферы. В связи с этим в работе психолога выделяются следующие наиболее важные задачи: воспитание у детей интереса к окружающим людям; выработка контактности и умения извлекать опыт из неудачного общения; обучение произвольной регуляции своего эмоционального состояния и избеганию конфликтов.

Работа психолога по формированию навыков общения у детей с ЗПР представлена в пособии О.В. Залесской.

В настоящее время одним из приоритетных направлений в специальной психологии и педагогике является использование компьютерных технологий, предоставляющих уникальные возможности, в частности, в области социально-эмоционального развития детей младшего школьного возраста с особыми образовательными потребностями. Курс «Внутренний мир человека» (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина), основанный на компьютерном моделировании, позволяет сделать сложные явления внутренней жизни ребенка объектами его познавательной деятельности. Принцип курса «от модели к реальности и опять к модели» предусматривает сочетание и последовательность компьютерных и некомпьютерных форм и этапов работы. Замысел данного курса состоит в том, чтобы «показать ребенку с нарушениями в развитии, что наряду с внешним миром, который он может увидеть, почувствовать, потрогать, есть и другой, скрытый, трудно доступный, внутренний мир человека — мир желаний, настроений, переживаний, чувств. У каждого человека свой внутренний мир, и чем лучше человек понимает себя и других, тем больше надежд на то, что он будет жить в мире с самим собой и будет понят и принят другими людьми».

Развитие познавательной деятельности и целенаправленное формирование высших психических функций.

Развитие познавательных функций является традиционным направлением работы психолога в школе. Оно предполагает стимуляцию познавательной активности как средства формирования устойчивой познавательной мотивации; развитие внимания (устойчивости, концентрации, повышения объема, переключения, самоконтроля и т. д.); развитие памяти (расширение объема, устойчивости, формирование приемов запоминания, развитие смысловой памяти); развитие восприятия (пространственного, слухового), пространственных и временных представлений, сенсомоторной координации; формирование мыслительной деятельности: стимуляцию мыслительной активности, формирование мыслительных операций (анализа, сравнения, обобщения, выделения существенных признаков и закономерностей), развитие элементарного умозаключающего мышления и гибкости мыслительных процессов.

Занятия проводятся психологом по плану, составленному в соответствии с программой индивидуального развития ребенка, разработанной психолого-медико-педагогическим консилиумом образовательного учреждения. Важным условием поурочного планирования является реализация принципов комплексного влияния на ряд высших психических функций с выделением, вместе с тем, доминирующих объектов воздействия, изменяющихся по мере формирования у детей с ЗПР познавательной деятельности и ее саморегуляции. Подробно организация занятий, а также методические рекомендации по их проведению представлены в пособии Н.В. Бабкиной.

Формирование произвольной регуляции деятельности и поведения.

На пороге школьного обучения становление сферы саморегуляции имеет особое значение. Развитие возможности управлять своим поведением — один из существенных моментов, определяющих психологическую готовность ребенка к обучению в школе. Характерная для детей с ЗПР дошкольного и младшего школьного возраста недостаточная сформированность осознанной саморегуляции деятельности является тормозящим фактором когнитивного и личностного развития ребенка, а также одной из основных причин, порождающих трудности в учебно-познавательной деятельности.

Работа психолога по формированию осознанной саморегуляции познавательной деятельности у детей с ЗПР ведется в нескольких направлениях, связанных с формированием определенного комплекса умений; ставить и удерживать цель деятельности; планировать действия; определять и сохранять способ действий; использовать самоконтроль на всех этапах деятельности; осуществлять словесный отчет о процессе и результатах деятельности; оценивать процесс и результат деятельности.

Особое внимание должно уделяться пробуждению у ребенка осознания собственных действий, причин успехов и неудач, формированию у него веры в собственные силы.

Для детей, характеризующихся различным уровнем сформированности осознанной саморегуляции познавательной деятельности, определена конкретная область психолого-педагогического воздействия, а также разработаны направления и содержание групповых и индивидуальных коррекционно-развивающих занятий в рамках психолого-педагогического сопровождения.

Приведенные выше программы коррекционно-развивающей работы широко используются психологами образовательных учреждений во многих регионах России.

#### *Консультативно-просветительское и профилактическое направление.*

Работа по данному направлению обеспечивает оказание педагогам и родителям помощи в воспитании и обучении ребенка с ЗПР. Психолог разрабатывает рекомендации в соответствии с возрастными и индивидуально-типическими особенностями детей, состоянием их соматического и психического здоровья, проводит мероприятия, способствующие повышению профессиональной компетенции учителей, включению родителей в решение коррекционно-воспитательных задач.

#### *Организация взаимодействия психолога с педагогами*

Важнейшим условием актуализации потенциальных возможностей детей с ЗПР является психологическая компетентность педагога: деликатность, такт, умение оказать помощь ребенку в осуществлении учебно-познавательной деятельности, в осознании успехов и причин неудач и пр. Все это, в конечном счете, приводит к осознанию ребенком своих потенциальных возможностей, что повышает его уверенность в себе, пробуждает энергию достижений.

Основными задачами психологического просвещения педагогов являются раскрытие «слабых» и «сильных» сторон когнитивного и личностного развития ребенка, определение способов компенсации трудностей, выработка наиболее адекватных путей взаимодействия учителя с ребенком при фронтальной и индивидуальной формах организации занятий. Конкретные формы психологического просвещения педагогов могут быть разнообразными: занятия и семинары с учителями по ключевым проблемам развития ребенка с ЗПР и его особым образовательным потребностям, организация педагогических консилиумов, подготовка к тематическим родительским собраниям, индивидуальные консультации и т. д. Общие рекомендации учителям общеобразовательных классов по осуществлению индивидуального и дифференцированного подхода в процессе выполнения детьми с ЗПР учебных заданий опубликованы в статье Н.В. Бабкиной (2004).

#### *Организация взаимодействия психолога с родителями*

Для успешного осуществления коррекционно-развивающей работы необходимо не только взаимодействие всех специалистов образовательного учреждения, но и активные помощь и поддержка со стороны родителей. Но на практике оказывается, что родители большей частью относятся к процедуре взаимодействия с психологом и другими специалистами безразлично, игнорируя проблемы, или даже негативно.

Форма и содержание работы с родителями определяется степенью их готовности к сотрудничеству. На начальном этапе взаимодействия наиболее продуктивной формой работы является индивидуальное консультирование. Оно проводится в несколько этапов. Задачей первого этапа является установление доверительных отношений с родителями, отрицающими возможность и необходимость сотрудничества. Следующий этап индивидуального консультирования проводится по итогам всестороннего обследования ребенка. Психолог в доступной форме рассказывает родителям об особенностях их ребенка, указывает на его положительные качества, объясняет, какие специальные занятия ему необходимы, к каким специалистам нужно обратиться дополнительно, как заниматься в домашних условиях, на что следует обратить внимание. Очень важно дать понять родителям,

что не следует осознать трудности детей как неудачи и стыдиться проблем, что они должны стараться помочь своим детям, поддержать их. На этапе собственно коррекционно-развивающей работы родители привлекаются к выполнению конкретных рекомендаций и заданий психолога.

На индивидуальных и групповых консультациях проводится совместное обсуждение хода и результатов коррекционной работы. Анализируются факторы положительной динамики развития ребенка, вырабатываются рекомендации по преодолению возможных проблем (в частности, связанных с адаптацией детей к школе, взаимодействием с одноклассниками в учебной работе и во внеурочное время).

Работа с родителями осуществляется также в групповой форме на тематических консультациях, семинарах-практикумах и т. д.

#### *Организационно-методическое направление*

Данное направление деятельности специалистов включает подготовку материалов к консилиумам, методическим объединениям, педагогическим советам, участие в указанных мероприятиях, а также оформление документации.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПСИХИАТРА**

Вопрос нарушений психики в детском и подростковом возрасте – это тема, которая всегда будет остро стоять перед врачами-психиатрами и родителями.

Очень мало учитывается, что именно в этом возрасте встречается большинство изменений, на которые приходится смотреть как на зачатки будущих тяжелых заболеваний.

Появилась надежда, что в связи с постановкой на очередь в полном объеме вопросов детского воспитания и обучения изменится и положение детской психиатрии. К сожалению, из намеченной вначале очень широкой программы деятельности, которую по различным причинам не удалось развернуть полностью, на долю детской психиатрии пришлось совсем немного. Причиной того нужно считать не только значительные финансовые затруднения, но и то, что вообще очень мало распространены в широких кругах представления о важности детской психиатрии, ее задачах и значении в общей психиатрии и медицине. К большому сожалению, это относится также и ко многим врачам, в особенности, врачам общего профиля, которые часто недооценивают, а иногда и просто не хотят замечать у детей нарушения, требующие направления ребенка на консультацию к детскому психиатру. При этом следует отметить, что чем позже пациент попал на прием к детскому специалисту, чем позже были начаты лечение и коррекция психических нарушений у ребенка, тем менее эффективно это лечение и тем больше времени потребуется на то, чтобы скомпенсировать имеющиеся у ребенка проблемы, не допустив перехода заболевания в фазу устойчивых нарушений, зачастую не поддающихся медикаментозной и психологической коррекции.

Конечно, детская психиатрия имеет свои задачи и свои особенности сравнительно с общей психиатрией, из которых главнейшие сводятся к тому, что она еще больше связана с неврологией и внутренней медициной, она более сложна в диагностике и прогнозах, более нестабильна, но именно поэтому специалисты, посвятившие свою жизнь данной специальности, зачастую являются профессионалами с большой буквы.

#### *Мифы в детской психиатрии.*

К сожалению, в настоящее время в отношении детской психиатрии у общества существуют устойчивые мифы и предубеждения, заставляющие родителей избегать обращения к детскому психиатру.

Миф №1 – «любое обращение за психиатрической помощью повлияет на судьбу ребенка, лишит его будущего и возможности получить профессию, трудоустроиться, так как ребенка обязательно «возьмут на учет». Большинство психических расстройств детского возраста имеют преходящий характер и при условии своевременно начатой терапии исчезают. Дети с нетяжелыми психическими расстройствами, а к ним относятся большинство резидуально – органических расстройств, СДВГ (синдром дефицита внимания

и гиперактивность), системные неврозы – тики, заикание, энурез, энкопрез, общие неврозы – неврастения, фобический, истерический невроз, расстройства эмоций и поведения, легкая интеллектуальная недостаточность, - находятся под консультативным наблюдением детского психиатра. При консультативном учете родители обращаются к врачу только по собственному желанию при ухудшении состояния ребенка. Диагнозы «F» в подавляющем большинстве случаев будут сняты в подростковом возрасте, не возникнет ограничений в обучении и трудоустройстве детей. При более тяжелых психических расстройствах (детский тип шизофрении, выраженный аутизм, умеренная, тяжелая и глубокая умственная отсталость) дети находятся под диспансерным наблюдением, врачи – специалисты наблюдают и лечат их активно. Это улучшает прогноз заболевания, адаптацию ребенка в обществе. А некоторые ограничения в профессии обусловлены не фактом обращения к психиатру, а самим тяжелым заболеванием.

Миф №2 – «психиатры «залечивают» ребенка тяжелыми психотропными препаратами, превращая его в «овощ». Современная психиатрия оснащена большим количеством лекарственных веществ, способных действовать исключительно на болезненные проявления психики, не затрагивая психику в целом. Они не только не приводят к нарушениям умственной работоспособности и интеллектуального развития, но даже улучшают их, снимая так называемые продуктивные расстройства и улучшают социальное функционирование.

В арсенале детской психиатрии есть ноотропы, биотики, антиоксиданты, вазотропные средства, которые улучшают деятельность нервных клеток и защищают их. Прежде чем назначить психотропный препарат, детский психиатр обсудит это с родителями – наименование препарата, его действие, дозы, продолжительность курса лечения.

Формы лечения у детского психиатра разные – амбулаторное, стационарное, полустационар, дневной стационар, «стационар на дому». Родители в большинстве случаев сами выбирают форму лечения.

Самые распространенные нарушения психики у детей (Задержка психо-речевого (психического) развития).

На первом месте по частоте встречаемости в раннем детском возрасте в настоящее время стоят различные формы задержек психо-речевого развития. Зачастую, при отсутствии значимых моторных нарушений (ребенок своевременно начинает переворачиваться, садиться, ходить и т.д.), обусловленных ранней сочетанной патологией беременности и родов (хронические инфекции у матери во время беременности, злоупотребление табаком, алкоголем, токсическими и наркотическими средствами, родовые травмы различной степени выраженности, недоношенность, врожденные хромосомные аномалии (синдром Дауна и т.д.), на первое место выступают проблемы несвоевременного речевого развития ребенка.

Достаточно сложно говорить о наличии каких-либо четких временных норм речевого развития, но все же мы считаем, что отсутствие отдельных слов в возрасте 1,5 лет или несформированность фразовой речи (ребенок произносит короткие предложения, несущие полноценное смысловое содержание) к 2, максимум 2,5 годам является основанием для определения у ребенка задержки речевого развития. Сам по себе факт наличия задержки речевого развития может быть обусловлен как наследственными факторами («мама и папа заговорили поздно»), так и наличием каких-либо значимых нарушений психики, вплоть до раннего детского аутизма или умственной отсталости; но дело в том, что принять решение, правильное решение об истинных причинах данных нарушений, выявить корни проблемы и предложить реальное, эффективное решение ее могут лишь специалисты, которые знают патологию данного круга, умеют выявлять и лечить ее, которые знают патологию данного круга, умеют выявлять и лечить ее.

Зачастую врачи общей практики, логопеды общепрофильных детских садов, друзья и соседи, не в полном объеме обладающие специализированной информацией, успокаивают родителей, говоря знакомые до боли всем фразы: «Да не волнуйся, к 5 годам догонит, дорастет, заговорит», но часто в 4-5 лет эти же люди сообщают родителям: «Ну что же Вы

так долго ждали, лечить надо было!». Именно в этом возрасте, в возрасте 4-5 лет дети чаще всего и попадают впервые на прием к детскому психиатру, причем попадают, имея уже сопутствующие нарушения поведения, эмоций, отставание в развитии интеллектуальном и физическом и врач констатирует ЗПР. Организм человека и тем более ребенка — это единая система, в которой все компоненты тесно связаны между собой, и когда нарушается работа одного из них (в данном случае формирование речи), постепенно и другие структуры начинают давать сбой, утяжеляя и усугубляя течение заболевания.

*(Симптомы психических нарушений, детский аутизм)*

Как уже было сказано выше, речевая и моторная задержка развития ребенка может являться не только самостоятельным диагнозом, но и быть одним из симптомов более значимых психических нарушений. В подтверждение тому следует отметить значительный рост в последние годы заболеваемости детским аутизмом в нашей стране. За последние 3 года частота выявляемости данного заболевания у детей 3-6 лет увеличилась более чем 2 раза, и это связано не только и не столько с улучшением качества диагностики его, но и со значительным ростом заболеваемости в целом.

Следует сказать, что течение данного процесса сегодня значительно утяжелилось: встретить сегодня в медицинской практике ребенка с «чистым» аутизмом (социальная отгороженность) практически невозможно. Данное заболевание зачастую сочетает в себе выраженное отставание в развитии, снижение интеллекта, нарушения поведения с четкими ауто- и гетероагрессивными тенденциями. И при этом, чем позже начинается лечение, тем медленнее происходит компенсация, тем хуже социальная адаптация и тяжелее отдаленные последствия данного заболевания. Более 40% детского аутизма в возрасте 8-11 лет переходят в заболевания эндогенного круга, такие как шизотипическое расстройство или детский тип шизофрении.

*(Нарушение поведения у детей, гиперактивность)*

Особое место в практике врача-психиатра занимают нарушения поведения, внимания и активности у детей. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью в настоящее время является, наверное, самым широко используемым диагнозом, который с удовольствием ставят терапевты, педиатры, и неврологи. Но мало кто помнит, что по номенклатуре болезней данное заболевание относится к нарушениям психики и чаще всего наиболее эффективным оказывается лечение детей с такими нарушениями именно у детского психиатра и психотерапевта, которые в полном объеме могут использовать в своей практике все необходимые методики и способы медикаментозной коррекции данных нарушений.

Часто, негрубо выраженные нарушения могут скомпенсироваться самостоятельно, по мере роста и физиологического созревания ребенка, но зачастую даже при благоприятном течении процесса, результатами невнимания к таким нарушениям в раннем возрасте являются выраженные трудности при обучении в школе, а также нарушения поведения со склонностью ко всему «отрицательному» в подростковом периоде. Причем, следует отметить, что привыкание ко всему «плохому» (различные зависимости, асоциальное поведение и т.п.) у таких детей происходит значительно более быстро и декомпенсация состояния с истощением физиологических компенсаторных механизмов также наступает быстрее, чем у лиц, не имевших в анамнезе такого рода нарушений.

*(Умственная отсталость у детей)*

Высок процент детей с диагнозом «Умственная отсталость» различной степени выраженности. Данный диагноз, конечно, никогда не устанавливается до 3-х летнего возраста, т.к. определить уровень интеллектуальных нарушений у ребенка до 3-х лет представляет определенные сложности. Критериями установки данного диагноза является отсутствие эффекта от проводимого лечения, некомпенсируемость состояния на фоне интенсивного лечения в раннем возрасте.

Целью обучения детей с установленным диагнозом «Умственная отсталость» является не интеллектуальная компенсация и попытка вывести их на общевозрастной уровень, а социальная адаптация и поиск того вида деятельности, пусть и не сложной с

интеллектуальной точки зрения, который сможет дать возможность им во взрослом возрасте существовать самостоятельно и обеспечивать себя. К сожалению, зачастую это возможно только при легкой (редко умеренной) степени данного заболевания. При более выраженных нарушениях эти пациенты в течение всей жизни нуждаются в контроле и уходе со стороны родственников.

*(Психические нарушения эндогенного круга, шизофрения)*

Достаточно велик процент детей и подростков с сугубо психическими нарушениями эндогенного круга. Речь в данном случае идет о шизофрении и расстройствах, с ней сходных, при которых происходит нарушение процессов мышления и грубо изменяются личностные особенности. Несвоевременное выявление и начало терапии данных расстройств приводит к очень быстрому нарастанию дефекта личности и усугубляет вариант течения данного заболевания во взрослом возрасте.

Выше представлен очень краткий и грубый перечень основных психических заболеваний детского возраста.

*(Депрессивные расстройства)*

Выраженные депрессивные расстройства обычно возникают в подростковом возрасте, когда в достаточной степени сформирована аффективная сфера.

При развитии депрессии подростки, в связи с недостаточной способностью понять свое болезненное состояние и выразить его словами, (алексетимия) не обращаются с жалобами. Часто депрессии протекают под различными поведенческими масками (подростки становятся вялыми, безразличными, «ленивыми» или же резкими, грубыми, оппозиционными, появляются расстройства влечений). К сожалению, подростковые депрессии чреваты суицидальными попытками и завершёнными суицидами. Только врач - специалист за фасадом поведенческих расстройств сможет распознать аффективную патологию. Своевременное лечение депрессий – это всегда благоприятный исход.

*(Нервная анорексия)*

Необходимо помнить, что нервная анорексия – психическое расстройство. В основе заболевания лежат навязчивые страхи и сверхценные переживания. Нервная анорексия может быть проявлением глубокого невроза пубертатного возраста или началом эндогенного заболевания – шизофрении. Грубой ошибкой родителей являются попытки лечить нервную анорексию у педиатров, диетологов, гастроэнтерологов, эндокринологов или еще хуже обращаться за помощью в немедицинские учреждения, к неспециалистам.

В настоящее время страх перед психиатрической службой зачастую заставляет родителей детей с психическими расстройствами прибегать к помощи псевдоцелителей, парапсихологов. При этом медицинской, психиатрической помощи дети не получают и состояние утяжеляется.

Обобщая все сказанное, хочется отметить: детские и подростковые психические заболевания нужно лечить, не откладывая визит к врачу, если ребенок нуждается в помощи!

Хочется сказать родителям одно: не бойтесь визита к детскому психиатру, не пугайтесь слова «психиатрия», не стесняйтесь спросить о том, что Вас беспокоит в Вашем ребенке, что Вам кажется «неправильным», не закрывайте глаза на какие-то особенности в поведении и развитии Вашего ребенка, убеждая себя, что «это просто кажется».

Консультативное обращение к детскому психиатру ни к чему родителей не обяжет и при этом часто своевременное обращение к врачу-психиатру с Вашим ребенком предотвращает развитие грубых психических нарушений в более позднем возрасте и дает возможность Вашему ребёнку в дальнейшем жить полноценной здоровой жизнью.

## 4.2. Организация деятельности психолого-медико-педагогического консилиума

Как правило, изучение ребенка специалистами ПМПк начинается с запроса педагогов или родителей. За ребенком ведется целенаправленное наблюдение на занятиях и в свободное время (игры, прогулка). Проводится и индивидуальное обследование с учетом возрастных и психофизических особенностей ребенка. На основе данных, полученных специалистами, на заседаниях ПМПк обсуждаются результаты и составляется коллегиальное заключение с рекомендациями об образовательном маршруте в соответствии с возможностями ребенка, а также о медицинской помощи, если таковая требуется. В тех случаях, когда образовательное учреждение, в котором находится ребенок, не может обеспечить необходимые условия или ребенок нуждается в дополнительной диагностике, его направляют (с согласия родителей) в психолого-медико-педагогическую комиссию.

При выведении ребенка в другой вид образовательных услуг (коррекционные классы (группы), надомное обучение и др.) оформляется его педагогическая характеристика, выписки из индивидуальной карты развития, из заключений специалистов ПМПк, итоговое заключение и рекомендации консилиума. При направлении ребенка на психолого-медико-педагогическую комиссию копия коллегиального заключения консилиума выдается родителям на руки, копии заключений отдельных специалистов направляются по почте или с представителем ПМПк. В другие учреждения и организации копии заключения ПМПк направляются только по официальному запросу.

В ПМПк ведется следующая документация:

- журнал записи и учета детей, прошедших обследование специалистов консилиума;
- журнал регистрации заключений и рекомендаций специалистов и коллегиального заключения и рекомендаций ПМПк;
- карта (папка) развития обучающегося.

Необходимо отметить, что наряду с указанными официальными документами в ряде специальных (коррекционных) школ VIII вида успешно используется «Дневник индивидуального сопровождения», разработанный коллективом учебно-воспитательного комплекса № 1836 г. Москвы. Концепция «сопровождения» и методические указания к ведению «Дневника» разработаны специалистами Е.И. Капланской, А.В. Капланским и С.Д. Забрамной. В «Дневнике» фиксируются сведения, анализ которых позволяет осуществить оказание своевременной и целенаправленной помощи воспитаннику в его учебной деятельности специальной адаптации. Особенно важны эти сведения при подготовке ребенка к представлению на психолого-медико-педагогическую комиссию. Ответственный за ведение дневника — классный руководитель, контроль осуществляет заместитель директора. В «Дневнике» содержатся следующие разделы:

– *Сведения социального характера* заполняются классным руководителем на основе документов, бесед с родителями (или лицами, их замещающими), знакомства с бытовыми условиями жизни и т.д.

– *медицинские данные* заполняются классным руководителем на основе медицинской карты, другой медицинской документации, заключения ПМПк (если ребенок был обследован комиссией). Вносятся только данные о нарушениях, симптоматике, особенностях психического и физического здоровья, непосредственно влияющих на успешность обучения и воспитания.

– *психолого-педагогическая информация* заполняется классным руководителем совместно с психологом на основе обобщения заключений дефектолога, логопеда, всех преподавателей и воспитателей, работающих с ребенком. Эти сведения вносятся в таблицу дважды в учебном году, поэтому имеется возможность проследить динамику развития ребенка.

– запись педагогических наблюдений содержит краткую фиксацию наиболее значимых для педагогов сведений (в форме без оценочных описаний).

– рекомендации заполняются классным руководителем на основе заключений и рекомендаций ПМПк.

– сведения о работе с родителями фиксируются в форме без оценочного описания.

– характеристики пишутся классным руководителем (воспитателем) в произвольной форме в конце каждого года пребывания (вносятся дополнения, показывающие возрастные новообразования и результаты проводимой коррекционно-развивающей работы).

Содержание данного «Дневника» достаточно информативно. Оно может явиться сигналом для проведения углубленного всестороннего обследования специалистами ПМПк и предоставляет им полезные дополнительные материалы о ребенке.

Периодичность проведения ПМПк определяется реальным запросом образовательного учреждения, но не реже одного раза в квартал. Очень важно, чтобы заседание было тщательно подготовлено, поэтому ведущий специалист заранее (за один-два месяца) уточняет, кто из детей нуждается в углубленном обследовании, определяется программа работы с ребенком и сроки предоставления заключений всеми специалистами ведущему специалисту (не позднее, чем за три дня до заседания ПМПк). В тех случаях, когда дети обследуются на ПМПк повторно, необходимо особо оценить результаты проведенной с ребенком индивидуальной коррекционно-развивающей работы (показать наличие и характер динамики) и наметить дальнейшую программу такой работы.

ПМПк не только помогает ребенку и родителям, но и повышает профессиональный уровень самих педагогов, обеспечивая согласованность их действий при решении проблем ребенка, и в этом одно из важнейших предназначений ПМПк.

Таким образом, ПМПк — это первая помощь ребенку в условиях учреждения, где он находится.

Приводим Примерное положение о психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения (№ 27/901-6 от 27.03.2000), документ, знание которого необходимо школьному психологу.

### *1. Общие положения*

• Примерное положение о психолого-медико-педагогическом консилиуме образовательного учреждения регулирует деятельность психолого-медико-педагогического консилиума (в дальнейшем ПМПк) как структурного подразделения психолого-медико-педагогической службы (далее ПМПС) в системе образования в качестве ее низового звена, оказывающего помощь детям со специальными образовательными потребностями.

• ПМПк представляет собой объединение специалистов данного образовательного учреждения, составляющее ядро психолого-медико-педагогической службы образовательного учреждения, организуемое при необходимости комплексного, всестороннего, динамического диагностико-коррекционного сопровождения детей, у которых возникают трудности в адаптации к условиям данного образовательного учреждения в связи с отклонениями в развитии.

• ПМПк не является самостоятельным учреждением и не имеет статуса юридического лица. Специалисты ПМПк выполняют соответствующую работу в рамках основного рабочего времени, имеющих у них функциональных обязанностей, оплаты труда, корректируя индивидуальный план работы в соответствии с реальным запросом на участке в работе консилиума. При наличии в образовательном учреждении трех и более классов, групп специалистов, коррекционно-развивающего (компенсирующего) типа постоянные специалисты ПМПк имеют право на 20%-ную надбавку к заработной плате.

• ПМПк в своей деятельности руководствуется федеральными законами, указами и распоряжениями Президента Российской Федерации, постановлениями и распоряжениями

Правительства Российской Федерации, решениями соответствующего органа управления образованием, настоящим Примерным положением, уставом общеобразовательного учреждения, договором между образовательным учреждением и родителями (законными представителями) обучающихся, воспитанников, Конвенцией ООН о правах ребенка, Законом Российской Федерации «Об образовании».

## *2. Цель и задачи ПМПк Психолого-медико-педагогического консилиума*

• Целью ПМПк является определение и организация в рамках данного образовательного учреждения адекватных условий развития, обучения и воспитания в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными особенностями, диагностированными индивидуальными возможностями ребенка в зависимости от состояния соматического и нервно-психического здоровья.

• В задачи ПМПк образовательных учреждений входит:

- выявление и ранняя диагностика отклонений в развитии детей;
- выявление актуальных и резервных возможностей ребенка;
- разработка рекомендаций учителю, воспитателю, родителям для обеспечения индивидуального подхода в процессе коррекционно-развивающего сопровождения;
- отслеживание динамики развития и эффективности индивидуализированных коррекционно-развивающих программ;
- определение готовности к школьному обучению детей старшего дошкольного возраста, поступающих в школу, с целью вычленения «группы риска»;
- решение вопроса о создании в рамках данного образовательного учреждения условий, адекватных индивидуальным особенностям развития ребенка. При необходимости — перевод в специальный (коррекционно-развивающий, компенсирующий и т.п.) класс, выбор соответствующей формы обучения (индивидуальное, на дому; смешанное; экстернат; домашнее и др.);
- при положительной динамике и компенсации отклонений в развитии — определение путей интеграции ребенка в классы, работающие по основным образовательным программам;
- профилактика физических, интеллектуальных и эмоциональных перегрузок и срывов, организация лечебно-оздоровительных мероприятий и психологически адекватной образовательной среды;
- подготовка и ведение документации, отражающей актуальное развитие ребенка, динамику его состояния, овладение школьными навыками, умениями и знаниями, перспективное планирование коррекционно-развивающей работы, оценку ее эффективности;
- организация взаимодействия между педагогическим коллективом образовательного учреждения и специалистами, участвующими в работе психолого-медико-педагогического консилиума, при возникновении трудностей диагностики, конфликтных ситуаций, а также при отсутствии положительной динамики в процессе реализации рекомендаций ПМПк более высокого уровня.

## *3. Организация деятельности и состав ПМПк*

- ПМПк организуется на базе образовательного учреждения независимо от типа и вида.
- ПМПк утверждается приказом директора образовательного учреждения.
- Общее руководство ПМПк возлагается на директора образовательного учреждения.
- ПМПк работает во взаимодействии с вышестоящими структурными подразделениями Психолого-медико-педагогической службы.
- Обследование ребенка специалистами ПМПк осуществляется по инициативе родителей или сотрудников образовательного учреждения. В случае инициативы

сотрудников образовательного учреждения должно быть получено согласие на обследование родителей (иных законных представителей).

При несогласии родителей (иных законных представителей) специалистами ПМПк должна проводиться работа по формированию у них адекватного понимания проблемы, исходя из интересов ребенка. Во всех случаях согласие родителей должно быть подтверждено их заявлением. Прием подростков старше 12 лет, обратившихся к специалистам ПМПк, допускается без сопровождения родителей.

- Обследование ребенка должно осуществляться с учетом требований профессиональной этики. Специалисты ПМПк обязаны хранить профессиональную тайну, в том числе соблюдать конфиденциальность информации, содержащейся в заключении.

- Обследование ребенка проводится каждым специалистом ПМПк индивидуально, при необходимости — в присутствии родителей (иных законных представителей).

- ПМПк имеет право затребовать следующие документы:

- свидетельство о рождении ребенка;

- подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей: педиатра, невропатолога, сурдолога, офтальмолога, ортопеда (в зависимости от имеющихся отклонений в развитии ребенка). При необходимости получения дополнительной медицинской информации о ребенке медсестра ПМПк направляет запрос соответствующим медицинским специалистам;

- педагогическое представление (характеристику);

- письменные работы по русскому (родному языку), математике, рисунки и другие результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

- Результаты обследования ребенка протоколируются, отражаются в заключении, которое составляется коллегиально и является основанием для реализации соответствующих рекомендаций по обучению, воспитанию, лечению, при необходимости — по профориентации и трудоустройству, а также социальной и трудовой адаптации. Все сведения вносятся в журнал регистрации консилиумов и Карту развития ребенка.

- В диагностически сложных или конфликтных случаях специалисты ПМПк направляют ребенка в муниципальную ПМПк либо в другие диагностико-коррекционные учреждения. Возможна также организация пробного диагностического обучения на базе уже существующих, а также вновь создаваемых специальных классов данного образовательного учреждения.

- В ПМПк ведется следующая документация:

- журнал предварительной записи детей на ПМПк;

- журнал регистрации плановых и внеплановых консилиумов;

- карта развития ребенка с краткими обобщенными заключениями специалистов, окончательным коллегиальным заключением ПМПк, дневником (листом-вкладышем) динамического наблюдения, листами коррекционной работы специалистов;

- список специалистов ПМПк;

- график плановых консилиумов (не реже одного раза в четверть);

- списки классов (групп) коррекционно-развивающей, иной специальной образовательной направленности, находящихся под динамическим наблюдением специалистов ПМПк;

- нормативные и методические документы, регулирующие деятельность специалистов ПМПк.

- Рекомендуемый состав ПМПк: заместитель директора по учебно-воспитательной работе (председатель консилиума), прошедший спецподготовку; учитель (классный

руководитель) или другой специалист, представляющий ребенка на ПМПк; учителя с большим опытом работы; учителя классов коррекционно-развивающего обучения; учитель-логопед (и/или учитель-дефектолог); педагог-психолог, врач (педиатр, невропатолог или детский психиатр); медсестра. При отсутствии специалистов они привлекаются к работе консилиума на договорной основе.

- Дети, направленные классным руководителем на обследование в ПМПк, а также все учащиеся специальных классов (коррекционно-развивающих, компенсирующих) находятся под наблюдением специалистов ПМПк в течение всего периода пребывания в данном образовательном учреждении. Все изменения формы или вида обучения в рамках одного и того же образовательного учреждения фиксируются в Карте развития ребенка.

- Председатель и специалисты, участвующие в работе ПМПк, несут ответственность за конфиденциальность информации о детях, проходивших обследование на ПМПк или находящихся на коррекционно-диагностическом и коррекционно-развивающем, ином социальном обучении.

#### *4. Подготовка и проведение ПМПк*

- ПМПк подразделяются на плановые и внеплановые.

- Периодичность ПМПк определяется реальным запросом образовательного учреждения на комплексное обследование детей с отклонениями в развитии, но не реже одного раза в четверть проводятся плановые ПМПк, на которых осуществляется анализ состава, количества и динамики развития учащихся, нуждающихся в психолого-медико-педагогической диагностико-коррекционной помощи.

- Деятельность плановых консилиумов направлена на:

- анализ процесса выявления детей «группы риска», а также ее количественного и качественного состава (учащиеся классов коррекционно-развивающего (компенсирующего) обучения, дети с признаками школьной дезадаптации, неуспевающие и слабоуспевающие дети);

- определение путей психолого-медико-педагогического сопровождения учащихся с трудностями адаптации в данных образовательных условиях;

- профессиональную квалификацию динамики развития ребенка в процессе реализации индивидуализированной коррекционно-развивающей программы, внесение необходимых изменений в эту программу.

- Внеплановые консилиумы собираются по запросам специалистов (в первую очередь — учителей), непосредственно работающих с ребенком.

Поводом для проведения внепланового ПМПк является выявление или возникновение новых обстоятельств, отрицательно влияющих на развитие ребенка в данных образовательных условиях.

Задачи внепланового консилиума следующие:

- решение вопроса о необходимости принятия адекватных экстренных мер по выявленным обстоятельствам;

- внесение изменений в индивидуализированные коррекционно-развивающие программы при их неэффективности.

- В течение 3 дней с момента поступления запроса на диагностическое обследование ребенка председатель ПМПк согласовывает этот вопрос с родителями (иными законными представителями) и при отсутствии возражений с их стороны, представленных в письменном виде, организует проведение планового или внепланового ПМПк (в соответствии с графиком плановых ПМПк).

- ПМПк проводится не позже 10 дней с момента согласования вопроса с родителями (иными законными представителями).

- Председатель включает в состав ПМПк кроме постоянных специалистов сотрудников образовательного учреждения, непосредственно работающих с ребенком, направивших ребенка на ПМПк, и др. Председатель ставит в известность специалистов ПМПк о необходимости обследования ребенка.

- В период с момента поступления запроса и до ПМПк каждый специалист ПМПк проводит индивидуальное обследование ребенка, планируя время этого обследования с учетом реальной возрастной и психофизической нагрузки.

- Каждый специалист ПМПк составляет заключение по данным соответствующего обследования и разрабатывает рекомендации.

- На период реализации рекомендаций, разработанных специалистами ПМПк, ребенку назначается ведущий специалист, отслеживающий эффективность и адекватность индивидуальной коррекционно-развивающей программы и выступающий с инициативой повторных обсуждений динамики развития ребенка на ПМПк.

- Решением ПМПк ведущим специалистом назначается в первую очередь педагог (классный руководитель) класса, в котором обучается ребенок, но может быть назначен и другой специалист, проводящий коррекционно-развивающее обучение или внеурочную коррекционную работу.

- ПМПк проводится под руководством председателя, а в его отсутствие — заместителя председателя, назначаемого председателем или руководителем образовательного учреждения.

- Ведущий специалист докладывает свое заключение о ребенке на ПМПк и оформляет протокол. Каждый специалист, участвующий в обследовании и/или коррекционно-развивающей работе с ребенком, в устной форме дает свое заключение на ребенка. Последовательность представлений специалистов определяется представителем ПМПк. Заключение каждого специалиста вкладывается в Карту развития ребенка. Окончательное коллегиальное заключение по результатам ПМПк с рекомендациями по оказанию психолого-педагогической и медико-социальной помощи ребенку также фиксируется в Карте развития ребенка и подписывается представителем и всеми членами ПМПк.

- Результаты ПМПк доводятся до сведения родителей (иных законных представителей). Предложенные рекомендации реализуются только при отсутствии возражений со стороны родителей (иных законных представителей).

- Не реже одного раза в четверть (плановые ПМПк) на основании устных представлений специалистов, непосредственно работающих с ребенком, в дневник динамического наблюдения Карты развития ребенка вносятся сведения об изменениях в его состоянии в процессе реализации рекомендаций, составляется краткое обобщенное письменное заключение и перечень корректировок, внесенных в рекомендации.

- При направлении ребенка на муниципальную или региональную ПМПк заключение, составленное на основании сведений, содержащихся в его Карте развития, представляется одним из специалистов ПМПк, сопровождающих ребенка вместе с родителями, или отправляется по почте.

\* \* \*

Необходимо отметить в заключение, что в условиях массовой школы, где в психолого-медико-педагогическом консилиуме не всегда есть специалист-дефектолог, большая ответственность и в то же время надежда на помощь в установлении причин неуспеваемости или особенностей в поведении ребенка возлагаются на школьного психолога. Именно психолог раскрывает характер и особенности в развитии ребенка. На основе анализа результатов собственного психологического обследования, а также изучения материалов, собранных коллегами (учителем, логопедом, врачом), и данных, полученных из бесед с родителями, психолог представляет свое видение проблем ребенка.

Как член ПМПк, психолог участвует в коллегиальном решении вопросов дальнейшего обучения ребенка; в выработке конкретных рекомендаций по оказанию ему необходимой помощи; в составлении индивидуальной программы развития (ИПР), о содержании которой речь пойдет в последней лекции.

### Практическая работа

На основании анализа Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 20 сентября 2013 г. N 1082 "Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии" и письма министерства образования РФ от 27 марта 2000 г. №27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения» подготовить и заполнить таблицы согласно образца:

#### 1. Обязанности участников ПМПк

<i>Участники</i>	<i>Обязанности</i>
------------------	--------------------

#### 2. Обязанности участников ПМПк

<i>Участники</i>	<i>Обязанности</i>
------------------	--------------------

#### 3. Документация и отчетность ПМПк и ПМПк

<i>Документация и отчетность ПМПк</i>	<i>Документация и отчетность ПМПк</i>
---------------------------------------	---------------------------------------

### Тест 4

1. Основной установкой учителя, реализующего инклюзивную практику, является
  - 1) каждый ребенок способен учиться при создании тех или иных специальных условий,
  - 2) некоторые дети не способны к обучению
  - 3) дети с ОВЗ должны учиться в специализированных школах
2. Кто разрабатывает рекомендации по созданию специальных образовательных условий для ребенка с ограниченными возможностями здоровья, на основе которых строится его обучение
  - 1) дефектолог
  - 2) Медико-социальная экспертиза
  - 3) психолого-медико-педагогическая комиссия
3. Какими из «внешних» социальных партнеров должна быть организована система взаимодействия и поддержки образовательного учреждения
  - 1) с методическими центрами, территориальной ПМПк, ППМС-центра, специальные(коррекционные) школы, органы социальной защиты, организации здравоохранения
  - 2) общественных организаций
  - 3) со всеми вышеперечисленными организациями
4. В структуре материально-технического обеспечения должна быть отражена специфика требований к:
  - 1) организации пространства, в котором обучается ребенок с ограниченными возможностями здоровья, в том числе временного режима обучения и организации рабочего места ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
  - 2) техническим средствам обеспечения комфортного доступа ребенка с ограниченными возможностями здоровья к образованию (ассистирующие средства и технологии);

3) все вышеперечисленные.

5. Укажите неверный ответ

- 1) при адаптации образовательной программы должно быть заложено:
- 2) изменение сроков прохождения программы;
- 3) адаптация учебных материалов;
- 4) порядок организации медицинских услуг.

6. Какие образовательные программы, необходимы для реализации инклюзивного образовательного процесса:

- 1) коррекционная образовательная программа как составная часть общеобразовательной программы,
- 2) адаптированная основная общеобразовательная программа,
- 3) адаптированная образовательная программа,
- 4) дополнительная образовательная программа,
- 5) дополнительная профессиональная программа

1) Необходимы все программы

2) Необходимы программы 4, 5

3) Необходимы программы 1, 2, 3

7. Какие архитектурные условия должны быть созданы для детей с нарушениями ОДА в зданиях образовательного учреждения из перечисленных:

- 1) пандусы для входа в образовательное учреждение, пандусы внутри здания, съезды с тротуаров, лифт
- 2) тактильная дорожка в коридоре
- 3) поручни в коридоре и на лестницах

8. Какое специальное оборудование для детей с нарушением слуха может быть в образовательном учреждении, реализующим инклюзивную практику из перечисленных

- 1) Таблички с названиями помещений по Брайлю
- 2) Табло «Бегущая строка», Световая индикация начала и конца урока, FM-системы для индивидуальной и групповой работы
- 3) Специальный стул на колесах и высокой спинкой

9. Укажите верный ответ. В учреждениях при включении в образовательный процесс детей с нарушениями зрения необходимо приобрести следующее оборудование

- 1) FM-системы для индивидуальной и групповой работы
- 2) Лупы
- 3) Кресло-коляска, трость, опоры, подъемники, специальная парта (стол) с выемкой и регулируемой высотой, специальный стул на колесах и высокой спинкой
- 4) Выделенные столы в помещениях общего пользования, к которым можно свободно подъехать на коляске 35

10. На ПМПК, после проведения комплексной диагностики и выявления необходимости в создании для ребенка с ОВЗ специальных образовательных условий, прописываются

- 1) рекомендации по специальным условиям образования
- 2) направление в образовательное учреждение
- 3) образовательный маршрут

## **КОНТРОЛЬНЫЕ РАБОТЫ И МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ИХ ВЫПОЛНЕНИЮ**

Целями выполнения контрольной работы студентами заочной формы обучения являются углубление теоретических знаний по дисциплине, развитие навыков самостоятельной работы, логического мышления и умения анализировать материал.

При выполнении работы перед студентом стоят следующие задачи:

1. Изучить основные положения по теме контрольной работы, изложить их сущность, обобщить материалы различных источников и связать их с практикой.
2. Выявить и изложить аргументы «за» и «против» в отношении спорных вопросов.
3. Изложить и аргументировать собственную точку зрения по рассматриваемым в работе вопросам.

Перед написанием контрольной работы постарайтесь просмотреть как можно больше литературы по теме, но отобрать для работы только несколько источников. Пусть это будут те книги и статьи, которые Вам наиболее понятны и интересны. Список рекомендуемой литературы можно расширить или изменить по своему усмотрению.

Успешность выполнения работы определяется полным раскрытием темы. Текст контрольной работы должен быть авторским, это Ваша задача.

Студент имеет право самостоятельно выбрать тему контрольной работы, если ни одна из предложенных тем ему не интересна.

Начальным разделом контрольной работы является введение, где студент должен отразить актуальность рассматриваемой темы.

Основное содержание контрольной работы должно раскрывать ее тему в логической последовательности рассмотрением ряда вопросов, которые студент определяет самостоятельно.

Каждый вопрос должен отражать его актуальность, сущность рассматриваемых понятий и категорий, существующей точки зрения специалистов и изложение собственного взгляда автора.

В заключении контрольной работы необходимо сформулировать основные выводы и предложения автора по рассматриваемому кругу вопросов.

Контрольная работа должна быть напечатана на одной стороне стандартного листа односортовой бумаги формата А4 через два интервала или написана от руки четким и разборчивым почерком, брошюруется любым способом.

Страницы контрольной работы следует нумеровать. Титульный лист считается первым, он не нумеруется.

На титульном листе необходимо указать: название вуза и факультета, учебную дисциплину, тему работы, специальность и номер группы, Ф.И.О. студента и преподавателя (образец титульного листа находится на кафедре).

После титульного листа должна следовать структура содержания работы с указанием страниц начала ее отдельных разделов и вопросов.

В конце контрольной работы следует привести список использованной литературы.

Объем контрольной работы не более 15 машинописных страниц.

### *Примерная тематика контрольных работ*

1. Педагогическое сопровождение. Образовательные технологии.
2. Психолого-педагогическое и медико-социальное сопровождение развития ребенка.
3. Инклюзивное обучение детей с ограниченными возможностями здоровья.

4. Проблемы сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. Социальная и педагогическая интеграция.
5. Организация деятельности ПМПК в современных условиях.
6. Диагностика и коррекция психического развития у детей.
7. Развитие навыков общения у умственно отсталого ребенка.
8. Диагностика детей с двигательными нарушениями в условиях ПМПК.
9. Методы коррекции речевого и психического развития детей с церебральным параличом.
10. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.
11. Диагностика детей с нарушениями речи в условиях ПМПК.
12. Диагностика при дефектах зрения и слуха в условиях ПМПК.
13. Интегрированное обучение детей с нарушениями слуха.
14. Диагностика детей с нарушениями зрения в условиях ПМПК.
15. Социально-педагогическая диагностика родителей детей с ОВЗ.

## ГЛОССАРИЙ

*Адаптированная образовательная программа (АОП)* - образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц (рассчитана на одного ребенка, в рамках инклюзии в общеобразовательном классе; лицензии не подлежит).

*Адаптированная основанная образовательная программа (АООП)* – это образовательная программа, адаптированная для обучения лиц конкретной категории обучающихся (ОВЗ, дети – инвалиды) с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей, обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию. Это учебно-методическая документация, определяющая рекомендуемые федеральным государственным образовательным стандартом объем и содержание образования, планируемые результаты освоения образовательной программы, примерные условия образовательной деятельности, включая примерные расчеты нормативных затрат оказания государственных услуг по реализации образовательной программы. В структуру примерной адаптированной основной образовательной программы включаются: примерный учебный план, примерный календарный учебный график, примерные рабочие программы учебных предметов и иные компоненты.

АООП разрабатывается ОУ на группу обучающихся с определенными нарушениями. Данная АООП подлежит лицензии и реализуется в рамках специальных коррекционных классов в общеобразовательном классе и в специальном коррекционном образовательном учреждении.

*Воспитание* – деятельность, направленная на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающегося на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства.

*Инклюзивное образование (ИО)*– (от английского слова *inclusion* - включение) процесс, при котором что-либо включается, то есть вовлекается, охватывается, или входит в состав, как часть целого. ИО помогает претворять в жизнь подобные цели не только учащимся с особенностями в развитии, но и детям, которые, в той или иной степени, выделяются из

большинства. Инклюзивное образование предполагает изменение образовательной системы, школы, а не самого ребёнка.

*Интегрированное образование* – (в переводе с латинского языка *inteder* – целый) – процесс воссоединения, объединения в целое ранее разрозненных частей и элементов. В интегрированном образовании дети с ОВЗ посещают общеобразовательную школу и в центре именно вопрос посещения. Ребёнок с особыми образовательными потребностями становится проблемой для традиционно устроенного учебно-воспитательного процесса. Поэтому ребёнка необходимо менять, реабилитировать так, чтобы он подходил школе или обществу.

*Индивидуальный учебный план (ИУП)* – работы учителей по индивидуальному учебному плану также регламентируется на локальном уровне. Индивидуальный учебный план выстраивается на основе базисного учебного плана. Базисный учебный план третьей ступени отражает обязательный минимум содержания образования для всех профилей образования. Существенное увеличение школьного компонента позволяет общеобразовательному учреждению осуществлять вариативное профильное обучение, использовать очно-заочные, дистанционное и иные нетрадиционные формы организации образовательного процесса, а учащимся – реализовывать индивидуальные образовательные программы. Более подробно сущность и порядок формирования индивидуальных учебных планов описаны в рекомендациях, принятых уже после утверждения концепции, а именно в Рекомендациях по организации профильного обучения на основе индивидуальных учебных планов обучающихся. Пункт 23 ст. 2 Федерального закона определяет «индивидуальный учебный план» как учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося. Применительно к учащимся, имеющим академическую задолженность, это может быть учебный план, который содержит меры компенсирующего воздействия по тем предметам, по которым данная задолженность не была ликвидирована.

*Индивидуальная программа реабилитации ребенка – инвалида (ИПР)* – это программа мероприятий, которая разрабатывается с учетом индивидуальных особенностей физического состояния и состояния здоровья инвалида, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. ИПР разрабатывается на основании имеющейся документации (истории болезни и др.) и результатов обследования текущего состояния здоровья гражданина. Программа доводится до сведения инвалида или его законного представителя в доступной для него форме.

*Индивидуальный образовательный маршрут (ИОМ)* – это персональный путь реализации личностного потенциала каждого ученика в образовании. Процесс выявления, реализации и развития данных способностей ученика происходят в ходе образовательного движения по индивидуальному маршруту. Если мы видели конкретные личностные способности учащихся в качестве ориентиров для ведения ими образовательной деятельности по предмету, то путь освоения этого предмета будет определяться суммой личностных способностей каждого ученика. Ученик сможет продвигаться по индивидуальному маршруту во всех образовательных областях, в том случае, если ему будут представлены возможности:

- определить индивидуальный смысл изучения учебной дисциплины
- ставить собственные цели в изучении конкретной темы или раздела
- выбирать оптимальные формы и темпы обучения
- применять те способы учения, которые наиболее соответствуют его индивидуальным особенностям
- рефлексивно осознавать полученные результаты.

осуществлять оценку и корректировку своей деятельности.

Возможность индивидуального маршрута образования ученика предполагает что ученик при изучении темы может, например, выбрать один из следующих подходов: образное или логическое познание; углубленное изучение; ознакомительное, выборочное или расширенное усвоение темы.

*Координатор по инклюзии (методист)* — специалист, играющий важную роль в организации процесса включения ребенка с ограниченными возможностями здоровья в образовательную среду школы, создании специальных условий для адаптации, обучения и социализации учащихся, регулирующий деятельность всего педагогического коллектива в данном направлении. *Координатор по инклюзии* — основной «носитель» информации и помощник учителя в организации образовательного процесса в инклюзивном классе. При этом важно помнить, что координатор, как и специалисты психолого-педагогического сопровождения, ориентируется в своей деятельности на запрос учителя, его инициативу и информацию о состоянии, успехах и проблемах «особого» ребенка и всего класса.

*Междисциплинарный подход* – междисциплинарный принцип работы, то есть объединение в службу представителей разных специальностей (семейных и детских психологов, социальных педагогов, юристов, педагогов различной специализации и уровня подготовки, придерживающихся единой концепции, понимающий сопровождение как совместную деятельность. Междисциплинарный принцип деятельности специалистов при оценке психического развития ребенка предусматривает необходимость и выработки (согласования) коллегиальных подходов при такой оценке, и преломления (в некоторых случаях серьезной коррекции) мнения каждого из специалистов, в зависимости от мнения других членов ПМПК.

*Мультидисциплинарный подход* – мультидисциплинарный подход включает в себя грамотное сочетание нескольких видов лечения, предусматривает участие и взаимодействие врачей многих специальностей в ведении одного пациента, что дает возможность оптимизировать процессы диагностики и лечения. Широко применяется во многих клиниках и центрах, особенно в многопрофильных медицинских учреждениях.

Мультидисциплинарный подход в обучении предполагает привлечение методов, фактических данных, теории и практик различных научных дисциплин. Считается, что именно всестороннее изучение предмета приводит к целостному представлению и систематическому знанию о нем.

*Медико – социальная экспертиза (МСЭ)* – один из видов медицинской экспертизы. В соответствии со ст. 7 Федерального закона от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» медико-социальная экспертиза — определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты, включая реабилитацию, на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Учреждения медико-социальной экспертизы в Российской Федерации находятся в ведении Министерства труда и социальной защиты, за исключением Главного бюро медико-социальной экспертизы Федерального медико-биологического агентства, которое подведомственно соответствующему агентству в структуре Министерства здравоохранения.

*Образование* – единый целенаправленный процесс воспитания и обучения, являющийся общественно значимым благом и осуществляемый в интересах человека, семьи, общества и государства, а также совокупность приобретаемых знаний, умений, навыков, ценностных установок, опыта деятельности и компетенции определенных объема и сложности в целях интеллектуального, духовно-нравственного, творческого, физического и (или) профессионального развития человека, удовлетворения его образовательных потребностей и интересов.

*Образовательная деятельность* – деятельность по реализации образовательных программ.

*Образовательная организация* – некоммерческая организация, осуществляющая на основании лицензии образовательную деятельность в качестве основного вида деятельности в соответствии с целями, ради достижения которых такая организация создана.

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

*Обучение* – целенаправленный процесс организации деятельности обучающихся по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности, развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию у обучающихся мотивации получения образования в течение всей жизни.

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

*Организация образования обучающихся с ограниченными возможностями* предполагает как совместное образование с другими обучающимися, так и образование в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

*Особенности организации образовательной деятельности для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья* определяются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования, совместно с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере социальной защиты населения.

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

*Психолого – медико педагогическая комиссия (ПМПк)* – своевременное выявление детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведение их комплексного психолого-медико-педагогического обследования и подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, определения специальных условий для получения ими образования и необходимого медицинского обслуживания. А также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

*Психолого–медико педагогическая консилиум (ПМПк)* – представляет собой организационную форму, в рамках которой происходит разработка и планирование единой психолого-педагогической стратегии сопровождения каждого ребенка, в том числе и ребенка с ограниченными возможностями здоровья в процессе его коррекционно-развивающего обучения. Консилиум объединяет информацию об отдельном ребенке, группе (классе), классные руководители, воспитатели, учитель-дефектолог, учитель-логопед, педагог-психолог, социальный педагог, учитель музыки (музыкальный руководитель),

учитель физкультуры (инструктор по ФИЗО). Психолого-педагогического сопровождения обучающихся, исходя из реальных возможностей образовательного учреждения и в соответствии со специальными образовательными потребностями, возрастными и индивидуальными особенностями, состоянием соматического и нервно-психического здоровья обучающихся. На основе целостного видения проблемы консилиум разрабатывает общую стратегию работы специалистов с группой/классом или отдельным обучающимся.

*Содержание образования и условия организации* – обучения и воспитания обучающихся с ограниченными возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

*Специальный федеральный государственный образовательный стандарт (СФГОС)* - Специальные федеральные государственные образовательные стандарты для детей с ограниченными возможностями здоровья должны рассматриваться как неотъемлемая часть федеральных государственных стандартов общего образования. Такой подход согласуется с Декларацией ООН о правах ребенка и Конституцией РФ, гарантирующей всем детям право на обязательное и бесплатное среднее образование. Специальный образовательный стандарт является базовым инструментом реализации конституционных прав на образование граждан с ОВЗ. Специфика разработки специального федерального государственного стандарта образования определена тем, что дети с ОВЗ могут реализовать свой потенциал лишь при условии вовремя начатого и адекватно организованного обучения и воспитания - удовлетворения как общих с нормально развивающимися детьми, так и их особых образовательных потребностей, заданных характером нарушения их психического развития.

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

*Специальная индивидуальная программа развития (СИПР)* – предусматривает не только адаптацию ребенка к условиям домашней жизни, но и доступное ему социальное развитие.

*Специальный коррекционный класс (СКК)* - Для тех детей, которым трудно обучаться в связи с имеющимися проблемами со здоровьем, существуют специальные образовательные учреждения или открываются коррекционные классы в обычной школе. Сюда можно записать ребенка-инвалида или отстающего в развитии. Основное назначение таких учреждений и классов заключено в социальной адаптации воспитанников и их интеграции в обществе.

*Тьютор (ассистент учителя)* — специалист, осуществляющий непосредственное сопровождение ребенка (детей) с ОВЗ в течение учебного дня — на фронтальных и (если есть необходимость) индивидуальных занятиях, во время перемены, выполнения тех или иных режимных моментов. Основная задача тьютора — помощь самому ребенку, его родителям, учителю и другим участникам образовательного процесса в адаптации в новой среде, формировании учебных навыков, навыков адаптивного поведения.

*Уровень образования* - завершенный цикл образования, характеризующийся определенной единой совокупностью требований.

*Учебный план (УП)*– документ, который определяет перечень, трудоемкость, последовательность и распределение по периодам обучения учебных предметов, курсов, дисциплин (модулей), практики, иных видов учебной деятельности и, если иное не установлено настоящим Федеральным законом, формы промежуточной аттестации обучающихся.

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

## **ХРЕСТОМАТИЯ**

*Деятельность психолого-медико-педагогических комиссий Челябинской области* соответствует действующему законодательству Российской Федерации в области образования, обеспечивает реализацию прав детей на получение образования, основываясь на следующих нормативных документах:

1. Конституция Российской Федерации;
2. Закон Российской Федерации «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2013 г. № 273-ФЗ;
3. Закон Российской Федерации от 2.07.1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями от 28.12.2013 г.);
4. Федеральный закон Российской Федерации от 08.07.2006 г. № 152-ФЗ «О персональных данных»;
5. Приказ Министерства образования Российской Федерации от 22.10.1999 г. № 636 «Об утверждении положения о службе практической психологии в системе Министерства образования и науки Российской Федерации»;
6. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 05.03.2004 г. № 1089 «Об утверждении федерального компонента государственных стандартов начального общего, основного общего и среднего (полного) общего образования» (в ред. приказов Минобрнауки России от 03.06.2008 № 164, от 31.08.2009 № 320, от 19.10.2009 № 427, от 10.11.2011 № 2643, от 24.01.2012 № 39, от 31.01.2012 № 69);
7. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 06.10.2009 г. №373 «Об утверждении и введении в действие Федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования» (в ред. приказов Минобрнауки России от 26.11.2010 № 1241, от 22.09.2011 № 2357, от 18.12.2012 № 1060);
8. Приказ Министерства образования Российской Федерации от 20.09.2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»;
9. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.12.2013 г. № 3194 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования»;
10. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.08.2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам дошкольного образования»;
11. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 30.08.2013 г. № 1015 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования»;

12. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.10.2013 г. № 1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования»;

13. Приказ Минтруда России от 10.12.2013 г. № 723 «Об организации работы по межведомственному взаимодействию федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы с психолого-медико- педагогическими комиссиями»;

14. Приказ Министерства образования и науки Челябинской области от 31.01.2014 г. № 01/264 «О деятельности психолого-медико-педагогических комиссий на территории Челябинской области»;

15. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 24.12.2001 г. № 29/1886-6 «Об использовании рабочего времени педагога- психолога ОУ»;

16. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 20.06.2002 г. № 29/2194-6 «Рекомендации по организации логопедической работы в С(К)ОУ VIII вида»;

17. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 15.11.2013 г. № НТ-1139/08 «Об организации получения образования в семейной форме»;

18. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.04.2014 г. № 07-778 «О деятельности ПМПК при определении формы итоговой аттестации»;

19. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 26.05.2014 г. № 07-1131 «О направлении рекомендаций»;

20. Письмо Министерства образования и науки Челябинской области от 04.07.2014 г. № 03-02/4235 «О типовых пакетах специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья и детей- инвалидов».

*Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 20 сентября 2013 г. N 1082 г. Москва "Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии"*

*Зарегистрирован в Минюсте РФ 23 октября 2013 г.*

*Регистрационный N 30242*

В соответствии с частью 5 статьи 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 53, ст. 7598; 2013, N 19, ст. 2326; N 30, ст. 4036) и подпунктом 5.2.67 Положения о Министерстве образования и науки Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 3 июня 2013 г. N 466 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, N 23, ст. 2923; N 33, ст. 4386), *приказываю:*

1. Утвердить по согласованию с Министерством здравоохранения Российской Федерации прилагаемое Положение о психолого-медико-педагогической комиссии.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 24 марта 2009 г. N 95 "Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 29 июня 2009 г., регистрационный N 14145).

*Министр Д. Ливанов*

#### Приложение

*Положение о психолого-медико-педагогической комиссии*

#### *I. Общие положения*

1. Положение о психолого-медико-педагогической комиссии регламентирует деятельность психолого-медико-педагогической комиссии (далее - комиссия), включая

порядок проведения комиссией комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей.

2. Комиссия создается в целях своевременного выявления детей с особенностями в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонениями в поведении, проведения их комплексного психолого-медико-педагогического обследования (далее - обследование) и подготовки по результатам обследования рекомендаций по оказанию им психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, а также подтверждения, уточнения или изменения ранее данных рекомендаций.

3. Комиссия может быть центральной или территориальной.

Центральная комиссия создается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим государственное управление в сфере образования, и осуществляет свою деятельность в пределах территории субъекта Российской Федерации.

Территориальная комиссия создается органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим государственное управление в сфере образования, или органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования, и осуществляет свою деятельность в пределах территории одного или нескольких муниципальных образований субъекта Российской Федерации.

4. Комиссию возглавляет руководитель.

В состав комиссии входят: педагог-психолог, учителя-дефектологи (по соответствующему профилю: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог), учитель-логопед, педиатр, невролог, офтальмолог, оториноларинголог, ортопед, психиатр детский, социальный педагог. При необходимости в состав комиссии включаются и другие специалисты.

Включение врачей в состав комиссии осуществляется по согласованию с органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в области здравоохранения или органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере здравоохранения.

5. Состав и порядок работы комиссии утверждаются соответственно органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, осуществляющим государственное управление в сфере образования, и органом местного самоуправления, осуществляющим управление в сфере образования.

6. Количество комиссий определяется из расчета 1 комиссия на 10 тысяч детей, проживающих на соответствующей территории, но не менее 1 комиссии в субъекте Российской Федерации. Количество, создаваемых комиссий определяется также исходя из сложившихся социально-демографических, географических и других особенностей соответствующей территории.

7. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, организации, осуществляющие образовательную деятельность (далее - образовательные организации), комиссии информируют родителей (законных представителей) детей об основных направлениях деятельности, месте нахождения, порядке и графике работы комиссий.

8. Информация о проведении обследования детей в комиссии, результаты обследования, а также иная информация, связанная с обследованием детей в комиссии, является конфиденциальной. Предоставление указанной информации без письменного согласия родителей (законных представителей) детей третьим лицам не допускается, за исключением случаев, предусмотренных законодательством Российской Федерации.

9. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, обеспечивают комиссию необходимыми

помещениями, оборудованием, компьютерной и оргтехникой, автотранспортом для организации ее деятельности.

## *II. Основные направления деятельности и права комиссии*

10. Основными направлениями деятельности комиссии являются:

а) проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;

б) подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию детям психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;

в) оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением;

г) оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;

д) осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;

е) участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей.

11. Центральная комиссия, кроме установленных пунктом 10 настоящего положения основных направлений деятельности, осуществляет:

а) координацию и организационно-методическое обеспечение деятельности территориальных комиссий;

б) проведение обследования детей по направлению территориальной комиссии, а также в случае обжалования родителями (законными представителями) детей заключения территориальной комиссии.

12. Комиссия имеет право:

– запрашивать у органов исполнительной власти, правоохранительных органов, организаций и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности;

– осуществлять мониторинг учета рекомендаций комиссии по созданию необходимых условий для обучения и воспитания детей в образовательных организациях, а также в семье (с согласия родителей (законных представителей) детей);

– вносить в органы государственной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, предложения по вопросам совершенствования деятельности комиссий.

13. Комиссия имеет печать и бланки со своим наименованием.

14. Обследование детей, в том числе обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов до окончания ими образовательных организаций, реализующих основные или адаптированные общеобразовательные программы, осуществляется в комиссии 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.

Обследование детей, консультирование детей и их родителей (законных представителей) специалистами комиссии осуществляются бесплатно.

15. Для проведения обследования ребенка его родители (законные представители) предъявляют в комиссию документ, удостоверяющий их личность, документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка, а также представляют следующие документы:

а) заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в комиссии;

б) копию паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

в) направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

г) заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии);

д) заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии);

е) подробную выписку из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);

ж) характеристику обучающегося, выданную образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций);

з) письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка.

При необходимости комиссия запрашивает у соответствующих органов и организаций или у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о ребенке.

Запись на проведение обследования ребенка в комиссии осуществляется при подаче документов.

16. Комиссией ведется следующая документация:

а) журнал записи детей на обследование;

б) журнал учета детей, прошедших обследование;

в) карта ребенка, прошедшего обследование;

г) протокол обследования ребенка (далее - протокол).

17. Информирование родителей (законных представителей) ребенка о дате, времени, месте и порядке проведения обследования, а также об их правах и правах ребенка, связанных с проведением обследования, осуществляется комиссией в 5-дневный срок с момента подачи документов для проведения обследования.

18. Обследование детей проводится в помещениях, где размещается комиссия. При необходимости и наличии соответствующих условий обследование детей может быть проведено по месту их проживания и (или) обучения.

19. Обследование детей проводится каждым специалистом комиссии индивидуально или несколькими специалистами одновременно. Состав специалистов комиссии, участвующих в проведении обследования, процедура и продолжительность обследования определяются исходя из задач обследования, а также возрастных, психофизических и иных индивидуальных особенностей детей.

При решении комиссии о дополнительном обследовании оно проводится в другой день.

Территориальная комиссия в случае необходимости направляет ребенка для проведения обследования в центральную комиссию.

20. В ходе обследования ребенка комиссией ведется протокол, в котором указываются сведения о ребенке, специалистах комиссии, перечень документов, представленных для проведения обследования, результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов (при наличии) и заключение комиссии.

21. В заключении комиссии, заполненном на бланке, указываются:

обоснованные выводы о наличии либо отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении и наличии либо отсутствии необходимости создания условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов;

рекомендации по определению формы получения образования, образовательной программы, которую ребенок может освоить, форм и методов психолого-медико-педагогической помощи, созданию специальных условий для получения образования.

Обсуждение результатов обследования и вынесение заключения комиссии производятся в отсутствие детей.

22. Протокол и заключение комиссии оформляются в день проведения обследования, подписываются специалистами комиссии, проводившими обследование, и руководителем комиссии (лицом, исполняющим его обязанности) и заверяются печатью комиссии.

В случае необходимости срок оформления протокола и заключения комиссии продлевается, но не более чем 5 рабочих дней со дня проведения обследования.

Копия заключения комиссии и копии особых мнений специалистов (при их наличии) по согласованию с родителями (законными представителями) детей выдаются им под роспись или направляются по почте с уведомлением о вручении.

23. Заключение комиссии носит для родителей (законных представителей) детей рекомендательный характер.

Представленное родителями (законными представителями) детей заключение комиссии является основанием для создания органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющими государственное управление в сфере образования, и органами местного самоуправления, осуществляющими управление в сфере образования, образовательными организациями, иными органами и организациями в соответствии с их компетенцией рекомендованных в заключении условий для обучения и воспитания детей.

Заключение комиссии действительно для представления в указанные органы, организации в течение календарного года с даты его подписания.

24. Комиссия оказывает детям, самостоятельно обратившимся в комиссию, консультативную помощь по вопросам оказания психолого-медико-педагогической помощи детям, в том числе информацию об их правах.

25. Родители (законные представители) детей имеют право: присутствовать при обследовании детей в комиссии, обсуждении результатов обследования и вынесении комиссией заключения, высказывать свое мнение относительно рекомендаций по организации обучения и воспитания детей;

получать консультации специалистов комиссии по вопросам обследования детей в комиссии и оказания им психолого-медико-педагогической помощи, в том числе информацию о своих правах и правах детей;

в случае несогласия с заключением территориальной комиссии обжаловать его в центральную комиссию.

*Положение о психолого-медико-педагогическом консилиуме*

*1. Общие положения*

1.1. Настоящее положение разработано в соответствии с Законом РФ «Об образовании в Российской Федерации» №273-ФЗ от 29.12.2012 г., письмом министерства образования РФ от 27 марта 2000 г. №27/901-6 «О психолого-медико-педагогическом консилиуме (ПМПк) образовательного учреждения», Уставом школы.

1.2. Психолого-медико-педагогический консилиум (ПМПк) — это совещательный, систематически действующий орган при администрации школы.

1.3. Основная цель ПМПк — выработка коллективного решения о содержании обучения и способах профессионально-педагогического влияния на обучающихся. Такие решения принимаются на основе представленных учителями, педагогом-психологом, социальным педагогом диагностических и аналитических данных об особенностях конкретного учащегося, группы учащихся или класса.

1.4. В состав ПМПк входят постоянные участники — заместитель директора школы по учебно-воспитательной работе, педагог-психолог, социальный педагог и дополнительно привлекаемые специалисты в зависимости от специфики рассматриваемого вопроса.

1.5. Общее руководство деятельностью ПМПк осуществляют заместитель директора по учебно-воспитательной работе.

## *2. Принципы деятельности ПМПк*

Основопологающим в работе ПМПк являются принципы:

– уважения личности и опоры на положительные качества ребенка. Собеседования с учащимися в ходе заседаний нацелены на распознавание в одинаковой степени как недостатков развития, так и положительного потенциала ребенка;

– максимальной педагогизации диагностики, который определяет приоритет педагогических задач ПМПк и предполагает, что смысл консилиума — в интеграции психологических и педагогических знаний. Каждая выявленная особенность развития должна быть последовательно осмыслена с точки зрения тенденций ближайшего развития и с учетом этого трансформирована в конкретную воспитательную меру;

– закрытости информации, предполагающий строгое соблюдение этических принципов участниками ПМПк. Конкретизация и обнаружение противоречий трудностей развития не должны привести к снижению самооценки учащегося, углубить проблемы взаимоотношения со сверстниками и учителями. Строго должна соблюдаться тайна психолого-медико-педагогической диагностики. Информация о психической патологии, неблагоприятном статусе в коллективе и другие данные, разглашение которых может повредить ребенку, не подлежат публичному обсуждению вне заседания ПМПк.

## *3. Задачи психолого-медико-педагогического консилиума*

3.1. Выявление характера и причин отклонений в учении и поведении учащихся, обобщение причин отклонений.

3.2. Практическое решение проблемы предупреждения школьной дезадаптации учащихся.

3.3. Принятие коллективного решения о специфике содержания образования и обучения для ученика (группы учеников).

3.4. Разработка плана совместных психолого-медико-педагогических мероприятий в целях коррекции образовательного процесса.

3.5. Консультации в решении сложных, конфликтных ситуаций.

## *4. Функции психолого-медико-педагогического консилиума*

4.1. Диагностическая функция:

- распознавание причин и характера отклонений в поведении и учении;
- изучение социальной ситуации развития ученика, его положения в коллективе;
- определение потенциальных возможностей и способностей учащегося.

#### 4.2. Реабилитирующая функция:

- защита интересов ребенка, попавшего в неблагоприятные учебно-воспитательные;
- выявление и выработка мер по развитию потенциальных возможностей ученика;
- выбор наиболее оптимальных форм обучения, коррекционного воздействия;
- выработка рекомендаций по медицинской реабилитации учащихся;
- семейная реабилитация: повышение статуса ребенка в глазах родителей, повышение его ценности как члена семьи; выработка рекомендаций для эффективных занятий с ребенком, развития его потенциальных возможностей методами семейного воспитания; запрещение или предупреждение методов психического и физического воздействия на ребенка.

#### 4.3. Воспитательная функция:

- разработка стратегии педагогического воздействия на учащихся «группы риска»;
- интеграция воспитательных воздействий педагогического коллектива, родителей и сверстников на ученика.

#### 5. Организация деятельности психолого-медико-педагогического консилиума

##### 5.1. ПМПк создаётся в образовательном учреждении приказом директора школы.

5.2. Приём детей и подростков на консилиуме осуществляется как по инициативе родителей (законных представителей), так и по инициативе педагога класса, в котором обучается ребёнок, при письменном согласии родителей.

5.3. Заседания ПМПк проводятся по мере необходимости и готовности диагностических и аналитических материалов, необходимых для решения конкретной психолого-медико-педагогической проблемы.

5.4. Заседание ПМПк может быть созвано его руководителем в экстренном порядке.

5.5. Для обследования на консилиуме должны быть представлены документы:

- педагогическое представление с описанием возникших проблем;
- выписка из истории развития ребёнка;
- письменные работы по русскому языку, математике, рисунки.

5.6. Заседания ПМПк оформляются протоколом.

5.7. Организация заседаний проводится в два этапа:

– *подготовительный*: сбор, обобщение диагностических, аналитических данных, формирование предварительных выводов и рекомендаций;

– *основной*: обсуждение аналитических данных и предварительных выводов, выработка коллективных рекомендаций.

– рекомендации по проведению дальнейшей коррекционно-развивающей работы, утверждённые консилиумом, являются обязательными для всех специалистов, работающих с ребёнком.

5.8. В ситуации диагностически сложных случаев ребёнок направляется на районную ПМПк.

6. Обязанности участников ПМПк даны в таблице 14.

## Обязанности участников ПМПк

Участники	Обязанности
Руководитель (председатель) ПМПк — заместитель директора школы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– организует работу ПМПк;</li> <li>– формирует состав участников для очередного заседания;</li> <li>– формирует состав учащихся, которые обсуждаются или приглашаются на заседание;</li> <li>– координирует связи ПМПк с участниками образовательного процесса;</li> <li>– контролирует выполнение рекомендаций ПМПк</li> </ul>
Педагог-психолог школы	<ul style="list-style-type: none"> <li>– организует сбор диагностических данных на подготовительном этапе;</li> <li>– обобщает, систематизирует полученные диагностические данные, готовит аналитические материалы;</li> <li>– формулирует выводы, гипотезы;</li> <li>– вырабатывает предварительные рекомендации</li> </ul>
Социальный педагог	<ul style="list-style-type: none"> <li>– дает характеристику неблагополучным семьям;</li> <li>– вырабатывает предварительные рекомендации</li> </ul>
Учителя, работающие в классах	<ul style="list-style-type: none"> <li>– дают развернутую педагогическую характеристику на ученика по предлагаемой форме;</li> <li>– формулируют педагогические гипотезы, выводы, рекомендации</li> </ul>
Медсестра	<ul style="list-style-type: none"> <li>– информирует о состоянии здоровья учащегося;</li> </ul>

*7. Документация и отчетность ПМПк*

1. Журнал записи и учёта детей, нуждающихся в психолого-педагогической и медико-социальной помощи. 2. Заключение и рекомендации специалистов. 3. Протоколы заседаний консилиума. 4. Аналитические материалы.

Документация и отчётность ПМПк, нормативные правовые документы, регламентирующие деятельность ПМПк, список специалистов ПМПк хранятся у председателя консилиума. Срок действия положения не ограничен. При изменении законодательства, в акт вносятся изменения в установленном порядке.

**ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ**

1. Определение понятия «Дети с ограниченными возможностями здоровья (развития)». Психолого-педагогическая характеристика данной категории детей.
2. Основные категории (группы) детей с отклонениями в развитии.
3. Типы специальных (коррекционных) образовательных учреждений для детей с отклонениями в развитии дошкольного возраста.
4. Типы специальных (коррекционных) образовательных учреждений для лиц с отклонениями в развитии школьного возраста.
5. Коррекционные учреждения для детей с ограниченными возможностями здоровья системы здравоохранения и социальной помощи населению.
6. Организация коррекционно-педагогической работы в этих учреждениях.
7. Организация обучения и воспитания детей с сенсорными нарушениями в коррекционных образовательных учреждениях.
8. Организация обучения и воспитания детей с сенсорными нарушениями в массовой общеобразовательной школе
9. Организация обучения и воспитания детей с ЗПР в коррекционных образовательных учреждениях и в массовой общеобразовательной школе.

10. Содержание программы индивидуальной коррекционной работы с ребенком с задержкой психического развития в образовательном учреждении общего типа.
11. Контингент детей с нарушениями речи среди учащихся коррекционной и массовой общеобразовательной школы.
12. Организация, методы и содержание психолого-педагогического обследования детей с отклонениями в развитии.
13. Педагогическая характеристика ребенка, имеющего отклонения в развитии; ее основное содержание, использование в педагогической практике.
14. Задачи и направления работы психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) и консультации.
15. Состав ПМПК. Требования к специалистам ПМПК.
16. Организация работы психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК) и консультации.
17. Структура заключения ПМПК об уровне развития ребенка.
18. Основные направления деятельности «Центра диагностики и коррекции».
19. Организационные мероприятия в отношении детей с отклонениями в развитии, поступающих в образовательные учреждения специального и общего типа.
20. Задачи и организация работы психолого-медико-педагогических консилиумов (ПМПк) в образовательных учреждениях.

*Методические рекомендации по подготовке к зачету:*

При подготовке к зачету необходимо воспользоваться материалами лекций, лабораторных занятий, а также материалами, накопленными в ходе самостоятельной работы по дисциплине. Устный опрос проводится индивидуально, каждому студенту задается не менее трех вопросов из разных разделов. Если по какому-то из разделов дисциплины при ответе студент испытывает затруднения, то количество вопросов может увеличиться с целью объективной оценки знаний (умений, навыков) студента. Ответы должны быть четкими, логичными; в случае использования при ответе материалов самостоятельной подготовки необходимо называть автора той точки зрения, которая транслируется в ходе ответа.

## БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Астапов В.М. Коррекционная педагогика с основами нейро-и патопсихологии. – 2 изд., испр. и доп. - М.: МПСИ; В.МОДЭК, 2010. – 232 с.
2. Богданов А.А., Вовк В.Н. Концепция коррекционно-развивающего обучения как фактор модернизации образования детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] / А.А. Богданов, В.Н. Вовк // Специальное образование: УрГПУ (Уральский государственный педагогический университет). – 2013. - №4. – С.5-12. – Режим доступа: [http://e.lanbook.com/journal/element.phppl10\\_id=2232](http://e.lanbook.com/journal/element.phppl10_id=2232)
3. Воспитание и обучение детей и подростков с тяжелыми и множественными нарушениями развития. Программно-методические материалы. / Под ред. И.М. Бгажноковой. – М.: ГИЦ ВЛАДОС, 2010. – 239 с.
4. Веденева О.А., Савва Л.И., Сагушев Н.Я. Педагогика в системно-образном представлении ;учебное пособие. - М. Мир науки, 2016. – 135с.
5. Веденева О.А., Савва Л.И., Сагушев Н.Я. Педагогические технологии в современном образовательном процессе: учеб. пособие. – М.: Изд-во «Мир науки, 2016. – 284с.
6. Дефектологический словарь. В 2-х томах /Под ред.В.Гудониса, Б.П. Пузанова. – М.: МПСИ, 2011.
7. Использование артпедагогических технологий в коррекционной работе [Электронный ресурс]: учеб. пособие / сост. Т. Г. Неретина, С. В. Клевесенкова, Е. Е. Угринова, Н. Н. Кирилюк, Е. Н. Болотова, Н. М. Заякина, Л. Ю. Суфлян, Н. А. Еремеева, В. О. Королева; под общ. ред. Т. Г. Неретиной. — 5-е изд., стереотип. — М.: ФЛИНТА, 2014. — 276 с. - ISBN 978-5-9765-1416-4. – Режим доступа: <http://znanium.com/catalog.phpitem=newissue>
8. Неретина Т.Г. Специальная педагогика и коррекционная психология: учебно-методический комплекс [Электронный ресурс] / Т.Г. Неретина. – 2 изд. – М.: ФЛИНТА; МПСИ, 2010. – 376 с. - ISBN 978-5-9765-0127-0. – Режим доступа: [http://e.lanbook.com/books/element.phppl1\\_id=2417](http://e.lanbook.com/books/element.phppl1_id=2417)
9. Дятлова С.Д., Савва Л.И. Использование информационных средств в развитии социально-адаптационных умений старших дошкольников и младших школьников [Электронный ресурс]: // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 1; URL: [www.science-education.ru/101-5420](http://www.science-education.ru/101-5420) (дата обращения: 06.02.2012).
10. Савва Л.И., Полетавкина С.Д., Модель развития социально-адаптивных умений старших дошкольников в системе дополнительного образования [Электронный ресурс] //Современные проблемы науки и образования. – 2014. - №13. URL [www.science-education.ru/117-13180](http://www.science-education.ru/117-13180) (дата обращения: 07.05.2014)
11. Савва Л.И., Полетавкина, С.Д., Программа развития социально-адаптационных умений старших дошкольников в речевой активности «Давай общаться!»: учебное пособие / Челябинск: Центр Научного Сотрудничества. 2014.-72 с.
12. Телина И.А. Социально-педагогическая реабилитация детей-инвалидов [Электронный ресурс] / И.А. Телина. – М.: ФЛИНТА, 2014. – 156с. - 2-е изд. - ISBN 978-5-9765-1952-7. – Режим доступа: [http://e.lanbook.com/books/element.phppl1\\_id=51981](http://e.lanbook.com/books/element.phppl1_id=51981)

Учебное текстовое электронное издание

**Чигинцева Елена Геннадьевна  
Савва Любовь Ивановна  
Яковлева Лариса Анатольевна**

**ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ КОНСУЛЬТАЦИИ**

Учебное пособие

1,01 Мб

1 электрон. опт. диск

г. Магнитогорск, 2017 год  
ФГБОУ ВО «МГТУ им. Г.И. Носова»  
Адрес: 455000, Россия, Челябинская область, г. Магнитогорск,  
пр. Ленина 38

ФГБОУ ВО «Магнитогорский государственный  
технический университет им. Г.И. Носова»  
Кафедра дошкольного образования  
Центр электронных образовательных ресурсов и  
дистанционных образовательных технологий  
e-mail: ceor\_dot@mail.ru