

Министерство образования и науки Самарской области
Государственное бюджетное учреждение
дополнительного профессионального образования
Самарской области
«Центр специального образования»

Морозова Е.В. Фахреева Г.Н.

**Организация и содержание деятельности специалистов ПМПК в
современных условиях развития образования**

Методическое пособие

**Самара
2019**

Авторы – составители методического пособия «Организация и содержание деятельности специалистов ПМПК в современных условиях развития образования»: Морозова Е.В., заведующая лабораторией специальной помощи детям раннего и дошкольного возраста с ОВЗ, методист; Фахреева Г.Н., заместитель директора по учебно-методической работе, методист отдела сопровождения инклюзивного образования Центра специального образования

Настоящее методическое пособие адресовано специалистам психолого-медико-педагогических комиссий.

Настоящее методическое пособие принято к использованию решением Совета Центра специального образования Самарской области.

Протокол от _____ №

Оглавление

Введение	4
1. Организация деятельности специалистов ПМПК	5
1.1. Специфика деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогической комиссии.	5
1.2. Основы психологической диагностики.	11
1.3. Организация деятельности педагога-психолога ПМПК при работе с участниками ГИА	13
2. Специфика деятельности учителя-логопеда ПМПК	15
2.1. Основные подходы к оценке состояния речи ребенка на ПМПК.	15
2.2. Организация деятельности учителя-логопеда ПМПК при работе с участниками ГИА	38
3. Особенности деятельности учителя-дефектолога ПМПК	39
3.1. Обследование детей с ЗПР	53
4. Особенности обследования детей с расстройствами аутистического спектра	55
5. Организация обследования детей с девиантным поведением	64
6. Организация обследования детей с депривацией	68
7. Особенности деятельности специалистов ПМПК при определении необходимости создания условий при проведении ГИА.	69
Список литературы	75
Приложения	80

Введение

Настоящее методическое пособие разработано для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий (далее - ПМПК) руководителей ПМПК, педагогов-психологов, учителей-дефектологов (олигофренопедагогов, сурдо- и тифлопедагогов), учителей-логопедов, социальных педагогов, обеспечивающих организацию и проведение обследования детей с ограниченными возможностями здоровья, детей-сирот и детей оставшихся без попечения родителей, детей с девиантным поведением.

В этом пособии представлены рекомендации по организации обследования выше перечисленной категории детей, примерный диагностический инструментарий, обязательный для комплексного обследования на ПМПК, позволяющий учитывать особенности детей, избежать возникновения трудностей при их обследовании и диагностических ошибок. Это обеспечит оптимальные условия для разработки и определения соответствующего образовательного маршрута и позволит сформулировать рекомендации ПМПК педагогам и специалистам образовательных организаций, законным представителям для организации обучения, воспитания, развития и социальной адаптации в соответствии с индивидуальными особенностями ребенка.

1. Организация деятельности специалистов ПМПК

1.1. Специфика деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогической комиссии.

В ситуации современной диагностики необходимо говорить о специфике изменения динамики и сложности современной социальной и образовательной сред, усложнении «темпа жизни» и требований к современному ребенку, с одной стороны, усложнение структуры отклоняющегося развития, многофакторности механизмов и причин наблюдаемой феноменологии – с другой.

Все это требует от современного психолога новых подходов к оценке особенностей развития ребенка в целях повышения ее эффективности, минимизации диагностических ошибок и выстраивания адекватных рекомендаций по сопровождению ребенка.

Критерии сравнительной эффективности.

- Предсказательная сила используемой системы анализа («горизонт» предсказуемости - *прогностичность*).
- *Технологичность, практичность и удобство* диагностик и системы анализа результатов.
- Оптимальность используемого ресурса (*ресурсоемкость*), в том числе временного.
- *Востребованность* набора диагностикумов и системы анализа в реальной деятельности специалистов ПМПК.

Психологическое обследование ребенка на ПМПК, помимо оценки особенностей ребенка с ОВЗ с учетом показателей указанных критериев, должно включать в себя стандартные процедуры выявления особенностей познавательной деятельности, поведения, включая эмоциональное реагирование ребенка на ситуацию и окружающих, взаимоотношения с взрослыми и саморегуляцию, причем все это должно сопоставляться с особенностями анамнеза, психофизическими особенностями ребенка и нозологическим диагнозом, поставленным врачом.

В целом вся деятельность психолога ПМПК может быть определена как следующая последовательность вытекающих один из других этапов:

- Знакомство с документами (рабочие тетради, результаты параклинических исследований, психологические характеристики и заключения консилиума образовательной организации на ребенка).

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

- Наблюдение за деятельностью ребенка в процессе его обследования другими специалистами и создание первичной/уточненной диагностической гипотезы.

- Собственное диагностическое обследование в соответствии с возрастом ребенка и собственной диагностической гипотезой.

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

- Коллегиальное обсуждение с определением общих (типологических) и индивидуальных особенностей ребенка.

- Участие в оформлении заключения.

- Участие в консультировании родителей.

Приведем основные диагностические задачи психолога при обследовании ребенка на комиссии:

- Оценка уровня и особенностей развития ребенка, его поведения, критичности, адекватности в ситуации, развития коммуникативной, регуляторной, когнитивной и эмоционально-аффективной сфер в соотнесении с возрастом ребенка (в соответствии с указанными критериями).

- Оценка ресурсных возможностей ребенка, в том числе особенностей его работоспособности и темпа деятельности, оценка возможностей социально-эмоциональной адаптации в детском сообществе и образовательном учреждении в целом.

– Типологизация варианта (классификация) (вида, формы) отклоняющегося развития (психологический диагноз).

– Прогноз его адаптации в образовательной среде в соответствии с планируемыми рекомендациями по организации специальных образовательных условий, включая и собственные соображения по адекватному состоянию психического развития ребенка образовательной программе.

Собственно, деятельность психолога на ПМПК условно может быть разделена на два больших направления.

Первое из них представляет собой оценку поведения, характера деятельности, особенностей коммуникации, в том числе, специфики взаимодействия с взрослыми и другие подобные поведенческие показатели, которые оцениваются психологом на протяжении всего пребывания ребенка на консультации. Это происходит и в те моменты, когда ребенок как бы предоставлен сам себе, и когда с ним работают другие специалисты. И даже можно говорить об определенном феномене «коридорной диагностики», когда наблюдение за поведением ребенка проводится в то время, пока он и его родители ожидают приема. И здесь психолог может оценить, насколько ребенок адекватнее, упорядочен, инициативен и т.п. Подобного рода диагностика осуществляется непрерывно и очень во многом, исходя из нее, выстраивается диагностическая гипотеза психолога относительно типа отклоняющегося развития, его варианта, а также прогноза адаптации ребенка в образовательной организации. Безусловно, эта оценка (проводимая, прежде всего, методом наблюдения) должна соотноситься не только с его возрастом, но и с этнической принадлежностью, социокультурным уровнем семьи, другими социальными условиями в которых ребенок живет или недавно находился (например, когда он только что попал в приемную семью). Важной сравнительной характеристикой при этом является социально-психологический норматив поведения ребенка в каждом возрасте

(Психологическая диагностика, 1997, С.217). Эти важные данные выявляются в процессе анализа истории развития (анамнеза).

Такое наблюдение требует от психолога ведения собственного протокола на протяжении всего пребывания ребенка в кабинете для фиксации выявляемых особенностей, что отличает его деятельность от деятельности, например, логопеда, поскольку тот в своем протоколе фиксирует преимущественно особенности речевой деятельности. При этом, подобное наблюдение может быть, как не включенным, пассивным, так и включенным, когда, например, ребенок, входя в кабинет, начинает разбрасывать все находящиеся в его поле зрения игрушки. В этой ситуации психолог может откомментировать это словами: «я понимаю, ты сердишься или устал» или подыграть ребенку и сказать: «большой ветер всех их скинул, давай изобразим этот ветер вместе». Но самое главное в этой ситуации – понять на что «ведется» ребенок, каковы будут его эмоциональные и поведенческие реакции, что его успокаивает или, наоборот, еще больше возбуждает. Такое «подключение» к ребенку, безусловно, может осуществить любой специалист ПМПК, но именно психолог оценивает ситуацию с точки зрения социально-эмоциональных особенностей прогноза поведенческой адаптации ребенка.

Другое направление деятельности психолога в составе команды ПМПК достаточно традиционно и представляет собой собственно психологическое обследование, то есть выявление специфики развития когнитивной, регулятивной и аффективно-эмоциональной сфер. При этом, мы осознанно выносим на первый план именно когнитивные показатели, поскольку, несмотря на то, что все основные специалисты ПМПК (в особенности, дефектологи) дают оценку уровню и специфики интеллектуального развития ребенка, психолог же обязан оценить сами предпосылки развития познавательной деятельности, что определяет механизмы когнитивных, в том числе, речевых нарушений (речевого недоразвития).

В данном случае подразумевается не только особенностей развития памяти, продуктивного внимания, конструктивной деятельности и других компонентов познавательной деятельности, но и уровень сформированности всей системы пространственно-временных представлений-репрезентаций.

В процессе психологической диагностики психолог должен в обязательном порядке учесть то, что он уже увидел и оценил при обследовании ребенка другими специалистами, тем самым сведя к минимуму ресурсные затраты ребенка, время обследования на дублирование однотипных заданий. Порой складывается парадоксальная ситуация, когда психолог предельно минимизирует собственное обследование, поскольку логопед и дефектолог каждый в процессе собственной деятельности уже выявили многое, что традиционно входит в «блок» психологического обследования. Часто наблюдается и обратная ситуация, в том случае, когда психолог первым вступает в контакт с ребенком и «раскручивает» его. В этой ситуации он может предъявлять ребенку собственно речевые задания (например, разложить последовательность картинок, провести обобщающие операции по методике «исключение лишнего»). А логопед, слыша речь ребенка (степень ее грамотности, связности, объема словаря и пр.), может, в свою очередь, минимизировать обследование, поскольку уже получил достаточно большой объем информации о некоторых аспектах речевой деятельности ребенка. То же самое можно сказать и о деятельности других специалистов ПМПК, в частности, учителя-дефектолога. Так, если ребенок, сложив многосоставную доску Сегена, самостоятельно пересчитал число составляющих ее фрагментов или произвел какие-либо иные счетные операции во время беседы с логопедом или психологом, – то этот аспект дефектологического обследования также может быть отчасти редуцирован. В данном случае мы касаемся все того же принципа междисциплинарной деятельности специалистов.

Помимо этого, в процессе собственно психологического исследования, если в этом остается необходимость (что определяется, в том числе, и

собственной диагностической гипотезой), психолог оценивает специфику слухоречевого запоминания, конструктивной деятельности, сформированность перцептивно-логических операций (матрицы Дж. Равена), понимание метафор, пословиц. В целом диагностический набор психолога может быть достаточно невелик. Важно, чтобы специалист хорошо понимал возрастные границы действия той или иной методики и примерные региональные возрастные нормативы ее выполнения. Хорошо бы, чтобы в этот набор входили конструктивные задания, которые нельзя купить в магазине, такие, например, как классические доски Сегена, кубики Кооса, матрицы Дж. Равена, последовательности событий различной сложности. Опытный психолог может провести подобное обследование, имея в наличии минимум специальных диагностических материалов. Важно, чтобы они были незнакомы ребенку.

Особую трудность для психологического обследования представляют дети с тяжелыми двигательными нарушениями (выраженные поражения рук и грубая недостаточность зрительно-моторных координаций), с нарушением зрения и определенные категории детей с нарушениями слуха и тяжелыми, множественными нарушениями. Дети с расстройствами аутистического спектра (естественно, в зависимости от степени тяжести поведенческих и когнитивных нарушений), порой, вообще не нуждаются в специальных диагностических материалах, а лучше «работают» на бытовых предметах и предметах, входящих в сферу их сверхценных патологических интересов (от палочек и скрепок до фигурок динозавров, уголков и геометрических фигур). В случае появления на ПМПК такого ребенка основной задачей становится выявление уровня его развития, что определяет, чаще дефектолог или логопед, а основной задачей психолога становится оценка особенностей социальной и эмоциональной адаптации (или степени дизадаптации) и прогноза риска поведенческих нарушений. Именно это, при формулировании рекомендаций ПМПК, определяет необходимость специалиста

сопровождения (тьютора) в качестве одного из специальных образовательных условий.

Оценка особенностей сформированности регуляторного компонента деятельности – регуляции, саморегуляции, программирования и контроля собственной деятельности происходит как при наблюдении психолога в процессе обследования ребенка другими специалистами, так и в процессе всей собственной деятельности с ребенком.

Все эти особенности деятельности ребенка и его поведения отмечаются психологом в собственном протоколе, а затем служат основанием для записи анализа результатов в общем протоколе ПМПК. В нем должны быть кратко отражены не только наиболее важные результаты обследования ребенка психологом, особенности его психического развития, но и сделаны выводы о типологическом виде, варианте (форме) отклоняющегося развития. То есть, в протоколе ПМПК психолог должен отразить психологический диагноз. Последний в рамках оценки психического развития, определяющих его механизмов и причин должен согласовываться с соответствующими нозологическими врачебными диагнозами, логопедическим заключением, результатами педагогического тестирования дефектологами. Только в такой ситуации общей согласованности можно минимизировать возможные диагностические ошибки, наиболее адекватно возможностям ребенка определить образовательную программу, условия ее реализации, организационные формы, определить индивидуализированный пакет специальных образовательных условий.

1.2. Основы психологической диагностики.

- Построение *гипотезы психологического обследования* на основе целостного представления о ребенке, с привлечением знаний различных отраслей психологии, педиатрии, детской психиатрии, медицинской генетики, педагогики, в том числе специальной (коррекционной) педагогики
- Использование в полной степени *алгоритма изменения диагностической гипотезы* в свете получаемых данных

- Построение процедуры (технологии) обследования в соответствии с актуальным возрастом, особенностями поведения ребенка, а также с учетом взаимодействия в диаде взрослый – ребенок
- Использование методического аппарата, адекватного целям и гипотезе обследования, позволяющего получать многофакторную информацию

Диагностические задачи психолога.

- Оценка уровня и особенностей развития ребенка, его поведения, критичности, адекватности в ситуации, развития коммуникативной, регуляторной, когнитивной и эмоционально-аффективной сфер в соотношении с возрастом ребенка (в соответствии с указанными критериями).
- - Оценка ресурсных возможностей ребенка, в том числе особенностей его работоспособности и темпа деятельности, оценка возможностей социально-эмоциональной адаптации в детском сообществе и образовательном учреждении в целом.
- Типологизация варианта (классификация) (вида, формы) отклоняющегося развития (психологический диагноз).
- Прогноз его адаптации в образовательной среде в соответствии с планируемыми рекомендациями по организации специальных образовательных условий, включая и собственные соображения по адекватному состоянию психического развития ребенка образовательной программе.

Методики, используемые на ПМПК.

- Простота методик и их относительная компактность.
- Распространённость методик (традиционность).
- Многофункциональность анализа.
- Возможность критериальной оценки в соответствии с возрастом и особенностями ребенка.

Методический инструментарий.

- Каждый специалист ПМПК может *выбрать из имеющегося широкого набора диагностикумов* пакета именно те методики, которые предполагают обследование конкретного ребенка *данного возраста*

- Задания, входящие в состав большинства методик пакетов, *градуированы по степени их усложнения*. Поэтому одни и те же методики могут использоваться как для детей данного возрастного диапазона, так представлены и в пакетах для разных возрастных диапазонов.

- «Сквозной» характер методик определяется как изменениями инструкций специалистов, модифицированных для разных возрастных групп, так и особенностями анализа результатов в различных возрастных группах.

Таким образом, использование специалистом всех оригинальных диагностических методик, включенных в данный пакет для обследования одного ребенка нецелесообразно ни по временным, ни по каким-либо иным соображениям.

Критерии, оцениваемые психологом.

- Психофизические особенности
- Анамнестический критерий
- Характер поведения.
- Регуляция деятельности
- Социально-эмоциональная адаптированность
- Коммуникативная активность
- Речевая деятельность и языковые средства
- Когнитивные особенности
- Обучаемость
- Необходимая помощь

1.3. Организация деятельности педагога-психолога ПМПК при работе с участниками ГИА.

В процессе проведения психолого-педагогического обследования обучающемуся для заполнения предъявляются опросник и бланк регистрации участника ГИА, а также проводится беседа, результаты которой

фиксируются в протоколе психолого-педагогического обследования. В результате всего обследования используется метод наблюдения. В результате применения этих методов педагог-психолог выявляет и оценивает следующие параметры:

- готовность обучающегося к сотрудничеству;
- коммуникабельность;
- соблюдение границ;
- сложность установления социальных контактов;
- особенности эмоционально-личностной и эмоционально-волевой сферы;
- особенности поведения;
- склонность к аффективным реакциям;
- специфичность ответов и деятельности;
- «застывание» на деталях, на зоне собственных интересов.

Процесс психолого-педагогического обследования необходимо построить так, чтобы обучающийся чувствовал доверительную спокойную обстановку, которая способствовала бы полному «раскрытию» его индивидуальности, имеющихся у него особенностей и возможностей при работе с предлагаемыми заданиями. И в этом основная роль принадлежит педагогу-психологу.

Педагог-психолог знакомит обучающегося и родителей (законных представителей) с процедурой проведения ГИА с созданием (или без создания) условий, снимает тревожное состояние, связанное с предстоящей ГИА, отвечая на интересующие вопросы. Беседуя с будущим участником ГИА, настраивает его на положительный исход предстоящих экзаменов, ориентирует в психологических приемах для снятия напряжения и повышения концентрации в период сдачи экзаменов.

Особая категория обучающихся, обращающихся в ПМПК для получения заключения о создании условий при проведении ГИА, – это обучающиеся с РАС. Если обучающийся с РАС является инвалидом или

обучающимся с ОВЗ, он имеет право на сдачу ГИА в форме ГВЭ, при этом ГВЭ по русскому языку может проводиться для него в форме диктанта. Также обучающимся с РАС с выраженными нарушениями поведения и аффективными реакциями может быть рекомендована организация экзамена в отдельной аудитории и присутствие ассистента (педагога -психолога), который помогает занять обучающемуся с РАС место в аудитории, предотвращает аффективные реакции на новую стрессовую обстановку.

2. Специфика деятельности учителя-логопеда психолого-медико-педагогической комиссии.

2.1. Основные подходы к оценке состояния речи ребенка на ПМПК.

Задачи:

- Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка.
- Определить характер дефекта с точки зрения первичности/вторичности речевого недоразвития, или в качестве компонента сложного (сочетанного) дефекта.
- Выявить структуру дефекта.
- Установить уровень развития речи и сформулировать логопедическое заключение.
- Спрогнозировать степень обучаемости ребенка в аспекте формирования полноценной речевой деятельности, выявить наличие рисков в освоении им программного материала и определить образовательную программу и организационную форму обучения.

В процессе проведения обследования речи ребенка реализуются следующие положения:

- Внутри каждого вида заданий эффективно следовать по маршруту от «общего к частному» и «от сложного к простому».
- В первую очередь обследуются такие виды речевой деятельности, как говорение и письменная речь (или чаще в логопедии говорится о самостоятельной письменной речи, под которой имеются в виду письменные

высказывания, имеющие коммуникативную направленность - сочинения).
Письменная речь обследуется только у школьников, прошедших обучение грамоте и имеющих опыт написания подобных работ. При наличии диагностических признаков неблагополучия в продуктивных высказываниях или жалоб со стороны родителей рекомендуется проводить исследование по изучению состояния рецептивных видов деятельности: аудирования и чтения.

- Логично сначала исследовать объем и характер употребления языковых и речевых единиц, и только при наличии трудностей в их использовании переходить к выявлению особенностей пользования ими в пассиве. Таким образом, можно сформулировать последовательность процедуры «от экспрессивной языковой компетенции к импрессивной».

Характер и содержание дидактического материала будет зависеть:

От возраста ребенка (чем меньше ребенок по возрасту, тем реальнее и реалистичнее должны быть объекты, предъявляемые ребенку)

От уровня развития речи (чем ниже уровень развития речи ребенка, тем реалистичнее и реальнее должен быть предъявляемый материал)

От уровня психического развития ребенка

От уровня обученности ребенка (предъявляемый материал должен быть достаточно освоен, **НО НЕ ЗАУЧЕН!** ребенком).

Для определения образовательной программы ребенка основную роль будут играть следующие показатели:

- степень недоразвития речи и характер дефекта
- динамика формирования речевой деятельности ребенка
- готовность ребенка к обучению в условиях фронтальных занятий

Технология обследования речи дошкольников.

Обследование диалогической связной речи и коммуникативных навыков.

- Особенности коммуникативного поведения.

- Специфика использования лингвистических и паралингвистических средств.

Обследование монологической связной речи.

- Специфика построения текста.
- Специфика использования языковых средств.
- Общая характеристика речи.

Обследование фонематического восприятия.

Направления углубленного исследования при наличии показаний:

- Лексический запас.
- Грамматический строй.
- Слоговая структура.
- Звукопроизношение.
- Двигательные функции и строение артикуляционного аппарата.

Технология обследования речи школьников.

Обследование процесса письма.

Обследование психических процессов, оптико-пространственных представлений и графо-моторных навыков по показаниям.

Обследование устной речи по показаниям

- Текстовая компетенция.
- Словарный запас.
- Грамматический строй.
- Фонематическое восприятие и звуко-буквенный анализ.
- Слоговая структура слова.
- Звукопроизношение.
- Строение и функции артикуляционного аппарата.

3-5 лет

В центре внимания – становление языковой способности – освоение основных законов языковой системы:

- Метод наблюдения за коммуникативным поведением ребенка.
- Обследование связной речи.

- Методика обследования объема пассивного и активного словарного запаса.
- Методика обследования грамматического строя.
- Методика обследования звуковой стороны речи.
- Обследование строения и двигательных функций артикуляционного аппарата.
- Методика обследования заикания.
- Методика обследования просодической стороны речи

5-7 лет

В центре внимания – освоение форм связной речи, формирование языковых систем

- Метод наблюдения за коммуникативным поведением ребенка.
- Обследование связной речи.
- Методика обследования словарного запаса.
- Методика обследования звуковой стороны речи.
- Методика обследования грамматического строя.
- Обследование просодической стороны речи и заикания.

7-11 лет

В центре внимания базовые предпосылки освоения школьной программы и первоначальные навыки письма и чтения

- Методика обследования письменной речи (письма и чтения).
- Методика обследования связной речи.
- Методика обследования грамматического строя.
- Обследование словарного запаса.
- Обследование звуковой стороны речи.
- Исследование состояния звукового анализа.
- Методика обследования просодической стороны речи.
- Методика обследования заикания.

11-15 лет

В центре внимания – работа с учебным и художественным текстом, совершенствование навыков речевой деятельности

- Методика обследования письма.
- Методика обследования чтения.
- Методика обследования уровня сформированности текстовой компетенции.

- Методика обследования лексико-грамматического строя.
- Обследование звуковой стороны речи.
- Методика обследования просодической стороны речи.
- Методика обследования заикания.

15-18 лет

В центре внимания - текстовая и коммуникативная компетенция

- Методика обследования письма.
- Методика обследования чтения.
- Методика обследования уровня сформированности текстовой компетенции.

- Методика обследования лексико-грамматического строя.
- Методика обследования звуковой стороны речи.
- Методика обследования просодической стороны речи.
- Методика обследования заикания.

Анализ речевых нарушений.

Форма патологии	Дефекты звукопроизношения	Несформированность фонематического восприятия	Лексико-грамматическое недоразвитие	Недостатки и связной речи	Недостатки ритмико-мелодической стороны речи и/или тембра
Дислалия функциональная	Всегда	Может быть	Нет	Нет	Нет
Дислалия механическая	Всегда	Может быть	Нет	Нет	Нет
Ринолалия открытая	Всегда	Может быть	Может быть	Может быть	Всегда
Дизартрия	Всегда	Может быть	Может быть	Может быть	Всегда

Форма патологии	Дефекты звукопроизношения	Несформированность фонематического восприятия	Лексико-грамматическое недоразвитие	Недостатки и связной речи	Недостатки ритмико-мелодической стороны речи и/или тембра
Алалия моторная	В самостоятельной речи	Всегда	Всегда	Всегда	Всегда

Только для первичной формы речевой патологии

Форма патологии	Дефекты звукопроизношения	Несформированность фонематического восприятия	Лексико-грамматическое недоразвитие	Недостатки связной речи
Фонетическое недоразвитие	Всегда	Нет	Нет	Нет
Фонетико-фонематическое недоразвитие	Всегда	Всегда	Нет	Нет
Фонематическое недоразвитие	Нет	Всегда	Нет	Нет
Общее недоразвитие речи	Всегда	Всегда	Всегда	Всегда

Критерии, показатели и их оценка.

Критерии:

- «Психофизические особенности»
- «Коммуникация»
- «Речевая деятельность и языковые средства»

Критерий «Психофизические особенности»

Показатель «Артикуляционный аппарат»

Составляющие:

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

Составляющая подразумевает качественную оценку состояния артикуляционного аппарата ребенка:

- *Без особенностей*
- *Наличие расщелин и расщеплений (дооперационный период, оперированные)*

- *Другие особенности строения артикуляционного аппарата*

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

Оценка осуществляется по следующей шкале:

- *Без отклонений* - не обнаружено динамических и практических расстройств, влияющих на процесс формирования речевой деятельности;

- *Легкая степень выраженности недостаточности*- могут быть обнаружены незначительные отклонения двигательных функций артикуляционного аппарата в виде изолированных симптомов или более-менее широкого симптомокомплекса.

- *Средняя степень выраженности недостаточности* – недостаточность двигательных функций выражена достаточно ярко, равномерно или неравномерно, но частично компенсируется в процессе говорения за счет сохранных функций.

- *Тяжелая степень выраженности недостаточности* – выраженный симптомокомплекс недостаточности двигательных функций артикуляционного аппарата, обуславливающий не только проблемы с формированием звуковой стороны речи, но и некоторые трудности для реализации жизнедеятельности (глотание, жевание и проч.).

- *Крайне тяжелая степень выраженности недостаточности* – как правило, паралич мышц артикуляционного аппарата, грубая оральная

апраксия, обуславливающая нечленораздельную речь и затруднения в осуществлении повседневной жизни.

— «Другое», позволяющая зафиксировать иные отклонения в строении и двигательных функциях как органов артикуляционного аппарата, так и других отделов речевого аппарата: дыхательного и голосового.

Критерий «Коммуникация»

показатели:

- «Коммуникативная активность»,
- «Адекватность коммуникативного взаимодействия»
- «Средства коммуникации».

Показатель: «Коммуникативная активность».

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

Оценка показателя: высокая коммуникативная активность, средняя, низкая, отказ от общения (речевой негативизм)

- Высокая коммуникативная активность – ребенок инициативен в общении, быстро устанавливает контакт с собеседником, с удовольствием общается на различные, близкие ему темы, общение может быть достаточно протяженным, быстро переключается с одного собеседника на другого в процессе свободного общения. В то же время данная степень может соответствовать и состоянию повышенной коммуникативной активности

ребенка. Условно говоря «слишком много говорит»: ребенок проявляет инициативу в общении, но при этом не держит дистанцию, одинаково легко общается со знакомыми и незнакомыми людьми, наблюдается повышенный эмоциональный фон в общении.

- Средняя коммуникативная активность. Ребенок, как правило, не выступает инициатором общения. Инициативные реплики используется в случае необходимости уточнения задания, вопроса. Тем не менее в процессе общения преимущественно использует развернутые ответы. По мере адаптации в новых условиях коммуникативная активность может повышаться. В процессе общения с ребенком устанавливается эмоциональный контакт.

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

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

- Отказ от общения

Показатель «Адекватность общения»

- учитывает, насколько общение ребенка соответствует принятым для определенного типа ситуации нормам и является эффективным.

Оценка показателя

- взаимодействие адекватно ситуации общения (собеседники соблюдают общепринятые нормы общения, заинтересованы в репликах оппонента, сообщают информацию по теме беседы и проч.);

- взаимодействие частично адекватно ситуации__ (адекватность общения проявляется в отдельных ситуациях общения и может зависеть от различных факторов, например, продолжительность общения, тематика общения, личность собеседника и проч.)

- взаимодействие неадекватно ситуации общения (в процессе общения не учитываются социальные роли, не воспринимаются в полном объеме или совсем не воспринимается предъявляемая собеседником информация, ребенок общается сам с собой или с воображаемым собеседником.

Показатель «Средства общения»

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

Отмечается наличие следующих средств общения:

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

Критерий «Речевая деятельность и языковые средства»

Показатели:

- _«Звуковая сторона речи»
- «Лексический запас»
- «Грамматический строй речи»
- «Связная речь»
- «Чтение»
- «Письмо»
- «Просодическая сторона речи»

- «Темпо-ритмическая сторона речи».

Показатель «Звуковая сторона речи»

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

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

- Фонетический дефект – отсутствие/наличие дефектов звукопроизношения, преимущественно в виде пропусков и искажений звуков родного языка. Оценивается уровень сформированности навыка владения правильным произношением в различных условиях предъявления и использования языкового материала, а также характер нарушения звуков (искажения, замены, смещения)
- Фонематическое недоразвитие – проблемы, обусловленные несформированностью фонематического восприятия и фонематического слуха.
- Несформированность слоговой структуры слова – неумение сохранять звуко-слоговой образ слова в процессе говорения.

Показатель «Звуковая сторона речи»

Субпоказатель «Степень выраженности недостаточности»,_который соотносится с каждым ранее выделенным компонентом звуковой стороны речи.

Степени выраженности

- Соответствует возрастной норме – каждый из компонентов может быть рассмотрен как вариант нормативного развития.
- Легкая степень недостаточности: – звукопроизношение – дефектна одна из фонетических групп звуков; Фонематическое восприятие –

трудности различения одной-трех оппозиционных пар звуков. Слоговая структура – ребенок затрудняется в воспроизведении сложных по слоговой структуре слов.

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

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

Показатель «Лексический запас»

Определение количественного и качественного состава активного и пассивного словаря; выявление уровня владения значением лексических единиц; определение особенности парадигматических и синтагматических связей; выяснение характера лексических ошибок.

Развитие словарного запаса определяется несколькими компонентами: прежде всего, возрастом ребенка, социальным окружением, местом проживания и проч.

Лексический запас может быть оценен по следующей шкале: соответствует возрастной норме, легкая степень недоразвития, средняя степень недоразвития, тяжелая степень недоразвития.

Показатель «Грамматический строй речи»

- уровень владения грамматическими средствами в самостоятельной речи (употребление и понимание); определить степень

обучаемости грамматическому оформлению языковых и речевых единиц; выявить характер грамматических ошибок.

- Грамматический строй речи может быть оценен по следующей шкале: соответствует возрастной норме, легкая степень недоразвития, средняя степень недоразвития, тяжелая степень недоразвития.

Показатель «Грамматический строй речи»

Оценка уровня сформированности

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

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

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

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

Показатель «Связная речь»

Особенности использования и понимания устных связных высказываний монологического характера, поэтому данный показатель вводится в обследование и заключение после 5 летнего возраста.

Результаты оцениваются в соответствии со следующей шкалой:

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

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

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

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

Показатель «Чтение»

При анализе уровня сформированности чтения учитывается и техника чтения, и понимание прочитанного.

Шкала оценки:

- - соответствует программным требованиям (ООП) и возрастной норме;

- - легкая степень нарушения: у ребенка при чтении отмечается наличие отдельных ошибок (могут иметь различный характер), понимание прочитанного в полном объеме;

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

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

Показатель «Письмо»

Оценка состояния техники письма и самостоятельной письменной речи.

Шкалирование уровня сформированности навыка:

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

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

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

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

Показатель «Просодическая сторона речи»

Оценивает:

- интенсивность голоса (сильный, нормальный, слабый, иссякающий);

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

Степени выраженности дефекта:

- - без особенностей – в процессе коммуникации не возникает никаких проблем. Голос звонкий, эмоционально окрашенный, нет временных ограничений.

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

- - средняя степень нарушения – изменения тембра заметны окружающим, но незначительно препятствуют общению, голос слабый, измененный тембр, иссякающий, мало модулированный.

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

Показатель «Темпо-ритмическая сторона речи».

Оценивается темп речи, а также наличие запинок судорожного и несудорожного характера. Наряду с отметкой о недостатках собственно темпо-ритмической стороны речи необходимо также фиксировать наличие/отсутствие фиксации на дефекте.

Степени выраженности:

- - без особенностей – речь соответствует возрастным и региональным особенностям;

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

- - нарушение средней степени тяжести – значительное ускорение/замедление темпа речи, которое может носить ситуативный характер и препятствовать эффективной коммуникации; наличие запинок судорожного/несудорожного характера; фиксация на речи присутствует, но количество ситуаций, в которых затруднено общение ограничено рамками публичного общения.

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

Варианты заключений.

1-й год жизни

Возрастная норма

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

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

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

Развитие с опережением

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

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

Задержанное развитие

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Возраст 1-3 года.

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

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

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

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

По параметру сочетанности или вторичности дефекта (возраст 2-3 года).

- Неосложненная задержка речевого развития.
- Задержки речевого развития при равномерном характере нарушений в других сферах (двигательной, сенсорной, эмоциональной и т.п.).
- Грубая задержка речевого развития при парциальных нарушениях других психических функций.
- Задержки речевого развития в структуре сложного дефекта.

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

- 3 года – общее недоразвитие речи I уровня;
- 4 года – общее недоразвитие речи I уровня, общее недоразвитие речи II уровня; фонетическое недоразвитие (при наличии патологических укладов);
- 5 лет - общее недоразвитие речи I уровня, общее недоразвитие речи II уровня; общее недоразвитие III уровня; фонетическое недоразвитие; фонетико-фонематическое недоразвитие.

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

- Общее недоразвитие речи I уровня у ребенка с моторной алалией.
- Или: Общее недоразвитие речи II уровня. Дизартрия.
- При наличии вторичного речевого недоразвития описывается, какие языковые средства несформированны у ребенка.

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

- При наличии запинок не судорожного характера возможно заключение: «риск возникновения заикания»

Возраст 5-7 лет.

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

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

- Общее недоразвитие речи I уровня у ребенка с моторной алалией.
- Или: Общее недоразвитие речи II уровня. Дизартрия.
- При наличии вторичного речевого недоразвития описывается, какие языковые средства несформированы у ребенка.

- Если отмечается сочетание нескольких форм патологии, в том числе, сенсорная, нарушение опорно-двигательного аппарата и др.,то указывается клиническая форма речевой патологии. При системных

нарушениях речи возможно использование термина «системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени».

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

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

Возраст 7-15 лет.

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

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

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

Нарушения процессов чтения и письма, обусловленные фонематическим недоразвитием;

Нарушения процессов чтения и письма, обусловленные общим недоразвитием речи.

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

При наличии заикания логопедическое заключение может быть сформулировано следующим образом: заикание легкой/средней/тяжелой степени, при этом отмечается локализация судорог (артикуляционные,

голосовые, дыхательные или их сочетания), характер судорог (тонические, клонические, тоно-клонические, клоно-тонические). Отмечается наличие/отсутствие фиксации на дефекте, логофобия.

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

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

Для определения образовательной программы ребенка основную роль будут играть следующие показатели:

- степень недоразвития речи и характер дефекта;
- динамика формирования речевой деятельности ребенка;
- готовность ребенка к обучению в условиях фронтальных занятий.

Тяжесть проявления дефекта будет определяться величиной разрыва между реальным состоянием и нормативами речевого развития в данном возрасте.

Остановимся на анализе выбора образовательных маршрутов для детей школьного возраста с тяжелыми нарушениями речи. В соответствии с ФГОС для детей с ОВЗ к группе детей с тяжелыми нарушениями речи относятся дети с фонетическим, фонетико-фонематическим, общим недоразвитием речи, нарушениями чтения и письма, а также с заиканием. Для данной группы детей предусмотрено два варианта адаптированных основных образовательных программ начального общего образования (АООП НОО ФГОС ОВЗ).

Наиболее сложным для определения варианта обучения детей с III уровнем развития речи при общем недоразвитии речи, поскольку дети с данным уровнем могут обучаться по обоим вариантам.

Каковы могут быть основания выбора варианта обучения?

Выбор между вариантами обучения производится на основе учета тяжести речевого дефекта. Обучение по варианту 1 АООП НОО ТНР детям, имеющим общее недоразвитие речи III уровня речевого развития и достаточный уровень подготовки к обучению в школе, что подразумевает наличие элементарных навыков звукового анализа и готовность к коммуникации.

Однако при определении программы обучения необходимо учитывать данные анамнеза. Например, у ребенка общее недоразвитие речи III уровня, которое предполагает обучение в условиях инклюзивного обучения, но в процессе обследования было выявлено, что у ребенка в анамнезе моторная алалия, подтвержденная объективными данными, которая была успешно частично компенсирована в ходе логопедических занятий. Поскольку алалия относится к формам речевой патологии, имеющим тенденцию к прогрессии при усложнении учебного материала, постольку рационально рекомендовать этому ребенку начать обучение по варианту 5.2 АООП НОО обучающихся с ТНР с дальнейшим мониторингом динамики и, возможно, переводом на вариант 5.1. И, конечно, такому ребенку специалист не может рекомендовать обучение по усложненной программе гимназии или лицея.

Дети, на момент поступления в школу имеющие ОНР II и I уровней речевого развития, должны обучаться по варианту 5.2 АООП НОО, так как состояние речи этих детей не позволит им успешно справиться с программным материалом наравне с обычными школьниками, поскольку у них еще не сформированы ни вербальные, ни невербальные предпосылки обучения грамоте. Им необходимы специальные методы обучения, иной порядок предъявления материала, следовательно, специальные учебники.

Таким образом, при выборе программ и организационных форм обучения необходимо учитывать не только речевой статус ребенка и возможности освоения им программы обучения, но и социально-

коммуникативный фактор: адекватность коммуникативной среды социума ближайшей зоне развития речи будущего ученика.

2.2. Организация деятельности учителя-логопеда ПМПК при работе с участниками ГИА.

Методы, применяемые для обследования участников ГИА, едины для всех специалистов ПМПК: беседа, бланк регистрации и опросник, наблюдение. В результате применения этих методов учитель-логопед выявляет и оценивает следующие параметры:

- степень понимания обучающимся обращенной к нему речи;
- скорость реагирования на обращенную речь;
- состояние собственной речи обучающегося (темпо-ритмические, просодические характеристики, состояние звукопроизношения, лексико - грамматическое оформление);
- сформированность собственной диалогической и монологической речи;
- сформированность и возможность навыка письма;
- разборчивость почерка;
- сформированность орфографически и синтаксически грамотного письма;
- сформированность навыка чтения; правильность 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);
- умение формулировать свои мысли в письменной форме.

В результате комплексного психолого-педагогического обследования учитель-логопед оценивает потенциальные возможности обучающегося при сдаче ГИА, рекомендует форму сдачи ГИА, устную или письменную (в случае возможности выбора формы ГВЭ), рекомендует сдавать экзамены с использованием компьютера (обучающимся с НОДА) и т.д.

Особенность деятельности учителя-логопеда ПМПК в работе с участниками ГИА заключается в отсутствии необходимости выявлять речевые нарушения, определять программу коррекционной работы, определять дальнейший образовательный маршрут обучающегося. Задачей учителя -логопеда, как и всех остальных специалистов ПМПК в работе с участниками ГИА, является выявление психофизических особенностей и возможностей обучающихся для определения условий при проведении ГИА.

3. Особенности деятельности учителя-дефектолога ПМПК

В команде специалистов ПМПК дефектолог более других нацелен на диагностику ребёнка в контексте его учебной деятельности. Основная задача дефектолога – определить обученность и обучаемость ребёнка, а также особенность его познавательной деятельности, сформированность учебных действий. Обследование детей необходимо проводить с использованием диагностических пакетов для комплексной диагностики в условиях ПМПК.

Познавательная деятельность

Познавательная деятельность - это сознательная деятельность, направленная на познание окружающей действительности с помощью таких психических процессов, как восприятие, мышление, память, внимание, речь. Учебная деятельность ребенка - это целенаправленная познавательная деятельность, протекающая в специально организованных условиях. Отношение детей к учению обычно характеризуется активностью. Активность (учения, освоения, содержания и т.п.) определяет степень (интенсивность, прочность) «соприкосновения» обучающегося с предметом его деятельности.

В структуре активности выделяются следующие компоненты:

- готовность выполнять учебные задания;
- стремление к самостоятельной деятельности;
- сознательность выполнения заданий;
- систематичность обучения.

В педагогике познавательная активность определяется как «качество деятельности ученика, которое проявляется в его отношении к содержанию и процессу учения, в стремлении к эффективному овладению знаниями и способами деятельности за оптимальное время, в мобилизации нравственно-волевых усилий на достижение учебно - познавательной цели»

Познавательная активность ребёнка может определяться следующими параметрами:

- проявление/не проявление интереса к предлагаемым заданиям,
- активность/пассивность в познании окружающего мира,
- способность/неспособность сосредоточиться на предлагаемых заданиях,
- заинтересованность/не заинтересованность в положительной оценке своей деятельности.

Познавательная деятельность ребёнка тесно связана с его ведущей деятельностью.

Дефектолог организует диагностику дошкольника, учитывая его возрастные особенности и потребность в игре. Организованная педагогом игра позволит в большей мере раскрыть индивидуальные особенности ребёнка в познании окружающего мира.

Диагностика познавательной деятельности дошкольника проводится в процессе наблюдения за ребёнком как при непосредственном обследовании специалистами ПМПК, так и в моменты его нахождения в холле: игра, общение со сверстниками и родителями.

Диагностика познавательной деятельности школьника в большей мере проводится в процессе диагностической сессии ПМПК и предполагает предъявление учебных заданий в соответствии с программой и классом обучения.

Можно выделить несколько уровней познавательной деятельности:

- высокий уровень познавательной деятельности характеризуется высоким уровнем познавательной активности, самостоятельной поисковой

деятельностью, способностью искать и находить источники информации, постоянной готовностью получать новые знания и умения;

- достаточный уровень познавательной деятельности характеризуется способностью ребёнка проявлять познавательную активность достаточную для овладения образовательной программой;

- низкий уровень познавательной деятельности характеризуется пассивностью в ознакомлении с окружающим миром, низким познавательным интересом, неспособностью сосредоточиться на предлагаемых заданиях. Низкий уровень познавательной деятельности может быть обусловлен как низким уровнем сформированности познавательных процессов, так и специфической социальной ситуацией развития;

- выраженные нарушения познавательной деятельности характеризуется стабильно низкой познавательной активностью вне зависимости от социальной ситуации развития.

Обученность.

Обученность включает как наличный, имеющийся к сегодняшнему дню запас знаний, так и сложившиеся способы, и приемы их приобретения (умение учиться). Все это вместе взятое составляет то, чему ребенка обучили. Обученность - это определенный итог предыдущего обучения.

Обученность дошкольника определяется соответствием знаний, умений, развития игровой и продуктивной деятельности возрастным показателям.

Обученность школьников определяется в соответствии с уровнем образования, программой обучения и характеризуется следующими уровнями:

- программа в целом усвоена;
- программа усвоена не полностью (при положительных отметках не все разделы программы усвоены);
- программа усвоена частично (не усвоена программа по 1-2 предметам);

- программа не усвоена.

Дошкольный уровень образования не предполагает итоговой аттестации обучающихся, но возрастные показатели заложены в программах обучения в соответствии с ФГОС ДО.

Обученность оценивается по параметрам сформированности знаний и представлений об окружающем уровне овладения программным материалом.

В пределах нормы: представления об окружающем соответствуют возрасту, ребенок понимает закономерности между происходящими явлениями, способен объяснить причинно-следственные связи программный материал усвоен полностью (выполняет задания, соответствующие своему году обучения, в некоторых случаях возможно на 1 год ниже)

Недостаточная: представления об окружающем частично соответствуют возрасту, без помощи педагога не способен установить закономерности между происходящими явлениями и объяснить причинно-следственные связи программный материал усвоен частично (фактически нет заданий, с которыми ребенок справился бы самостоятельно и на уровне своего года обучения). В лучшем случае возможно на 1 год ниже.

Низкий: уровень обученности представления об окружающем преимущественно не соответствуют возрасту, ребенок плохо понимает закономерности между происходящими явлениями, причинно-следственные связи не устанавливает задачи не решает. Задания, соответствующие году обучения, преимущественно не доступны.

Минимальный: уровень обученности/обученность отсутствует представления об окружающем не соответствуют возрасту смысл заданий не понимает, помощь не принимает. Задания, соответствующие году обучения, не доступны.

Обучаемость.

Обучаемость в широком смысле слова - это восприимчивость, готовность, открытость школьника к переходу на новые уровни развития.

Б.В. Зейгарник отмечает, что обучаемость - это диапазон потенциальных возможностей детей к овладению новыми знаниями в содружественной со взрослыми работе.

Б.Г. Ананьев понимает обучаемость как подготовленность психики человека на всем предыдущем отрезке ее формирования к быстрому ее развитию в процессе обучения в строго определенном направлении.

Условно выделяют следующие уровни обучаемости:

- достаточный уровень обучаемости (ребенок понимает смысл задания, соответствующего по сложности его возрасту и году обучения, способен выполнить его при оказании незначительного объема организующей и /или стимулирующей помощи, алгоритм действия удерживает до конца, подсказка нужна только в реально сложных, еще недостаточно усвоенных алгоритмах решений);

- средний уровень (ребёнок понимает смысл задания, нуждается в помощи педагога при выполнении задания по алгоритму, требуется неоднократный обучающий эксперимент. Знакомые задания выполняются достаточно успешно, вместе с тем периодически с затруднениями актуализирует предположительно хорошо известную ему информацию, эффективность помощи очень неравноценна алгоритм действия удерживает до конца после оказания помощи);

- низкий уровень обучаемости (ребенок самостоятельно не понимает смысла задания, требует большого количества разнообразной помощи, но в итоге не способен выполнить задание после оказания помощи педагогом, т е «перенос» фактически отсутствует, типовые задания, которые выполнялись ранее, в предшествующие годы обучения, ребенок фактически «не помнит», для их выполнения снова требуется весь объем помощи.).

В ходе обследования детей дошкольного возраста учитель-дефектолог определяет:

1. Соответствие качественных характеристик деятельности ребенка, его знаний, умений, навыков и представлений об окружающем

"функциональной" (т.е. типичной для социокультурных условий, в которых обследуемый проживает) норме возраста.

2. Степень отставания в сформированности ЗУН и представлений в соответствии с усредненными возрастными показателями. Степень эта определяется условно, однако отставание более, чем на год уже может считаться существенным, а на два - выраженным. Явно патологическое (грубое) отставание предполагает, что у обследуемого отсутствуют знания, умения и навыки, которые должны были быть сформированы три и более года назад.

У дошкольника учитель-дефектолог обязательно оценивает:

- сформированность элементарных математических представлений;
- уровень развития конструктивной деятельности (не сформирована, возможна по подражанию, наглядному образцу, схематическому изображению, словесной инструкции);
- уровень развития мыслительных операций и действий (доступны ли группировка по определенному признаку, обобщение, сравнение, сформирована ли способность к установлению доступных по возрасту причинно-следственных связей и логических закономерностей).

В соответствии со взглядами детских психологов и педагогов (А.Л. Венгер, А.А. Катаева, А.П. Усова и др.) ребенок способен:

- различать цвета в 2 года;
- знать названия трех-четырех цветов, соотносить цветовые эталоны, различать геометрические фигуры (квадрат, круг, треугольник), воспроизводить постройку из трех кубиков в 3 года;
- повторять за экспериментатором фразу из 4 - 5 слов, отвечать на простые вопросы по прослушанному тексту, собирать матрешку, воспроизводить постройку из 4 - 5 деталей по "расчлененному" образцу-схеме в 4 года;
- считать-пересчитывать предметы в пределах 5, отвечать на более сложные вопросы по тексту, заучивать несколько не связанных между собой

слов, создавать схематичное изображение человека (не "головонога"), использовать в игре заместители, знать времена года, устанавливать последовательность событий по картинкам, конструировать по схеме, где взаиморасположение частей не выделено, к 5 годам;

- выделять в слове звуки (хотя бы первый), считать в пределах десяти и сравнивать количество предметов, выучивать новое двустишие, составлять рассказ по серии последовательных картинок, играть в игру с правилами к 6 годам.

У ребенка 7 года жизни учитель-дефектолог оценивает готовность к школьному обучению:

- способность воспроизвести графический образец,
- выполнять задание под диктовку (графический диктант),
- проводить звуковой анализ слова,
- соотносить количества (путем попарного сравнения),
- отвечать в плане заданного на вопросы взрослого,
- понимать формулировки, отражающие квазипространственные отношения (Пример: Собака бежала за охотником. Кто шел впереди?),
- решать адекватные для возраста логические задачи, понимая тексты со скрытым смыслом (Пример: Маленький Саша утром проснулся невеселый. Мама дала ему лекарство, взяла зонтик и ушла. Почему Саша проснулся невеселый? Какая погода была на улице?).

3. Характер имеющегося отставания (иногда - опережения): равномерное, неравномерное (какие-то знания и умения есть, какие-то недостаточны), крайне неравномерное (превышение требуемого уровня знаний по одним разделам программы и полное их отсутствие - по другим). Основанием для вывода являются и представленные в ПМПК продукты деятельности (поделки, рисунки). Представление поделок, рисунков ребенка дошкольного возраста позволит специалистам:

- установить позитивный контакт с ребенком;

- оценить уровень развития мелкой моторики, сформированности графо-моторных навыков;
- оценить уровень сформированности зрительно-пространственного восприятия;
- оценить уровень развития мышления;
- оценить уровень развития воображения;
- организовать беседу на представленном материале, являющимся для ребенка значимым;
- косвенно оценить взаимодействие ребенка с членами семьи и сверстниками.

Например, шестилетний ребенок перечисляет названия планет солнечной системы, но не может назвать ни одной сказки.

Целесообразно предоставление на ПМПК нескольких творческих работ ребенка, позволяющих составить более полное представление о его интересах.

4. Условия предшествующего обучения ребенка (место жительства - социально благополучный или менее благополучный городской район, поселок городского типа, село, поселок с малой численностью населения), а также другие данные педагогического анамнеза, имеющиеся в представленной характеристике - посещение дошкольного учреждения, с какого возраста, как много его пропускал, сколько лет ходит в ДОО, учредитель (муниципальный или частный детский сад), если ДОО не посещал, кто занимается с испытуемым (мать, бабушка или другой взрослый родственник, старший ребенок).

Чем менее благоприятны условия предшествующего обучения, тем большее значение приобретают показатели обучаемости, о которых говорилось выше. Вместе с тем, чем в более благоприятной среде ребенок получал дошкольное образование, тем большее внимание учитель-дефектолог должен уделить подбору диагностических заданий, которым ребенка заранее не обучали (например, основные житейские обобщения типа

«игрушки», «одежда» и т.п. детям из благополучных семей почти всегда известны, так же, как и порядковый счет).

При обследовании дошкольника обязательна игровая форма предъявления методик и приемов. Выводы учителя-дефектолога обязательно должны касаться наличия или отсутствия потребности в разработке для обследованного дошкольника АОП.

В ходе обследования детей школьного возраста учитель-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, учитель-дефектолог оценивает сформированность предпосылок к школьному обучению.

4. Возможности и необходимость создания специальных условий обучения ребенка.

В ситуации обследования детей младшего школьного возраста на ПМПК должны быть представлены рабочие тетради по основным предметам (в соответствии с п. 15 Положения о ПМПК). Предъявление на ПМПК письменных работ ребенка по русскому (родному) языку, математике для детей школьного возраста за текущий учебный год позволяет команде специалистов провести детализированное изучение результатов учебной деятельности ребенка.

Наличие рабочих тетрадей ребенка позволит:

- отметить особенности почерка;
- оценить состояние письма и письменной речи;
- отметить характер дисграфических и орфографических ошибок.

Целесообразно предоставление на ПМПК различных рабочих тетрадей ребенка по русскому (родному) языку и математике: для выполнения домашней работы, для контрольных работ (диктантов, сочинений, изложений) за текущую четверть (полугодие). Анализируя тетради, учитель-дефектолог может сделать выводы о степени усвоения программы, выделить конкретные проблемы и уточнить их в процессе диагностики, соблюдая упомянутый ранее принцип «от сложного к простому».

Важное значение имеет подробная педагогическая характеристика, которая должна отражать общую ситуацию развития ребенка глазами учителя, характер оказываемой помощи и ее эффективность, а самое главное - чему удалось научить ребенка (в соответствии с программными требованиями) и за какой срок.

Обученность у детей школьного возраста определяется соответствующей программой обучения. Можно выделить несколько уровней усвоения программы:

- программа в целом усвоена;
- программа усвоена не полностью: не все разделы программы усвоены, требуется разъясняющая помощь при выполнении задания;
- программа усвоена частично: не усвоена программа по одному из предметов;
- программа не усвоена.

Первоочередное внимание учителю-дефектологу рекомендуется уделять овладению программным материалом по математике, т.к. трудности в овладении чтением и русским языком профессионально оценит учитель-логопед. Выявляется уровень сформированности навыка счета и счетных операций в соответствии с классом обучения. В процессе дефектологического обследования целесообразно предложить ребенку 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

мышления, оценивая способ решения задачи и учитывая объем оказываемой помощи. Делается также вывод об уровне развития навыка чтения: соответствует ли он потребностям обучения, может ли ребенок прочитать текст самостоятельно или с помощью, насколько обследуемый понимает прочитанное и ориентируется в тексте задачи.

Учитель-дефектолог не должен подменять собой педагога-психолога. Поэтому нельзя считать целесообразным предъявление им сугубо психологических методик. В случае, когда обученность ребенка чрезвычайно низка или же у него сформировалось устойчиво негативное отношение к ситуациям учебного типа (вследствие чего он фактически отказывается сотрудничать), рекомендуется отдать приоритет в обследовании и оценке обучаемости педагогу-психологу, осознавая, тем не менее, что имеющиеся пробелы в сфере академической компетенции ребенка спонтанно восполниться не смогут.

По результатам собственного обследования учитель-дефектолог заполняет протокол и готовит свое заключение об уровне обученности и обучаемости, потребности в создании специальных условий обучения, рекомендуемом варианте АООП.

Обследование детей с нарушением опорно-двигательного аппарата.

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

Необходимо помнить, что тяжесть двигательных нарушений, отсутствие речи не соотносится напрямую со степенью 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 (И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, О.Г. Приходько и др.). Поэтому сам нозологический диагноз, который имеется в медицинских документах, может служить лишь самым "общим" ориентиром, и зачастую не отражает интеллектуальное состояние ребенка.

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. В процессе обследования важно создать для ребенка такие специальные условия, которые помогут нивелировать двигательные особенности и максимально оптимизировать сам процесс оценки психического развития.

К подобным условиям следует отнести:

- специальное посадочное место, фиксирующее тело ребенка, с регулируемой подставкой для ног и столиком;
- выполнение письменных заданий мягким карандашом на разлинованном листе бумаги, где размер линейки и клетки соответствует двигательным возможностям;
- помощь взрослого, фиксирующего карандаш в руке, за счет чего контролируются мелкие движения, предотвращаются насильственные движения, что особенно важно при гиперкинезах. В этом случае, чтобы исключить оказание помощи ребенку со стороны заинтересованного взрослого, учитель-дефектолог (учитель-логопед) должен сам помочь ребенку выполнить задание, таким образом, оценив объем и форму необходимого участия в процессе письма;
- использование компьютера со специальной клавиатурой с крупными клавишами и ограничителем, разделяющим клавиши и предотвращающим одновременное нажатие сразу двух клавиш, на ПМПК возможно, если ребенок уверенно самостоятельно или с незначительной помощью использует его как средство коммуникации. Желательно, чтобы в

компьютере была активизирована функция отсрочки повтора, что позволяет при долгом нажатии клавиши избежать многократного повторения буквы.

Прежде, чем предложить ребенку стандартный набор диагностических методик, учитель-дефектолог должен оценить (сам, если первым включается в работу с ребенком или оценит эти показатели по наблюдению за действиями других специалистов):

- 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, учитель-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 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.

Учитель-дефектолог совместно с учителем-логопедом оценивает выраженность нарушений речи (разборчивость речи), возможность и целесообразность вербальной формы обследования.

При отсутствии речи, при грубых нарушениях произносительной стороны речи, когда речь малопонятна, 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, учитель-дефектолог предлагает ему задание «Покажи». Например, «покажи зеленый предмет», «покажи большой зеленый предмет», «покажи НЕ большой и НЕ зеленый предмет», «покажи лишний предмет» и т.д.

Предлагая подобные задания, необходимо помнить, что дети с НОДА значительно лучше воспринимают изображения на вертикальной поверхности, чем на горизонтальной. Поэтому сначала нужно показать картинки по одной на доске или, держа их в руке, а затем уже положить на парту перед ребенком. Картинок не должно быть много и лежать они должны на достаточном расстоянии друг от друга, чтобы ребенок мог точно показать выбранную. 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. В заключении ПМПК должны быть приведены конкретные рекомендации по направлению деятельности учителя-дефектолога.

3.1. Обследование детей с задержкой психического развития.

Базовые характеристики психической деятельности и поведения ребенка ЗПР являются коллективным продуктом диагностической работы, раздельно осуществляемой каждым участником комплексного обследования психологом, учителем дефектологом, учителем логопедом, педагогом.

Типологические варианты А, В и С различаются как качественными, так и количественными характеристиками.

Группа А - это дети с ЗПР, в структуре которой на первый план выступают трудности произвольной регуляции деятельности и поведения, признаки общей социальной эмоциональной незрелости.

Группа В - это дети с ЗПР, в структуре которой выступает недоразвитие не только регуляторных функций, но и познавательной сферы. Эта недостаточность в равных пропорциях и у ребенка наблюдается сниженная работоспособность, существенные трудности усвоения учебных

дисциплин, различные поведенческие расстройства, затрудняющие усвоение школьных норм и адаптацию в целом.

Группа С - это дети с ЗПР, структура которой характеризуется значительно более низким в сравнении с возрастной нормой уровнем интеллектуального развития, которая по качественным характеристикам своей структуры приближается к легкой умственной отсталости и имеет отчетливые признаки церебрально - органического генеза.

Использование предлагаемой типологической дифференциации детей с ЗПР представляется полезным:

для определения образовательных и компенсаторных возможностей детей с ЗПР,

уточнения содержания их особых образовательных потребностей;

для выбора образовательного маршрута, определяющего специальные условия образования;

для выделения приоритетных целей коррекционной работы;

для определения задач и сфер взаимодействия психолога с педагогом, учителем дефектологом, врачом и родителями;

для осуществления мониторинга развития ребенка, в т. ч. в сфере его жизненной компетенции.

Образовательный маршрут определяется в соответствии с качественными характеристиками и уровнем развития ребенка к моменту его поступления в школу.

Как соотносятся типологические варианты ЗПР и варианты ПрАООП НОО?

Группа А - ПрАООП НОО для обучающихся с ЗПР. Вариант 7.1.

Группа В - ПрАООП НОО для обучающихся с ЗПР. Вариант 7.2.

Группа С - ПрАООП НОО для обучающихся с ЗПР. Вариант 7.2.
(диагностическое обучение)

Диагностическое обучение может проходить в сроки от 3 - до 6 месяцев. Затем рекомендуется ПрАООП НОО для обучающихся с ЗПР. Вариант 7.2. или ПрАООП УО.

4. Особенности обследования детей с расстройством аутистического спектра специалистами ПМПК.

Общая характеристика расстройств аутистического спектра.

В настоящее время к расстройствам аутистического спектра относятся специфические нарушения развития, характеризующиеся качественным нарушением социального взаимодействия, коммуникации, ограниченными интересами и деятельностью, повторяющимся стереотипным поведением. Несмотря на общие черты, дети с РАС составляют очень неоднородную группу. Базовые нарушения при РАС имеют стойкий и системный характер и могут проявляться практически во всех сферах.

Международная классификация болезней МКБ-10:

общие расстройства психологического развития F84

F84.0–детский аутизм

F84.1 –атипичный аутизм

F84.2-синдром Ретта

F84.3-другое дезинтегративноерасстройство детского возраста

F84.4–гиперактивноерасстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями

F84.5–синдром Аспергера

F84.8–другие общие расстройства развития

F84.9–общее расстройство развития неуточненное

Возможны диагнозы (с подрубриками): F20, F21, F25.21, F07.8, F07.87

Классификация О. С. Никольской.

• 1 группа: глубокая аффективная патология (отрешенность от внешней среды). Отличается отсутствием речи, полевым поведением, дети

практически не имеют точек целенаправленного взаимодействия с окружающим миром;

- 2 группа: активное стремление к сохранению постоянства окружающей среды, коммуникативных и речевых форм. Избирательное стремление к привычным и приятным сенсорным ощущениям. Характерна речь штампами, в инфинитиве или во втором и третьем лице, эхолалии;

- 3 группа: сложные формы аффективной защиты, захваченность собственными переживаниями. Дети, поглощены одними и теми же занятиями, и интересами. При этом сложная программа поведения реализуется в форме монолога, без учета обстоятельств, вне диалога со средой и людьми;

- 4 группа: трудности организации общения при вступлении в диалог с миром и людьми, повыше

Перед проведением первичного обследования, кроме стандартных документов, необходимо узнать:

1. Данные из медицинского анамнеза; какие диагнозы и где были уже поставлены; данные обследований узких специалистов.

2. особенности раннего развития (моторного, речевого, психического);

3. сведения о предшествующей работе с ребенком: в каких учреждениях она происходила, какие методики использовались в ходе занятий;

4. повседневная активность (поведение дома): пользуется ли ребенок речью, понимает ли обращенную речь, выполняет ли просьбы, самостоятельная игра;

5. реакция на новые ситуации; страхи, тревоги, истерики и т.д.; поведение на улице;

6. навыки самообслуживания; проблемы со сном, едой, туалетом; реакция на боль, холод, голод.

Информацию, полученную от родителей, мы анализируем по следующим направлениям:

- преобладающий тип регуляции поведения дома («полевой», на основе выработанных стереотипов, гибкая адаптация к ситуации);
- уровень психической активности (низкий, высокий, адекватный; колебания уровня психической активности в течение дня, истощаемость) и общий фон настроения;
- характер самостоятельной игры и деятельности ребенка дома (например: прыгает на диване, расставляет машинки в ряд, бесконечно играет с пультом от телевизора, предпочитает всякие «хулиганские выходки», тем самым постоянно выводя родителей из себя и провоцируя их на сильные эмоциональные реакции);
- коммуникативные возможности дома: сведения о речевой активности и ее формах, о других способах коммуникации (жесты и пр.);
- степень сформированности основных бытовых навыков (еда, туалет, одевание);
- наличие или отсутствие поведенческих проблем дома (агрессия, страхи, гиперчувствительность к тем или иным воздействиям).

Также перед проведением обследования, при отсутствии медицинского диагноза родителям детей от 16 до 30 месяцев можно предложить M-CHAT-R - скрининговый инструмент для оценки риска расстройства аутистического спектра (РАС) (приложение 1).

Правила проведения первичной психолого-педагогической диагностики детей с РАС (Мамайчук И.И., Моржина Е.В., Захарова И.Ю.).

- необходимо исключить прямой принудительный подход к ребенку;
- перед обследованием необходимо предупредить родителей о недопустимости принудительного контакта;
- в присутствии ребенка не следует собирать анамнез, так как дети очень чувствительны в отношении реакций матери при опросах;
- заблаговременно из зоны досягаемости для ребенка должны быть исключены бьющиеся или острые предметы, вода, еда и пр.;

- из-за гиперчувствительности дети с аутизмом тонко реагируют на посторонние шумы, зрительные стимулы. Поэтому в кабинете должно быть мягкое освещение, тишина, отсутствие резких запахов;

- если ребенок проявляет выраженный негативизм или страх, рекомендуется предложить выбрать игрушку (игрушки заранее подготовлены и лежат в определенном месте). Не стоит делать ему замечание, если он вышел из-за стола, ходит по кабинету и пр.;

- снижение психического тонуса у детей с РАС проявляется в том, что ребенок не выдерживает малейшего напряжения, быстро истощается. Поэтому рекомендуется дать ребенку отдохнуть от выполнения заданий или, наоборот, предъявлять их в ускоренном темпе, если ребенок успешно с ними справляется;

- если ребенок возбужден, не слышит или не хочет слышать взрослого, лучше перейти на шепотную речь;

- в случае если ребенок демонстрирует выраженный негативизм в ответ на просьбы и задания, можно попробовать подключить, например куклу из набора кукольного театра, и обращаться с просьбами к кукле, поощрять ее выполнять задания.

Формирование первичного контакта с ребенком с РАС.

- снижение активности специалиста на начальном этапе взаимодействия;

- следование интересам ребенка;
- дозирование положительных эмоций;
- тестирование интересов ребенка, расширение сферы интересов;
- определение особенностей коммуникации, использование доступных ребенку средств коммуникации

• на первичном приеме лучше, если в контакт с ребенком первоначально вступает один специалист, а другие наблюдают и беседуют с родителями.

Наблюдение

- Как вошел на прием, меняется ли выражение лица, есть ли реакция на незнакомых людей, как передвигается по комнате, адаптировался ли к новой ситуации и за какое время

- Самостоятельная активность

- ✓ На что направлена активность ребенка (отдельные действия, игра и деятельность, продолжительность занятия, полностью ли поглощен своей игрой или реагирует на происходящее)

- ✓ Характеристики поведения: хаотичное/целенаправленное, вялое/активное, стереотипное/гибкое и т.д.

- ✓ Темп собственной активности и темп реагирования на чужую активность, переключаемость, истощаемость

- ✓ Наличие стереотипии, способы аутостимуляции, плавность и координация движений

- Взаимодействие и общение с педагогом и с близкими на приеме: особенности зрительного и тактильного контакта с близкими и незнакомыми людьми, показывает ли игрушки маме

- Особенности коммуникации: направлена ли речь на коммуникацию, связана ли с ситуацией, запас слов, особенности понимания речи, возможность использования первого лица, особенности темпа, ритма, интонирования речи, использует ли жесты для коммуникации, особенности использования жестов

Проведение обследования ребенка с РАС отличается особенностями, обусловленными спецификой нарушения.

- обследование проводится более длительное время;
- диагностика проводится поэтапно и комплексно;
- необходим поиск и адаптация методов, методик и приемов, позволяющих индивидуализировать обследование;
- для обследования должны быть подобраны значимые материалы, поддерживающие интерес ребенка к диагностическому занятию; предметы,

игрушки, иллюстрации с учетом возрастных и индивидуальных особенностей детей, побуждающие их к деятельности.

Анализ данных, полученных на первичном приеме.

- Сенсорная сфера (особенности зрительных, слуховых, тактильных, вестибулярных, проприоцептивных ощущений)
- Двигательная сфера.
- Эмоционально-волевая сфера.
- Речь.
- Познавательная сфера.

Сенсорная сфера (особенности зрительных, слуховых, тактильных, вестибулярных и проприоцептивных ощущений).

- Ведущий канал восприятия.
- Чувство движения и равновесия (реакции сохранения равновесия, защитные реакции, страх и неуверенность при резком изменении позы, особенности обработки кинестетической информации –ощущение позы, вестибулярные аутоstimуляции).
- Особенности тактильных ощущений (сензитивность, скорость и интенсивность реагирования, локализация, аутоstimуляции).
- Особенности зрения, слуха, отношение к запахам и вкусам (сензитивность, реагирование, локализация, аутоstimуляции).

Особенности восприятия у детей с РАС.

- в процессе зрительного восприятия предметов, даже в конце дошкольного возраста, у детей с РАС очень долго сохраняются активные предметно-практические манипуляции, часто наблюдаются рудиментарные способы обследования предметов: обнюхивание, облизывание и пр.;
- сенсорная доминантность (тенденция к восприятию аффективно значимых стимулов в ущерб восприятию других);
- недостаточность сенсорной интеграции

Двигательная сфера.

- Крупная моторика (ползает, ходит, прыгает на двух ногах, на одной).

- Координация движений, особенности зрительно–моторной координации.
- Мануальные предпочтения (право/леворукость), есть ли пересечение средней линии тела руками или ногами, двуручная деятельность.
- Мелкая моторика (берет мелкие предметы, режет ножницами, держит карандаш, кисточку).

Особенности моторного развития детей с РАС.

- нарушение мышечного тонуса, отсутствии плавности движений;
- моторная неловкость, неуклюжесть, недостаточно координированная походка;
- недоразвитие тонкой моторики;
- нарушения организации программы движения при относительно удовлетворительном уровне развития координации движений;
- трудности в усвоении моторных навыков.

Направления работы специалистов.

- Если есть выраженные нарушения, необходимы занятия по сенсорной интеграции или занятия адаптивной физкультурой, игротерапия, предметно-практическая деятельность.
- Кто реализует: психолог, дефектолог, нейропсихолог, специалист по ЛФК/адаптивной физкультуре

Эмоционально-волевая сфера.

характеристика эмоций по силе и дифференцированности, их лабильность и адекватность;

настойчивость в достижении собственных целей;

регуляция поведения (регулируется «полем», стереотипом, объектом, человеком, правилами, гибкая система саморегуляции) умение выбирать; особенности самовосприятия.

Особенности нарушений эмоционально-волевой сферы у детей с РАС.

- стереотипное поведение (раскачивание туловища, размахивание руками, щелканье пальцами или другое повторяющееся поведение);

- агрессия и самоагрессия;
- ригидность и «заикленность» на своих интересах (сопротивление переменам, необычные интересы);
- гиперактивность и нарушение внимания;
- нарушения настроения (депрессия, тревожность, биполярные расстройства).

Речевое развитие и коммуникация.

- способы коммуникации, общения (коммуникация отсутствует, возможна при помощи действия, карточек, жестов, речи);
- понимание речи;
- собственная речь (употребление местоимений, словарь, звукопроизношение, характеристика фразовой речи, специфические особенности речи);
- чтение, письмо.

Проявления нарушений речевого развития при РАС.

- мутизм (примерно у 30-50% детей с аутизмом);
- эхолалии;
- фразы-штампы и слова-штампы;
- отсутствие обращения;
- отсутствие «Я» в речи;
- неправильное употребление местоимений;
- нарушения лексики, семантики, просодики, грамматического строя речи, звукопроизношения, спонтанности высказывания и т.д.

Познавательная сфера.

- показывает, называет предметы, картинки по просьбе;
- доска с вкладышами (собирает путем проб или зрительным соотнесением);
- сериация, выстраивание последовательностей и рядов (матрешка, пирамидка);
- знание основных названий форм, цветов (различение, соотнесение);
- навыки сортировки, классификации;
- счет (порядковый, соотнесение с количеством);

- рисунок, графические навыки;
- конструктивная деятельность;
- объем знаний и представлений.

Пример: формирование заключения: 1-я группа (Викторова Е.А., Новаченко Е.В.).

- Заключение психолога: вариант искаженного развития, с грубыми нарушениями

коммуникации.

- Направления деятельности психолога: работа по выстраиванию элементарных коммуникаций, алгоритмов (простых) продуктивной деятельности. Обучение навыкам альтернативной коммуникации. Консультирование родителей по выстраиванию алгоритмов продуктивной деятельности. Консультирование учителей/воспитателей по учету в образовательном процессе специфики нарушений ребенка.

- Заключение дефектолога: познавательное развитие не соответствует возрасту, объективный уровень знаний, умений и навыков выявить не удается.

- Направления деятельности дефектолога: развитие простых стереотипов продуктивной деятельности с использованием методов альтернативной коммуникации и методов поведенческой терапии.

- Заключение логопеда: специфическое системное недоразвитие речи.

- Направления деятельности логопеда: использование навыков альтернативной коммуникации для развития простой контекстной диалоговой речи. Формирование навыков коммуникации, алгоритмов произвольного высказывания. Формирование алгоритмов освоения письменной речи.

Специальные образовательные условия.

- Обучение по АООП для детей с РАС (8.1., 8.2., 8.3., 8.4.)
- Очная форма / очно-заочная / заочная.

- Режим — полный/неполный день на период адаптации / классно-урочная (в классе малой наполняемости).
- Использование специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов в соответствии с программой.
- Сопровождение тьютором.
- Индивидуальные/мини-групповые занятия: с педагогом-психологом, учителем-логопедом, учителем-дефектологом.

5. Организация обследования детей с девиантным поведением.

Отклоняющееся (девиантное) поведение — это устойчивое поведение личности, отклоняющееся от наиболее важных социальных норм, причиняющее реальный ущерб обществу или самой личности, а также сопровождающееся ее социальной дезадаптацией.

Специфические особенности отклоняющегося поведения личности.

1. Отклоняющееся поведение личности — это поведение, которое не соответствует общепринятым или официально установленным социальным нормам.

Следовательно, девиантное поведение — это нарушение не любых, а лишь наиболее важных для данного общества в данное время социальных норм.

2. Девиантное поведение и личность, его проявляющая, вызывают негативную оценку со стороны других людей.

Негативная оценка может иметь форму общественного осуждения или социальных санкций, в том числе уголовного наказания. Прежде всего санкции выполняют функцию предотвращения нежелательного поведения. Но, с другой стороны, они могут приводить к такому негативному явлению, как *стигматизация личности*.

3. Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно наносит реальный ущерб самой личности или окружающим людям. Это может быть дестабилизация существующего порядка, причинение

морального и материального ущерба, физическое насилие и причинение боли, ухудшение здоровья. В крайних своих проявлениях девиантное поведение представляет непосредственную *угрозу для жизни*, например, суицидальное поведение, насильственные преступления, употребление «тяжелых» наркотиков.

4. Рассматриваемое поведение преимущественно можно охарактеризовать как стойко повторяющееся (многократное или длительное).

5. Для того чтобы поведение можно было квалифицировать как отклоняющееся, оно должно согласовываться с общей направленностью личности.

Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно рассматривается в пределах медицинской нормы.

7. Особенностью отклоняющегося поведения является то, что оно сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации.

8. В качестве последнего признака отклоняющегося поведения можно отметить его выраженное индивидуальное и возрастное своеобразие.

Индивидуальные различия людей затрагивают мотивы поведения, формы проявления, динамику, частоту и степень выраженности.

Возрастные различия.

Следует заметить, что термин «отклоняющееся поведение» может применяться к детям не младше 5 лет, а в строгом смысле — после 9 лет. Ранее 5 лет необходимые представления о социальных нормах в сознании ребенка просто отсутствуют, а самоконтроль осуществляется с помощью взрослых. Только к 9 — 10 годам можно говорить о наличии у ребенка способности самостоятельно следовать социальным нормам

Медицинский критерий понимания феномена девиантного поведения.

«Классификация психических и поведенческих расстройств» называет следующие поведенческие расстройства:

F10-19 — психические и поведенческие расстройства вследствие употребления психоактивных веществ (алкоголя, опиоидов или использования других психоактивных веществ);

F50-59 — поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами (расстройства приема пищи; расстройства сна неорганической природы и т.д.);

F63 — расстройства привычек и влечений (патологическая склонность к азартным играм; патологические поджоги — пиромания; патологическое воровство — клептомания; другие расстройства привычек и влечений);

F65 — расстройства сексуального предпочтения (фетишизм; эксгибиционизм; вуайеризм; педофилия; садомазохизм и т.д.).

МКБ-10 также включает типологию поведенческих расстройств с началом, характерным для детского и подросткового возраста:

F90 — гиперкинетические расстройства;

F91 — расстройства поведения;

F92 — смешанные расстройства поведения и эмоций;

F94 — расстройство социального функционирования.

Схема анализа отклоняющегося поведения.

1. Индивидуально-типологическая ранимость.
2. Нарушения саморегуляции личности.
3. Дефицит ресурсов личности (ее жизненно важных качеств и компенсаторных возможностей).
4. Дефицит социально-поддерживающих систем.
5. Дефицит социально-поддерживающих систем.
6. Особенности отклоняющегося поведения (ОП).
7. Заключение.

Примерный пакет диагностических методик для определения склонности обучающегося к девиантному поведению.

– - Методика «Индивидуально-типологический опросник» (Л.Н. Собчик);

- РАТ (Рисованный апперцептивный тест) (С. Розенцвейг – адаптация Н.В. Тарабриной);
- Опросник для выявления акцентуированных свойств личности Шмишека – Леонгарда;
- ВФТ (вербальный фрустрационный тест)
- Методика «Метаморфозы» (метафорический проективный тест) Ж. Руайер (апробация Н.Я. Семаго);
- Методика определения школьной тревожности (проективный графический тест) (Н.Ю. Максимова, Е.Л. Милютина);
- Проективный тест «Кто я?» (20 позиций) (М. Кун);
- Опросник «Самооценка психических состояний личности» Г. Айзенка;
- Методика диагностики субъективной оценки межличностных отношений ребенка (СОМОР) Н.Я. Семаго;
- Проективные рисуночные тесты «Кинетический рисунок семьи» (Р. Бернс – С. Кауфман);
- Методика измерения самооценки подростков Дембо – Рубинштейн (и различные модификации);
- Методика «Опросник уровня субъективного контроля» (УСК) Е. Ф. Бажина, Е. А. Голынкина, А. М. Эткинда (для детей от 12 лет);
- Копинг-тест Р. Лазаруса;
- Опросник СДП («Склонность к девиантному поведению») (Э.В. Леус, А.Г. Соловьев).

Модель обследования обучающихся с девиантным поведением на ПМПК.

1. Анализ документов.
2. Предварительная психолого-педагогическая диагностика (при необходимости).
3. Диагностика, обучающегося специалистами ПМПК.

4. Формирование заключения (при необходимости повторное ПМПК).

6. Организация обследования детей с социальной депривацией на ПМПК.

Нормативно-правовые аспекты обследования детей с социальной депривацией на ПМПК Федеральный закон № 159 от 21 декабря 1996 года «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» *Основные термины и понятия:*

дети-сироты – это лица в возрасте до 18 лет, у которых умерли оба или единственный родитель;

дети, оставшиеся без попечения родителей, – это лица в возрасте до 18 лет, которые остались без попечения единственного родителя или обоих родителей в связи с лишением их родительских прав, ограничением их в родительских правах, признанием родителей безвестно отсутствующими, недееспособными (ограниченно дееспособными) ..., в иных случаях признания детей оставшимися без попечения родителей в установленном законом порядке.

Психическая депривация является психическим состоянием, возникшим в результате таких жизненных ситуаций, где субъекту не предоставляется возможности для удовлетворения некоторых его основных (жизненных) психических потребностей в достаточной мере и в течение достаточно длительного времени

Порядок обследования.

1. Не обследовать детей в период адаптации.
2. Присутствие на обследовании лица, с которым у ребенка сложились доверительные отношения.
3. Совместная работа со специалистами ППк организации для детей-сирот
4. Выделить время на адаптацию ребенка в помещении ПМПК.
5. Постараться наладить контакт с помощью игровой деятельности.

6. Варьировать место и процедуру обследования.

7. Использовать опросники для законных представителей, видеосъемку и зеркало Гезелла.

В случае невозможности применения тестовых методик, используется метод наблюдения.

7. Особенности деятельности специалистов ПМПК при определении необходимости создания условий при проведении ГИА.

Задачи, стоящие перед ПМПК в части ГИА:

- комплексная диагностика психофизических особенностей развития и возможностей, обучающихся с целью определения необходимости создания условий при проведении ГИА;

- подбор условий при проведении ГИА, учитывающих состояние здоровья, особенности психофизического развития, возможности обучающихся.

В соответствии с пунктом 44 Порядка ГИА-9 и пунктом 53 Порядка ГИА-11 для участников ГИА с ограниченными возможностями здоровья, участников ГИА -детей -инвалидов и инвалидов, а также лиц, обучающихся по состоянию здоровья на дому, в образовательных организациях, в том числе санаторно -курортных, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия для нуждающихся в длительном лечении проведение экзаменов организуется в условиях, учитывающих состояние их здоровья, особенности психофизического развития.

В соответствии с частью 16 статьи 2 ФЗ-273 к лицам с ОВЗ относятся лица, имеющие недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, и подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий. При этом согласно части 1 статьи 79 ФЗ-273 содержание образования и условия организации обучения и воспитания обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья определяются адаптированной образовательной программой, а для инвалидов также в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида.

Учитывая, что исчерпывающий перечень заболеваний, при наличии которых обучающиеся признаются ПМПК лицами с ОВЗ, отсутствует, ПМПК принимает решения по выдаче заключений самостоятельно с учетом особых образовательных потребностей, обучающихся и индивидуальной ситуации развития, *при этом срок обращения в ПМПК может не иметь ключевого значения для принятия решения.*

Согласно пункту 23 Положения о ПМПК заключение ПМПК носит для родителей (законных представителей) обучающихся рекомендательный характер. Предоставленные родителями (законными представителями) обучающихся рекомендации ПМПК являются основанием для создания ОИВ особых условий для обучения и воспитания детей.

Методы, используемые специалистами ПМПК в процессе психолого-педагогического обследования участника ГИА:

- анализ медицинских документов;
- анализ педагогических документов (характеристики из ОО; заключений

ПМПК о создании специальных условий при получении образования – при наличии);

- наблюдение;
- беседа с обучающимся;
- беседа с родителями (законными представителями);
- заполнение обучающимся бланка регистрации участника;
- заполнение опросника обучающимся;
- анализ устных и письменных ответов обучающегося.

Кроме медицинских документов, предоставляемых обучающимся на ПМПК (для разных категорий - медицинское заключение, справка МСЭ,

ИПРА и др.), важное значение для принятия решения о создании условий при проведении ГИА имеет и педагогическая документация:

- педагогическая характеристика из ОО;
- предыдущие заключения ПМПК о создании обучающемуся специальных условий при получении образования, которые подтверждают факт принадлежности обучающегося к категории «обучающихся с ОВЗ») – при наличии;

- предыдущее заключение ПМПК о создании обучающемуся условий при проведении ГИА за курс ОО, СОО (для участников ГИА-10 и ГИА-11) – при наличии;

- Приказ(ы) ОО о переводе обучающегося на обучение на дому – при наличии.

Важное значение в работе ПМПК имеет предоставленная обучающимся подробная педагогическая характеристика из ОО, которая должна отражать общие сведения об обучающемся:

- перечень фактов в период обучения в ОО – переход из ОО в ОО (причины), повторное обучение, наличие помощи, наличие частых, хронических заболеваний и др.);

- программа обучения (основного общего, среднего общего, профессионального; адаптированная основная общеобразовательная для обучающихся с...);

- форма обучения – очная (класс: общеобразовательный, компенсирующий), заочная – с применением дистанционных форм обучения, очно-заочная (на дому);

- условия при получении образования в ОО, которые были созданы обучающемуся (если таковые были созданы);

- получаемая коррекционно-развивающая, психолого-педагогическая помощь (педагог-психолог, учитель-логопед, учитель-дефектолог: олигофренопедагог, тифлопедагог, сурдопедагог).

А также содержать информацию, отражающую условия и результаты образования ребенка в ОО:

- эмоционально-личностное своеобразие отношений обучающегося: специфика отношений со взрослыми, сверстниками;
- наличие понимания имеющихся затруднений, особенностей;
- критичность отношения к успехам/неуспехам;
- особенности поведения неорганизованной и организованной деятельности;
- показатели личностного развития: принятие помощи, личные интересы, достижения, самостоятельность;
- способность к самообслуживанию и сформированность бытовых навыков;
- состояние крупной и мелкой моторики, ведущая рука и другие специфические показатели;
- состояние пространственных ориентировок;
- особенности, специфика познавательных процессов, влияющих на результативность обучения;
- особенности речевого развития и т.д.

Крайне важным при проведении обследования участников ГИА в ПМПК является:

- установление доверительного и доброжелательного контакта с обучающимися и родителями (законными представителями);
- проведение обследования с обязательным учетом психофизических особенностей и возможностей каждой категории обучающихся (слепых, слабовидящих; глухих, слабослышащих; обучающихся с НОДА; обучающихся с РАС; обучающихся с ТНР, с ЗПР).

В результате всесторонней комплексной психолого-педагогической диагностики специалистам ПМПК необходимо оценить:

- адекватность и критичность обучающегося в ситуации обследования;

- значимые психологические особенности обучающегося (по состоянию его коммуникативной деятельности, аффективной сферы);
- поведенческие и эмоциональные реакции в ситуации обследования;
- особенности моторно-двигательной сферы, зрительно-двигательной координации;
- сформированность и особенности почерка, состояние письма и письменной речи;
- особенности развития сенсорной сферы;
- состояние пространственных ориентировок;
- моторно-двигательные и сенсорные возможности обучающегося;
- состояние устной речи обучающегося;
- состояние компенсаторных возможностей при нарушениях моторной и/или сенсорной сферы;
- работоспособность и темп деятельности;
- возможность удерживать внимание в течение всей процедуры обследования;
- эмоциональную устойчивость при затруднениях;
- достигнутый уровень сформированности познавательной деятельности;
- способность высказать свои суждения, намерения, просьбы и т.п.;
- качество и особенности выполнения заданий, особенности деятельности в целом;
- объем и качество корректирующей помощи, необходимой обучающемуся для выполнения заданий;
- необходимость проведения индивидуальных медицинских мероприятий в ходе ГИА на основании предоставленных медицинских документов.

На основании результатов психолого-педагогического обследования, а также сведений, полученных из медицинских и педагогических документов, можно определить категорию участника ГИА (инвалид, ОВЗ и т.д., а также

нозологическую категорию, к которой относится участник ГИА), констатировать необходимость (или ее отсутствие) в создании условий при проведении ГИА, осуществить подбор условий при проведении ГИА, учитывающих состояние здоровья, особенности психофизического развития, возможности обучающегося.

Список литературы.

1. Александровская, Э.М., Кокуркина, Н.И., Куренкова, Н.В. Психологическое сопровождение школьников / Э.М. Александровская, Н.И. Кокуркина, Н.В. Куренкова. - М.: Академия, 2012. - 208 с
2. Алехина С.В., Делибалт В.В., Дворянчиков Н.В., Дозорцева Е. Г., Дебольский М.Г., Дегтярев А.В., Малкин Д.А., Пимонов В.А., Семаго Н.Я., Семаго М.М., Чиркина Р.В. Методические рекомендации по организации обследования детей и подростков с нарушениями поведения/ -Москва: ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. -с.
3. Ахутина Т.В., Иншакова О.Б. Нейропсихологическая диагностика, обследование письма и чтения младших школьников. Издание 2-е, исправленное и дополненное.М.: В. Секачев, 2013. – 132с.
4. Бабкина Н.В. Советы психолога учителям коррекционных классов общеобразовательных школ» / Воспитание и обучение детей с нарушениями развития -2004 -№6.
5. Бабкина Н.В. Оценка психологической готовности детей к школе» пособие для психологов и специалистов коррекционно-развивающего обучения. – М., 2005.
6. Бардышевская М.К., Лебединский В.В. Диагностика эмоциональных нарушений у детей. М., 2003.
7. Битянова, М.Р., Азарова, Т.В., Афанасьева, Е.И. Работа психолога в начальной школе / М.Р. Битянова, Т.В. Азарова, Е.И. Афанасьева. - М.: НОРМА-ИНФРА, 2014. - 352 с.
8. Борисова, Н.В., Прушинский, С.А. Инклюзивное образование: право, принципы, практика / Н.В. Борисова, С.А. Прушинский. - Владимир: Транзит-ИКС, 2009.
9. Бородина Л.Г., Семаго Н.Я., Семаго М.М. Типология отклоняющегося развития. Варианты аутистических расстройств / Под общей редакцией М.М. Семаго. – М.: Генезис, 2020 – 368. (Учебник XXI века).
10. Вакорина Л.Ю., Васягина Н.Н., Герасименко Ю.А., Пестова И.В. Методические рекомендации для образовательных организаций по определению индивидуальной профилактической работы для обучающихся с девиантным поведением / М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018. 41 с
11. Варенова, Т.В. Коррекция развития детей с особыми образовательными потребностями: учебно-метод. пособие / Т В. Варенова. - М.: Форум, 2015. - 272 с.
12. Вильшанская А.Д. Содержание работы дефектолога с учащимися классов КРО /Коррекционная педагогика. – 2003. - № 1. – С. 54 – 56.

13. Герасимович Л.А., Печерский А.В. Описание практик обследования ПМПК обучающихся с девиантным поведением М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей»; ФГБОУ ВО МГППУ, 2018. 36 с.
14. Голиков, Н.А. Психолого-педагогическое сопровождение ребенка с особыми образовательными нуждами в условиях массовой школы: дети-инвалиды в общеобразовательной школе / Н.А. Голиков // Педагогическая техника, 2016. - №6. - С. 93-99.
15. Гудкова, Т.В. Психолого-педагогический опыт работы по использованию полифункциональной среды сенсорной комнаты в
16. Гудкова, Т.В., Тверетина, М.А. Формирование коммуникативной компетенции учащихся с ОВЗ: из опыта работы / Т.В. Гудкова, М.А. Тверетина // Сибирский учитель. - 2016. С. 37-40
17. Гудкова, Т.В. Психолого-педагогический опыт работы по использованию полифункциональной среды сенсорной комнаты в системе сопровождения ребенка с ОВЗ / Т.В. Гудкова // Педагогический профессионализм в образовании: сб. науч. трудов XI Междунар. науч.-практ. конф. (Новосибирск, 18-19 февраля 2015 г.) / под ред. Е.В. Андриенко. - Часть 1. - Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2015. - С. 194-203.
18. Диагностика нарушений устной и письменной речи и программа логопедической работы в дошкольном образовательном учреждении: Сборник методических рекомендаций и программ. – СПб.: Издательство РГПУ им. А.И. Герцена, 2009.
19. Жигорева, М.В., Левченко, И.Ю. Дети с комплексными нарушениями развития: Диагностика и сопровождение / М.В. Жигорева, И.Ю. Левченко. - М.: Национальный книжный центр, 2016. - 208 с.
20. Забрамная, С.Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей: Учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-тов.- 2-е изд., перераб. / С.Д. Забрамная. - М.: Владос, 1995. - 112 с.
21. Зарин Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка с проблемами в развитии: Учебно-методическое пособие. – СПб.: ЦДК проф. Л.Б. Баряевой, 2015.-320 с.
22. Иванов Е.С., Демьянчук Л.Н., Демьянчук Р.В. Детский аутизм: диагностика и коррекция. СПб., 2004.
23. Казакова, Е.И. Система комплексного сопровождения ребенка: от концепции к практике / Е.И. Казакова // Психолого-педагогическое, медико-социальное сопровождение развития ребёнка: материалы Всероссийской научно-практической

- конференции. - СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет педагогического мастерства, 2015. - С. 45-48.
24. Крылова, Н.Б., Александрова, Е.А. Организация индивидуального образования в школе (теория и практика) / Н.Б. Крылова, Е.А. Александрова. - М.: Сентябрь, 2014. - 208 с.
25. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М., 2011.
26. Левченко И.Ю., Абкович А.Я. Диагностика особенностей развития обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата для построения индивидуальной образовательной траектории Методическое пособие 2019г. «Федеральный ресурсный центр по развитию системы комплексного сопровождения детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата» ГАОУ ВО г. Москвы «Московский городской педагогический университет» Институт специального образования и комплексной реабилитации.
27. Методические рекомендации для специалистов ПМПК НОВОСИБИРСК
28. Методические рекомендации по формированию заключений психолого-медико-педагогических комиссий о создании специальных условий при проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего и среднего общего образования. ФГБНУ «ЦЕНТР ЗАЩИТЫ ПРАВ И ИНТЕРЕСОВ ДЕТЕЙ», 2019г.
29. Морозов С.А. Основы диагностики и коррекции расстройств аутистического спектра: Учебно-методическое пособие для слушателей системы повышения квалификации и профессиональной подготовки работников образования. М., 2014, 448с.
30. Нагорная, Г.А. Методологические и технологические основы психолого-педагогического сопровождения молодого поколения в процессе формирования профессионального мышления личности на этапе межпоколенческого перехода / Г.А. Нагорная // Известия Академии педагогических и социальных наук. - 2014. - № 2. - С. 169- 173.
31. Осухова, Н.Г. Социально-психологическое сопровождение. Семья и личность в кризисной ситуации / Н.Г. Осухова // Психологический журнал. - 2013. - № 31.
32. Павлий Т. Н. Диагностика и коррекция эмоциональной сферы детей с ЗПР / Комсомольск-на-Амуре, 2007.
33. Письмо Минобрнауки России от 23.05.2016 N ВК-1074/07 "О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий»

34. Рожков, М.И. Социально-педагогическое сопровождение: концептуальное осмысление процесса / М.И. Рожков // Психология и педагогика социального воспитания: материалы научно-практической конференции, посвященной 80-летию со дня рождения А.Н. Лутошкина. Кострома: КГУ, 2015. - С. 322-329.
35. Семаго М.И. Организация деятельности ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. - М., 2015
36. Семаго М.М., Юдилевич А.Я. Обследование детей с социальной депривацией (воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей), приемных семьях, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей): методические рекомендации для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК)/М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018. 42 с.
37. Спирина, Н.П. Подготовка детей с ОВЗ к школьному обучению: учеб. пособие / Н.П. Спирина, Л. Ю. Александрова. - М.: Владос, 2014. - 96 с.
38. Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития детей раннего и дошкольного возраста: Пособие для учителя-дефектолога. – ВЛАДОС, 2010. – 143с.
39. Ульенкова У.В., Лебедева О.В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям проблемами в развитии: Учебное пособие для высших учебных заведений. – М.: Академия, 2002. – 176с.
40. ФГОС: Выявление особых образовательных потребностей у школьников с ограниченными возможностями здоровья / Под ред. Е.Л. Черкасовой, Е.Н. Моргачёвой.- М.: Инфра-М, 2016. - 144 с.
41. Формирование универсальных учебных действий у младших школьников с особыми образовательными потребностями. ФГОС / Авт.-сост. Т.В. Калабух, Е.В. Клейменова; под ред. Л.Е. Гринина, Н.Е. Волковой-Алексеевой. - Волгоград: Учитель, 2014. - 100 с.
42. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. – 3-е издание, исправленное и дополненное. – М., 2000. – 128с.
43. Шипицына Л.М. Психолого-медико-педагогическая консультация. — СПб.: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2002
44. Шипицына Л.М. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка. — М.: ВЛАДОС, 2003
45. Щукина Д.А. Логопедическая диагностика детей с расстройствами аутистического спектра: Учебно-методическое Пособие,-М.: Редкая птица, 2019, - 192с.

46. Ядрихинский, А.М. Психологическое сопровождение личностного развития учащихся в образовательном процессе / А.М. Ядрихинский // Сибирский педагогический журнал. - 2016. - № 6. - С. 224-229.
47. Яничева, Т.Г. Психологическое сопровождение деятельности школы. Опыт. Подходы. Находка / Т.Г. Яничева // Вектор науки ТГУ. Серия: Педагогика, психология. - 2016. - № 4 (27). - С. 74-77.
- Электронные ресурсы.
1. <https://contact-autism.ru/autism/mchat>

М-CHAT-R - скрининговый инструмент для оценки риска расстройства аутистического спектра (РАС) у детей в возрасте от 16 до 30 месяцев.

М-CHAT-R является авторской методикой и может проводиться, как часть обычного медицинского обследования ребенка.

Основная идея - максимальная чувствительность, что означает выявление настолько большого количества случаев РАС, насколько это возможно. Поэтому существует высокая доля ложноположительных результатов, это означает, что не у каждого ребенка, у которого выявлен риск, будет диагностировано РАС. Тем не менее у этих детей есть высокий риск иных нарушений или задержек развития, следовательно, оценка любого ребенка, у которого выявлен положительный результат, имеет под собой основание.

Постановка диагноза "детский аутизм" и иных расстройств аутистического спектра - ответственность и компетенция детского психиатра-специалиста, прошедшего специальную профессиональную подготовку.

Помните! Ранее выявление и своевременная квалифицированная помощь, программы раннего вмешательства могут значительно улучшить состояние ребенка и функционирование семьи.

Тест для родителей

Пожалуйста, ответьте на вопросы о Вашем ребенке. При ответах учитывайте, как обычно ведет себя ребенок. Если Вы замечали у ребенка поведение несколько раз, но обычно он/она так себя не ведет, то, пожалуйста, ответьте "нет". Пожалуйста, выберите "да" или "нет" в каждом вопросе.

1. Если Вы показываете на что-то на другом конце комнаты, Ваш Да Нет
ребёнок смотрит на это?
(Пример: если Вы показываете на игрушку или животное, ребёнок смотрит на игрушку или животное?)
2. Вы когда-либо предполагали, что Ваш ребёнок может быть Да Нет

глухим?

3. Ваш ребёнок играет в воображаемые или сюжетно-ролевые игры? Да Нет
(Пример: притворяется, что пьёт из пустой чашки, изображает, что говорит по телефону, понарошку кормит куклу или плюшевую игрушку?)
4. Вашему ребёнку нравится забираться на предметы? Да Нет
(Пример: мебель, строения на игровой площадке, лестницы)
5. Ваш ребёнок делает необычные движения пальцами перед его/её глазами? Да Нет
(Пример: Ваш ребёнок шевелит его/её пальцами около его/её глаз?)
6. Ваш ребёнок указывает пальцем, чтобы попросить что-то или получить помощь? Да Нет
(Пример: указывает пальцем на лакомство или игрушку, до которой не может дотянуться)
7. Ваш ребёнок указывает пальцем на что-то интересное, чтобы обратить на это Ваше внимание? Да Нет
(Пример: указывает пальцем на самолёт в небе или на большой грузовик на дороге)
8. Ваш ребёнок интересуется другими детьми? Да Нет
(Пример: Ваш ребёнок наблюдает за другими детьми, улыбается им, идёт к ним?)
9. Ваш ребёнок показывает Вам предметы, принося их Вам или держа их около Вас, просто чтобы поделиться, а не попросить помощь? Да Нет
(Пример: показывает Вам цветок, мягкую игрушку или игрушечный грузовик)

10. Ваш ребёнок отзывается, когда Вы зовёте его/её по имени? Да Нет
(Пример: ребёнок оглядывается на Вас, говорит или лепечет, прекращает то, что он/она делает, когда Вы зовёте его/её по имени?)
11. Когда Вы улыбаетесь Вашему ребёнку, он/она улыбается Вам Да Нет
в ответ?
12. Ваш ребёнок расстраивается от бытовых звуков? Да Нет
(Пример: Ваш ребёнок кричит или плачет от таких звуков как шум пылесоса или громкая музыка?)
13. Ваш ребёнок умеет ходить? Да Нет
14. Ваш ребёнок смотрит Вам в глаза, когда Вы говорите с Да Нет
ним/ней, играете с ним/ней или одеваете его/её?
15. Ваш ребёнок пытается копировать то, что Вы делаете? Да Нет
(Пример: машет рукой при прощании, хлопает в ладоши, издаёт смешные звуки Вам в ответ)
16. Если Вы оборачиваетесь, чтобы на что-то взглянуть, то Ваш Да Нет
ребёнок оглядывается вокруг, чтобы увидеть то, на что Вы смотрите?
17. Ваш ребёнок пытается обратить на себя Ваш взгляд? Да Нет
(Пример: Ваш ребёнок смотрит на Вас, ожидая похвалу, или говорит «смотри», или «посмотри на меня»)
18. Ваш ребёнок понимает, когда Вы говорите ему/ей что-то Да Нет
сделать?
(Пример: если Вы не сделаете указательных движений, то ребёнок сможет понять «положи книгу на стул» или «принеси мне одеяло»?)
19. Если происходит что-то необычное, то ребёнок смотрит на Да Нет

Ваше лицо, чтобы понять, как Вы к этому относитесь?
(Пример: если он/она услышит странный или забавный звук или увидит новую игрушку, то он/она посмотрит на Ваше лицо?)

20. Вашему ребёнку нравится двигательная активность? Да Нет
(Пример: когда кружат или подбрасывают на коленях)

Интерпретация (для педагогов)

Данный тест целесообразнее всего проводить в онлайн-режиме, с автоматическим подсчётом баллов/результата.

Ответ «НЕТ» по всем пунктам, за исключением 2, 5 и 12, указывает на риск РАС; ответ «ДА» для пунктов 2, 5 и 12 указывает на риск РАС. Следующий алгоритм максимизирует психометрические свойства М-СНАТ-R:

НИЗКИЙ РИСК: Количество баллов 0-2; если ребёнок младше 24 месяцев, то проведите повторное тестирование по достижению им 2 лет. Никаких дополнительных действий не требуется, если наблюдение не выявляет риск РАС.

СРЕДНИЙ РИСК: Количество баллов 3-7; используйте дополнительное пошаговое интервью (второй этап М- СНАТ-R/F) для получения дополнительной информации об ответах, указывающих на риск РАС. Если количество баллов М-СНАТ-R/F составляет 2 и выше, то результат тестирования положительный.

Рекомендованные действия: обратиться за диагностикой и оценкой необходимости раннего вмешательства. Если количество баллов этапа дополнительного пошагового интервью составляет 0-1, то результат тестирования отрицательный. Никаких дополнительных действий не требуется, если наблюдение не выявляет риск РАС. Ребёнок должен быть повторно обследован на будущих профилактических осмотрах.

ВЫСОКИЙ РИСК: Количество баллов 8-20; допустимо пропустить этап дополнительного пошагового интервью и немедленно обратиться за диагностикой и оценкой необходимости раннего вмешательства.