

Автономное учреждение дополнительного профессионального образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Институт развития образования»

Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции

К. Г. Федорова

**АЛГОРИТМИЗАЦИЯ И ТЕХНОЛОГИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В РАМКАХ
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

Учебно-методическое пособие для учителей-дефектологов
психолого-медико-педагогических комиссий

Ханты-Мансийск, 2016

УДК 37.376
ББК 74.3
Ф 33

*Рекомендовано к изданию
решением Ученого совета автономного учреждения
дополнительного профессионального образования
Ханты-Мансийского автономного округа
-Югры «Институт развития образования»
Протокол № 5 «24» июня 2016 г.*

Автор-составитель:

Федорова Ксения Геннадьевна, учитель-дефектолог центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции автономного учреждения дополнительного образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры АУ «Институт развития образования»

Рецензент:

Журавлева Ирина Александровна, заведующий центром психолого-педагогической реабилитации и коррекции автономного учреждения дополнительного образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры АУ «Институт развития образования», канд. пед. наук

Алгоритмизация и технология деятельности учителя-дефектолога в рамках деятельности психолого-медико-педагогической комиссии: учебно-методическое пособие / автор-сост. : К. Г. Федорова. – Ханты-Мансийск, АУ «Институт развития образования», 2016. – 75 с.

В учебно-методическом пособии раскрывается основное содержание профессиональной деятельности учителя-дефектолога в условиях ПМПК по проведению диагностического обследования, составлению рекомендаций и написанию заключений.

Пособие адресовано специалистам ПМПК, а также специалистам психолого-медико-педагогических консилиумов образовательных организаций, в том числе реализующих инклюзивное образование.

УДК 37.376
ББК 74.3

© Федорова К. Г., 2016
© АУ «Институт развития образования», 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА I. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА	5
1.1. ОБЩИЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА.....	5
1.2. СОПРОВОЖДЕНИЕ КАК ОСНОВНАЯ СТРАТЕГИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА.....	10
ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В СОСТАВЕ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ (ПМПК)	13
2.1. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ, ЗАДАЧИ И ФУНКЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В УСЛОВИЯХ ПМПК.....	13
2.2. СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ РЕБЕНКА НА ПМПК.....	16
2.3. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЯ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА.....	29
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	71
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	73

ВВЕДЕНИЕ

Современная образовательная ситуация РФ характеризуется большим количеством кардинальных «новообразований»:

- введение ФГОСов для обучающихся с ОВЗ;
- принятие новой редакции «Закона об образовании в Российской Федерации» (от 29.12.2012 г.);
- возникновение и бурное развитие инклюзивной практики; возникновение образовательных комплексов и холдингов;
- включение в образовательный процесс ранее считавшихся «необучаемыми» детей;
- введение подушевого финансирования, в т.ч. изменение финансирования детей-инвалидов, детей с ОВЗ по сравнению с обычными детьми;
- введение нового Положения о психолого-медико-педагогических комиссиях (№1082 от 20.09.2013 г.) и Приказов Министерства образования и науки № 1014, 1015 от 30.08.2013 г.

Российское законодательство в развитие основополагающих документов в области образования предусматривает принцип равных прав на образование для всех категорий граждан — как взрослых, так и детей. А одним из основных принципов, на которых основывается современная государственная политика России в области образования, является общедоступность образования, адаптивность системы образования к уровням и особенностям развития и подготовки обучающихся.

Итак, стратегической целью государственной политики в области образования на современном этапе является повышение доступности качественного образования, соответствующего современным потребностям общества и каждого гражданина.

Реализация этой цели предполагает модернизацию всех институтов системы образования как инструментов социального развития, и формирование механизмов оценки качества и востребованности образовательных услуг с участием потребителей.

Эта новая образовательная ситуация предъявляет специфические требования и к работе психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК), ставит перед их сотрудниками сложные задачи по изменению организационных условий, технологий работы, содержанию заключений и рекомендаций.

Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 г. № 1082 утверждено новое Положение о ПМПК, в котором в качестве основной цели ее деятельности определена подготовка рекомендаций по оказанию детям с ОВЗ психолого-

педагогической помощи и по организации их обучения и воспитания. Рекомендации включают в себя определение специальных образовательных условий для того, чтобы обеспечить качество и доступность получения образования обучающимися с учётом их психофизических возможностей.

Одной из самых насыщенных профессиональных деятельностей специалистов ПМПК по разнообразию ее видов, средств и приемов является деятельность дефектолога. Поэтому данное пособие посвящено содержанию деятельности учителя-дефектолога в условиях ПМПК.

ГЛАВА I. ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА

1.1. Общие направления организации деятельности учителя-дефектолога

Реформирование системы образования, связанное с социально-политическими изменениями, происходящими в современном обществе, отразилось на процессе подготовки будущих учителей. Оно включает пересмотр форм, методов и технологии профессионально-педагогической деятельности, ее направлений, организации и содержания всего учебно-воспитательного процесса в высших учебных заведениях. Современное общество предъявляет к выпускнику — будущему специалисту особые требования. Он должен обладать умением самостоятельно осваивать новое, свободно ориентироваться в выбранной профессии, включать в творческий процесс учащихся.

В этом контексте в складывающихся условиях структурной дифференциации общеобразовательной школы, безусловно, актуальными являются проблемы социализации детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), а также вопросы профессионально-педагогической подготовки будущих учителей, которым придется работать с неоднородным контингентом детей.

На современном этапе должность учителя-дефектолога обеспечивает помощь детям, для которых характерно нарушение познавательной деятельности, обусловленное органическим поражением центральной нервной системы, следствием которого являются трудности в овладении программным содержанием обучения. Эту задачу учитель-дефектолог решает через ряд направлений:

Диагностическое направление

Диагностическая работа учителя-дефектолога является составной частью комплексного изучения ребенка специалистами школьного ПМПК и психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК). Результаты дефектологического обследования сопоставляются с психологическими,

медицинскими, педагогическими данными, обсуждаются на заседаниях комиссии.

Диагностическое направление работы включает в себя:

- первичное дефектологическое обследование;
- систематические наблюдения за динамикой и коррекцией психического, интеллектуального развития;
- проверку соответствия выбранной программы, методов и приемов обучения реальным достижениям и уровню развития ребенка.

Основной задачей можно считать прогнозирование возникновения трудностей при обучении, определение причин и механизмов уже возникших учебных проблем.

Цель психолого-педагогического обследования состоит в выявлении трудностей формирования знаний, умений и навыков и условий их преодоления. Для этого проводится изучение уровня интеллектуального развития ребенка, анализ письменных работ (качественно-количественная характеристика типичных ошибок), наблюдение за деятельностью учащихся в процессе учебной и внеучебной деятельности.

Диагностическое направление осуществляется на первичной диагностике и при динамическом изучении.

Первичная диагностика, направленная на определение уровня актуального и «зоны ближайшего развития» ребенка, причин и механизмов трудностей в обучении, выявление детей, нуждающихся в специализированной помощи. По результатам исследования происходит распределение детей на группы (подгруппы) по ведущему нарушению, определение оптимальных условий индивидуального развития, выявление детей, нуждающихся в индивидуальных занятиях. По окончании первичной диагностики оформляются протокол и заключение на учащегося (см. Приложение).

Динамическое изучение учащихся проводится с целью отслеживания динамики развития ребенка, определения соответствия выбранных форм, приемов, методов обучения уровню развития учащегося. В процессе динамического изучения также решается задача дифференциации сходных состояний нарушения развития. Динамическое изучение проводится не менее двух раз в году (сентябрь-октябрь, май). Результаты обсуждаются на заседании школьного ПМПк и ПМПК оформляются в виде дефектологического представления на учащегося. При динамическом изучении происходит сопоставление результатов развития учащихся с результатами учебной успешности по предметам, поэтому содержит анализ контрольных и текущих работ учащихся, определение сформированности учебных навыков и способов учебной работы (умения и навыки восприятия информации, планирования учебной деятельности, самоконтроля и др.).

Этапная диагностика. Данный вид диагностики необходим для констатации результативности и определения эффективности коррекционного воздействия на развитие учебно-познавательной деятельности детей, посещающих занятия учителя-дефектолога. Результаты этапных заключений специалиста отражаются в Карте динамического развития ребенка.

Текущая диагностика направлена на обследование возможностей воспитанников запросу родителей (лиц их заменяющих), педагогов и других специалистов. Данный вид деятельности проводится на протяжении учебного года, по мере необходимости.

Коррекционное направление

Коррекционное направление работы учителя-дефектолога представляет собой систему коррекционного воздействия на учебно-познавательную деятельность ребенка в динамике образовательного процесса. В зависимости от структуры дефекта и степени его выраженности определяется содержательная направленность коррекционной работы.

Основной формой организации дефектологической работы являются групповые и индивидуальные занятия. В группы зачисляются дети с однородной структурой нарушения. Количество детей в группах варьируется в зависимости от степени выраженности нарушения (от 2 до 6 человек). Групповые занятия проводятся в часы, свободные от уроков, с учетом режима работы школы. Занятия носят коррекционно-развивающую и предметную направленность. Периодичность и продолжительность занятий зависят от тяжести и характера нарушения, а суммарная нагрузка на ребенка определяется с учетом работы с ним других специалистов. Темы групповых и индивидуальных занятий, а также учет посещаемости отражаются в типовом классном журнале.

К основным направлениям коррекционно-развивающей работы относятся:

- сенсорное и сенсомоторное развитие;
- формирование пространственно-временных отношений;
- умственное развитие (мотивационный, операционный и регуляционный компоненты; формирование соответствующих возрасту общеинтеллектуальных умений, развитие наглядных и словесных форм мышления);
- нормализация ведущей деятельности возраста;
- формирование разносторонних представлений о предметах и явлениях окружающей действительности, обогащение словаря, развитие связной речи;
- готовность к восприятию учебного материала;

— формирование необходимых для усвоения программного материала умений и навыков.

Исходя из особенностей ребенка, выделяется приоритетное направление работы с ним дефектолога (одно или несколько), которое служит основой для построения коррекционной программы.

Особенностью проведения коррекционных занятий является использование дефектологом специальных приемов и методов, обеспечивающих удовлетворение специальных образовательных потребностей детей с ЗПР, предоставление учащимся дозированной помощи, что позволяет максимально индивидуализировать коррекционный процесс. Важным результатом занятий является перенос формируемых на них умений и навыков в учебную работу ребенка, поэтому необходима связь коррекционных программ специалиста с программным учебным материалом.

Основное время в коррекционной работе учителя-дефектолога отводится на занятия с детьми младшего школьного возраста. Однако занятия могут проводиться и с учащимися 5—9 классов — с теми школьниками, которые уже посещали занятия дефектолога, но в связи со стойкостью нарушения еще нуждаются в продолжение коррекционной работы. Предпочтение в коррекционной работе отдается формированию приемов умственной деятельности и способов учебной работы учащихся на материале разных учебных дисциплин. Речь идет о формировании «широких» приемов, которые используются на уроке вне зависимости от области знаний и носят межпредметный характер. К ним относятся такие приемы, как рассмотрение объекта с разных точек зрения, логическая обработка текста, выделение основного смысла контекста, сжатый пересказ и др.

Аналитическое направление

Аналитическое направление предполагает проведения анализа процесса коррекционного воздействия на развитие учащегося и оценку его эффективности, а также анализа и оценку взаимодействия специалистов.

Необходимость этого направления деятельности дефектолога обусловлена потребностью в комплексном подходе к решению проблем ребенка, который предполагает:

- 1) системный анализ личностного и познавательного развития ребенка, позволяющий не только выявить отдельные проявления нарушений психического развития учащегося, но и определить причины нарушения, проследить их взаимосвязь и взаимовлияние друг на друга;
- 2) создание комплексных индивидуальных коррекционно-развивающих программ, нацеленных на взаимосвязанное развитие и коррекцию различных сторон личностного и познавательного развития ребенка;

3) обеспечение специализированного сопровождения обучения и воспитания учащихся. В зависимости от основного нарушения в развитии, каждого ребенка может курировать тот или иной специалист, который обеспечивает взаимодействие тех специалистов, в помощи которых нуждается ребенок;

4) профилактику перегрузок учащихся. Коррекционная работа специалистов должна планироваться с учетом суммарной нагрузки на ученика;

5) взаимодействие специалистов в рамках школьного психолого-медико-педагогического консилиума.

Таким образом, данное направление обеспечивает междисциплинарное взаимодействие специалистов, позволяет оценивать эффективность коррекционного воздействия и корректировать программы коррекционных занятий в соответствии с достижениями ребенка. Для этого проводится комплексное динамическое обследование детей (сентябрь-октябрь, апрель- май). Результаты обсуждаются на заседаниях школьного ПМПк. По итогам работы консилиума корректируется коррекционная работа дефектолога с учащимися классов КРО, составляются комплексные рекомендации родителям и педагогам.

Консультативно-просветительское и профилактическое направление

Это направление предполагает оказание помощи педагогам и родителям учащихся в вопросах воспитания и обучения ребенка, подготовку и включение родителей в решение коррекционно-воспитательных задач, а также работу по профилактике вторичных, третичных нарушений развития.

Учителем-дефектологом разрабатываются рекомендации родителям и педагогам в соответствии с возрастными и индивидуально-типическими особенностями детей, состоянием их соматического и психического здоровья; по запросу родителей и учителей организовывается дополнительное обследование учащихся, проводятся индивидуальные консультации и тематические родительские собрания, выступления на методических объединениях педагогов.

Разрабатываемые специалистом рекомендации носят частный и общий характер. Так, для работы с отдельными учащимися составляются рекомендации, позволяющие педагогу учитывать их индивидуальные особенности во фронтальной работе на уроках. В других случаях рекомендации носят общий характер. Таким рекомендациям должно предшествовать выступление дефектолога на собрании или методическом объединении, в котором он более подробно разъясняет родителям или педагогам особенности какого-либо нарушения развития.

Организационно-методическое направление

Это направление деятельности учителя-дефектолога включает подготовку к консилиумам, заседаниям методических объединений, педагогическим советам, участие в этих мероприятиях, а также оформление документации, организацию обследования отдельных учащихся на ПМПК округа (района, города) для выведения нуждающихся школьников в специальные (коррекционные) учреждения.

При подготовке консилиума на каждого учащегося специальным педагогом оформляется дефектологическое представление, которое содержит основные диагностически значимые характеристики особенностей развития ребенка для квалификации его нарушения.

Таким образом, в своей работе учитель-дефектолог активно включается во все сферы образовательного процесса. Он организует свою деятельность в условиях междисциплинарного взаимодействия специалистов. Совместно с психологом, логопедом, учителем, врачом разрабатывает и реализует комплексные индивидуальные программы коррекции и развития, участвует в заседаниях школьного консилиума, проводит консультативную и просветительскую работу с педагогами, родителями, выступает инициатором выведения отдельных учащихся в специальные (коррекционные) учреждения, организует обследование учащихся на ПМПК и ПМПК.

1.2. Сопровождение как основная стратегия деятельности учителя-дефектолога

Идеи сопровождения и психолого-педагогического сопровождения, в частности, активно развиваются в работах Л.В. Байбородовой, Н.Г. Битяновой, О.С. Газмана, И.В. Дубровиной, С.В. Дудчик, Е.И. Казаковой, Н.В. Ключевой, и др. В наиболее общем смысле сопровождение характеризуют как помощь ребенку в преодолении возникающих трудностей, в поиске путей решения актуальных противоречий, встречающихся при организации образовательного процесса, как непрерывный процесс изучения, формирования и создания условий для принятия субъектом оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора, обеспеченных командной работой специалистов различных профилей. Идеи психолого-педагогического сопровождения соответствуют прогрессивным идеям зарубежной гуманистической психологии (Г. Олпорт, А. Маслоу, К. Роджерс, Дж. Мид, М. Кун, И. Блумер), отечественной психологии (Е.В. Бондаревская, Р.Л. Кричевский, С.В. Кульневич, И.А. Якиманская и др.), педагогики сотрудничества (Ш.А. Амонашвили, И.П. Волков и др.) (приводится по Л.Н. Харавинина, 2011). В качестве основных характеристик сопровождения, в первую очередь по отношению к сопровождению ребенка с ОВЗ, выступают его

процессуальность, пролонгированность, недирективность, погруженность в реальную ситуацию человека, особость отношений между участниками, приоритет опоры на внутренний потенциал развития субъекта («педагогика успеха»), право субъекта самостоятельно совершать выбор и нести за него ответственность². Базовым понятием можно считать идею О.С. Газмана, автора технологии индивидуализированного (персонифицированного) воспитания, показавшего в своих работах, что педагогическая поддержка (мы добавим и психологическая) и сопровождение развития личности человека — есть не просто сумма разнообразных методов коррекционно - развивающей работы, а комплексная система, особая культура поддержки и помощи человеку в решении задач развития, обучения, воспитания, социализации (О.С. Газман, 2007).

В целом сопровождение ребенка или группы детей с ограниченными возможностями адаптации в образовательном процессе как одно из приоритетных направлений деятельности инклюзивного образовательного учреждения, может быть определена как «...система профессиональной деятельности <...>, направленной на создание социально-психологических условий для успешного обучения и психологического развития ребенка в ситуации школьного взаимодействия» (М.Р. Битянова, 1997).

Понимание задач сопровождения должно исходить из общей гуманистической цели образования, которое формулируется как: «Максимальное раскрытие потенциальных возможностей личности ребенка, содействие полноценному его развитию в личностном и познавательном плане, создание условий для полноценного и максимального проявления положительных сторон индивидуальности ребенка, условий для максимально возможной и эффективной амплификации (обогащения) им образовательных воздействий».

Исходя из понимания задач сопровождения и подходов к его пониманию, дефектологическое сопровождение обучающегося с ограниченными возможностями здоровья можно выделить ведущим звеном психолого-педагогического сопровождения, которое включает в себя:

- формы работы
- основная цель диагностики
- проблемы развития учащихся
- коррекционная работа
- взаимодействие учителя-дефектолога и других специалистов
- мониторинг
- методическая работа

Цели дефектологического сопровождения:

- обеспечение уровня подготовки учащихся, соответствующего требованиям государственного образовательного стандарта;
- исправление отклонений в развитии;
- учебно-коррекционная работа с детьми, испытывающими трудности в обучении.

Задачи дефектологического сопровождения:

- диагностика развития учащихся, определение структуры и степени выраженности имеющихся у них дефектов;
- осуществление работы, направленной на максимальную коррекцию отклонений в развитии обучающихся;
- реализация общеобразовательных программ;
- консультативная помощь родителям;
- методическая консультативная помощь педагогам школы.

Дефектологическое сопровождение (формы работы)

- психолого-педагогическое изучение ребенка;
- коррекционно - развивающие занятия;
- организация самостоятельной работы;
- использование помощи других специалистов;
- консультативно - методическая работа с родителями и педагогами.

Направления коррекционной работы:

- развитие и совершенствование движений и сенсомоторики развитие зрительного восприятия;
- развитие зрительной и слуховой памяти и внимания;
- формирование обобщенных представлений о свойствах предметов и явлений;
- развитие пространственных представлений и ориентации;
- развитие временных представлений;
- развитие мыслительных операций развитие мышления и умения устанавливать логические связи между предметами, явлениями, событиями.

Диагностика

Цель: сбор первичной информации, обозначение проблемы.

Мероприятия: оформление карты интеллектуального развития, изучение первичной документации, знакомство родителей с основным содержанием, направлениями коррекционно-развивающей работы, обозначение предполагающих результатов, заключение договоров с родителями на проведение диагностико-коррекционно-развивающей работы.

Информационный поиск этап углубленной диагностики

Цели: выявление особенностей интеллектуального развития, личностной и познавательной сферы ребенка.

Мероприятия: Заключение о состоянии здоровья Углубленная диагностика интеллектуального и психического развития Выявление индивидуально-психологических особенностей

Проектирование коррекционно-развивающих задач

Цели: составление и утверждение коррекционно-развивающей программы, сбор информации об учащих на ПМПК.

Функционирование коррекционно-развивающей среды как условие реализации коррекционно-развивающей программы

Цели:

- реализация программы и анализ результатов изменения изученных характеристик после проведения коррекционно-развивающих занятий;
- проведение коррекционно-развивающих занятий в индивидуальной и групповой форме согласно разработанным и утвержденным на совещании при директоре программ;
- промежуточная диагностика;
- разработка мероприятий (консультации, тренинги, всеобучи, практикумы, семинары, педсоветы) по работе с детьми в домашних условиях.

Мониторинг развития учащихся

Цели: рубежная диагностика учителя-дефектолога и педагогами с целью фиксации изменений в развитии мышления ребенка

Мероприятия:

- оформление пакета документов;
- направление ребенка на ПМПК;
- определение образовательного маршрута;
- составление алгоритма дальнейшего сопровождения ребенка;
- внесение коррективов в икрп;
- разработка программы дальнейших действий, рекомендаций;
- мониторинг эффективности реализации индивидуальных коррекционно-развивающих программ.

ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В СОСТАВЕ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

2.1. Основные принципы, задачи и функции деятельности учителя-дефектолога в условиях ПМПК

В ситуации введения Федеральных образовательных стандартов для детей с ограниченными возможностями здоровья и необходимости в заключении ПМПК определения, в первую очередь, варианта, формы и режима реализации образовательной программы очень важным становится мнение и результаты оценки особенностей ребенка учителем-

дефектологом. Основная задача учителя-дефектолога ПМПК определить обученность и обучаемость ребенка.

Общие принципы проведения процедуры обследования ребенка с нарушением развития

- диагностическое обследование организуется с учётом возраста и предполагаемого уровня интеллектуального развития ребёнка. Именно эти показатели определяют организационные формы диагностической процедуры, выбор методик и интерпретацию результатов;
- диагностические задания должны быть доступны для ребёнка. В ходе обследования ребёнку необходимо предложить задание, которое он сможет успешно выполнить, а при анализе результатов учитывается, с заданиями для какой возрастной группы справился ребёнок;
- при обследовании важно выявить не только актуальные, но и потенциальные возможности ребёнка в виде «зоны ближайшего развития» (Л.С. Выготский). Это достигается предложением заданий разной сложности оказанием ребёнку дозированной помощи в ходе их выполнения;
- подбор диагностических заданий для каждого возрастного этапа должен осуществляться строго на научной основе, т. е. при обследовании следует использовать те задания, которые могут выявить, какие стороны психической деятельности необходимы для выполнения данного задания, и как они нарушены у обследуемого ребёнка. При обработке и интерпретации результатов должна быть дана их качественная и количественная характеристика, при этом система качественно – количественных показателей должна быть однозначной для всех обследуемых детей;

Содержание деятельности учителя-дефектолога ПМПК обеспечивает решение следующих *задач*:

- оценка объема имеющихся у ребенка знаний, умений, навыков, их соответствие возрасту и ступени обучения;
- выявление, по возможности, основных причин затруднений в обучении и развитии ребенка;
- в сложных случаях проведение дополнительного углубленного дефектологического обследования ребенка;
- разработка рекомендаций о специализированных формах обучения и воспитания детей;
- консультирование всех участников образовательного процесса по вопросам обучения и воспитания детей, имеющих проблемы в развитии;
- просвещение населения по вопросам, находящимся в сфере компетенции учителя-дефектолога ПМПК.

Решение поставленных задач реализуется в следующих *направлениях работы* учителя-дефектолога ПМПК:

- выявление основных причин затруднений в обучении и развитии ребенка в процессе диагностики;
- организация консультативной помощи;
- просветительская работа.

Таким образом, в условиях ПМПК можно выделить две основные функции учителя-дефектолога:

1. диагностическая;
2. консультационно-просветительская.

Диагностическая функция

Целью педагогического обследования является выявление трудностей формирования знаний, умений и навыков, определение этапа, на котором эти трудности возникли, и условий их преодоления. Для этого проводятся изучение уровня умственного развития ребенка, анализ рисунков дошкольников, письменных работ (качественная характеристика ошибок) учащихся.

Учитель-дефектолог ПМПК, реализуя диагностическую функцию проводит:

- исследование уровня сформированности качественных характеристик житейских и научных знаний, умений и навыков ребенка относительно его образовательного уровня;
- сопоставление образовательного уровня с психологической структурой развития (по данным психологического обследования);
- сопоставление образовательного уровня со структурой отклонений в развитии (по данным клинико-психологического обследования);
- диагностику «зоны ближайшего развития» в рамках проблем обучения и воспитания ребенка в условиях образовательного учреждения или семьи;
- оценку способности ребенка к переносу – действию, размышлению по аналогии (т.е. обучаемость)

Консультативно-просветительская функция

Основная задача – оказание помощи педагога и родителям в вопросах воспитания и обучения детей, подготовку и включение родителей в решение коррекционно-воспитательных задач, а также работу по профилактике вторичных нарушений развития.

В рамках данной функции дефектолог:

- разрабатывает рекомендации родителям и педагогом в соответствии с возрастными и индивидуально-типическими особенностями детей, состоянием их соматического и психического здоровья;

- проводит дополнительное обследование детей по запросу родителей и учителей;
- проводит индивидуальные консультации, тематические родительские собрания (по запросу), выступает на методических объединениях педагогов (по запросу).

2.2. Содержание деятельности учителя-дефектолога при обследовании на ПМПК

В ситуации реализации в настоящее время Федеральных образовательных стандартов для детей с ограниченными возможностями здоровья и необходимости в заключении ПМПК определения, в первую очередь, вида (варианта), формы и режима реализации образовательной программы, наиболее важным для консультирования является мнение и результаты оценки особенностей ребенка учителем-дефектологом (соответствующего направления: сурдо-, тифло-, олигофренопедагога, логопеда). Хотя в целом особенности алгоритмизации деятельности, анализ наблюдения за ребенком, формирование первичной гипотезы дефектолога аналогичны всем другим специалистам ПМПК, все эти показатели должны быть приведены очень подробно именно в дефектологическом обследовании.

Рассмотрим содержание деятельности дефектолога при обследовании в зависимости от возрастной категории обучающихся и их психофизических особенностей.

Алгоритм обследования детей дошкольного возраста

При подборе подходящего ребенку диагностического инструментария дефектолог (как и все остальные специалисты) опирается на данные анамнеза и медицинские документы, родителей, на психолого-педагогические характеристики (при наличии), собственную первичную диагностическую гипотезу. Обращает внимание на соответствие возрасту внешнего вида ребенка, на характер взаимодействия с предметами, на адекватность поведения, на включение ребенка в ситуацию обследования и целенаправленность деятельности.

Дефектолог делает выводы как по результатам собственного обследования, так и по наблюдению за результатами обследования другими членами ПМПК.

У ребенка дефектолог оценивает:

- сформированность элементарных математических представлений;
- уровень развития конструктивной деятельности;
- уровень развития мыслительных операций (группировка, обобщение, классификация, сравнение, способность к установлению причинно-следственных связей и логических закономерностей)

В процессе обследования ребенка другими специалистами дефектолог обращает внимание на сформированность представлений об окружающем мире и о себе, уровень развития пространственной ориентации (восприятия), зрительно-моторной координации, графической деятельности, общей и мелкой моторики, речи.

В процессе всего хода диагностики дефектолог выявляет, как ребенок принимает задание, как справляется с ним, необходима ли помощь, каков характер и объем этой помощи.

По результатам обследования дефектолог заполняет протокол и дает заключение об уровне познавательного развития ребенка. А при коллегиальном обсуждении заключения – совместно с другими специалистами определяет программу обучения ребенка, ее особенности и условия реализации.

Алгоритм обследования детей младшего школьного возраста

На ПМПК должны быть представлены рабочие по основным предметам (в соответствии с п.п. 15-з Положения о ПМПК). Анализируя тетради, дефектолог может сделать выводы о степени усвоения программы, выделить конкретные проблемы и уточнить их в процессе диагностики.

Диагностическое обследование рекомендуется начинать с математики. Выявляется уровень сформированности навыка счёта и счетных операций в соответствии с классом обучения. Соблюдая принцип «от сложного к простому». В процессе дефектологического обследования целесообразно предложить ребёнку текстовую арифметическую задачу. Задача предлагается с теми числами, которыми ребенок оперирует. Текст задачи ребенок читает вслух.

По результатам выполнения этого задания можно судить об уровне развития математического мышления, оценивая способ решения задачи и учитывая объем оказываемой помощи.

В процессе выполнения этого задания можно сделать предположения об уровне развития навыка чтения: соответствует ли он потребностям обучения, может ли ребенок прочитать текст самостоятельно или с помощью, оценить, насколько ребенок понимает прочитанное и ориентируется в тексте задачи.

Степень усвоения про граммы по русскому языку дефектолог может оценить, анализируя тетради и используя данные обследования логопеда.

Если ребенок не усваивает программный материал по основным предметам, необходимо определить обучаемость ребенка. Для этого дефектолог предлагает выполнить задания, аналогичные тем, которые ребенок выполнял с помощью педагога.

Задания, которые предлагаются ребенку, должны соответствовать его возможностям. Если ребенок не справляется с ними, то ему предлагаются более простые задания.

По итогам обследования составляется краткая характеристика и дается заключение, отражающее уровень обученности и обучаемости ребенка. Заключение является одним из оснований для определения необходимости создания специальных условий обучения и воспитания и подбора АООП, адекватной возможностям ребенка. Это заключение заносится в протокол ПМПК, где дефектолог делает вывод о степени усвоения программного материала (обученности ребенка). Коллективно принимается решение о выборе программы обучения и необходимости создания других специальных образовательных условий.

Одним из наиболее сложных и для дефектолога, и для всех остальных специалистов ПМПК является обследование детей с выраженным нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА) по типу ДЦП. Диагностическое обследование с этими нарушениями в условиях ПМПК производится с том двигательных и речевых возможностей ребенка, а с учетом имеющихся дополнительных сенсорных или особенностей.

Необходимо помнить, что тяжесть двигательных нарушений, отсутствие речи не указывают на степень интеллектуального недоразвития. Ребенок может иметь сохранный интеллект при выраженных нарушениях крупной и мелкой моторики, при отсутствии речи, и, напротив, незначительные двигательные нарушения могут сочетаться с выраженной умственной отсталостью, о чем постоянно напоминают ведущие специалисты в этой области. Поэтому сам нозологический диагноз, который имеется в медицинских документах, может служить лишь самым «общим ориентиром, часто не отражая реальное интеллектуальное состояние ребенка.

В процессе обследования такого ребенка важно создать для него такие специальные условия, которые помогут нивелировать двигательные особенности и максимально оптимизировать сам процесс оценки психического развития. К подобным условиям следует отнести:

а) специальное посадочное место, фиксирующее тело ребенка, с регулируемой подставкой для ног и столиком;

б) выполнять письменное задание ребенок должен мягким карандашом на разлинованном листе бумаги, где размер линейки и клетки будет соответствовать его графическим возможностям;

в) некоторые дети выполняют письменные задания с помощью взрослого, когда фиксируется карандаш в руке, контролируются мелкие движения, предотвращаются насильственные движения, что особенно важно при гиперкинезах. В этом случае, чтобы исключить оказание

помощи ребенку со стороны заинтересованного взрослого, дефектолог (логопед) должен сам помочь ребенку выполнить задание, таким образом оценив объем и форму необходимого участия в процессе письма;

г) использование компьютера на ПМПК возможно, если ребёнок уверенно самостоятельно или с незначительной помощью использует его как средство коммуникации. Компьютер должен (может) быть оснащен специальной клавиатурой с крупными клавишами и ограничителем, разделяющим клавиши и предотвращающим одновременное нажатие сразу двух клавиш. Желательно, чтобы в компьютере была активизирована функция отсрочки повтора, что позволяет при долгом нажатии клавиши избежать многократного повторения буквы.

Следует всегда помнить, что дети с различными формами и разной степенью выраженности НОДА имеют специфические особенности, которые оказывают влияние на когнитивное развитие, формирование учебных навыков и учебной деятельности.

Прежде чем предложить ребенку стандартный набор диагностических методик, дефектолог должен оценить (сам, если первым включается в работу с ребенком, посредством наблюдения за действиями других специалистов - если решено, что сначала ребенка обследуют другие):

- уровень развития зрительно-моторной координации и мелкой моторики;
- устойчивость зрительного контакта и зрительного внимания;
- сформированность графических навыков (или возможность их сформировать);
- степень нарушения/сформированности пространственной ориентации, пространственно-временного восприятия.

Диагностический материал должен быть достаточно крупным, ярким, контрастным, не иметь много мелких деталей. Картинки не ламинируются, так как гладкая поверхность бликует и создает помехи для восприятия.

Учитывая уровень развития мелкой моторики, дефектолог может изменить форму выполнения задания, например, вместо «положи числа по порядку» - «покажи числа по порядку» и т.п.

При оценке уровня развития графо-моторной деятельности, следует учитывать, что дети с подобными нарушениями не способны освоить каллиграфическое письмо. Главным критерием становится разборчивость письма. Размер строки и клеточки для каждого ребенка определяется индивидуально и зависит от двигательных возможностей ребенка, остроты зрения, наличия/отсутствия нистагма, астигматизма.

Пространственные нарушения у детей с НОДА по типу ДЦП заложены в саму структуру дефекта. Поэтому при обследовании следует

определить степень выраженности нарушения пространственной ориентации и восприятия. В процессе выполнения логических заданий (нахождение логических последовательностей и связей) необходимо помогать ребенку: показать, где должна лежать первая картинка, начертить вертикальную красную линию на листе, обозначающую начало и т.п.

Дефектолог совместно с логопедом оценивает выраженность и характер дизартрических нарушений речи), возможность и целесообразность вербальной формы обследования.

При отсутствии речи, при грубых нарушениях произносительной стороны речи, когда речь малопонятна, вполне возможно провести обследование в невербальной форме.

- Ребенок отвечает на вопросы в письменном виде на листе бумаги или с использованием компьютера (ноутбука, планшета, мобильного телефона ...).

- В случае, если ребенок не владеет письменной речью или пишет (печатает) медленно, дефектолог предлагает ему задание «ПОКАЖИ». Например, «покажи зеленый предмет», «покажи большой зеленый предмет»; «покажи НЕ большой и НЕ зелёный предмет», «покажи лишний предмет» и т.д.

Предлагая подобные задания, необходимо помнить, что дети с ДЦП значительно лучше воспринимают изображения, расположенные на вертикальной поверхности, чем на горизонтальной. Поэтому сначала нужно показать картинки по одной доске или держа их в руке вертикально, а затем уже положить парту перед ребенком. Картинок не должно быть много и лежать они должны на достаточном расстоянии друг от друга, чтобы ребенок мог точно показать ту, которую он выбирает. Если остаются сомнения в том, какая именно картинка из двух была выбрана, возьмите их в правую и левую руку и попросите показать еще раз.

- Если ребенок читает, для диагностики можно использовать карточки со словами «ДА», «НЕТ», если не читает – карточки-символы, например, белая карточка и черная соответственно, как «ДА» и «НЕТ». Необходимо убедиться, что ребенок правильно прочитал или правильно понял (запомнил) символы.

Можно использовать и другие символические изображения, например математические знаки «+» и «-» для понимания смысла задачи: если в задаче нужно узнать «сколько всего?», что будешь делать, складывать или вычитать, какой знак используешь?

Для обследования ребенка должны выбираться диагностические задания в форме, доступной для самостоятельного выполнения, что позволит оценить как уровень обученности, так и предположить

(предложить) формы обучения и развития доступных видов деятельности. Следует дифференцировать помощь, необходимую ребенку, как техническую (физическую), так и организующую, стимулирующую, обучающую.

По итогам обследования составляется краткая характеристика и дается заключение, отражающее уровень обученности (сформированности доступных видов деятельности) и обучаемости ребенка. И характеристика (в кратком виде), и дефектологическое заключение заносится в протокол. Заключение является одним из оснований для определения необходимости создания специальных условий обучения и воспитания и подбора АООП, адекватной возможностям ребенка. В заключении ПМПК должны быть приведены конкретные рекомендации по направлению деятельности дефектолога.

*Деятельность учителя-сурдопедагога по оценке особенностей
развития ребенка с нарушением слуха*

Оценка особенностей развития ребенка с нарушенным слухом продолжает оставаться сложной проблемой, которая связана с трудностями дифференциации глухоты, частичной потери слуха, снижения интеллекта, речевых нарушений, поскольку особенности психического развития могут иметь сходные внешние проявления с некоторыми другими вариантами отклонений в развитии (коммуникативные проблемы, отсутствие или недоразвитие речи). Например, глухие дети иногда классифицируются как умственно отсталые, а иногда и как дети с аутистическими расстройствами, слабослышащие - как дети с задержкой психического развития или речевыми нарушениями (сенсорной/моторной алалией, дизартрией и т.д.).

Специфические трудности сурдопедагогического обследования детей с нарушением слуха обусловлены, в первую очередь, непониманием и/или недопониманием ребенком обращенной речи, отсутствием или неразборчивостью его собственной речи, что значительно ограничивает возможности использования стандартизированных экспериментальных методик, психологических диагностик и тестовых заданий. Все это усугубляется дефицитом времени проведения сессии ПМПК.

Приступая к обследованию ребенка с нарушенным слухом, важно знать особенности данной категории детей и способы общения с ними.

Если ребёнок дошкольного возраста с нарушенным слухом не владеет словесной речью, применяются невербальные задания, где условия вытекают из характера предъявленного материала или могут быть показаны с помощью естественных жестов.

Если дошкольник/школьник с трудом слухо-зрительно воспринимает устную речь, для объяснения можно использовать заранее

приготовленные таблички с заданиями (инструкции), дактилологию или жестовый язык.

В ситуации, когда ребенок слухо-зрительно воспринимает устную речь, все задания предъявляются устно.

Следует помнить, что непонимание отдельных слов в инструкции, непривычная формулировка вопроса вызывают серьезные затруднения у детей с нарушениями слуха и нередко приводят к ошибочным ответам.

В зависимости от возраста ребенка и цели всей психолого-педагогической диагностики выделяют следующие задачи деятельности сурдопедагога на ПМПК.

1. Подтверждение нарушения слуха у ребенка, педагогическая оценка степени поражения слуховой системы, соотнесение данных медицинского и педагогического обследования.

2. Уточнение диагноза (в т.ч. определение дополнительных нарушений) и выявление индивидуальных особенностей ребенка, способных повлиять на конкретику образовательных условий.

3. Оценка эффективности медицинской технической хопротезирование (кохлеарное имплантирование) слуха.

4. Изучение уровня развития слухового восприятия и

Решение этих задач позволяет в процессе коллегиального обсуждения и формулирования заключения ПМПК, помимо общих рекомендаций по необходимой образовательной программе, условиям ее реализации, определить стратегию индивидуальной коррекционно-развивающей программы с ребенком имеющим нарушение слуха, и необходимые для него специальные образовательные условия.

Педагогическое обследование слуха включает:

1) аудиологический аспект - анализ документации аудиологического обследования слуха;

2) сурдопедагогический аспект - оценка состояния слуховой функции, соотнесение данных медицинского и педагогического обследования, оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование / кохлеарное имплантирование) коррекции слуха, изучение уровня развития слухового восприятия речи.

При проведении педагогического обследования. необходимо создать условия, при которых ребенок будет реагировать на звучание только с помощью остаточного слуха. Желательно, чтобы была возможность провести обследование на правое и левое ухо поочередно, а при необходимости и на оба уха вместе.

В зависимости от возраста ребенка и уровня его развития используют следующие методики:

- оценка слуха на основе условно-рефлекторной реакции на звук;
- исследование слуха речью.

При обследовании слуха в протоколе фиксируется: наличие реакции ребенка на звук; характер стимула (неречевые звучания или речевые); качество звука (интенсивность и частота); расстояние от источника звука; воспринятые на слух слова (фразы, текст).

Полученные данные обязательно соотносятся с данными аудиологического обследования слуха. Последнее в обязательном порядке должно присутствовать в виде отдельного документа, либо в справке врачебной комиссии. При наличии расхождений показаний по результатам медицинского и педагогического исследования необходимо направлять ребенка на дополнительное аудиологическое или психоневрологическое обследование.

Оценка состояния слуховой функции для выявления или уточнения медицинского диагноза должна проводиться без использования ребенком слуховых аппаратов / кохлеарных имплантов.

Оценка эффективности медицинской технической (слухо-протезирование / кохлеарное имплантирование) коррекции слуха, изучение уровня развития слухового восприятия речи проводится при использовании ребенком слуховых аппаратов / кохлеарных имплантов.

В собственном протоколе фиксируются результаты воспроизведения слов (звуков), фраз, текстов.

Сурдопедагог в процессе обследования (в т.ч. и другими специалистами ПМПК) должен оценить и уровень речевого развития ребенка. В данном случае оценка особенностей речи включает изучение понимания устной речи (естественных жестов), уровень развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка, степень овладения им письменной речью.

Оценка понимания устной речи (естественных жестов) проводится в процессе всего обследования и начинается с выявления особенностей развития навыков коммуникации: активность, эмоциональность, заинтересованность в контактах с взрослым, продолжительность взаимодействия, использование вербальных и невербальных средств. Специальная проверка понимания устной речи проводится при предъявлении ребенку предметных и сюжетных картинок, вопросов и поручений. У старших обученных дошкольников и школьников выявляется объем пассивного словаря. Обследование понимания слов проводится по следующим направлениям: понимание значений существительных, глаголов, прилагательных, наречий; понимание слов различных лексико-семантических групп (синонимов, антонимов, многозначных слов).

В протоколе необходимо зафиксировать: уровень сформированности коммуникативных навыков, задания, предлагаемые ребенку (при этом обязательно следует указать, какими средствами (вербальными и/или

невербальными) пользовался сурдопедагог), и правильность их выполнения.

Оценка уровня развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка проводится при предъявлении предметных и сюжетных картинок. Сурдопедагог побуждает ребенка называть изображенные предметы и действия.

Для обученных дошкольников и школьников необходимо организовать обследование активного словаря: называние слов, обозначающих названия предметов, действий, качеств; подбор синонимов, антонимов и др.; использование многозначных слов.

Также у таких детей целесообразно оценить владение грамматическим строем языка на всех уровнях (морфологическом, словообразовательном, синтаксическом) и обследовать связную (устную монологическую) речь.

В протоколе должны быть отражены и самостоятельные голосовые / словесные реакции и высказывания ребенка.

Обследуя самостоятельную речь ребенка, сурдопедагог также обращает внимание на особенности произнесения звуков, ритмико-интонационную сторону речи, сохранность слоговой структуры слова.

В протоколе приводится общая характеристика особенностей произношения ребенка - характеристика внятности и разборчивости речи.

Оценка уровня овладения письменной речью начинается с обследования чтения. Фиксируется: техника чтения; правильность чтения (смещения и замены букв на основе их акустического, артикуляционного, оптического сходства; искажения звукослоговой структуры слов; аграмматизмы); выразительность чтения; понимание прочитанного (понимание отдельных слов и фраз в контексте, возможность правильно ответить на вопросы по прочитанному тексту, установление причинно-следственных и других связей в тексте).

При обследовании письма старшим обученным дошкольникам и школьникам предлагают следующие задания: списывание (слов; предложений; микротекста): самостоятельное письмо (слов; предложений; микротекста).

Для определения уровня сформированности операций языкового анализа и синтеза школьникам предлагаются задания на выделение предложений из текста, выделение слов в предложении, слоговой и фонемный анализ слов.

Естественно, что в процессе ПМПК все ЭГИ обследования проводятся не только сурдопедагогом, но и другими специалистами (в первую очередь, логопедом, отчасти психологом).

Важно, чтобы все приведенные выше особенности были отражены как в собственном протоколе сурдопедагога, так и в кратком виде

приведены в общем протоколе ПМПК. При этом не потерять важной информации при формулировке заключения сурдопедагога в общем протоколе - сложная задача, которая требует большого опыта работы на ПМПК.

Требования к проведению процедуры обследования ребенка с нарушенным слухом:

- адаптация инструкции в соответствии с уровнем речевого развития глухого/слабослышающего ребенка и возможностями восприятия устной речи;
- использование вспомогательных средств для предъявления инструкции/задания: письменные задания, естественные жесты, применение дактилологии, жестов ой речи, символов и условных обозначений и др.;
- включение в процедуру обследования обучающих, более простых заданий, раскрывающих алгоритм действий, необходимых ребенку для выполнения диагностических задач;
- включение системы оказания помощи в соответствии с разными уровнями трудностей ребенка с нарушенным слухом: эмоциональная/психологическая поддержка; дополнительная помощь по содержанию задания; помощь в выборе способа действия/переноса его в решение следующего задания и др.;
- пересмотр процедуры оценивания и анализа результатов с учетом особенностей развития данной категории детей и использованных в процедуре обследования видов помощи.

Технология деятельности тифлопедагога по оценке особенностей развития ребенка с нарушениями зрения

На этапе знакомства тифлопедагога с ребенком с нарушением зрения, пришедшим на обследование на ПМПК, необходимо изучить психолого-педагогическую характеристику (если ребенок ранее посещал занятия тифлоспециалиста или образовательную организацию для детей с нарушениями зрения), заключение психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации, рекомендующего прохождение ПМПК; необходим обязательный учет наличия в анамнезе ребенка неврологической симптоматики. Выписка из истории болезни по ведущему нарушению (заключение врача-офтальмолога), в т.ч. прогноз развития зрительной патологии, а также другие документы, раскрывающие особенности поражения зрительного аппарата.

Это позволяет тифлопедагогу (в рамках возникающей у него собственной диагностической гипотезы) быстро сориентироваться в имеющемся у него диагностическом материале для обследования ребенка с учетом его индивидуальных зрительных возможностей, а также

наметить ряд дополнительных вопросов (в рамках специфического зрительного анамнеза) для беседы с родителями.

К задачам деятельности тифлопедагога на ПМПК относятся:

- педагогическая оценка специфики зрительного восприятия; оценка сформированности компенсаторных функций;

- определение соответствия актуального уровня сформированности компенсаторных навыков (в зависимости от возраста ребенка - жизненных компетенций) биологическому возрасту ребенка (с учетом времени наступления зрительной патологии);

- выявление в процессе обследования ребенка с глубокой зрительной патологией признаков стереотипий (навязчивых стереотипных движений), вербализма;

- выявление дополнительных факторов, осложняющих визуальные возможности ребенка;

- определение уровня развития ребенка, его готовности к обучению/воспитанию (в соответствии с возрастом);

- оценка индивидуальных особенностей его познавательной деятельности, связанных с возможностью коррекции и компенсации зрительной недостаточности;

- определение необходимых специальных образовательных условий (в т.ч. специального оборудования и специальной дидактики) для обучения ребенка;

- определение основных (стратегических) направлений коррекционно-развивающих занятий с ребенком, обусловленных, в первую очередь, характером зрительных нарушений.

Акцент в проводимом обследовании делается на умении ребенка пользоваться своим нарушенным (или остаточным - у слепых) зрением, на состоянии и возможностях работы сохранных анализаторов, сформированных механизмах компенсации зрительной функции.

По данным обследования, на ребенка составляется тифлопедагогическое заключение (в ситуации индивидуального проведения обследования). Информацию, полученную при изучении документации и во время обследования, желательно дополнить наблюдениями за детьми в различных видах их деятельности: во время спонтанной игры, в процессе обследования ребенка другими специалистами, в коммуникации с родителями.

Следует отметить, что в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте требования к темповым характеристикам у слепых и слабовидящих детей должны отличаться от требований, предъявляемых к нормально видящим, так как из-за специфики работы гностических функций у детей с нарушением зрения акцент в данный возрастной

период необходимо делать на качестве пере работы и усвоения информации.

На основании полученных о детях данных тифлопедагог составляет собственные рекомендации по необходимым специальным образовательным условиям с учетом возраста, диагноза зрительного заболевания, остроты зрения, имеющихся присутствующих заболеваний, уровня познавательной и выявленных вторичных отклонений в развитии.

В рамках тифлопедагогического обследования также учитываются результаты, получаемые другими ПМПК (логопеда, психолога, врача).

При составлении коллегиального заключения данные рекомендации о необходимых специальных образовательных условиях, должны быть согласованы с мнением других специалистов.

В собственном заключении по результатам обследования ребенка с нарушением зрения и в протоколе (кратко) тифлопедагог ПМПК должен отразить следующее.

Для детей дошкольного возраста. В зависимости от организации дошкольного уровня образования, которое посещает или будет посещать ребенок (специализированное для детей с глубокой зрительной патологией, компенсирующей направленности с наличием в учреждении аппаратного лечения и регулярного осмотра ребенка врачом-офтальмологом или типовое дошкольное отделение, входящее в состав образовательного комплекса), определяющее значение имеет наличие в вышеперечисленных учреждениях тифлопедагога, если тифлопедагог есть в штатном расписании организации, в заключении отражается только необходимость создания специальных условий и коррекционного сопровождения (включая специальные занятия) тифлопедагога. При отсутствии данного специалиста необходимость в специализированных занятиях также указывается, и обязательно заключение сопровождается рекомендациями для родителей и педагогов учреждения следующего содержания:

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

- необходимо с учетом зрительного диагноза и назначенного офтальмологом лечения (если показано ношение окклюзии) отразить, как будет видеть ребенок. Так как окклюзия чаще всего закрывает лучше видящий глаз, в зависимости от остроты и функциональных возможностей второго глаза ребенку временно потребуются организовать условия, сопоставимые с образовательными потребностями сопровождения слабовидящего ребенка или слепого с остаточным зрением;

- определить место ребенка за столом в группе (где и как относительно расположения столов и демонстрационных мольбертов

должен сидеть ребенок) во время фронтальных занятий и индивидуальных игр с дидактическими пособиями;

- как относительно посадки ребенка за столом должен располагаться источник света (естественный и искусственный), учитывая наличие или отсутствие светобоязни;

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

Для детей школьного возраста. Помимо вышеперечисленных рекомендаций к дошкольному возрасту, в заключении отражается необходимость применения специализированных технических средств (в т.ч. тифлотехнических) индивидуального пользования. Например: тифлофлешплеер, портативный электронный увеличитель, трость для слабовидящих и т.п.

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

Рекомендации также должны содержать коррекционные области, в которых ребенок нуждается: ориентировка в пространстве (мобильность в самостоятельном передвижении с использованием трости для слепых или слабовидящих), курс социально-бытовой ориентировки (самообслуживание, домоводство), специализированные компьютерные курсы (основы тифлоинформационных технологий), рельефное рисование и черчение (тифлографика), адаптивная физкультура и т.п.

Особенности установления контакта с ребенком дошкольного возраста с глубоким нарушением зрения

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

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

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

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

Специалисту необходимо в нескольких чертах кратко описать себя ребенку в соотношении с его внешностью и, при желании, дать возможность потрогать свою голову, руки.

Такое желание со стороны ребенка, как правило, говорит о снятии им специалиста и формировании к нему доверия.

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

2.3. Структура и содержание заключение учителя-дефектолога

Основная задача учителя-дефектолога на ПМПК, как результат - определить обученность и, соответственно, обучаемость ребенка. Будучи ограниченным во времени, дефектолог может предлагать ребенку задания не из всего арсенала диагностических материалов, а только те, которые могут подтвердить возникшие предположения, конкретизируя и уточняя их, а также анализируя в сфере решения собственных задач результаты обследования ребенка другими специалистами.

Обученность у дошкольников определяется соответствием знаний, умений, навыков и представлений, которыми владеет ребенок, уровнем развития игровой и продуктивной деятельности возрастным показателям. Такие нормативы заложены в программах воспитания и обучения детей дошкольного возраста в соответствии с новым ФГОС.

Обученность у детей школьного возраста определяется соответствующей программой обучения.

В процессе обследования детей дошкольного возраста дефектолог определяет:

- 1) соответствует ли деятельность ребенка, его знания, умения, навыки и представления об окружающем возрасту;
- 2) степень отставания или опережения в сформированности ЗУН и представлений, соотнеся их с усредненными возрастными показателями;
- 3) является ли отставание/опережение равномерным или парциальным;

4) возможности и условия обучения ребенка.

В ходе обследования детей школьного возраста дефектолог определяет:

1) соответствуют ли знания по основным предметам (письмо, обучение грамоте, русский язык, математика) требованиям программы, по которой ребенок обучается;

2) степень усвоения программы: усвоена программа в достаточном объеме, усвоена не полностью или частично, не усвоена;

3) есть ли знания за предыдущие года обучения. Если ребенок учится в первом классе и программный материал не усваивает, дефектолог оценивает сформированность предпосылок к школьному обучению;

4) возможности и условия обучения ребенка.

Далее с учётом выявленных индивидуальных особенностей дефектолог формулирует заключение и рекомендации для обучающегося.

Таким образом, заключение учителя-дефектолога будет содержать уровень усвоения программы, уровень обучаемости.

Можно выделить несколько уровней усвоения программы:

1. Программа в целом усвоена.

2. Программа усвоена не полностью: не все разделы программы усвоены, требуется разъясняющая помощь при выполнении задания.

3. Программа усвоена частично: не усвоена программа по одному из предметов.

4. Программа не усвоена.

При этом необходимо указывать какую именно программу усвоил / не усвоил обучающийся, *например*: АООП для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи усваивает не в полном объёме либо пр.1598 вариант 7.1 усваивает (для обучающихся, которые начали обучение по программе начального общего образования с 01.09.2016 г) и т.д.

Обучаемость определяется по способности ребенка усвоить алгоритм деятельности и перенести его на аналогичное задание.

Условно можно выделить три уровня обучаемости.

1. Достаточный уровень обучаемости. Ребенок понимает смысл задания, способен выполнить задание самостоятельно при оказании незначительного объема организующей или стимулирующей помощи.

2. Недостаточный уровень обучаемости. Ребенок понимает смысл задания, но нуждается в организующей, стимулирующей помощи при выполнении задания по алгоритму.

3. Низкий уровень обучаемости. Ребенок не понимает смысла задания, не способен, выполнить задание по алгоритму после оказания помощи педагогом.

Образовательная программа и другие специальные образовательные условия для детей определяются в зависимости от категории обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и конечно от индивидуальных особенностей.

Рассмотрим более подробно примерные заключения и рекомендации учителя-дефектолога для разных категорий

ОБУЧАЮЩИЕСЯ С НАРУШЕНИЕМ СЛУХА

Существует несколько классификаций детей с нарушениями слуха. Одной из распространенных классификаций глухих детей является классификация, разработанная Л. В. Нейманом.

Для выяснения степени поражения слуховой функции, Л. В. Нейманом проводились исследования слуха глухих и слабослышащих детей методом тональной аудиометрии и с помощью речи.

Л. В. Нейман выделяет 4 группы глухих в зависимости от объема воспринимаемых частот:

1-я группа — глухие дети, воспринимающие самые низкие частоты (125-150 Гц). Эти дети не различают каких-либо звуков речи и реагируют либо на очень громкий голос у самого уха, либо на интенсивные звуки на близком расстоянии (крик и т. д.).

2-я группа — глухие дети, воспринимающие частоты 150-500 Гц. Дети этой группы реагируют на громкий голос у уха, различают гласные «о», «у», способны воспринять другие очень громкие звуки на небольшом расстоянии.

3-я группа — дети, воспринимающие звуки в диапазоне низких и средних частот, от 125 до 1000 Гц.

4-я группа — дети, воспринимающие частоты от 125 до 2000 Гц.

Дети, относящиеся к 3-й и 4-й группе, различают менее интенсивные и разнообразные по частоте звуки на близком расстоянии (звуки музыкальных инструментов, бытовые звуки — звонок в дверь, звонок телефона и т. д.).

Дети 4-й группы различают почти все гласные, отдельные фразы и слова, звучащие возле уха и на небольшом расстоянии.

Все глухие дети имеют большие или меньшие остатки слуха. Остаточный слух в процессе специальной работы по развитию слухового восприятия играет важную роль в формировании устной речи.

Тугоухость выражается тоже в различной степени. Л. В. Нейман выделяет 3 группы слабослышащих детей по степени понижения слуха в области речевого диапазона частот (от 500 до 4000 Гц).

В зависимости от потери слуха выделяют 3 степени тугоухости:

1-я степень — снижение слуха в речевом диапазоне не превышает 50 дБ; восприятие частот в пределах 125-8000 Гц. Речевое общение вполне

доступно. Возможно разборчивое восприятие речи разговорной громкости на расстоянии более 1 м.

2-я степень — снижен слух в речевом диапазоне до 70 дБ. Речевое общение затруднено. Разговорная речь воспринимается на расстоянии менее 1 м.

3-я степень — снижен слух в речевом диапазоне до 70 дБ. Речь разговорной громкости становится неразборчива даже у самого уха. Общение осуществляется с помощью громкого голоса на близком от уха расстоянии.

Самостоятельно овладеть речью с трудом могут дети, обладающие снижением слуха на 15-20 дБ. Л. В. Нейман предлагает принять эту степень потери слуха в качестве условной границы между нормальным слухом и тугоухостью. По классификации Л. В. Неймана, условная граница между тугоухостью и глухотой находится на уровне 85 дБ.

Международная классификация нарушений слуха.

Средняя потеря слуха определяется в области частот 500, 1000, 2000 Гц.

1-я степень тугоухости — снижение слуха не превышает 40 ДБ;

2-я степень тугоухости — снижение слуха от 40 до 55 ДБ;

3-я степень тугоухости — снижение слуха от 55 до 70 ДБ;

4-я степень тугоухости — снижение слуха от 70 до 90 ДБ.

Снижение слуха более чем на 90 дБ определяется как глухота.

В целом, условно дошкольников и школьников с нарушениями слуха можно разделить на несколько групп по видам адекватных их состоянию образовательных условий:

1-я группа - дети, состояние слуха и уровень актуального развития которых позволяют им успешно обучаться в общеобразовательных учреждениях и осваивать основную образовательную программу при наличии в минимальном объеме психолого-педагогических условий, специальных материально-технических ресурсов, в т.ч. ассистивных средств и технологий.

2-я группа - дети, уровень развития которых требует обязательного создания психолого-педагогических условий, наличия ассистивных средств и технологий в общеобразовательных организациях, в т.ч. специальных, где обучаются глухие/ слабослышащие дети. Дети этой группы способны освоить основную образовательную программу или адаптированную образовательную программу.

3-я группа - дети, которые по уровню развития способны обучаться только при обеспечении полного пакета психолого-педагогического сопровождения (в т.ч. с привлечением ассистента (помощника), сопровождающего педагога / тьютора и т.д.), обязательном наличии ассистивных средств и технологий в специально организованном

образовательном пространстве организаций, где обучаются глухие или слабослышащие. Дети этой группы способны освоить адаптированную основную образовательную программу для глухих и слабослышащих дошкольников; адаптированную образовательную программу дошкольного образования с программой коррекционной работы; адаптированную основную общеобразовательную программу начального общего образования для глухих и слабослышащих или адаптированную программу основного образования по индивидуальному плану.

С учётом перечисленных групп учитель-дефектолог (сурдопедагог) делает заключение и даёт рекомендации по организации и осуществлению учебного процесса конкретного ребёнка (табл. 1, табл. 2, табл. 3)

ГЛУХИЕ ОБУЧАЮЩИЕСЯ

ВОЗРАСТНАЯ ГРУППА	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
Дошкольный возраст	Сурдопедагог (3 группа): условно-двигательная реакция на звук сформирована / не сформирована; слуховое восприятие речевого / неречевого материала соответствует / не соответствует данным аудиометрического исследования	Формирование слухового восприятия и произносительной стороны речи, формирование языковой способности и развитие речи, в т.ч. формирование лексического запаса, грамматического строя, связной речи, обучение глобальному чтению, обучение дактилологии (по показаниям) как вспомогательной форме речи
Школьный возраст	Сурдопедагог (3 группа): слуховое восприятие речевого материала соответствует / не соответствует данным аудиометрического исследования / программным требованиям, слуховые аппараты / кохлеарные импланты настроены адекватно. Речь недостаточно внятная / невнятная; недостаточно разборчивая / неразборчивая; грубо нарушены все стороны звукопроизношения; ограниченный словарный запас / обиходно-бытовая лексика; выраженный / грубый аграмматизм; трудности реализации связного высказывания.	Развитие слухового и слухо-зрительного восприятия (в соответствии с программными требованиями), развитие средств вербальной и невербальной коммуникации в целях реализации собственных познавательных и коммуникативных потребностей; развитие произносительной стороны речи, расширение и обогащение словарного запаса, овладение нормами грамматики и синтаксиса русского языка; развитие способности к осмысленному, вдумчивому чтению; развитие умения анализировать структуру текста и т.д.

СЛАБОСЛЫШАЮЩИЕ И ПОЗДНООГЛУХИЮЩИЕ ОБУЧАЮЩИЕСЯ

ВОЗРАСТНАЯ КАТЕГОРИЯ	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
Дошкольный возраст	<p>Сурдопедагог (1 группа): слуховое восприятие речевого материала – в соответствии с аудиограммой (различение слов / фраз на расстоянии ... м), слуховые аппараты / кохлеарные импланты настроены адекватно. Речь внятная, разборчивая с незначительным нарушением звукопроизношения отдельных звуков / группы звуков, лёгким аграмматизмом.</p> <p>Сурдопедагог (2 группа): слуховое восприятие речевого материала соответствует / не соответствует данным аудиометрического исследования (различение слов, фраз на расстоянии ... м), слуховые аппараты / кохлеарные импланты настроены адекватно. Речь достаточно внятная, достаточно разборчивая нарушены звукопроизношение групп звуков и интонационная сторона речи; ограниченный словарный запас / обиходно-бытовая лексика; стойкие аграмматизмы, трудности реализации связного высказывания.</p>	<p>Развитие слухового восприятия, формирование произносительной стороны речи, развитие грамматического строя, формирование связной речи, обучение аналитическому чтению и письму.</p>
Школьный возраст	<p>Сурдопедагог (1 группа): слуховое восприятие речевого материала – в соответствии с аудиограммой (различение слов / фраз на расстоянии ... м), слуховые аппараты / кохлеарные импланты настроены адекватно. Речь внятная, разборчивая с незначительным нарушением звукопроизношения отдельных звуков / группы звуков, лёгким аграмматизмом.</p> <p>Сурдопедагог (2 группа): слуховое восприятие речевого материала соответствует / не соответствует данным аудиометрического исследования (различение слов, фраз на расстоянии ... м), слуховые аппараты / кохлеарные импланты настроены адекватно. Речь достаточно внятная, достаточно разборчивая нарушены звукопроизношение групп</p>	<p>Развитие и совершенствование основных видов речевой деятельности (слухозрительное восприятие при использовании слуховых аппаратов/кохлеарных имплантов, говорение, чтение, письмо); расширение и обогащение словарного запаса, коррекция и развитие грамматической и синтаксической структуры речи; формирование текстовой компетенции ; развитие</p>

	звук и интонационная сторона речи; ограниченный словарный запас / обиходно-бытовая лексика; стойкие аграмматизмы, трудности реализации связного высказывания.	умения вступать в диалог со взрослыми и сверстниками с целью обсуждения полученной информации, совместного решения поставленных задач и др.
--	---	---

ОБУЧАЮЩИЕСЯ С НАРУШЕНИЕМ ЗРЕНИЯ

Выделяют 2 группы детей, имеющих нарушения зрения. Это **слепые дети** (менее 0,04), **слабовидящие дети** (с остротой зрения при использовании обычных средств коррекции от 0,05 до 0,4).

Степень нарушения функции зрительного анализатора определяется понижением остроты зрения. Острота зрения проверяется по таблицам, составленным из 10-12 видов букв или знаков. Каждый последующий ряд знаков по сравнению с предыдущим означает соответственно разницу в остроте зрения на 0,1. Острота зрения большинства людей, характеризующаяся способностью определять буквы или знаки десятой строки таблицы на расстоянии 5 м, равна 1,0 и рассматривается как нормальная. Исследуемый, определяющий на этом расстоянии буквы первой строки, имеет остроту зрения 0,1.

Если острота зрения ниже 0,1 используется счет пальцев. Ребенок, сосчитавший раздвинутые пальцы руки на расстоянии 5 м, обладает остротой зрения, равной 0,09. Тот же счет пальцев на расстоянии 2 м приблизительно соответствует остроте зрения 0,04; на расстоянии 0,5 м – 0,01, а с расстояния 30 см – 0,005. Острота зрения, при которой ребенок не различает пальцев, а видит только свет, равна светоощущению. Если ребенок не может отличать света от темноты, острота его зрения равна 0.

Классификация детей по степени нарушения зрения и зрительным возможностям

В зависимости от сохранности остроты зрения среди детей с нарушениями зрения можно выделить несколько групп, характеризующихся разными зрительными возможностями, разными способами восприятия учебного материала и ориентации в пространстве,

В зависимости от степени зрительных нарушений и способов восприятия учебного материала различаются следующие группы:

а) слепые и практически слепые (так называемые частично видящие) дети с острой зрения в пределах от 0 до 0,04 с коррекцией стеклами на лучшем глазу.

Эти дети имеют незначительное остаточное зрение или совсем ничего не видят. Во время занятий они пользуются в основном тактильно-слуховым способом восприятия учебного материала, читают и пишут по системе Брайля. Обучение этих детей в основном осуществляется с помощью осязания и слуха.

Часть из них при чтении и письме опираются на остаточное зрение. Наряду с этим, если им позволяет зрение, они овладевают, при определенных условиях зрительным способом чтения и письма укрупненного черно-белого шрифта. Однако остаточное зрение не является достаточно устойчивым и надежным. Оно может обеспечить правильность и необходимую скорость восприятия обычного плоскочечатного шрифта лишь при использовании осязания. Частично видящие подлежат обучению в специальных школах для слепых детей или в специальных классах для этих детей при школах слабовидящих.

Во время занятий слепые и частично видящие пользуются специальными и учебными пособиями (изданными по системе Брайля), специальными техническими средствами, необходимым дидактическим материалом. Частично видящие пользуются и оптикой. Все это позволяет овладеть приемами осязательного и зрительного чтения и письма, облегчающими рациональное использование и охрану остаточного зрения;

б) слабовидящие дети с острой зрения в пределах от 0,05 до 0,09 с коррекцией стеклами на лучшем глазу. У этих детей, как правило, отмечаются сложные нарушения зрительных функций. Наряду со снижением остроты зрения у некоторых из них сужено поле зрения, нарушено пространственное зрение.

Все это затрудняет зрительное восприятие учебного материала. Они нуждаются в соблюдении регламентированной зрительной нагрузки и мероприятиях по охране и рациональному использованию неполноценного зрения во время занятий.

Как правило, они подлежат обучению в специальных школах для слабовидящих. При обучении этих детей применяется система специальных технических и оптических средств (накладные ортоскопические, строчные лупы и др.), используемых с целью коррекции и компенсации нарушенных и недоразвитых функций. Однако их зрение является недостаточно устойчивым. При неблагоприятных условиях оно ухудшается. В связи с этим также учащиеся нуждаются в облегченном режиме зрительной нагрузки, в умелом чередовании деятельности, труда и отдыха;

в) слабовидящие дети с остротой зрения от 0,01 до 0,04 с коррекцией оптическими стеклами на лучшем глазу.

При наличии определенных условий они свободно читают с помощью зрения, пишут, зрительно воспринимают предметы, явления и процессы действительности, зрительно ориентируются в большом пространстве. В связи с необходимостью применять специальные методы и технические средства обучения, соблюдать определенные гигиенические требования, такие дети также обучаются в специальных школах слабовидящих. Однако некоторые из них при обеспечении необходимых условий в состоянии успешно обучаться в массовой школе;

г) дети с остротой центрального зрения 0,4-0,5 и выше с коррекцией оптическими стеклами.

У этих детей не отмечаются выраженные вторичные отклонения в психическом развитии. Такие дети подлежат обучению в обычных условиях массовой школы. Однако по отношению к ним должен соблюдаться некоторый щадящий режим.

Таким образом, мы видим, что в зависимости от разной степени нарушения остроты центрального зрения учащиеся пользуются разными способами восприятия учебного материала, что предполагает применение дифференцированных форм их обучения в специальной школе для слабовидящих и в массовой школе с учётом рекомендаций учителя-дефектолога (тифлопедагога) ПМПК (табл. 3, табл. 4)

СЛЕПЫЕ ОБУЧАЮЩИЕСЯ

ВОЗРАСТНАЯ КАТЕГОРИЯ	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
Дошкольный возраст	<p>Тифлопедагог: специфика зрительного восприятия (констатация нарушения). Его характера и уровня). Познавательное развитие в границах возрастной нормы. Программный материал усваивает / усваивает не в полном объёме.</p>	<p>Развитие зрительного восприятия. Развитие осязания и мелкой моторики; ориентировка в пространстве. Социально-бытовая ориентировка. Формирование познавательной активности; формирование представлений о своих возможностях. Владение жестами, пантомимой, использование мимики. Ориентировка в знакомом и незнакомо пространстве, ориентировка в себе и в микропространстве. Развитие элементарных коммуникативных навыков.</p>
Школьный возраст	<p>Тифлопедагог: специфика зрительного восприятия (констатация нарушения). Его характера и уровня). Познавательное развитие в границах возрастной нормы. Образовательную программу (указать какую, какие предметные области) усваивает / усваивает не в полном объёме.</p>	<p>Развитие зрительного восприятия. Развитие осязания и мелкой моторики; ориентировка в пространстве. Социально-бытовая ориентировка. Формирование познавательной активности; формирование представлений о своих возможностях. Владение жестами, пантомимой, использование мимики. Ориентировка в знакомом и незнакомо пространстве, ориентировка в себе и в микропространстве. Обучение коммуникации с окружающими (совместно с психологом). Оказание помощи при возникновении трудностей в овладении программным материалом.</p>

СЛАБОВИДЯЩИЕ ОБУЧАЮЩИЕСЯ

ВОЗРАСТНАЯ КАТЕГОРИЯ	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
Дошкольный возраст	Тифлопедагог: специфика зрительного восприятия (констатация нарушения). Познавательное развитие в границах возрастной нормы. Программный материал усваивает / усваивает не в полном объёме.	Развитие зрительного восприятия. Развитие осязания и мелкой моторики; ориентировка в пространстве. Социально-бытовая ориентировка. Формирование познавательной активности; формирование представлений о своих возможностях. Ориентировка в знакомом и незнакомом пространстве, ориентировка в себе и в микропространстве. Развитие элементарных коммуникативных навыков (совместно с логопедом и психологом).
Школьный возраст	Тифлопедагог: специфика зрительного восприятия (констатация нарушения. Его характера и уровня). Познавательное развитие в границах возрастной нормы. Образовательную программу (указать какую, какие предметные области) усваивает / усваивает не в полном объёме.	Развитие зрительного восприятия. Развитие осязания и мелкой моторики; ориентировка в пространстве. Социально-бытовая ориентировка. Формирование познавательной активности. Обучение коммуникации с окружающими (совместно с психологом). Оказание помощи при возникновении трудностей в овладении программным материалом

ОБУЧАЮЩИЕСЯ С ДЦП

Детский церебральный паралич – тяжелое заболевание нервной системы, возникающее в следствие органического поражения центральной нервной системы по влиянием различных неблагоприятных факторов, воздействующих в пренатальный и натальный периоды, а также на первом году жизни, и ведет к тяжелым моторным и психическим расстройствам. Ведущими этиологическими факторами влияющими на возникновение ДЦП являются: асфиксия плода, родовая травма, гемолитическая болезнь (несовместимость крови матери и плода по резус-фактору), инфекционные заболевания матери в период беременности.

Особенности двигательного развития детей с церебральным параличом

У детей с церебральным параличом задержано и нарушено формирование всех двигательных функций: с трудом и опозданием формируются функции удержания головы, навыки сидения, стояния, ходьбы, манипулятивной деятельности. Темпы двигательного развития при ДЦП широко варьируются. В силу двигательных нарушений у детей с церебральным параличом статические и локомоторные функции не могут развиваться спонтанно или развиваются неправильно. Двигательные нарушения, в свою очередь, оказывают неблагоприятное влияние на формирование психических функций и речи.

Разнообразные двигательных нарушений у детей с церебральным параличом обусловлено действием ряда факторов, непосредственно связанных со спецификой самого заболевания. Важнейшими из них являются следующие.

Нарушения мышечного тонуса

При ДЦП отмечаются различные нарушения мышечного тонуса (по типу спастичности, ригидности, гипотонии, дистонии).

Часто у детей с церебральным параличом наблюдается повышение мышечного тонуса — **спастичность**. Мышцы в этом случае напряжены, что связано с поражением пирамидной системы. Для ДЦП является характерным нарастание мышечного тонуса при попытках произвести то или иное движение (особенно при вертикальном положении тела).

При ригидности мышцы напряжены, находятся в состоянии тетануса (максимального повышения мышечного тонуса). **Ригидность** — напряжение тонуса мышц-антагонистов и агонистов, при котором нарушается плавность и слаженность мышечного взаимодействия. Это происходит при тяжелом поражении экстрапирамидной (подкорковой) системы. Нарушение мышечного тонуса по типу ригидности отмечается при двойной гемиплегии.

При **гипотонии** (низкий мышечный тонус) мышцы конечностей и туловища дряблые, вялые, слабые. Объем пассивных движений значительно больше нормального. Понижение тонуса мышц во многом связано с

недостаточной функцией мозжечка и вестибулярного анализатора. При нарушении регуляции мышечного тонуса со стороны подкорковых структур возникает *дистония* — меняющийся характер мышечного тонуса. Мышечный тонус в этом случае отличается непостоянством. В покое мышцы расслаблены, при попытках к движению тонус резко нарастает. В результате этого движение может оказаться невозможным. Дистония наблюдается при гиперкинетической форме церебрального паралича.

При смешанных формах церебрального паралича может отмечаться сочетание различных вариантов нарушений мышечного тонуса. Характер этого сочетания может меняться с возрастом.

Ограничение или невозможность произвольных движений (парезы и параличи)

В зависимости от тяжести поражения мозга может наблюдаться полное или частичное отсутствие тех или иных движений. Полное отсутствие произвольных движений, обусловленное поражением двигательных зон коры головного мозга и проводящих двигательных (пирамидных) путей головного мозга, называется центральным параличом, а ограничение объема движений — центральным парезом. Ограничение объема произвольных движений обычно сочетается со снижением мышечной силы

Наличие насильственных движений

Для многих форм ДЦП характерны насильственные движения, которые могут проявляться в виде гиперкинезов и тремора.

Гиперкинезы — произвольные насильственные движения, обусловленные переменным тонусом мышц, с наличием неестественных поз и незаконченных двигательных актов. Они могут наблюдаться в покое и усиливаться при попытках произвести движения, во время волнения. Гиперкинезы всегда затрудняют осуществление произвольного двигательного акта, а порой делают его невозможным. Насильственные движения могут быть выражены в мышцах артикуляционного аппарата, шеи, головы, различных отделов конечностей. Гиперкинезы характерны для гиперкинетической формы ДЦП и гиперкинетического синдрома, который может осложнять все формы заболевания. Тип гиперкинеза зависит от локализации поражения в экстрапирамидной

системе. Клинически отмечаются гиперкинезы хореического (хореоформного), атетоидного и смешанного хореоатетоидного характера.

Хореический (хореоформный) гиперкинез характеризуется непроизвольными быстрыми, размашистыми, неритмичными движениями, возникающими в разных частях тела.

Атетоидный гиперкинез характеризуется медленными, вычурными, червеобразными движениями с переразгибанием пальцев. Эти гиперкинезы захватывают преимущественно дистальные отделы конечностей (расположенные дальше от средней линии тела), чаще пальцы рук, иногда проявляются и в пальцах ног, реже — в мышцах языка. Сочетание атетоидных движений с хореоформными называется **хореоатетозом**. Наиболее тяжелой формой является **двойной атетоз**, при котором отмечается выраженный атетоидный гиперкинез мышц лица и конечностей с двух сторон. При двойном атетозе наблюдаются наиболее выраженные нарушения манипулятивной деятельности и речи.

Тремор — дрожание конечностей (особенно пальцев рук и языка). Тремор проявляется при целенаправленных движениях (например, при письме). В конце целенаправленного движения тремор усиливается, например при приближении пальца к носу при закрытых глазах (пальце-носовая проба по выявлению тремора). Тремор характерен для поражения мозжечковой системы. Наблюдается при атонически-астатической форме ДЦП и при других формах, осложненных атактическим (мозжечковым) синдромом.

Нарушения равновесия и координации движений

Несформированность реакций равновесия и координации — *атаксия* проявляется как в статике, так и в локомоции. Наблюдается туловищная атаксия в виде неустойчивости при сидении, стоянии и ходьбе. В тяжелых случаях ребенок не может сидеть или стоять без поддержки. Недостаточность реакций равновесия и координации характерна для атонически-астатической формы ДЦП, когда поражена мозжечковая система.

Нарушение ощущений движений

Овладение двигательными функциями тесно связано с ощущением движений (кинестезии). Эти нарушения резко затрудняют выработку тех условнорефлекторных связей, на основе которых формируется чувство

положения собственного тела, позы в пространстве. У детей с церебральным параличом бывает ослаблено чувство позы; у некоторых искажено восприятие направления движения (например, движение пальцев рук по прямой может ощущаться ими как движение по окружности или в сторону). Нарушения ощущений движений особенно выражены при гиперкинетической и атонически-астагической формах ДЦП.

Недостаточное развитие цепных установочных выпрямительных (статокинетических) рефлексов

Стато-кинетические рефлексы (установочный лабиринтный рефлекс с головы на шею, рефлекс Ландау, установочный цепной шейный асимметричный рефлекс и др.) обеспечивают формирование вертикального положения тела ребенка и произвольной моторики. При недоразвитии этих рефлексов ребенку трудно удерживать в нужном положении голову и туловище. В результате он испытывает трудности в овладении навыками самообслуживания, трудовыми и учебными операциями.

Синкинезии

Синкинезии — это произвольные содружественные движения, сопровождающие выполнение активных произвольных движений. При ДЦП синкинезии возникают вследствие чрезмерной иррадиации возбуждения, что исключает возможность необходимого контроля со стороны центральной нервной системы. У детей с церебральным параличом отмечаются также *оральные синкинезии*, которые проявляются в том, что при попытках к активным движениям или при их выполнении происходит непроизвольное открывание рта.

Наличие патологических тонических рефлексов

При ДЦП отмечается запаздывание в угасании врожденных двигательных автоматизмов, к которым и относятся *позотонические рефлексы*. Патологически усиленные позотонические рефлексы не только нарушают последовательный ход развития двигательных функций, но и являются одной из причин формирования патологических поз, движений, контрактур и деформаций у детей с церебральным параличом.

Среди позотонических рефлексов в оценке структуры дефекта у детей с церебральным параличом важнейшее значение имеют следующие.

Лабиринтный тонический рефлекс (ЛТР) зависит от положения головы в пространстве и проявляется в двух положениях: на спине и на животе. ЛТР у детей с церебральным параличом проявляется в повышении тонуса мышц-разгибателей, когда ребенок лежит на спине, и мышц-сгибателей, когда он лежит на животе.

В положении на животе при выраженности ЛТР у ребенка преобладает поза сгибания: согнуты голова и спина; руки находятся под грудной клеткой в согнутом положении, кисти сжаты в кулаки; ноги также согнуты в тазобедренных и коленных суставах, бедра и голени приведены к животу. **Симметричный шейный тонический рефлекс (СШТР)** у детей с церебральным параличом проявляется во влиянии движений головы в шейном отделе позвоночника на мышечный тонус конечностей. При сгибании головы (наклон вперед—вниз) повышается тонус мышц-сгибателей верхних и разгибателей нижних конечностей; ребенок наклоняется вперед. При разгибании головы (назад) повышается тонус разгибателей верхних и сгибателей нижних конечностей, ребенок запрокидывается назад. Схема реализации СШТР сохраняется при любом положении тела (лежа на спине, животе, на боку, в положении сидя, стоя). Ребенок не может попеременно сгибать и разгибать ноги, не может изолированно двигать головой, не вызывая патологические синергические (содружественные) движения в конечностях. При усилении СШТР в зону его влияния вовлекаются и мышцы туловища: при сгибании головы возникает сгибание туловища, а при разгибании головы — его разгибание.

Асимметричный шейный тонический рефлекс (АШТР). Этот рефлекс имеет особое значение в структуре нарушений у детей с церебральным параличом, так как он отличается значительной стойкостью и препятствует развитию не только произвольной двигательной активности, но и познавательной деятельности. Этот рефлекс проявляется во влиянии поворота (ротации) головы в сторону на мышечный тонус конечностей. Поворот головы в сторону усиливает тонус разгибателей конечностей на стороне, куда повернуто лицо, и тонус сгибателей с другой стороны, куда повернут затылок. Так, если голова ребенка поворачивается вправо, его правые конечности разгибаются, а левые сгибаются. Ребенок принимает «позу фехтовальщика». Рефлекс больше проявляется в руках. При выраженности АШТР голова и глаза ребенка могут быть фиксированы в одну сторону, что приводит к ограничению его поля зрения и вызывает специфические трудности во время чтения и письма.

Формы детского церебрального паралича

В настоящее время в нашей стране принята классификация детского церебрального паралича К. А. Семеновой (1974 — 1978), которая очень удобна в практической работе врачей, логопедов, педагогов-дефектологов, психологов. Согласно этой классификации выделяют пять форм детского церебрального паралича: спастическая диплегия, двойная гемиплегия, гемипаретическая форма, гиперкинетическая форма, атонически-астагическая форма.

Спастическая диплегия

Спастическая диплегия — наиболее часто встречающаяся форма ДЦП. Ею страдают более 50% больных церебральным параличом. В литературе ее иногда называют «болезнь Литтля», по имени врача, впервые описавшего ее в середине XIX в. При спастической диплегии поражены и руки, и ноги, причем нижние конечности затронуты в большей степени, чем верхние. Степень поражения рук различна — от выраженных парезов до минимальных нарушений в виде легкой моторной неловкости и нарушений тонких дифференцированных движений пальцев рук. Основным признаком спастической диплегии является повышение мышечного тонуса (спастичность) в конечностях, ограничение силы и объема движений в сочетании с нередуцированными тоническими рефлексамии. Повышение мышечного тонуса преобладает в приводящих мышцах бедер, в силу чего наблюдается перекрещивание ног при опоре на пальцы, что нарушает опорность стоп, осанку, затрудняет стояние и ходьбу. При развитии контрактур конечности могут «застывать» в неправильной позе, тогда передвигание и манипуляции становятся невозможными.

Тяжесть речевых, психических и двигательных расстройств варьирует в широких пределах. У 70 — 80% детей со спастической диплегией отмечают нарушения речи в форме спастико-паретической дизартрии, задержки речевого развития, реже — моторной алалии.

Нарушения психики обнаруживаются у большинства детей. Наиболее часто они проявляются в виде задержки психического развития, которая может компенсироваться в дошкольном или младшем школьном возрасте под воздействием занятий по коррекции нарушений познавательной деятельности. Такие дети могут

учиться в специальных школах-интернатах для детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, в средних общеобразовательных школах и на дому (по адаптированной основной образовательной программе). Часть детей имеют умственную отсталость разной степени тяжести. Эти дети обучаются по программе школы для умственно отсталых детей. Спастическая диплегия — прогностически благоприятная форма заболевания в плане преодоления психических и речевых расстройств и менее благоприятная в отношении становления двигательных функций.

Двойная гемиплегия

Это самая тяжелая форма ДЦП, при которой имеет место тотальное поражение мозга, прежде всего его больших полушарий. Двигательные расстройства выражены в равной степени в руках и в ногах, либо руки поражены сильнее, чем ноги. Основные клинические проявления двойной гемиплегии — преобладание ригидности мышц, усиливающейся под влиянием сохраняющихся на протяжении многих лет интенсивных тонических рефлексов. Установочные выпрямительные рефлексы совсем или почти не развиты. Произвольная моторика отсутствует или резко ограничена. Дети не сидят, не стоят, не ходят. Функция рук практически не развивается.

У всех детей отмечаются грубые нарушения речи по типу анартрии, тяжелой спастико-ригидной дизартрии (речь полностью отсутствует либо большой произносит отдельные звуки, слоги или слова). Голосовые реакции скудные, часто недифференцированные. Речь может отсутствовать и в связи с тем, что у большинства детей (90%) отмечается выраженная умственная отсталость. Отсутствие мотивации к деятельности в значительной степени усугубляет тяжелые двигательные расстройства. Часто имеют место судороги (45 — 60%).

Прогноз двигательного, психического и речевого развития неблагоприятный. Самостоятельное передвижение невозможно. Некоторые дети с трудом овладевают навыком сидения, но даже в этом случае тяжелые отклонения в психическом развитии препятствуют их социальной адаптации. В большинстве случаев дети с двойной гемиплегией не обучаемы. Тяжелый двигательный дефект рук, сниженная мотивация исключают самообслуживание и простую трудовую деятельность. Диагноз «двойная гемиплегия» является основанием

направления ребенка в учреждения Министерства социальной защиты в связи с невозможностью социальной адаптации.

Гемипаретическая форма

Эта форма характеризуется повреждением конечностей (руки и ноги) с одной стороны тела. Рука обычно поражается больше, чем нога. Правосторонний гемипарез в связи с поражением левого полушария наблюдается значительно чаще, чем левосторонний. По-видимому, левое полушарие при воздействии вредных факторов страдает в первую очередь как более молодое филогенетически, функции которого наиболее сложны и многообразны. В зависимости от локализации поражения при этой форме могут наблюдаться различные нарушения. При поражении левого полушария часто отмечаются нарушения речи в форме моторной алалии, а также дислексия, дисграфия и нарушение функции счета. Каждое из этих расстройств может быть лишь частичным и проявляться только в трудностях освоения чтения, письма, счета. Поражение височных отделов левого полушария может сопровождаться нарушениями фонематического восприятия. При поражении правого полушария отмечается патология эмоционально-волевой сферы в виде агрессивности, инертности, эмоциональной уплощенности.

Патология речи отмечается у 30—40 % детей, чаще по типу спастико-паретической дизартрии или моторной алалии. Степень интеллектуальных нарушений варьируется от легкой задержки психического развития до грубого интеллектуального дефекта. При этом снижение интеллекта не всегда коррелирует с тяжестью двигательных нарушений. Прогноз двигательного развития в большинстве случаев благоприятный при своевременном начале и адекватном лечении. Практически все дети ходят самостоятельно. Возможность самообслуживания зависит от степени поражения руки. Однако даже при выраженном ограничении функции руки, но сохранном интеллекте дети обучаются пользоваться ею. Обучаемость и уровень социальной адаптации детей с гемипаретической формой ДЦП во многом определяются не тяжестью двигательных нарушений, а интеллектуальными возможностями ребенка, своевременностью и полнотой компенсации психических и речевых расстройств.

Гиперкинетическая форма ДЦП

Гиперкинетическая форма ДЦП связана с поражением подкорковых отделов мозга. Двигательные расстройства проявляются в виде непроизвольных насильственных движений — гиперкинезов. Гиперкинезы возникают непроизвольно, усиливаются при движении и волнении, а также при утомлении и при попытках к выполнению любого двигательного акта. В покое гиперкинезы уменьшаются и практически полностью исчезают во время сна. Они могут охватывать мышцы лица, языка, головы, шеи, туловища, верхних и нижних конечностей.

При гиперкинетической форме произвольная моторика развивается с большим трудом. Дети длительное время не могут научиться самостоятельно сидеть, стоять и ходить. Очень поздно (лишь к 2 — 4 годам) начинают держать голову, садиться. Еще более сложно освоить стояние и ходьбу. Чаще всего самостоятельное передвижение становится возможным в 4—7 лет, иногда позже. Походка у детей обычно толчкообразная, асимметричная.

Речевые нарушения наблюдаются почти у всех детей, чаще в форме гиперкинетической дизартрии. У части детей (20 — 25%) имеют место нарушения слуха, особенно часто страдает высокочастотный слух; у 10 — 15% отмечаются судороги.

Психическое развитие нарушается меньше, чем при других формах церебрального паралича, интеллект в большинстве случаев развивается вполне удовлетворительно. Нарушение психического развития по типу умственной отсталости имеет место у 25% детей.

Прогноз развития двигательных функций зависит от тяжести поражения нервной системы, от характера и интенсивности гиперкинезов. Большинство детей обучается самостоятельно ходить, однако произвольные движения, в особенности тонкая моторика, в значительной степени нарушены.

Прогностически это вполне благоприятная форма в отношении обучения и социальной адаптации. Начальное обучение детей часто осуществляется на дому по массовой, реже по вспомогательной программе.

Атонически-астатическая форма ДЦП

При данной форме церебрального паралича имеет место поражение мозжечка, в некоторых случаях сочетающееся с поражением лобных отделов мозга. Со стороны двигательной сферы наблюдаются: низкий мышечный тонус, нарушение равновесия тела в покое и при ходьбе, нарушение ощущения равновесия и координации движений, тремор, гиперметрия (несоразмерность, чрезмерность движений).

У большинства детей отмечаются речевые нарушения в виде задержки речевого развития, атактической дизартрии; может иметь место алалия.

При атонически-астатической форме ДЦП могут быть интеллектуальные нарушения различной степени тяжести. Важную роль в структуре психического дефекта играет основная локализация поражения мозга, от которой зависит степень снижения интеллекта. При поражении только мозжечка дети малоинициативны, у многих проявляется страх падения; задержано формирование навыков чтения и письма. Если поражение мозжечка сочетается с поражением лобных отделов мозга, у детей отмечается выраженное недоразвитие познавательной деятельности, не критичность к своему дефекту, расторможенность, агрессивность. В 55 % случаев (помимо тяжелых двигательных нарушений у детей с атонически-астатической формой ДЦП, имеет место тяжелая степень умственной отсталости. Такие дети направляются в учреждения Министерства социальной защиты, так как не могут овладеть навыками самообслуживания и школьными навыками.

ОБУЧАЮЩИЕСЯ С НАРУШЕНИЯМИ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

КАТЕГОРИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ	ВОЗРАСТНАЯ КАТЕГОРИЯ	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
<i>Неглубая степень выраженности</i>	Дошкольный возраст	Познавательное развитие в пределах возраста / неравномерно / не соответствует возрасту.	Развитие зрительно-моторных координаций схемы тела; развитие познавательной деятельности, отдельных психических процессов (указать каких конкретно). Развитие крупной и мелкой моторики; развитие предпосылок к учебной деятельности.
	Школьный возраст	Интеллектуальное развитие соответствует возрасту / неравномерно / в нижних границах возрастных требований. Программу усваивает / усваивает частично / не усваивает.	Формирование высших психических функций. Оказание помощи в усвоении ООП, АООП, АОП.
<i>Выраженная степень</i>	Дошкольный возраст	Познавательное развитие в пределах возрастной нормы / неравномерно / не соответствует возрасту / выражено не соответствует возрасту.	Развитие сенсомоторной координации, крупной и мелкой моторики. Развитие познавательной деятельности, психических процессов, предпосылок учебной деятельности.
	Школьный возраст	Выраженная (неравномерная) недостаточность психических функций у ребёнка с ДЦП. Программу (указать какую) усваивает / усваивает частично / не усваивает.	Формирование психических функций. Оказание помощи в овладении программным материалом. Консультирование родителей и педагогов по вопросам обучения ребенка.
<i>По типу дефицитарности</i>	Дошкольный возраст	Познавательное развитие соответствует / не соответствует возрастной норме.	Развитие познавательной деятельности в соответствии с дефицитами ребёнка

<i>и ОДА (при невозможности самостоятельного передвижения)</i>	Школьный возраст	Познавательное развитие в границах возрастной нормы. Программный материал усваивает / усваивает не в полном объеме.	Оказание необходимой помощи при трудностях в овладении программным материалом.
--	------------------	---	--

ТОТАЛЬНОЕ НЕДОРАЗВИТИЕ (УМСТВЕННАЯ ОТСТАЛОСТЬ)

Умственная отсталость (олигофрения) — стойкое нарушение и недостаточность психического развития, обусловленное прежде всего патологией развития интеллектуальной деятельности на фоне органических нарушений центральной нервной системы.

Клинической картине умственной отсталости свойственно не только общая психическая неполноценность, но и различные соматические и неврологические проявления, которые являются своеобразным показателем неправильного развития всего организма. Особенно это относится к тем случаям, когда имеет место биологическое повреждение зародыша и патологии развития его центральной нервной системы.

Несмотря на идентичные причины развития умственной отсталости, степень и тяжесть заболевания может быть различной. Различают четыре основные степени:

- легкая (дебильность);
- умеренная (имбецильность);
- тяжелая (тяжелая умственная субнормальность);
- глубокая (идиотия)

При дебильности отмечается ограничение к абстрактному мышлению, неспособность овладения математическими знаниями, ограниченные возможности логических обобщений, суждений, бедность ассоциаций, плохая память. Двигательная активность выражена неуклюжестью, угловатостью, медлительностью или напротив, повышенной суебливостью. Встречаются при этой степени заболевания и нарушения речи.

К степени умственной отсталости, которую можно характеризовать как умеренную, относятся имбецильность. При данной степени заболевания механическая память заметно снижена, а мышление приобретает конкретно-действенные формы. Словарный запас больных очень ограничен, а дети значительно отстают в физическом развитии. Внимание у таких людей неразвито, наряду с этим страдают эмоционально-психические характеристики. Эти люди выражают внешнее безразличие и подавленное настроение. Следует заметить, что все степени умственной отсталости имеют ряд аналогичных признаков, но для каждой формы эти признаки могут носить особый характер.

Так, третья тяжелая умственная субнормальность по своей клинической картине сходна с умеренной умственной отсталостью. При этом у больных наблюдаются моторные нарушения и другие патологии, указывающие на повреждение центральной нервной системы.

Самой тяжелой степенью олигофрении является идиотия, которая характеризуется практически полным отсутствием мышления и речи. Больные ограничены к способности выполнения инструкций или определенных требований. Большинство больных малоподвижны, страдают недержанием кала и мочи, у них наблюдается отсутствие невербальной коммуникации.

Кроме того, разделение группы тотального недоразвития на варианты и формы проходит по линии возбуждения-торможения (нейродинамический компонент развития) и аффективности-аутоподобности (аффективный компонент развития). Таким образом, она может быть дифференцирована по крайней мере на три варианта: достаточно сбалансированный (уравновешенный); с поведенческими преимущественно «+» нарушениями (аффективно-возбудимый) и «-» нарушениями (тормозимо-инертный).

Таким образом, выделяются три основных варианта тотального недоразвития:

- *простой (уравновешенный);*
- *аффективно-возбудимый;*
- *тормозимо-инертный.*

Простой (уравновешенный) вариант тотального недоразвития

Для этого варианта тотального недоразвития наиболее характерна относительная уравновешенность в поведении ребенка, сочетающаяся с непосредственностью реакций, свойственной детям значительно более младшего возраста, или, наоборот, «сниженностью», приглушенностью ориентировочного реагирования. Общие характеристики темпа и работоспособности при работе с доступными для них заданиями (как правило, наглядно-действенного характера) могут иногда приближаться к нормативным, но самоконтроль деятельности малодоступен, а критичность к результатам собственной деятельности выражено снижена. Ребенок, как правило, находится в благодушном или нейтральном настроении. В целом деятельность носит манипулятивный, подражательный характер, с опорой на внешний рисунок, а не на смысловой контекст деятельности. Дети, как правило, зависимы, несамостоятельны, но и не злобны. Они весьма ориентированы на оценку другого человека и достаточно правильны в поведении. В силу некритичности притязания на успех могут быть завышены.

Одним из основных критериев простого неосложненного варианта можно считать поведение, «сбалансированное» с соответствующим уровнем развития познавательных функций. Развитие аффективно-эмоциональной и регуляторной сфер соответствует уровню когнитивного развития. То есть можно говорить об относительно гармоничном состоянии основных сфер.

В то же время на фоне утомления могут наблюдаться усиление регуляторной расторможенности, вначале элементы полевого поведения, а затем и выраженное полевое поведение, будет усиливаться некритичность, и неадекватность. В отдельных случаях даже при таком варианте развития при истощении можно увидеть дисфорические проявления (злобность, агрессивное поведение и т.п.) аффективную возбудимость.

Аффективно-возбудимый вариант тотального недоразвития

Внутри аффективно-возбудимого варианта тотального недоразвития мы будем рассматривать подвариант с преимущественно регуляторными нарушениями по типу возбуждения (*возбудимая* форма) и с преимущественно аффективными нарушениями (*аффективная* форма). Первый аналогичен парциальной недостаточности

регуляции, второй — дизгармоничному или искаженному развитию, но обе находятся внутри собственно тотального недоразвития психических функций.

Для обеих форм характера выраженная импульсивность — достаточно грубые нарушения целенаправленности, самоконтроля, регуляции и организации своего поведения и деятельности в целом. Наблюдаются разной степени выраженности немотивированные перепады настроения (от эйфории к дисфории и наоборот). Дети быстро пресыщаются, на фоне пресыщения или истощения чаще всего усугубляются аффективные вспышки. Часто наблюдается расторможенность витальных влечений. В подростковом возрасте особенно ярко это проявляется в расторможенности пищевых и сексуальных влечений.

При одинаковом уровне актуального развития (степени выраженности тотального недоразвития) такие дети демонстрируют более низкие результаты выполнения заданий, чем дети с простым (уравновешенным) вариантом, в силу грубого недоразвития именно *регуляторных функций*, выступающих на первый план поведенческих проблем.

Существует и клинические различия между этими формами. Для детей с *возбудимой формой* тотального недоразвития характерен повышенный уровень спонтанной активности (моторной, речевой), реактивности (в том числе эмоциональной, вегетативной), чувствительности к внешним стимулам, грубые нарушения избирательности и устойчивости внимания. Клинически это выглядит как расторможенность, суетливость, резкие перепады настроения, впечатлительность, вспыльчивость, капризность, раздражительность, склонность к истерикам, высочайшая отвлекаемость. Характерны нарушения засыпания и сна, типичны также вегетовисцеральные нарушения (дискинезии ЖКТ и мочевыводящей системы: привычные рвоты, запоры, поносы, рефлекс, «нейрогенный мочевой пузырь», энурез и т.д.).

Аффективная форма характеризуется глубокими нарушениями аффективно-эмоциональной сферы (и определяющего ее компонента базовой структурной организации — аффективной организации поведения и сознания) и потребностей.

Наблюдается не только упрощение системы потребностей, эмоциональной жизни, недостаточное подчиненность социальным влияниям (в соответствии со степенью несформированности познавательной деятельности), но и неуравновешенность, несбалансированность мотиваций, нарушение взаиморегуляции, искажение потребностей, эмоциональной оценки (положительная оценка отрицательно окрашенных событий). Характерна агрессивность, деструктивная направленность поведения. Часто снижен инстинкт самосохранения на фоне резкого усиления пищевых, сексуальных и других мотиваций. Существуют и другие варианты нарушения влечений. В той или иной степени всегда отмечается нарушение социальных контактов.

При этой форме (в отличие от возбудимой) вследствие специфики формирования аффективно-эмоциональной сферы присутствует не столько возбуждение, сколько аффективное напряжение, отмечается не столько недостаток целенаправленности, сколько нарушение мотивации. Нарушения внимания вторичны по отношению к отсутствию мотивации познавательной деятельности. Неуправляемость возникает вследствие нарушений социальных контактов, эмоциональных связей с близкими людьми. Характерны непредсказуемость поведения и неоправданность аффекта, частые дисфорические состояния, резкие колебания аффекта (от замкнутости до вспышек агрессии), злобность, деструктивная направленность. Ребенок не способен адекватно оценить эмоциональное состояние другого человека. Часто наблюдается расторможенность влечений: полифагия, сексуальная расторможенность, извращение сексуальных влечений, повышенное влечение к новым впечатлениям, импульсивные влечения (клептомания, пиромания и т.п.). Кроме того, характерны нарушения контроля мочеиспускания, но они носят несколько иной характер, чем при возбудимой форме (ночное недержание встречается реже, в течение же дня ребенок может вообще не пользоваться туалетом или горшком). Значительно чаще наблюдается и недержание кала.

Можно сказать, что при возбудимой форме преобладают неврологические симптомы, а при аффективной — психопатологические.

Однако чистые формы в нашей практике встречались нечасто. Речь идет скорее о *преобладании* тех или иных механизмов поведенческих нарушений у ребенка. Смешанные формы — случаи с примерно равным участием обоих патогенетических механизмов — встречаются примерно с такой же частотой, как и чистые.

Эти различия в первую очередь определяют специфику коррекционной работы психолога: в случае возбудимой формы — это работа по формированию произвольного компонента деятельности, а в случае аффективной — работа по программе гармонизации аффективной сферы, скорее всего методами поведенческой терапии.

Дебют выраженных поведенческих нарушений отмечается чаще всего на 2—3-м, иногда на 4—7-м годах жизни. Аффективная форма чаще наблюдается при средней степени интеллектуального дефицита.

Тормозимо-инертный вариант тотального недоразвития

Спецификой детей с тормозимо-инертным вариантом тотального недоразвития является, помимо выраженных проблем формирования всех сторон психической деятельности, значительная вялость, пассивность, заторможенность, инертность, низкий уровень психической активности в целом (в редких случаях уровень психической активности бывает достаточным, а у некоторых детей достигает полной аспонтанности).

Как отмечалось выше, схожие поведенческие проблемы могут вызываться разными патогенетическими механизмами. Аналогично аффективно-возбудимому варианту, в происхождении тормозимо-инертного варианта также могут принимать участие как психофизиологические (психодинамические, нейродинамические) особенности, так и аффективные нарушения в виде сниженной активности, инертности, замкнутости, неконтактности, стереотипности, чрезмерной зависимости от ухаживающего взрослого.

Крайние варианты аффективных нарушений, где искажения аффективной сферы перекрывают познавательный дефицит, следует отнести скорее к *искаженному развитию преимущественно аффективно-эмоциональной сферы* (более упрощенно — к аутизму, современный термин – *расстройство аутистического спектра*). Таким образом, в выраженных случаях этот вариант тотального недоразвития фактически сливается с искаженным развитием преимущественно аффективно-эмоциональной сферы (аналогично тому, как

аффективная форма предыдущего варианта тесно примыкает к искажению преимущественно когнитивной сферы). Разграничить эти варианты дизонтогенеза порою трудно даже опытным специалистам, для более точной верификации состояния требуется достаточно длительное наблюдение за ребенком.

В рамках тормозимо-инертного варианта можно выделить две патогенетически различные формы – *тормозимую* (ригидную, аспонтанную, атоническую), связанную, в первую очередь, с несостоятельностью нейродинамических регуляторных механизмов, и *аутоподобную*, связанную с аффективными нарушениями (доходящими в крайних случаях до искажений уровней структуры аффективной организации, что, как уже указывалось, фактически превращает эту форму в вариант расстройства аутистического спектра с выраженной интеллектуальной недостаточностью).

При *тормозимой форме* познавательная недостаточность осложняется, прежде всего, замедленностью и инертностью всех психических процессов. При *аутоподобной* на первый план выходит нарушение социальных коммуникаций. Сниженный уровень психического тонуса наблюдается в обоих случаях, но имеет различное происхождение (в первом случае он снижается за счет низкой эффективности процессов возбуждения, во втором — за счет низкого уровня аффективной тонизации).

Наряду с явными (чистыми) формами встречаются и смешанные (промежуточные) с тем или иным вкладом и психодинамических, и аффективных расстройств.

ВАРИАНТЫ ТОТАЛЬНОГО НЕДОРАЗВИТИЯ

	КАТЕГОРИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ	ВОЗРАСТНАЯ КАТЕГОРИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
Простой урavnо-ценный вариант тотального недоразвития	<i>Лёгкое недоразвитие</i>	Дошкольный возраст	Познавательная деятельность не соответствует возрасту.	Формирование продуктивного взаимодействия со взрослым, формирование сенсорных эталонов, развитие предметно-практической, конструктивной деятельности. У старших дошкольников – формирование предпосылок учебной деятельности.
		Школьный возраст	Стойкое нарушение познавательной деятельности. Программу обучения (указать какую) усваивает / не усваивает / усваивает частично.	Коррекционная работа, направленная на общее развитие познавательной деятельности ребёнка и социальную адаптацию. Коррекционная работа, направленная на формирование УУД.
	<i>Средняя степень выраженности</i>	Дошкольный возраст	Выраженное нарушение познавательной деятельности.	Формирование продуктивного взаимодействия, навыков самообслуживания, сенсорных эталонов; развитие предметно-практической, конструктивной деятельности.
		Школьный возраст	Стойкое выраженное нарушение познавательной деятельности. Программу обучения (указать какую) усваивает / не усваивает / усваивает частично.	Коррекционная работа, направленная на формирование УУД (в рамках АООП) и на социальную адаптацию. Групповые занятия по социальной и бытовой ориентировке, формирование алгоритмов учебной деятельности.
	<i>Выраженная степень недоразвития</i>	Дошкольный возраст	Предпосылки познавательной деятельности не сформированы. Умения и навыки фрагментарны /	Формирование умения самообслуживания, элементарной предметно-практической деятельности.

			отсутствуют.		Формирование элементарной предметно-практической деятельности. Коррекционная работа, направленная на освоение АООП. Работа, направленная на социальную адаптацию в рамках образовательной программы.
			Стойкое грубое нарушение познавательной деятельности. Предпосылки учебной деятельности не сформированы	Школьный возраст	Формирование продуктивного взаимодействия со взрослым, формирование сенсорных эталонов, развитие предметно-практической, конструктивной деятельности. У старших дошкольников – формирование предпосылок учебной деятельности.
Аффективно-возбудимый вариант тотального недоразвития	<i>Лёгкое недоразвитие</i>	Дошкольный возраст	Познавательная деятельность не соответствует возрасту.	Школьный возраст	Коррекционная работа, направленная на формирование алгоритмов учебной деятельности, работы по образцу, общее развитие познавательной деятельности ребёнка.
	<i>Средняя степень выраженности</i>	Дошкольный возраст	Выраженное нарушение познавательной деятельности.	Дошкольный возраст	Формирование продуктивного взаимодействия, навыков самообслуживания, сенсорных эталонов, развитие предметно-практической, конструктивной деятельности.
		Школьный возраст	Стойкое выраженное нарушение познавательной деятельности. Программу обучения (указать какую) усваивает / не усваивает / усваивает частично.	Школьный возраст	Коррекционная работа, направленная на овладение АООП/АОП, на общее развитие познавательной деятельности ребёнка и социальную адаптацию.
	<i>Выраженная степень недоразвития</i>	Дошкольный возраст	Предпосылки познавательной деятельности не сформированы. Умения и навыки фрагментарны /	Дошкольный возраст	Формирование умения самообслуживания, элементарной предметно-практической деятельности.

			отсутствуют.		Формирование элементарной предметно-практической деятельности, Формирование навыков деятельности по образцу. Помощь в овладении АООП.
Тормозной вариант тотального недоразвития	<i>Лёгкое недоразвитие</i>	Школьный возраст	Стойкое грубое нарушение познавательной деятельности. Предпосылки учебной деятельности не сформированы		Формирование сенсорных эталонов, развитие предметно-практической, конструктивной деятельности. У старших дошкольников – формирование предпосылок учебной деятельности.
		Дошкольный возраст	Познавательная деятельность не соответствует возрасту.		Развитие познавательной деятельности ребёнка. Помощь в овладении АООП/АОП.
	<i>Средняя степень выраженности</i>	Школьный возраст	Стойкое нарушение познавательной деятельности. Программу обучения (указать какую) усваивает / не усваивает / усваивает частично.		Формирование простого продуктивного взаимодействия, навыков самообслуживания, сенсорных эталонов. Развитие предметно-практической, конструктивной деятельности.
		Дошкольный возраст	Познавательное развитие выражено не соответствует возрасту.		Коррекционная работа, направленная на общее развитие ребёнка, помощь в овладении АООП/АОП.
	<i>Выраженная степень недоразвития</i>	Школьный возраст	Стойкое выраженное нарушение познавательной деятельности. Программу обучения (указать какую) усваивает / не усваивает / усваивает частично.		Формирование простых навыков самообслуживания, элементарной предметно-практической деятельности.
		Дошкольный возраст	Стойкое грубое нарушение познавательной деятельности. Предпосылки учебной деятельности не сформированы.		Формирование элементарной предметно-практической деятельности на элементарном учебном материале.

ЗАДЕРЖКА ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ (ЗПР)

Классификация детей с ЗПР

К. С. Лебединской в 1980 г. был предложена классификация ЗПР. В основу данной классификации легла этиопатогенетическая систематика. Выделяют 4 основных типа ЗПР:

- ◆ конституционального характера;
- ◆ соматогенного характера;
- ◆ психогенного характера;
- ◆ церебрально-органического характера.

Все 4 типа имеют свои особенности. Отличительная черта данных типов состоит в их эмоциональной незрелости и нарушении познавательной деятельности. Кроме того, нередко могут возникать осложнения в соматической и неврологической сферах, но основное отличие — в особенности и характере соотношений двух важных составляющих этой аномалии развития: структуры инфантилизма и особенностей развития всех психических функций.

ЗПР конституционального происхождения

При этом виде задержки психического развития эмоционально-волевая сфера ребенка находится на более раннем этапе физического и психического становления. Наблюдается преобладание игровой мотивации поведения, поверхностность представлений, легкая внушаемость. У таких детей даже при обучении в общеобразовательной школе сохраняется приоритет игровых интересов. При этой форме ЗПР гармонический инфантилизм можно считать главной формой психического инфантилизма, при которой наиболее ярко выражено недоразвитие в эмоционально-волевой сфере. Ученые отмечают, что гармонический инфантилизм нередко можно встретить у близнецов, это может указывать на связь данной патологии с развитием многоплодности. Обучение детей с данным типом ЗПР должно происходить в специальной коррекционной школе.

ЗПР соматогенного происхождения

Причинами данного типа задержки психического развития являются различные хронические заболевания, инфекции, детские неврозы, врожденные и приобретенные пороки развития соматической системы. При этой форме ЗПР у детей может присутствовать стойкое астеническое проявление, которое снижает не только физический статус, но и психологическое равновесие ребенка. Детям присуща боязливость, стеснительность, неуверенность в себе. Дети этой категории ЗПР мало общаются со сверстниками из-за опеки родителей, которые стараются оградить своих детей от лишнего, на их взгляд, общения, поэтому у них занижен порог межличностных связей.

При этом виде ЗПР дети нуждаются в лечении в специальных санаториях. Дальнейшее становление и обучение этих детей зависит от их состояния здоровья.

ЗПР психогенного характера

Центральным ядром данной формы задержки психического развития является семейное неблагополучие (благополучная или неполная семья, различного рода психические травмы). Если с раннего возраста на психику ребенка оказывалось травмирующее влияние неблагоприятных социальных условий, то это может привести к серьезному нарушению в нервно-психической деятельности ребенка и, как следствие, к сдвигам вегетативных функций, а следом и психическим. В этом случае можно говорить об аномалии в развитии личности. Данную форму ЗПР нужно правильно дифференцировать от педагогической запущенности, которая патологическим состоянием не характеризуется, а возникает на фоне недостатка знаний, умений и интеллектуального недоразвития.

ЗПР церебрально-органического происхождения.

Этот тип задержки психического развития встречается чаще других. Часто обладает яркостью и стойкостью нарушений в эмоционально-волевой сфере и познавательной деятельности ребенка. У этой категории детей преобладает наличие негрубой органической недостаточности нервной системы. На этот вид

ЗПР могут оказать свое патологическое влияние токсикозы беременных, инфекционные заболевания, травмы, резус-конфликт и т. п. Дети с этим видом ЗПР характеризуются эмоционально-волевой незрелостью.

Кроме того, «парциальная несформированность ВПФ» может быть разделена на следующие типы:

- с преимущественной несформированностью регуляторного компонента;
- с преимущественной несформированностью вербального и вербально-логического компонента;
- с несформированностью смешанного типа.

Как с диагностических, так и с коррекционных позиций подобное «разведение» отражает специфику проблем детей и определяет приоритетное направление того или иного вида психологической коррекционной работы и участия специалистов в помощи ребенку.

Таблица 7

ПАРЦИАЛЬНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

КАТЕГОРИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ	ВОЗРАСТНАЯ КАТЕГОРИЯ	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
<i>Недостаточность регуляторного компонента</i>	Дошкольный возраст	Познавательное развитие соответствует возрасту.	
	Школьный возраст	Интеллектуальное развитие соответствует возрасту / в нижних границах возрастных требований. Программный материал усваивает / усваивает не в полном объеме.	
<i>Недостаточность вербального компонента</i>	Дошкольный возраст	Познавательное развитие соответствует возрасту / в границах возрастных норм.	
	Школьный возраст	Интеллектуальное развитие соответствует возрасту / в нижних границах возрастных требований. Программный материал усваивает / усваивает не в полном объеме.	----
<i>Недостаточность когнитивного</i>	Дошкольный возраст	Познавательное развитие ниже возрастной нормы / фрагментарная недостаточность познавательной деятельности.	Коррекция и развитие познавательных процессов. У старших дошкольников – формирование предпосылок учебной

компонента	Школьный возраст	Интеллектуальное развитие соответствует возрасту / в нижних границах возрастных требований. Программный материал усваивает не в полном объёме / не усваивает.	деятельности. Коррекционно-развивающие занятия, направленные на развитие познавательной деятельности. Помощь в освоении программного материала АООП/АОП.
	Смешанная парциальная недостаточность	Дошкольный возраст	Коррекция и развитие познавательных процессов. У старших дошкольников – формирование предпосылок учебной деятельности.
	Школьный возраст	Предпосылки учебной деятельности не сформированы (для ребёнка, поступающего в 1-й класс). Знания, умения, навыки не соответствуют возрастным и программным требованиям / в нижних границах возрастных требований. Программный материал усваивает не в полном объёме / не усваивает.	Коррекционно-развивающие занятия, направленные на развитие познавательной деятельности, помощь в освоении программного материала.

ОБУЧАЮЩИЕСЯ С РДА

Существует несколько классификаций РДА. Одной из них является классификация, составленная О. С. Никольской (1985-1987). Она выделяет четыре группы РДА. Основным критерием выделения этих групп является характер и степень нарушения взаимодействия с окружающей средой, т. е. тип самого аутизма.

Дети I группы РДА полностью отрешены от внешнего мира. У детей наблюдается полевое поведение, т. е. происходят движения в поле без активного контакта с окружающими. Ребенок постоянно переходит от одного предмета к другому, но мгновенно теряет к ним интерес. Ребенок оказывается как бы отгороженным от внешнего мира. Обычно такие дети недостаточно реагируют на голод, холод и не проявляют чувства удовольствия. Лицо такого ребенка амимично и выражает полный покой. При сильном внешнем воздействии ребенок может вскрикнуть, но тут же уйти в комфортную для себя зону и моментально успокоиться. Дети ищут

наиболее удобную для себя зону. Они никогда не приближаются к объектам, вызывающим сильные впечатления. Такие дети обычно легко и грациозно двигаются.

Зрительные и тактильные впечатления имеют для них аффективное значение. Они могут подолгу сидеть и смотреть в окно, а затем неожиданно начать перепрыгивать с одного стула на другой или балансировать на них. Иногда они позволяют взрослым кружить себя, подбрасывать, но при этом никогда не вступают с ними в эмоциональный контакт.

Дети обычно не испытывают потребности в контактах и не осуществляют даже самого элементарного общения. Они не обучаются навыкам поведения в обществе. Такие дети почти не владеют навыками самообслуживания.

У детей этой группы мгновенно включается защитный механизм пресыщения впечатлениями, и они уходят в свой мир, при этом полностью утрачивая возможность взаимодействия с окружающими людьми и средой.

Дети I группы имеют наименее благоприятный прогноз развития и нуждаются в постоянном уходе.

Дети II группы характеризуются аутистическим отвержением окружающей среды. Такие дети более активны, они могут устанавливать избирательные контакты с окружающими. Эти контакты нужны детям для удовлетворения физических потребностей. У детей уже появляются переживания удовольствия, страха, слезы и крик. В их поведении наблюдаются различные штампы, речевые и двигательные, которые адекватно применяются при стереотипных условиях. Дети этой группы не могут адаптироваться к изменившейся обстановке. Они испытывают страх, у них нет любопытства к новому. Из-за страха ко всему новому они агрессивно реагируют на любое нарушение привычного в их обиходе. Ребенок требует сохранения постоянства в окружающем и создает вокруг себя барьер. Любые неприятные для себя воздействия извне ребенок заглушает приятными сенсорными ощущениями. Обычно он получает их стереотипными способами, как правило, самораздражением. Раздражение глаз возможно прямым надавливанием на глазное яблоко, или мельканием в поле зрения различных объектов, их движением, или выкладыванием простых орнаментов. Ухо может раздражаться прямым надавливанием, шуршанием и разрыванием бумаги, прослушиванием одной и той же

музыки. Вестибулярный аппарат ребенка раздражает с помощью разнообразных прыжков, раскачиваний, застывания в необычных позах.

При помощи этих аутостимулирующих приемов дети аффективно адаптируются. У них вырабатываются простейшие стереотипные реакции на окружающее и бытовые навыки. Поведение носит манерный характер, движения многочисленны, у детей наблюдаются причудливые гримасы и позы. Обычно они мало контактируют с окружающими, молчат или отвечают односложно. У детей этой группы наблюдается тесная симбиотическая связь с матерью, которая постоянно должна присутствовать рядом. Но более сложные эмоциональные переживания детям недоступны.

Для детей этой группы прогноз более благоприятный, чем для детей первой группы. При соответствующей длительной коррекции детей подготавливают к обучению в школе — в массовой чаще, чем во вспомогательной.

Дети III группы — это дети, которые замещают внешнюю среду. Для этих детей характерны уже более сложные формы аффективной защиты, которые могут проявляться в формировании патологических влечений, фантазиях, иногда агрессивных. Эти фантазии разыгрываются спонтанно и снимают страхи и переживания ребенка. Речь таких детей обычно развернутая. Пугливых и брезгливых детей влечет ко всему страшному, неприятному. Эти влечения стереотипны, они могут наблюдаться у ребенка годами, что формирует определенное аутичное поведение.

Контакт с окружающим миром ограничен лишь их влечениями, все свое поведение они соотносят только с ним. Их нельзя произвольно сосредоточить. Они могут владеть формами аффективной речи и свободно выразить собственные побуждения в монологе, но не в диалоге.

От матери они менее зависимы аффективно и не нуждаются в постоянном контроле и опеке.

При длительной и активной психолого-педагогической коррекции дети этой группы могут быть подготовлены к обучению в массовой школе.

Дети IV группы характеризуются сверхтормозимостью. Этим детям присущи прежде всего неврозоподобные расстройства. Они ранимы, пугливы, робки. У них обострено чувство собственной несостоятельности, что усиливает их социальную дезадаптацию. Контакты с окружающими ограничены и

приводят к формированию патологической зависимости от близких, дети постоянно нуждаются в их одобрении и защите. Контакты с внешним миром обычно осуществляются через мать, с которой дети находятся в сильной эмоциональной связи.

Дети трудно усваивают новые образцы поведения и используют стереотипные, уже знакомые формы. Они педантичны и имеют определенные ритуалы в поведении. Иногда у этих детей наблюдается задержка речевого, моторного и интеллектуального развития. Они долго сохраняют неловкие движения, их речь замедленна и аграмматична. Несмотря на достаточно хорошие предпосылки, интеллектуальное развитие также задержано. Они не понимают скрытого смысла слов и принимают все буквально, особенно в отношениях людей. Однако часто выясняется, что им доступно более глубокое понимание. Поведение таких детей может неправильно оцениваться близкими, т. е. ниже их уровня развития. Стереотипное поведение не дает возможности реализации у таких детей самостоятельной адаптации.

Эти дети могут быть подготовлены к обучению в массовой школе, а иногда они могут обучаться и без предварительной подготовки.

Выделенные 4 группы различаются по типу поведения, степени аффективной дезадаптации.

Таблица 8

ИСКАЖЁННОЕ РАЗВИТИЕ (РДА)

КАТЕГОРИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ	ВОЗРАСТНАЯ КАТЕГОРИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ
1-ая группа РДА	Дошкольный возраст	Объективный уровень познавательной деятельности чаще не удаётся.	Формирование навыков продуктивного взаимодействия. Развитие сенсорных интеграций. У старших дошкольников – формирование стереотипа поведения в организованной/учебной среде.
	Школьный возраст	Познавательное развитие не соответствует возрасту, объективный уровень знаний, умений и навыков	Развитие простых стереотипов продуктивной деятельности с использованием методов альтернативной коммуникации и методов поведенческой терапии.

2-ая группа РДА	Дошкольный возраст	выявить не удаётся. Познавательное развитие неравномерно и не соответствует возрасту.	Формирование навыков продуктивного взаимодействия. Развитие сенсорных интеграций. Формирование навыков продуктивной деятельности и взаимодействия на предметном, игровом материале. Для детей старшего дошкольного возраста – формирование стереотипа поведения в организованной/учебной среде/формирование предпосылок учебной деятельности. Развитие простых стереотипов продуктивной деятельности и умение работать по алгоритму. Помощь в освоении программного материала АООП/АОП.
3-я группа РДА	Дошкольный возраст	Неравномерность развития познавательной деятельности на фоне искажения эмоционально-волевой сферы. Программный материал (указать программу) не усваивает / усваивает.	Формирование навыков продуктивного взаимодействия. Формирование продуктивной деятельности по алгоритму. Для детей старшего дошкольного возраста – формирование алгоритмов (предпосылок) учебной деятельности на соответствующем материале. Формирование алгоритмов продуктивной деятельности, в т.ч. учебной. Помощь в освоении программного материала ООП/АООП/АОП.
4-ая группа РДА	Дошкольный возраст	Неравномерность развития познавательной деятельности на фоне искажения эмоционально-волевой сферы. Программный материал усваивает / не усваивает / усваивает неравномерно. Познавательное развитие специфически неравномерно соответствует / не соответствует возрастным нормативам.	Формирование алгоритмов продуктивной деятельности, предпосылок учебной деятельности.

	Школьный возраст	Специфическая неравномерность развития познавательной деятельности на фоне искажения эмоционально-волевой сферы. Программный материал усваивает / усваивает не в полном объёме.	Формирование алгоритмов продуктивной деятельности, в т.ч. учебной. Помощь в освоении программного материала ООП/АООП/АОП.
<i>Атипичный аутизм</i>	Дошкольный возраст	Познавательное развитие выражено специфически неравномерно.	«Простраивание» алгоритма простой продуктивной деятельности (совместно с психологом), формирование стереотипных игровых навыков. Формирование продуктивной деятельности на элементарных заданиях/формирование предпосылок учебной деятельности.
	Школьный возраст	Познавательное развитие специфически неравномерно / недостаточно. Программный материал усваивает специфически неравномерно / усваивает не в полном объёме и неравномерно / не усваивает.	Формирование алгоритмов продуктивной деятельности, в т.ч. и учебной. Помощь в освоении программного материала ООП/АОП

Таким образом, заключение учителя-дефектолога формируется на основании многофакторного анализа педагогической информации, знаний, умений, навыков, ресурсов развития и здоровья. Оно включает:

- оценку сформированности знаний, умений, навыков в соответствии с уровнем обучения;
- оценку адекватности предшествующих условий обучения и воспитания ребенка;
- оценку зоны ближайшего развития в обучении и социализации;
- определение оптимальных педагогических условий дальнейшего образования/развития.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день система образования для детей с особыми образовательными потребностями находится на пороге неизбежных изменений. В реальности уже второе десятилетие в России образовательная интеграция реализуется в основном методом *экстраполяции*, т.е. опытным переносом и адаптированием к отечественным условиям, модификацией некоторых, хорошо отработанных и положительно зарекомендовавших себя за рубежом, форм образовательной интеграции.

Вместе с тем в настоящее время в качестве приоритетного направления развития системы образования детей с ограниченными возможностями здоровья рассматривается организация их обучения и воспитания в обычных дошкольных, общеобразовательных и других образовательных учреждениях, совместно с другими детьми.

Основная задача в этом направлении сформулирована Д.А. Медведевым:

«Мы просто обязаны, - подчеркнул президент, - создать нормальную систему образования для инвалидов, чтобы дети могли обучаться среди сверстников в обычных общеобразовательных школах и с раннего возраста не чувствовали себя изолированными от общества».

Иными словами, в системе Российского образования должны быть созданы специальные условия получения образования каждым обучающимся, где основополагающим принципом является общедоступность образования, адаптивность системы образования к уровням и особенностям развития и подготовки обучающихся.

Особая роль на сегодняшний день в реализации этого принципа отводится психолого-медико-педагогическим комиссиям, которые являются отправной точкой организации и реализации специальных образовательных условий.

Таким образом, роль ПМПК как структуры, определяющей специальные образовательные условия для детей с ограниченными возможностями здоровья, в современных условиях развития системы образования, принятия Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации», значительно возросла.

ПМПК решает «стратегические» задачи в отношении образования и социальной адаптации ребёнка с ОВЗ.

Очень важным становится вопрос о переориентации деятельности специалистов ПМПК. В частности, в данном пособии, раскрыто содержание деятельности учителя-дефектолога в условиях ПМПК.

Если деятельность дефектолога образовательной организации понятна с точки зрения её содержания, структуры, направлений, то

деятельность дефектолога ПМПК недостаточно структурирована и регламентирована. В данном пособии была систематизирована деятельность учителя-дефектолога в условиях ПМПК, выделены основные её направления и раскрыто содержание.

Структура пособия выстроена от общей характеристики основных направлений деятельности учителя-дефектолога до характеристики содержания деятельности учителя-дефектолога в условиях ПМПК.

Основное содержание пособия изложено с учетом наиболее актуальных и практических вопросов по написанию заключений и составлению рекомендаций специальных образовательных условий.

Часть материалов носит практическую направленность и может использоваться как основа для непосредственной работы учителя-дефектолога.

Материалы данного пособия будут полезны практическим работникам системы специального образования, специалистам ПМПК, в первую очередь учителям-дефектологам, как практические рекомендации по реализации главной цели – определению специальных образовательных условий для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

Абрамова, Н. А. Подготовка педагогических кадров для обеспечения инклюзивного образования в Республике Саха (Якутия) // Инклюзивное образование : методология, практика, технологии. – 2014.

Алехина, С. В., Зарецкий, В. К. Инклюзивный подход в образовании в контексте проектной инициативы «Наша новая школа». Материалы VI Всероссийской научно-практической конференции «Психолого-педагогическое обеспечение Национальной образовательной инициативы "Наша новая школа», М., 2010.

Баланова, Т. А., Курдвановская, Н. В. Деятельность ПМПК в условиях развития инклюзивного образования в Мурманской области // Инклюзивное образование : методология, практика, технологии. - 2011.

Грибанова, Г. В. Руководство по организации деятельности психолого-медико-педагогической комиссии // Дефектология.-2011. - №6 - с.66-94.

Денисова, О. А., Поникарова, В. Н., Леханова, О. Л. Стратегия и тактики подготовки педагогов инклюзивного образования // Дефектология. 2012. № 3. С. 81–90.

Лубовский, Д. В. Специальная психология и педагогика в современной школе // Психологическая наука и образование. 2015. Т. 20. № 3. С. 79–87.

Малофеев, Н. Н. Психолого-педагогическая коррекция в условиях интегрированного (инклюзивного) образования на основе зарубежного опыта. М., 2007.

Назарова, Н. М. Интегрированное (инклюзивное) образование : генезис и проблемы внедрения // Материалы Интернет-конференции «Современные дети: какие они?» - Электронная публикация. - URL:<http://www.mgpu.ru/article.php?article=129>,

Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / Под редакцией М. М. Семаго. – М.:АРКТИ. 2014.

Организация деятельности системы психолого-медико-педагогических комиссий (руководство) / Колл. Авт. : Юдилевич А. Я., Зелинская Д. И., Майорова Н. П. и др. – М.; Орёл : Проект ТАСИС «Поддержка взаимодействия в области образования, здравоохранения и социальной помощи», 2002.

Поникарова, В. Н. Изучение профессионального копинг-поведения педагогов в условиях перехода к инклюзивному образованию // Вестник Череповецкого гос. ун-та. 2011. № 4. С. 179–182.

Психолого-медико-педагогическая консультация: Методические рекомендации / Под редакцией Л. М. Шипициной.- СПб1999.

Ронзин, Д. В. Профессиональное сознание учителя как научно-практическая проблема // Психологический журнал. Т.12. 1991, №4.

Рубцов, В. В. Психолого-педагогическая подготовка учителя для новой школы // Психологическая наука и образование, 2010, №1, с.5-12.

Семаго, Н. Я., Семаго, М. М., Семенович, М. Л., Дмитриева, Т. П., Аверина, И. Е. Инклюзивное образование как первый этап на пути к включающему обществу // Психологическая наука и образование. 2011. № 1. С. 51–59.

Система регионального специального образования: Монография / О. А. Денисова, Л. М. Кобрина, А. П. Коновалова, И. А. Букина, О. Л. Леханова, В. Н. Поникарова; под общ. ред. О. А. Денисовой. Вологда : ГОУ ДПО «ВИРО», 2008. 272 с.

Создание и апробация модели психолого-педагогического сопровождения инклюзивной практики: Методическое пособие / Под общ. ред. С. В. Алехиной, М. М. Семаго. — М.: МГППУ, 2012. — 156 с.

ИНТЕРНЕТ-РЕСУРСЫ

<http://freeppt4u.com/documents/9674/defektologicheskoe-soprovozhdenie-uchitel-defektolog-mou-sosh-34-g-vladimira-afanaseva-irina-vasilevna.ppt#sthash.KBw4Uzkv.dpuf>

<http://nsportal.ru/shkola/raznoe/library/2015/09/22/deyatelnost-uchitelya-defektologa-psihologo-mediko-pedagogicheskoy>

Автор-составитель
Федорова Ксения Геннадьевна

**АЛГОРИТМИЗАЦИЯ И ТЕХНОЛОГИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В РАМКАХ
ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ**

Учебно-методическое пособие для учителей-дефектологов
психолого-медико-педагогических комиссий

Оригинал-макет изготовлен
редакционно-издательским отделом
АУ «Институт развития образования»

*Дизайн обложки:
Белов М.В.*

Формат 60*84/16. Гарнитура Times New Roman.
Заказ № 466. Усл.п.л.4,75. Тираж 50 экз.

АУ «Институт развития образования»

628011, Ханты-Мансийский автономный округ-Югра,
г. Ханты-Мансийск, ул. Мира, 104.