

Департамент образования мэрии города Новосибирска

Муниципальное казенное учреждение
дополнительного профессионального образования города Новосибирска
«Городской центр образования и здоровья «Магистр»



МКУ ДПО "ГЦОиЗ"Магистр"

**Территориальная психолого-медико-педагогическая комиссия города
Новосибирска: вчера, сегодня, завтра (сборник статей).**

Новосибирск

2022

УДК 376.1.015.3(082)

ББК 74.5я43+88.6я43

Т35

Рецензенты:

Редакционная коллегия:

Н.А. Складнова, директор МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр», доктор мед. наук, профессор, Отличник здравоохранения РФ, Почетный работник общего образования РФ;

И.С. Субботина, руководитель ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр».

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	
<i>Субботина Ирина Станиславовна</i>	
Деятельность ТПМПК города Новосибирска: от истоков до сегодняшних дней.....	
<i>Субботина Ирина Станиславовна</i>	
Организация деятельности ПМПК и психолого-педагогического консилиума образовательной организации по комплексному сопровождению обучающихся с ограниченными возможностями здоровья	
<i>Работа Марина Викторовна</i>	
Организация деятельности учителя-дефектолога ПМПК	
<i>Кочнева Алина Александровна</i>	
Деятельность учителя-логопеда ПМПК	
<i>Чулимова Кристина Владимировна, Сергеева Мария Владимировна</i>	
Организация деятельности педагога-психолога психолого-медико-педагогической комиссии	
<i>Работа Марина Викторовна</i>	
Формирование заключений ПМПК для обучающихся 9, 11 классов по созданию условий прохождения государственной итоговой аттестации.....	
<i>Шугаева Юлия Викторовна</i>	
Специфика обследования на ПМПК обучающихся с отклоняющимся поведением с различными вариантами школьной дезадаптации	
<i>Лавреха Инна Владимировна</i>	
Роль ПМПК в организации психолого-педагогического сопровождения обучающихся с неродным русским языком	
<i>Кузнецова Ольга Борисовна, Танакова Ирина Александровна, Оборина Юлия Анатольевна</i>	

Обследование и консультативное сопровождение детей с психологической депривацией (воспитывающихся в семьях опекунов (попечителей), приёмных семьях, в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей) в рамках деятельности ПМПК

Работа Марина Викторовна, Сергеева Мария Владимировна

Дистанционное обследование обучающихся в условиях ПМПК. Из опыта работы ТППМК г. Новосибирска.....

Чулимова Кристина Владимировна

Проблемы диагностики и определения специальных образовательных условий для детей раннего возраста на ПМПК

Лавреха Инна Владимировна

Особенности диагностики речевого развития детей раннего возраста в условиях ПМПК.....

Субботина Ирина Станиславовна, Лавреха Инна Владимировна, Фролова Наталья Владимировна

Оказание своевременной комплексной психолого-педагогической помощи семье ребенка с особенностями развития (из опыта ТППМК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»).....

Боровкова Надежда Сергеевна

Создание модели психолого-педагогического сопровождения детей дошкольного возраста с РАС в условиях группы общеразвивающей направленности

Кочнева Алина Александровна

Влияние электронных устройств на развитие речи ребенка.....

ПРЕДИСЛОВИЕ

Психолого-медико-педагогическая комиссия (далее – ПМПК) является уникальной отечественной практикой оказания комплексной помощи детскому населению.

Исторически ПМПК ориентирована на детей и подростков с отклонениями в развитии, но последние десятилетия со всей очевидностью показали, что в поле зрения специалистов ПМПК часто попадают обучающиеся с разными проблемами школьной и социальной дезадаптации, дети, находящиеся в трудной жизненной ситуации, социально опасном положении, а также в кризисных состояниях.

На 01.01.2021 года численность детского населения в городе Новосибирске составляет **354 454** ребёнка, из них: **28 350** обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, **5 466** детей-инвалидов (по данным Единой базы данных детей с ОВЗ и детей-инвалидов Новосибирской области), **3 166** детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Таким образом, значительное количество детей и подростков нашего города испытывают особые образовательные потребности – постоянные или временные трудности при получении образования, связанные с проблемами в развитии, а также с социально-экономическими, культурными, национальными, языковыми, географическими или другими факторами.

Учитывая, что к особым образовательным потребностям относятся своевременное выявление и коррекция/компенсация нарушений развития, особая организация образовательного процесса, использование специальных методов и средств обучения, то значимость роли ПМПК на современном этапе развития образования не вызывает сомнения.

В настоящее время образовательная ситуация характеризуется большим количеством существенных изменений, что обусловлено развитием нормативной базы в сфере образования лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), развитием инклюзивной практики,

включением в образовательный процесс детей, ранее «не подлежащих обучению в учреждениях образования по состоянию здоровья и интеллекта» [10].

Всё это непосредственно отразилось на деятельности ПМПК: изменились её функции, определены роль и место в системе образования, расширились полномочия, уточнён характер отношений с образовательными организациями и органами управления в сфере образования.

Таким образом, в современных образовательных условиях роль и ответственность ПМПК значительно возрастают, существенно расширяется круг вопросов, которые решают специалисты ПМПК. Наряду с традиционными – диагностической и консультативной функциями – востребованными становятся информационно-аналитическая, образовательная, экспертная деятельность специалистов ПМПК. Значительно увеличивается количество запросов со стороны других ведомств. Всё это требует от специалистов ПМПК не только предметной квалификации в области дефектологии или логопедии, но и знаний в смежных областях, владения современной нормативной и правовой базой, определённой профессиональной культуры, умения взаимодействовать в команде, приходить к коллегиальному решению, корректно взаимодействовать с родителями. От этого во многом зависит эффективность работы самой комиссии.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ТПМПК ГОРОДА НОВОСИБИРСКА: ОТ ИСТОКОВ ДО СЕГОДНЯШНИХ ДНЕЙ

*Субботина И.С.,
руководитель ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»*

Деятельность муниципального казенного учреждения дополнительного профессионального образования города Новосибирска «Городской центр образования и здоровья «Магистр» (далее - МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр») направлена на реализацию образовательной политики и стратегии деятельности департамента образования мэрии города Новосибирска в вопросах сохранения и укрепления здоровья участников образовательного процесса. 26 лет городской центр образования и здоровья «Магистр», возглавляемый доктором медицинских наук, профессором, Отличником здравоохранения, Почетным работником общего образования РФ Ниной Александровной Склиановой, работает на благо муниципальной системы образования города Новосибирска.

Фото 1. Склианова Н.А.



Одно из ведущих мест в структуре МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр» занимает Территориальная (ранее городская) психолого-медико-педагогическая комиссия, на протяжении 25 лет осуществляющая свою деятельность в интересах детей и подростков с особыми образовательными потребностями.

Значительный вклад в становление ТПМПК внесли известные практики нашего города: Петрова Лариса Яковлевна, учитель-логопед, Почетный работник общего образования РФ, заведующий первого состава городской ПМПК; Лайтер Наталья Иосифовна, педагог-психолог; Сирина Алла Михайловна, врач-психиатр; Нехаева Галина Михайловна, учитель-логопед, дефектолог; Болдырева Софья Леонтьевна, учитель-дефектолог.

Фото 2. Петрова Л.Я., учитель-логопед, Почетный работник общего образования РФ, заведующий первого состава городской ПМПК



Фото 3. Нехаева Г.М., учитель-логопед, дефектолог



Развитие и становление муниципальной системы психолого-медико-педагогических комиссий тесным образом связано с историей формирования сети специальных (коррекционных) образовательных учреждений в нашем городе.

В 20 – 30-е гг. XX столетия в РСФСР параллельно с введением всеобщего обязательного начального обучения формировалась система коррекционного образования с тремя типами специальных школ: для глухих, слепых и умственно отсталых детей. В это время в Новосибирске были

открыты первые коррекционные учреждения: специальная школа для глухих детей № 37 (1928 г), начальная школа для незрячих детей № 39 (1932 г), вспомогательные школы для умственно отсталых детей № 53 (1935 г) и № 60 (1936 г).

В 50 – 90-е гг. система коррекционного образования в городе целенаправленно развивалась и совершенствовалась: были открыты специальная (коррекционная школа) № 116 для детей с нарушениями речи (1956 г.), специальная (коррекционная школа) № 152 для детей, больных полиомиелитом (1962 г), вспомогательные школы для умственно отсталых детей в каждом районе города.

Одновременно в дошкольных учреждениях открывались группы специального назначения: логопедические, ортопедические, для детей с дефектами зрения, задержкой психического развития.

Изначально «отбором» детей с проблемами в психофизическом развитии в эти учреждения занимались специальные врачебно-отборочные комиссии, создаваемые совместно органами образования, здравоохранения, социальной защиты населения и осуществляющие свою деятельность по мере необходимости, в соответствии с запросом.

В состав врачебно-отборочных комиссий входили представители отделов образования, здравоохранения, социального обеспечения, врачи соответствующего профиля (детский психоневролог, педиатр, отоларинголог, офтальмолог, ортопед), логопед, дефектолог/педагог образовательного учреждения, секретарь. Комиссии проводились на базе детской больницы, специальной школы или дошкольного учреждения, где имелись необходимые условия для всестороннего обследования детей.

Позже стали создаваться медико-педагогические комиссии (далее МПК) городского или районного уровня, которые занимались комплектованием специальных учреждений для детей с различными нарушениями развития. При этом для каждого типа детских учреждений существовали свои медико-педагогические комиссии.

Как правило, в состав МПК включались квалифицированные специалисты разных профилей. Однако цель, организация и условия их работы: направленность на «отбор» детей с отклонениями в развитии в специальные школы и группы в соответствии с инструкциями, работа по мере необходимости, решение узких профессиональных задач, отсутствие в составе психологов, ограниченность времени обследования детей, невозможность при одноразовых обследованиях проследить динамику развития и др. – все это ограничивало возможность целостного подхода к ребенку, снижало качество медицинской и психолого-педагогической диагностики. Такая ситуация была адекватной тому времени, когда система отечественного специального образования отличалась стремлением к постоянству и недостаточной гибкостью.

01.04.1997 г в целях «выявления, учета, диагностики детей и подростков с отклонениями в развитии, отбора в специальные учебно-воспитательные

учреждения и консультирования родителей» приказом Управления образования мэрии г. Новосибирска № 65 от 28.03.1997 года была открыта постоянно действующая освобожденная городская психолого-медико-педагогическая консультация (далее ГПМПК), из расчета на 100 тысяч детского населения, как структурное подразделение городского валеологического центра «Магистр». Данным приказом было утверждено положение о городской ПМПК, штатное расписание, должностные обязанности заведующего и специалистов ПМПК.

Деятельность городской ПМПК была направлена на решение проблем, связанных не только со своевременным выявлением, но и воспитанием, обучением, социальной адаптацией и интеграцией в общество детей с различными отклонениями в развитии, исходя из индивидуальных особенностей каждого конкретного ребёнка и с учетом многообразия и изменчивости местного и регионального социума.

С этого времени в нашем городе начала формироваться система психолого-медико-педагогической диагностики детей с проблемами в развитии: обучающихся школ и воспитанников дошкольных образовательных организаций, детей, находящихся в учреждениях здравоохранения (дома ребёнка), социальной защиты населения (приюты, детские дома, в том числе семейные). Важным направлением стало консультирование лиц, представляющих интересы таких обучающихся.

Фото 4. Петрова Л.Я, заведующий городской ПМПК, Сирина А.М., врач-психиатр, Нехаева Г.М., учитель-логопед, дефектолог, Субботина И.С., педагог-психолог, Каторгина А.А., педагог-психолог, 2005 г., в с(к)нш «Сибирский лучик»



Из числа детей, обследованных специалистами городской ПМПК вплоть до 2011 года значительную часть (до 50%) составляли дети, оставшиеся без попечения родителей и дети-сироты, которые ежегодно проходили динамическое обследование в ПМПК.

Фото 5. С воспитанниками Сибирского Кадетского Корпуса, 2005 год



Следует отметить, что специалисты ГЦОиЗ «Магистр» всегда уделяли особое внимание воспитанникам подросткового возраста и выпускникам учреждений общественного воспитания (детских домов, приютов), имеющим признаки социально-психологической дезадаптации. С ними работали педагоги-психологи, тренеры, психотерапевты, психиатры, наркологи различных структурных подразделений центра «Магистр».

03.05.2005 г. приказом управления образования г. Новосибирска №364 «О совершенствовании деятельности городской ПМПК ГЦОиЗ «Магистр» было утверждено новое Типовое положение о городской ПМПК, а также в обязанности ГПМПК вменены контроль и координация деятельности городских ПМПК по отбору детей в дошкольные учреждения (группы) специального назначения, районных ПМПК. С этого момента стали разрабатываться единые требования к процедуре обследования детей на ПМПК, а также формам документации и статистической отчетности по результатам деятельности специалистов ПМПК всех уровней.

В целом, практика районных и городских комиссий по отбору детей в специальные учреждения и группы долгое время обеспечивала доступность услуги ПМПК непосредственно по месту реального обучения и проживания детей, позволяла оказывать методическую помощь образовательным учреждениям.

Наряду с этим правовое поле деятельности данных комиссий оставалось недостаточно разработанным.

В целях совершенствования деятельности по психолого-медико-педагогическому сопровождению детей и подростков с ОВЗ на основании Постановления мэрии г. Новосибирска от 30.09.2015 №5965 «О создании

ТПМПК г. Новосибирска» городская ПМПК была переименована в Территориальную, а в её состав были включены комиссии, осуществляющие деятельность на базе специальных (коррекционных) школ и городские дошкольные комиссии.

Фото 6. Субботина И.С., руководитель ТПМПК г. Новосибирска



Мониторинг деятельности данных комиссий, проведённый специалистами ТПМПК, позволил выявить ряд несоблюдений отдельных положений Приказа Министерства образования и науки РФ «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» от 20.09.2013 №1082, что противоречило идеологии ПМПК на современном этапе развития образования.

Фото 7. Субботина И.С., руководитель ТПМПК, Танакова И.А., педагог-психолог, Фролова Н.В., учитель-логопед, Лавреха И.В., учитель-логопед, Шугаева Ю.В, педагог-психолог, Емельянова Т.А., учитель-дефектолог



Для решения данных проблем специалистами ТПМПК ГЦОиЗ «Магистр» осуществлялось методическое сопровождение специалистов новых составов ПМПК в форме индивидуальных и групповых консультаций, интерактивных занятий, методических совещаний по вопросам оформления рабочей документации, проектирования коллегиального заключения ПМПК, разработки рекомендаций по созданию специальных образовательных условий. Кроме того, были инициированы и проведены курсы повышения квалификации на базе ГАУ ДПО НСО НИПКиПРО по вопросам организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в современных образовательных условиях.

Проведенная работа позволила упорядочить и регламентировать деятельность ПМПК различных уровней, организовать её в едином нормативном и понятийном поле, реализовать единые подходы к осуществлению основных функций ПМПК.

В настоящее время ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр» имеет централизованную модель, осуществляет свою деятельность на территории города. В структуру ТПМПК входят:

- 4 комиссии, осуществляющих деятельность на постоянной основе;
- 6 удаленных отделов ТПМПК на базе специальных (коррекционных) школ, обеспечивающих функционирование комиссии в районах города по определенному графику (2-3 раза в месяц). Система работы данных комиссий позволяет сделать услуги ТПМПК более доступными для детского населения непосредственно по месту проживания. Положительным моментом является то, что специалисты владеют полной информацией о ресурсах образовательных организаций своего района (знают особенности кадрового, материально-технического обеспечения, опыт учреждений в работе с определёнными категориями детей). Кроме того,

специалисты данных комиссий осуществляют тесное взаимодействие с психолого-педагогическими консилиумами (далее – ППк) образовательных организаций района;

- профильные комиссии: офтальмологическая, сурдологическая, логопедическая, а также комиссия для детей и подростков, находящихся в кризисных состояниях.

Состав профильных комиссий сформирован из опытных специалистов педагогического и медицинского профиля (офтальмологи, тифлопедагоги, невролог, сурдолог, сурдопедагоги, клинические психологи, учителя-логопеды), хорошо знающих особенности, проблематику, необходимые условия для получения образования, в том числе использование технических средств, специального дидактического материала для разных категорий детей с особыми образовательными потребностями.

Фото 8. Учителя-логопеды ТПМПК, 2022 год



Следует отметить, что организационная модель ТПМПК постоянно развивается: увеличивается количество комиссий, осуществляющих деятельность на постоянной основе, появляются профильные комиссии, что делает услугу ТПМПК более доступной, адресной и качественной.

Диаграмма 1.

Организационная модель ТПМПК



Все специалисты ТПМПК имеют высшее образование в области специальной педагогики и психологии, большой практический опыт работы в сфере как общего, так и коррекционного образования, что позволяет им на достаточно высоком профессиональном уровне выполнять все законодательно определённые функции ТПМПК.

Фото 9. Городское родительское собрание, 2022 год.



В центре «Магистр» консолидированы ресурсы специалистов разного профиля, поэтому в диагностически сложных или конфликтных случаях специалисты ТПМПК имеют возможность привлечь в качестве экспертов или консультантов специалистов других структурных подразделений (юриста, специалиста инклюзивного образования, психолога - специалиста в области расстройств аутистического спектра, клинического психолога, специалистов службы ранней помощи).

Кроме того, организация деятельности ТПМПК как структурного подразделения ГЦОиЗ «Магистр» позволяет сохранять квалифицированные кадры, накапливать положительный профессиональный опыт, создаёт возможность материально-технического оснащения ТПМПК.

Учитывая, что ТПМПК является социально значимой структурой для лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) и инвалидностью, департаментом образования и руководством центра «Магистр» уделяется большое внимание вопросам обеспечения доступности услуги ТПМПК, в том числе для маломобильных категорий граждан. Обеспечены архитектурная, территориальная, а также информационная доступность:

- **архитектурная доступность** – имеется автостоянка для инвалидов, входы во все отделы ТПМПК оборудованы пандусом, широкими дверными проёмами, поручнями вдоль стен, нескользящим напольным покрытием;
- **территориальная доступность** – обследование детей и подростков осуществляется не только стационарно, т.е. по месту

расположения ТПМПК, но и в случае необходимости в образовательных, медицинских, осуществляющих социальное обеспечение организациях, на дому. В случае тяжелого общего состояния ребенка-инвалида, препятствующего его транспортировке, по заявлению родителей и при наличии технических возможностей обследование комиссией может проводиться заочно (посредством видео-конференц-связи, Skype и др.);

- **информационная доступность** – на официальном сайте Центра «Магистр» размещена информация о направлениях деятельности ТПМПК, о специалистах, нормативно-правовые документы в сфере образования, новостная информация, видеоконсультации, рубрика «Часто задаваемые вопросы», «Методические рекомендации» для родителей и педагогических работников, в том числе разработанные специалистами ТПМПК.

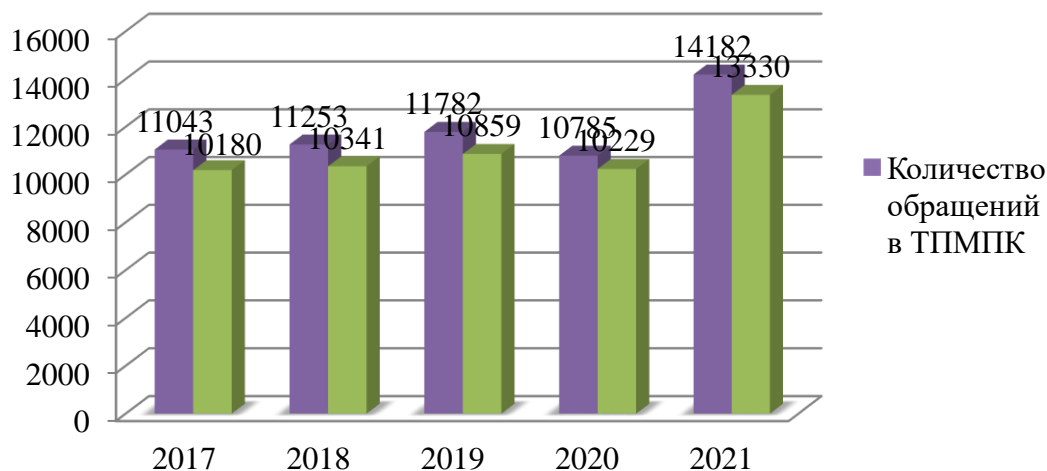
На телефон ТПМПК подключена услуга «Виртуальная АТС» с функциями распределения и переадресации звонков в нужный отдел, обеспечения связи между сотрудниками, голосовых сценариев с информацией о необходимых документах для прохождения ТПМПК и адресах комиссий в районах города. Для родителей данная услуга делает процедуру записи на ТПМПК более доступной.

Деятельность ТПМПК выстраивается как целостная система, основным направлением которой является **экспертно-диагностическая работа**.

Количество ежегодных обращений в ТПМПК составляет более 11000. Из них не менее 90% от общего количества составляют дети с ОВЗ.

Диаграмма 2.

Динамика количества обращений в ТПМПК города Новосибирска по годам.



Как показывают аналитические данные ТПМПК, в настоящее время происходит не только увеличение численности детей с ОВЗ. Наблюдается *качественное* изменение состава обучающихся (всё больше детей с сочетанными, тяжелыми нарушениями, эмоциональными, поведенческими проблемами, дисгармоническим формированием личности приходят в образовательные организации). Только за последние 5 лет в 7 раз увеличилось количество обращений в ТПМПК детей с расстройствами аутистического спектра (далее – РАС), в 2 раза – с разными формами

умственной отсталости. Кроме того, мы видим увеличение количества детей, у которых нет ярких нарушений развития, но есть особые образовательные потребности, обусловленные другими причинами (дети, не владеющие языком обучения; дети с девиантным, в том числе суицидальным поведением; дети с опытом депривации и т.д.). В связи с чем, даже при наличии специальных условий, становится всё труднее осуществлять процесс качественного психолого-педагогического сопровождения обучающихся с особыми образовательными потребностями.

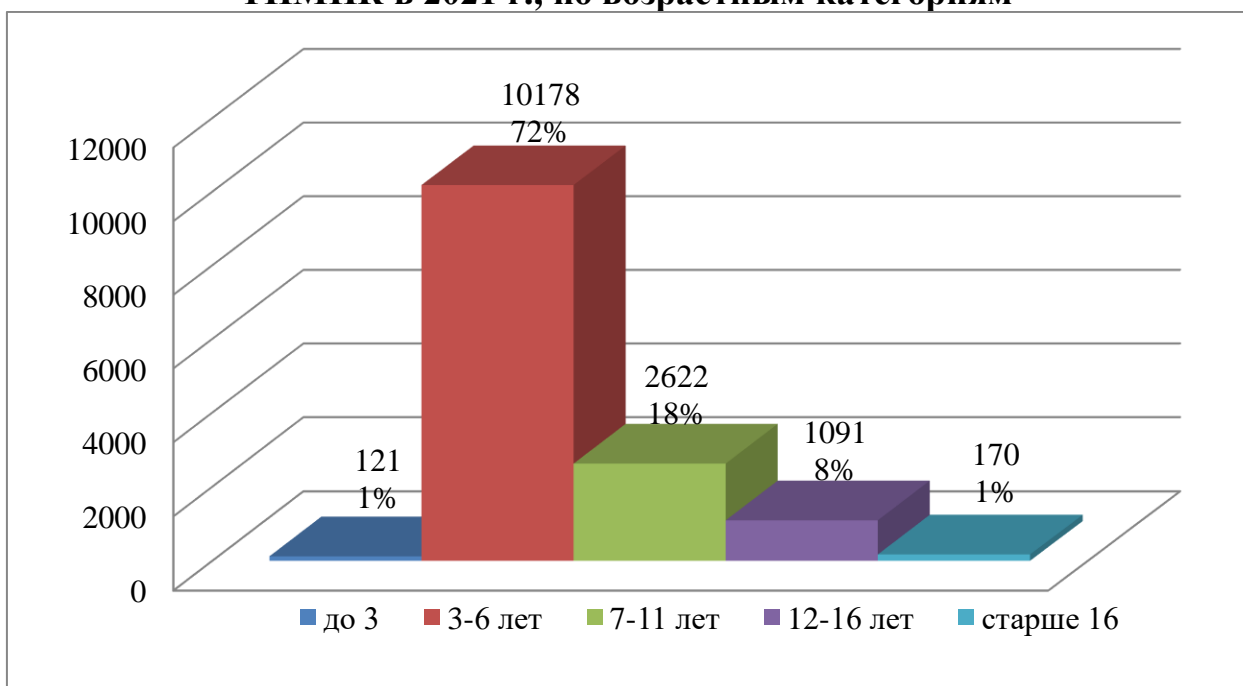
Анализ статистических данных по возрастам за 2021 г. показывает, что 72 % от общего количества обратившихся в ТПМПК – дети дошкольного возраста.

Это свидетельствует о том, что на уровне города:

- выявление детей с особенностями в развитии является своевременным, что обеспечивает профилактику возможных трудностей обучения и социализации;
- приобретает системный характер обращение на ТПМПК семей с детьми раннего возраста;
- инклюзивная образовательная среда для детей с ОВЗ выстраивается, начиная с дошкольного этапа образования.

Диаграмма 3.

Распределение детей и подростков, прошедших обследование в ТПМПК в 2021 г., по возрастным категориям



Одним из важнейших направлений деятельности ТПМПК является **консультирование**, которое осуществляется в отношении лиц, представляющих интересы детей и подростков. Данное направление способствует осознанию родителями своей роли в развитии ребёнка, благоприятной социализации детей с особыми образовательными

потребностями, обеспечению психологической безопасности образовательной среды, созданию адекватных образовательных условий, а также повышению качества образования данной категории детей.

Фото 10. Выездное заседание



В рамках **образовательно-просветительской деятельности** с целью повышения психолого-педагогической компетентности и правовой осведомленности работников образования специалисты ТПМПК проводят научно-практические, практико-ориентированные семинары, методические совещания. На протяжении многих лет стабильно высоким остаётся количество запросов от образовательных и иных организаций на просветительскую деятельность специалистов ТПМПК, что обусловлено реализацией ФГОС ОВЗ НОО и ФГОС обучающихся с умственной отсталостью, а также развитием инклюзивного образования в городе Новосибирске.

Специалисты других учреждений и ведомств, с которыми ТПМПК взаимодействует по вопросам сопровождения детей с особыми образовательными потребностями, – это еще один адресат просветительской деятельности ТПМПК. Очень важно довести до сведения этих специалистов цель, задачи, направления деятельности ТПМПК; информировать их о показаниях и своевременности направления детей и подростков в ТПМПК.

Это позволит организовать межведомственное взаимодействие в едином нормативном и смысловом поле.

Следует отметить, что организация образовательно-просветительской деятельности с использованием дистанционных технологий позволила специалистам ТПМПК не только расширить целевую аудиторию до федерального уровня, но и самим интегрироваться во Всероссийское профессиональное образовательное пространство с обобщением собственного практического опыта.

Так, специалисты ТПМПК приняли активное участие во Всероссийском конкурсе «Методические разработки в области психологического сопровождения образовательного процесса» с проектом «Модель психолого-педагогического консилиума образовательной организации» (Диплом победителя I степени получила педагог-психолог Танакова И.А.); Всероссийской педагогической конференции на сетевом образовательном издании «Магистр» «Технологии сотрудничества педагога с родителями» со статьёй «Психолого-педагогическое сопровождение родителей, обучающихся с ОВЗ в образовательной организации» (педагог-психолог Танакова И.А.); Всероссийской научно-практической конференции «Педагогическое мастерство и педагогические технологии» с выступлением по теме «Преодоление школьной дезадаптации в условиях семьи и образовательной организации» (педагог-психолог Шугаева Ю.В.).

Активное участие специалисты ТПМПК принимают в курсах повышения квалификации для специалистов образования, проводимых МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр», МКУ ДПО «ГЦРО», ГАУ ДПО НСО НИПКиПРО и по вопросам организации психолого-педагогического сопровождения детей с ОВЗ. При непосредственном участии специалистов ТПМПК проходит ежегодная Городская научно-практическая конференция «Инклюзивная практика в системе образования города Новосибирска». Специалисты ТПМПК г. Новосибирска регулярно приглашаются в качестве экспертов областного семинара «Актуальные вопросы в деятельности психолого-медико-педагогических комиссий Новосибирской области», проводимого ГБУ НСО «ОЦДК» при поддержке Министерства образования Новосибирской области, а также региональных вебинарах в рамках работы «Интерактивного министерства» на базе Новосибирского института мониторинга и развития образования.

Особое внимание специалисты ТПМПК уделяют работе с родительским сообществом, которая проводится в формате общегородских родительских собраний, встреч с общественными родительскими организациями, видеоконсультаций, посвященных актуальным вопросам, находящимся в сфере компетенции ТПМПК (что нужно знать родителям о ПМПК и процедуре обследования, права детей-инвалидов и детей с ОВЗ в образовании, обязанности и ответственность семьи за полноценное развитие и воспитание ребёнка, профилактика и коррекция недостатков в развитии

детей и отклонений в поведении). Такие встречи позволяют вести открытый диалог с родителями, а также снять настороженное отношение к ПМПК.

Анализируя деятельность ТПМПК г. Новосибирска по всем направлениям, следует отметить ряд **положительных результатов**:

- востребованность деятельности ТПМПК на современном этапе развития образования, о чем свидетельствует стабильно высокое количество обращений в ТПМПК;

- переход к централизованной модели ТПМПК на уровне города, что даёт возможность обеспечения единого стандарта услуги ТПМПК на территории города, распределения внутренних кадровых и материально-технических ресурсов, а также достаточно высокого уровня управления;

- унификация деятельности всех составов ТПМПК города в соответствии с федеральными, региональными и локальными нормативно-правовыми актами;

- адресность и качество услуги ТПМПК, что обеспечивается имеющейся организационной моделью ТПМПК, включающей сеть профильных комиссий, а также сохранением стабильного кадрового состава и организацией повышения квалификации специалистов на постоянной основе;

- реализация всех законодательно определённых функций ПМПК, включая новые направления (подготовка по результатам обследования рекомендаций по созданию специальных условий проведения государственной итоговой аттестации, а также определение условий организации индивидуальной профилактической работы для обучающихся с девиантным поведением);

- повышение качества взаимодействия ТПМПК с другими учреждениями и ведомствами (МСЭ, детской психиатрической службой, учреждениями социальной поддержки населения), родительской общественностью по вопросам комплексного сопровождения детей-инвалидов и обучающихся с ограниченными возможностями здоровья;

- обеспечение архитектурной, территориальной и информационной доступности услуги ТПМПК, в том числе для маломобильных категорий граждан.

Сегодня ТПМПК г. Новосибирска активно развивается и уверенно смотрит в будущее, ставит перед собой новые задачи, определяет ключевые ориентиры. А приобретая новые функции и компетенции, – становится еще более сильным звеном психолого-медико-педагогического сопровождения обучающихся с особыми образовательными потребностями.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПМПК И ПСИХОЛОГО-
ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСИЛИУМА
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО КОМПЛЕКСНОМУ
СОПРОВОЖДЕНИЮ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОГРАНИЧЕННЫМИ
ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ**

Субботина И.С.,

руководитель ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Психолого-медико-педагогическая комиссия является первичным элементом системы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья. ПМПК – это структура, с которой начинается путь ребёнка с ОВЗ в образовании.

Деятельность ПМПК имеет ряд характерных особенностей:

- достаточно широкий возрастной диапазон детей и подростков, обращающихся на ПМПК (от рождения до 18 лет);
- приоритетность экспертно-диагностической функции;
- краткосрочность диагностической сессии;
- работа специалистов в междисциплинарной команде;
- владение специалистами дифференциальной диагностикой (умение «видеть» не только норму, её варианты, но и различные варианты дизонтогенеза).

Всё это определяет специфику технологий, методов, диагностического инструментария, используемых специалистами ПМПК, а также предъявляет высокие требования к уровню их профессионализма.

Центральной функцией ПМПК является экспертно-диагностическая, результатом которой является коллегиальное заключение на ребёнка с рекомендациями по реализации образовательного маршрута и оказания сопутствующей помощи как в системе образования, так и в учреждениях других ведомств [5].

В команду ПМПК входят в основном специалисты психолого-педагогического профиля – педагоги-психологи, учителя-логопеды, учителя-дефектологи разной специализации, социальные педагоги. Специалисты ПМПК не диагностируют какие-либо заболевания, а определяют образовательные и иные условия, наиболее благоприятные для дальнейшего получения образования ребёнком.

Первая задача ПМПК – определить, что происходит с ребёнком: почему затруднена адаптация к условиям образовательного учреждения и детского коллектива, по какой причине возникают сложности в общении со сверстниками, почему с запозданием формируются навыки самообслуживания и житейские знания и т.д.

При разных проблемах ребёнок имеет свои специфические особенности. Именно их необходимо учитывать в образовательном процессе. Поэтому *вторая задача ПМПК* – определить, какая помощь необходима ребёнку со стороны образовательного учреждения. Возможно, требуются

адаптация образовательной программы, специальное учебное оборудование, снижение объёма заданий, дополнительные коррекционно-развивающие занятия со специалистами или специальные приёмы и методы обучения.

Третья задача ПМПК – помочь родителям сориентироваться в организации дополнительной помощи ребёнку вне образовательного учреждения.

В ПМПК родители могут обратиться по собственной инициативе либо по направлению образовательной или иной организации.

Согласно статистическим данным ТППМК города Новосибирска, инициаторами обращения на психолого-медико-педагогическую комиссию чаще всего (более чем в 80% случаев) являются специалисты учреждений образования. Это закономерно, так как большинство детей значительную часть времени проводят именно в образовательных организациях.

В широком смысле слова показаниями к направлению детей и подростков на ПМПК служат особенности в развитии, препятствующие их адаптации, развитию, обучению, воспитанию в учреждениях системы образования, в семье и в социуме.

Более детально основные показания к направлению ребенка на ПМПК можно представить следующим образом [5]:

длительные и выраженные трудности периода адаптации к условиям образовательного учреждения, детского коллектива, группы детей	трудности в общении со сверстниками, явления изолированности или противопоставления себя коллективу, отвержение ребенка коллективом	замедленность формирования навыков самообслуживания, а также житейских знаний
наличие речевых нарушений	двигательные нарушения, отставание в развитии общей и мелкой моторики	подозрение на снижение зрения и слуха
нелепость, неадекватность поведения ребенка ситуации	трудности формирования и автоматизации учебных навыков, умений и знаний соответственно образовательным стандартам	подозрение на отставание ребенка в интеллектуальном развитии
выраженное своеобразие и другие проявления со стороны интересов и способностей ребенка, приводящие к осложнениям социальной адаптации в традиционных условиях	выраженные проявления двигательной расторможенности и нарушений внимания, общие проблемы произвольной регуляции деятельности	повышенная эмоциональная возбудимость, агрессивность, асоциальные тенденции в поведении и другие проявления этого ряда.

В случае инициативы направления ребенка на ПМПК образовательной организацией процесс подготовки ребенка к обследованию на ПМПК включает в себя несколько этапов:

- наблюдение педагога за детьми «группы риска»;
- составление педагогической характеристики;
- информирование специалистов психолого-педагогического консилиума (далее – ППк) о необходимости дальнейшего обследования ребёнка на ПМПК;
- письменное информирование родителей об имеющихся трудностях;

- получение письменного согласия родителей (законных представителей) на проведение обследования специалистами ППк;
- проведение заседания ППк (в присутствии родителей с письменным информированием о результатах обследования) с письменной рекомендацией обратиться в ПМПк для уточнения образовательного маршрута;
- формирование пакета документов для ПМПк (представление ППк образовательной организации в соответствии с Распоряжением Министерства просвещения РФ от 09.09.2019 г. № Р-93 «Об утверждении примерного положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации»); направление в ПМПк из образовательной организации с печатью и подписью руководителя; оригинал педагогической характеристики, выданной образовательной организацией, заверенный печатью образовательной организации; письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребёнка).

При этом важно обосновать родителям позитивную роль официального направления на ПМПк и прилагаемых к нему документов, которые должны быть объективными и исчерпывающими, раскрывать те черты, которые не всегда проявляются при обследовании ребенка членами ПМПк. Обследование ребёнка в условиях ПМПк ограничено во времени, а непривычная обстановка может исказить действительные представления, знания и умения ребенка. Поэтому информация, содержащаяся в педагогических документах, позволит уточнить и дополнить данные обследования, составить целостное представление о развитии ребёнка, конкретизировать его особенности, сопоставить поведение ребенка в разных ситуациях.

Заключения и характеристику следует иллюстрировать конкретными примерами. Целесообразно указать, какие приемы способствуют улучшению контакта или повышению продуктивности ребёнка. Важно, чтобы документы

не были формальными, не являлись набором характеристик отдельных психических функций, а отражали личность ребенка.

Следует отметить, что очень часто в своей работе педагоги сталкиваются с нежеланием родителей проходить обследование в ПМПК. Как правило, родители отказываются от посещения ПМПК по той причине, что плохо понимают, что это такое, чем это может быть полезно, к каким последствиям может привести.

Кроме того, при направлении на ПМПК актуализируется информация о проблемах в развитии и социальной адаптации ребенка, и это сообщение может отвергаться родителями. Многие родители переживают главным образом из-за того, что их ребенку будет «поставлен диагноз», боятся оценки окружающими того факта, что их ребенок отстает в развитии. В наиболее сложных случаях у родителей может возникнуть даже страх – не «выведут» ли их ребёнка из класса, группы, не отправят ли в другое учреждение, не повлияет ли заключение ПМПК на судьбу ребёнка в будущем и т.п.

В таких случаях исключено давление на родителей, допустимы лишь тонкие профессиональные методы подведения родителей к необходимости принятия и использования информации в интересах ребенка. В разговоре с родителями следует исключить профессиональные, тем более медицинские термины. Необходимо в доступной для их понимания форме объяснить, что ПМПК – это структура образования, что ПМПК «не ставит диагнозы», «не выводит» ребёнка из образовательного учреждения, а определяет образовательный маршрут, наиболее благоприятный для дальнейшего обучения и развития.

Обследование ребёнка специалистами ПМПК проводится только в присутствии родителей (законных представителей). Если родитель (законный представитель) не может присутствовать на обследовании, интересы ребёнка может представлять другое лицо, действующее на основании доверенности, выданной родителем и заверенной нотариально [8].

В зависимости от цели обследования, возрастных и иных особенностей детей определяется состав специалистов комиссии, участвующих в проведении обследования, форма, процедура и продолжительность обследования [8].

Исходя из особенностей ребёнка, в процессе обследования может определяться ведущий специалист. Так, при обследовании детей, имеющих сенсорные нарушения, ведущую роль на себя может взять сурдопедагог или тифлопедагог, при тяжелых нарушениях речи – учитель-логопед.

Кроме того, обследование может проводиться в индивидуальной либо коллегиальной форме.

Коллегиальное обследование позволяет:

- получить специалистам более полную картину о развитии ребёнка;
- исключить дублирование отдельных этапов обследования, однотипных заданий;
- сократить время обследования и снизить психологическую нагрузку на ребёнка и родителей [7].

Индивидуальное обследование может проводиться в случаях, когда общение с детьми затрудняет присутствие нескольких незнакомых взрослых людей. Как правило, это дети, имеющие опыт депривации, дети и подростки, находящиеся в кризисных состояниях, подростки с девиантным поведением. Индивидуальное обследование позволяет получить более детальную и глубокую оценку психического развития ребёнка, определить его ресурсные возможности, а также минимизировать возможные диагностические ошибки [7].

Обследование ребёнка специалистами ПМПК может быть организовано в рамках «стационарной» (непосредственно в помещении комиссии) либо «выездной» модели. По мнению М.М. Семаго и Н.Я. Семаго, обследование детей дошкольного возраста и консультирование родителей целесообразно проводить на базе дошкольной образовательной организации, в «сходящем домашнем» режиме. Кроме того, данная модель позволяет в

полном объёме реализовать методическую функцию ТПМПК и динамическое сопровождение детей с ОВЗ [7].

Родители имеют право присутствовать при обсуждении результатов и вынесении заключения ПМПК, высказывать свое мнение относительно рекомендаций, получать консультации специалистов комиссии по вопросам обследования ребенка, получать информацию от специалистов о своих правах и правах ребенка в образовании, а в случае несогласия с заключением ТПМПК обратиться в Центральную психолого-медико-педагогическую комиссию [8].

По результатам обследования проводится консультирование родителей/законных представителей о том, какие организационные формы получения образования будут наиболее адекватны особым образовательным потребностям ребёнка. Эффективность консультирования зависит от способности специалистов ПМПК выстраивать общение с позиции сотрудничества и соучастия, работать с эмоциональными состояниями, конфликтным поведением, от умения вежливо противоречить и настаивать на своём мнении. Вся информация должна быть ориентирована на щадящую чувства родителей терминологию и изложена в доступной для их понимания форме. Специалисты должны не только эмоционально поддержать родителей, но и настроить их на длительную, часто «пронизывающую» всю жизнь, работу с ребёнком.

Право выбора варианта получения образования, формы обучения, конкретной образовательной организации принадлежит родителям. Задача же специалистов ПМПК – показать родителям преимущества и ограничения каждого варианта, найти убедительные доводы в защиту своих рекомендаций и помочь сделать выбор в пользу ребёнка. От этого зависит дальнейшее обучение ребёнка по соответствующей образовательной программе, реализация коррекционно-развивающих мероприятий, прохождение необходимых медицинских исследований и лечебных процедур, точное

следование другим рекомендациям по социальной адаптации ребёнка вне образовательной организации [7].

При формулировке рекомендаций о создании условий для получения образования ПМПК ориентируется на приказ Минобрнауки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» и приказ № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)».

Не вызывает сомнения, что в заключении ТППК должны использоваться корректные и точные формулировки, которые будут однозначно пониматься родителями и специалистами. Поэтому считаем целесообразным привести примерное заключение на ребёнка с ОВЗ и прокомментировать содержание отдельных разделов.

Образовательная программа. При наличии выраженных особенностей в физическом и (или) психическом развитии ребёнка рекомендуется адаптированная образовательная программа (далее – АОП) для определённой категории обучающихся с ОВЗ; при отсутствии клинически значимых особенностей – основная образовательная программа (далее – ООП) определённого уровня образования.

Уровень образования – дошкольное образование/ начальное общее образование/ основное общее образование/ среднее общее образование/ среднее профессиональное/ высшее образование.

Обучающиеся с интеллектуальными нарушениями получают общее образование безотносительно уровня.

Вариант программы. С момента введения ФГОС НОО ОВЗ есть 26 вариантов АОП НОО и 2 варианта для обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями). Варианты отражают сложность рекомендуемой образовательной программы.

Предоставление услуг тьютора или ассистента.

Ассистент – это работник, который оказывает техническую помощь ребёнку в части передвижения, получения информации и ориентации, использования технических средств реабилитации, соблюдения санитарно-гигиенических требований. Ассистент не является педагогическим работником, к его уровню образования не предъявляются требования по наличию высшего или среднего профессионального образования.

Тьютор – педагогический работник, должен иметь специальное образование; оказывает помощь в индивидуализации образовательного процесса, включении ребёнка с ОВЗ в детский коллектив, помогает семье в построении семейной образовательной среды для поддержки обучающихся в освоении адаптированной образовательной программы.

В случае отсутствия в заключении ПМПК таких рекомендаций консилиумом образовательной организации самостоятельно может быть принято решение о предоставлении услуг по тьюторскому сопровождению и (или) предоставлению услуг ассистента по оказанию технической помощи.

Специальные методы обучения – специфические методы и приёмы обучения разных категорий обучающихся с ОВЗ (*например, метод «рука на руке» для слепых обучающихся; структурированное обучение, визуальное расписание для обучающихся с РАС; «ЗП-реабилитации», верботональный метод обучения для слабослышащих детей*).

Специальные учебные пособия и дидактические материалы должны соответствовать требованиям к наглядности для определённой категории детей с ОВЗ (*например, должны быть выполнены рельефом на плоскости или изданы рельефно-точечным шрифтом – для тотально слепых обучающихся; обеспечивать полисенсорную основу восприятия информации – для глухих и слабослышащих детей*).

Специальные технические средства обучения преимущественно предусмотрены для обучающихся с нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата – *звукоусиливающая аппаратура, индикаторы*

звучания, вибротональное оборудование, ортопедические приспособления и тренажеры, брайлевские приборы, светотехническое оборудование, аудиокниги и др. Подробно описаны во ФГОС НОО ОВЗ, а также в приказе Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. № 1015 (ред. от 17.07.2015) и в приказе Минобрнауки России от 9 ноября 2015 г. № 1309.

Требования к организации пространства – сочетание требований и условий к объектам инфраструктуры образовательной организации, которые позволят обучающимся с ОВЗ свободно и самостоятельно передвигаться в пространстве, получать необходимую информацию в доступном формате, получать доступ к образовательным ресурсам и информационным технологиям (*например, наличие текстовой информации, предупреждающей об опасностях, изменениях в режиме обучения и обозначающей названия кабинетов и учебных классов для глухих и слабослышащих обучающихся*).

Коррекционно-развивающие занятия с учителем-логопедом, педагогом-психологом, учителем-дефектологом рекомендуются при выявлении соответствующих проблем в речевом, эмоционально-личностном, познавательном развитии ребёнка либо выявлении сенсорных или двигательных нарушений. При этом ПМПК рекомендует лишь основные направления работы. Конкретное содержание сопровождения, планирование коррекционно-развивающих мероприятий, последовательность подключения специалистов, объем и содержание помощи определяются консилиумом образовательной организации.

Другие специальные условия. Это условия, которые должны организовать родители. Среди дополнительных условий рекомендуются консультации и сопровождение специалистами медицинского профиля, комплекс услуг по социальной реабилитации в организациях социальной защиты, обращение в бюро МСЭ с целью уточнения реабилитационных мероприятий, рекомендации по соблюдению охранительного педагогического режима, предполагающего соблюдение режима дня, дозированные нагрузки, профилактику стрессовых ситуаций; рекомендации

относительно расположения рабочего места ребенка в классе; аспекты взаимодействия педагогов с ребенком.

Дата повторного обращения на ТПМПК зависит от возраста на момент первичного обследования и характера имеющихся у ребёнка нарушений. Максимальный срок действия заключения ПМПК – уровень образования. Далее оно утрачивает свою силу. При наличии затруднений определения образовательной программы заключение выдается на диагностический период сроком до 6 месяцев с момента оформления заключения.

Заключение ПМПК, как и индивидуальная программа реабилитации ребенка с инвалидностью, для родителей (законных представителей) носит рекомендательный характер (они имеют право не предъявлять эти документы в образовательные и иные организации) [8]. Следует отметить, согласно Конституции РФ и ст. 44 ФЗ «Об образовании в РФ», *родители обязаны обеспечить получение детьми общего образования*. Если ребенок имеет ограниченные возможности здоровья, это возможно только в случае выполнения рекомендаций ТПМПК по созданию специальных образовательных условий.

В случае, если родитель не предъявляет заключение ПМПК в образовательную организацию, ребёнок продолжает обучение по основной образовательной программе определённого уровня образования и может получать помощь (коррекционно-развивающие и компенсирующие занятия, в том числе логопедическую помощь), предусмотренную статьей 42 ФЗ № 273 «Об образовании в Российской Федерации».

Представленное в образовательную организацию заключение ПМПК является основанием для создания условий для обучения и воспитания детей, независимо от того, какой вариант получения образования выбрали родители [8]. Таким образом, образовательная организация обязана предоставить всю полноту необходимых ребенку специальных образовательных условий или рекомендаций по организации

индивидуальной профилактической работы, указанных в заключении ПМПК, а педагогические работники обязаны эти условия соблюдать в своей ежедневной практике работы с детьми.

При создании специальных образовательных условий для ребёнка с ОВЗ в соответствии с заключением ПМПК деятельность консилиума должна выстраиваться поэтапно. Коротко представим этапы деятельности консилиума образовательной организации.

- Анализ результатов обследования ребенка на ПМПК. После обследования ребенка на ПМПК заключение с рекомендациями по созданию специальных образовательных условий рассматривается специалистами на заседании ППк, где планируются мероприятия по их обеспечению. Рассматриваются ресурсы и дефициты образовательной организации, а также возможность (при необходимости) сетевой формы реализации образовательной программы (с использованием возможностей других организаций).
- Согласование деятельности специалистов в рамках создания специальных образовательных условий. Разрабатывается адаптированная образовательная программа. Содержание рекомендаций ПМПК конкретизируется и дополняется. Осуществляется планирование коррекционно-развивающих мероприятий, определяются последовательность подключения специалистов, объем и конкретное содержание помощи.
- Реализация рекомендаций консилиума. На этом этапе происходит реализация решений консилиума. На период реализации рекомендаций ребенку назначается ведущий специалист (куратор), который отслеживает своевременность предоставления психолого-педагогической помощи и выходит с инициативой повторных заседаний ППк при необходимости.
- Оценка эффективности коррекционно-развивающей работы. Оценивается изменение состояния ребенка и эффективность сопровождения. Если динамика развития ребёнка положительная, то работа продолжается. В

случае недостаточной динамики развития куратор инициирует направление ребенка на ПМПК с целью уточнения образовательного маршрута.

Таким образом, обследование ребенка с ОВЗ на ПМПК можно рассматривать как начало комплексного психолого-педагогического сопровождения. Фактически ПМПК является инициатором изменений в образовательной организации и в системе образования в целом. В реальных условиях развития инклюзивной практики ПМПК становится основным механизмом регулирования деятельности образовательных организаций по созданию специальных условий и адаптации образовательной программы для детей с ОВЗ. Если ПМПК решает «стратегические» задачи в отношении образования и социальной адаптации ребенка с ОВЗ, то консилиум решает тактические задачи, определяет саму реализацию рекомендаций ПМПК.

Список использованных источников

1. Единая база данных детей с ОВЗ и детей-инвалидов Новосибирской области.
2. Инклюзивная практика в системе образования города Новосибирска: Материалы III городской научно-практической конференции 17 декабря 2019 года/ Под общей ред. Н.А. Складной. – Новосибирск: МКУ ДПО «ГЦОиЗ» Магистр», 2020. – 165 с.
3. Методические рекомендации Министерства образования и науки Российской Федерации № ВК-1074/07 от 23.05.2015 «О совершенствовании деятельности ПМПК».
4. Методические рекомендации по организации деятельности специалистов психолого-педагогического сопровождения в дошкольных образовательных организациях города Новосибирска/ Под общей ред. Н.А. Складной.– Новосибирск: МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр», 2021.– 104 с.
5. Методические рекомендации «Психолого-медико-педагогическая комиссия», Грибанова Г.В., журнал «Школьный психолог», № 26, 2002 г., - М.: Первое сентября.

6. Организация деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в условиях реализации ФГОС для детей с ОВЗ: методические рекомендации / Под общей редакцией Е.Н. Кутеповой, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2017.
7. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / Под общей редакцией М.М. Семаго, Н.Я. Семаго, – М.: АРКТИ, 2014.
8. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 года № 1082 «Об утверждении положения о ПМПК».
9. Распоряжение Министерства просвещения РФ от 09.09.2019 г. № Р-93 «Об утверждении примерного положения о психолого-педагогическом консилиуме образовательной организации».
10. Распоряжение Правительства НСО от 19.04.2016 № 103-рп «Об утверждении концепции развития инклюзивного образования в Новосибирской области на 2016-2020 годы».
11. Типовое положение о медико-педагогической комиссии, утверждённое Приказом Министерства просвещения СССР 1969 г.
12. Учебно-методическое пособие «Основы формирования психологически безопасной образовательной среды»/ Чиркина С.Е., Ахмеров Р.А., Бажин К.С., Царева Е.В. Казань: Издательство «Бриг», 2015. - 136 с.
13. Федеральная служба государственной статистики www.gks.ru.
14. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА

ПМПК

Работа М.В.,

учитель-дефектолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Ежегодно увеличивается число обучающихся (их законных представителей), самостоятельно либо по направлению образовательных организаций обращающихся на ПМПК. Среди основных целей обращения:

- ✓ получение рекомендаций по созданию специальных образовательных условий в школе или детском саду, учреждениях среднего профессионального образования или профессионального обучения,
- ✓ определение направлений психолого-педагогической помощи, профилактической работы,
- ✓ уточнение условий проведения государственной итоговой аттестации.

Учитель-дефектолог, являясь членом ПМПК, работает в полном соответствии с Положением о психолого-медико-педагогической комиссии (приказ Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1082). Обозначим *основные направления деятельности учителя-дефектолога ПМПК:*

- ✓ проведение комплексного (совместно с другими членами ПМПК) диагностического обследования несовершеннолетних, выявление среди них детей с ограниченными возможностями здоровья,
- ✓ разработка рекомендаций, направленных на определение специальных условий для получения ими образования, условий проведения ГИА,
- ✓ консультирование родителей (законных представителей) по итогам проведенного обследования.

Основополагающим законодательным актом, регулирующим процесс образования детей с ОВЗ, является Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», который обязывает

федеральные государственные органы, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления создавать необходимые для детей с ОВЗ и детей-инвалидов условия для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов (ч. 5 ст. 5 ФЗ № 273), определение которых входит в полномочия членов ПМПК, в том числе и учителя-дефектолога.

Учитель-дефектолог ПМПК работает в рамках единой команды специалистов, которая коллегиально планирует обследование ребенка. Основной частью данной команды, помимо учителя-дефектолога (олигофренопедага, тифлопедагога или сурдопедагога – в зависимости от задач обследования), являются учитель-логопед и педагог психолог. В случае необходимости в состав ПМПК могут привлекаться социальный педагог и специалисты медицинского профиля. При этом каждый член комиссии ведет свой независимый протокол, делает свои диагностические выводы, а итогом обследования становится принятие единого согласованного решения – единое коллегиальное заключение. Именно поэтому, когда речь заходит о деятельности ПМПК, мы говорим о *междисциплинарном принципе работы*.

Правильно организованная процедура обследования ПМПК представляет собой своеобразную технологию, исключая выполнение специалистами стандартизированных механических действий, имеет значительные отличия от консультативного (в том числе диагностического) приема отдельных специалистов.

Для успешной совместной деятельности членов комиссии необходима общность подходов и единство методологии анализа особенностей развития ребенка, важно, чтобы все специалисты владели единым терминологическим аппаратом.

Как известно, обследование в рамках ПМПК может проводиться как индивидуально каждым специалистом, так и одновременно несколькими. В условиях ТПМПК г. Новосибирска чаще всего используется модель

одновременного обследования несколькими специалистами. Данная форма организации деятельности ПМПК требует меньших временных затрат, позволяет наблюдать за обследуемым в процессе работы коллег, исключает дублирование диагностических заданий, учитывает высокую истощаемость большей части детей с ОВЗ и детей-инвалидов. С учетом вышесказанного важным становится правильное содержательное и ролевое распределение деятельности каждого специалиста. В ТПМПК г. Новосибирска часто именно учитель-дефектолог начинает обследование. Остальные специалисты в это время наблюдают за ребенком и делают пометки в своих протоколах. Учитель-дефектолог проводит свое обследование так, чтобы оно было максимально наглядным и достаточным для диагностических выводов его коллег. При этом обследование учителя-дефектолога никаким образом не заменяет собой обследование учителя-логопеда и педагога-психолога. После завершения общего дефектологического обследования каждый из специалистов (в случае необходимости) предлагает свои специфические диагностические задания, отличные от заданий учителя-дефектолога, задает уточняющие вопросы ребенку, его родителям. Также в рамках каждой комиссии может быть определен специалист, ответственный за проверку предоставленного пакета документов и техническое оформление заключения с рекомендациями ПМПК.

Заключение учителя-дефектолога является наиболее весомым при обосновании выбора образовательного маршрута обучающегося, определения особых образовательных потребностей ребенка. Наиболее частотные категории обучающихся, обращающихся на ПМПК, – дети с речевыми патологиями и задержкой психического развития, «неуспевающие» обучающиеся. Именно учитель-дефектолог является тем специалистом, в чьи задачи входит дифференциация речевых и системных нарушений развития, определение причин неуспеваемости обучающихся (различение истинной задержки развития и прочих факторов снижения успеваемости, не требующих создания специальных образовательных

условий). Соответственно, учитель-дефектолог ПМПК должен обладать высоким уровнем профессионализма.

Несмотря на то, что учителю-дефектологу в процессе обследования часто отводится роль «ведущего специалиста», следует еще раз акцентировать внимание на том, что итоговое решение принимается коллегиально всеми членами комиссии. Мнение учителя-дефектолога в данном процессе является весомым, но не окончательным. Каждый специалист из состава ПМПК в случае несогласия с мнением учителя-дефектолога вносит свои предложения по поводу программы (в том числе варианта программы) дальнейшего обучения ребенка, аргументирует свое мнение. По итогам каждого обследования обязательно должно быть организовано коллегиальное обсуждение.

В процессе проведения диагностического обследования учителю-дефектологу крайне важно владеть знаниями о нормативных показателях развития детей. Классические критерии нормативного развития обозначены: для раннего возраста – Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печора, Э.Л. Фрух; для дошкольного возраста – в программах воспитания и обучения детей дошкольного возраста, например, «От рождения до школы» Н.Е. Вераксы, Т.С. Комаровой, М.А. Васильевой. Уровень познавательного развития детей школьного возраста выявляется в соотношении с соответствующей программой обучения (классом обучения), на выходе из школы уточняются ранее выданные рекомендации ТПМПК.

Также учителю-дефектологу необходимо умение правильно анализировать медицинскую документацию, предоставленную на ребенка. Так, например, для определения степени выраженности двигательных нарушений учителю-дефектологу следует ознакомиться с системой классификации больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System – GMFCS), которая помогает выявить потребность ребенка во вспомогательных устройствах для компенсации имеющихся нарушений. Понимание показателей теста Векслера и матриц Равена (в

соответствии с представленными медицинскими заключениями) позволяет оценить уровень интеллектуальных достижений ребенка на момент обращения в ПМПК.

Основная задача учителя-дефектолога ПМПК в процессе обследования – *определение обученности и обучаемости* ребенка. До проведения обследования учитель-дефектолог изучает данные анамнеза, предоставленные медицинские документы, сведения из характеристик и заключений образовательной организации, письменные работы по русскому языку и математике (для школьников) и рисунки (для дошкольников), результаты предыдущего прохождения ПМПК (в случае их наличия), формирует собственную первичную диагностическую гипотезу. Именно от первичной гипотезы и возраста ребенка зависит выбор диагностических материалов для проведения обследования. Первичная диагностическая гипотеза может меняться при первом визуальном знакомстве с ребенком, при выяснении в предварительной беседе жалоб и опасений родителей, что требует высокой мобильности от учителя-дефектолога, умения «подстраиваться» под ситуацию обследования, «идти вслед за ребенком», изменять ход запланированного обследования в условиях дефицита времени.

Первое знакомство с ребенком и его родителями является очень важным: оно, например, позволяет оценить двигательные возможности ребенка, наличие поведенческих нарушений, гиперопеки или попустительского отношения к ребенку в семье, уровень контактности ребенка и многое другое. Все это учителю-дефектологу необходимо учитывать при выборе стратегии проведения обследования ребенка.

Обучаемость является наиболее важным для учителя-дефектолога параметром для определения дальнейшего образовательного маршрута. Уровень обучаемости определяется учителем-дефектологом в процессе выполнения ребенком диагностических заданий, соответствующих программе обучения. Учитель-дефектолог отмечает:

- ✓ принимает ли ребенок задание, понимает ли его смысл, проявление интереса к заданию и его стойкость;
- ✓ способен ли ребенок выполнить задание самостоятельно, или требуется помощь педагога (стимулирующая, организующая, направляющая, обучающая), каков объем необходимой помощи;
- ✓ удерживает ли ребенок алгоритм действия, возможен ли перенос на аналогичное задание;
- ✓ насколько хорошо актуализирует полученные ранее знания;
- ✓ каков темп деятельности и работоспособность;
- ✓ критичен ли ребенок к ситуации и результатам своей деятельности.

В процессе оценки *обученности* учитель-дефектолог определяет:

- ✓ сформированность представлений об окружающем мире, о себе, своем ближайшем окружении;
- ✓ усвоение сенсорных эталонов; сформированность счетных навыков; пространственно-временной ориентировки;
- ✓ умение обобщать, сравнивать, исключать лишний предмет или изображение, а также устанавливать причинно-следственные связи;
- ✓ для школьников – объем усвоения академических знаний по основным предметам в соотношении с программой обучения; графомоторный навык, осмысленность чтения и письма;
- ✓ навыки социальной (жизненной) компетентности.

Оценка сформированности навыков чтения и письма может проводиться учителем-дефектологом как самостоятельно, так и путем наблюдения за обследованием, проводимым учителем-логопедом.

В целом обследование, проводимое учителем-дефектологом, можно представить в виде следующих этапов. Сначала специалист предъявляет диагностические задания с учетом возраста и программы обучения, в случае невыполнения заданий ребенку предлагается необходимая дозированная помощь, возможно снижение уровня сложности задания. В итоге учитель-

дефектолог делает вывод, с заданиями какой возрастной группы и при каком объеме помощи справился ребенок.

При определении рекомендаций по созданию условий проведения государственной итоговой аттестации учителю-дефектологу необходимо, прежде всего, оценить возможность создания условий прохождения ГИА в соответствии с действующей нормативно-правовой базой, определить в процессе диагностического обследования и анализа письменных работ форму прохождения итогового собеседования по русскому языку (для девятиклассников) – устная или письменная, обозначить возможность выполнения доступных заданий, контрольно-измерительные материалы для итогового собеседования с учетом особенностей психофизического развития обучающегося с ОВЗ; выявить, необходимо ли использование компьютера для выполнения заданий, а также присутствие на экзамене ассистента для оказания технической помощи. Кроме того, в полномочия ПМПК входит определение требований к рабочему месту и контрольно-измерительным материалам.

Особое внимание хочется уделить обследованию детей с тяжелыми множественными нарушениями развития. Такие дети часто не способны вступить в контакт, поэтому наиболее важным становится наблюдение за ребенком, за его передвижениями, эмоциями, реакциями на внешние раздражители, ситуацию обследования, за особенностями взаимодействия со взрослым (педагогом, родителем). Важно определить степень адекватности действий с предметами, объем доступной для восприятия и понимания речевой инструкции и т.д. для дальнейшего анализа всех этих проявлений. Не менее значима и беседа с родителями с целью выяснения уровня актуального развития ребенка, его жизненных компетенций.

Наблюдение как метод изучения уровня развития ребенка важен также при обследовании неконтактных детей с РАС.

Обследование глухих, слабослышащих и позднооглохших детей проводится *сурдопедагогом*. Для проведения полноценного обследования

необходимо наличие у обучающегося звукоусиливающей аппаратуры индивидуального пользования (слуховых аппаратов) или кохлеарных имплантатов – в зависимости от состояния слуха и медицинских рекомендаций. Речь сурдопедагога при обследовании должна быть разборчивой, не слишком быстрой, но с естественной интонацией. Ребенку хорошо должно быть видно лицо педагога для возможности чтения с губ в случае необходимости. Если ребенок не владеет активной речью, предлагаются невербальные задания, используются таблички с заданиями, а также русский жестовый язык (привлекается сурдопереводчик).

При проведении диагностического обследования сурдопедагог:

- ✓ подтверждает нарушение слуха (соотносит данные медицинских обследований с результатами педагогического обследования),

- ✓ оценивает эффективность медицинской коррекции слуха,

- ✓ изучает уровень развития слухового восприятия и речи.

Изучение уровня развития речи состоит из оценки:

- ✓ понимания ребенком устной речи,

- ✓ наличия у него самостоятельной речи (ее внятность, разборчивость, владение словарем, грамматический строй речи, слоговая структура слова, звукопроизношение, ритмико-интонационная сторона речи и т.д.),

- ✓ степени овладения письменной речью (обследование чтения и собственно письма).

В обязательном порядке сурдопедагог обращает внимание на формирование взаимосвязи между мышлением и речью, овладение абстрактно-понятийным аппаратом (для подростков).

В случае наличия у ребенка с нарушением слуха отставания в познавательном развитии перед сурдопедагогом стоит задача разграничения состояния, вызванного нарушением слухового анализатора, и умственной отсталостью, при которой нарушение слуховой функции является сопутствующим.

Обследование детей с нарушением зрения (слепых, слабовидящих, а для дошкольного возраста также детей с функциональными нарушениями зрения) проводит *тифлопедагог*.

При проведении тифлопедагогического обследования предъявляются особые требования к используемым стимульным материалам, условиям проведения обследования. Для детей с глубоким нарушением зрения диагностические материалы предъявляются в лотках или коробках с небольшими бортами, для остальных детей – на матовой поверхности рабочей зоны стола. Необходимо исключить предъявление наглядных пособий с глянцевой поверхностью, все изображения должны быть с четкими контурами, предъявляемые для обследования предметы – контрастными по цвету с фоновой поверхностью. Детали самого предмета так же должны быть контрастными относительно друг друга, рекомендуется использовать максимально натуралистичные предметы (сохранение пропорций и основных признаков). Следует использовать изображения предметов в типичном для них ракурсе. При наличии соответствующих медицинских рекомендаций диагностические материалы (изображения, тексты) предъявляются на подставках.

При оценке чтения используются материалы с увеличенным шрифтом формата до А3; при оценке письма, выполнения диагностических заданий по математике – специальные тетради для слабовидящих в крупную клетку и линейку, ручки с черными чернилами. Для детей, использующих шрифт Л. Брайля, необходимо предъявление материалов в доступном для них формате, привлечение тифлопереводчика.

На обследовании дети используют любые необходимые им оптические средства коррекции, ограничивается время непрерывной зрительной нагрузки.

В процессе диагностического обследования тифлопедагог:

- ✓ уточняет характер нарушений зрения (оценка степени снижения зрения);

- ✓ оценивает специфику зрительного восприятия;
- ✓ определяет уровень сформированности компенсаторных навыков с учетом времени возникновения зрительной патологии;
- ✓ выявляет признаки стереотипий, вербализма;
- ✓ определяет дополнительные факторы, осложняющие зрительные возможности ребенка;
- ✓ оценивает индивидуальные особенности познавательной деятельности.

При оценке уровня развития ребенка перед школой тифлопедагог обращает внимание на сформированность стратегии обследования предметов, готовность к обучению в школе; у школьников – сформированность чтения и письма, для слепых обучающихся – с использованием рельефно-точечной системы Л. Брайля. Для обследования умственного развития и учебной деятельности могут использоваться стандартизированные методики с необходимой ребенку адаптацией предъявляемых материалов.

По итогам обследования проводится консультирование родителей (законных представителей), активным участником которого часто является учитель-дефектолог. Консультирование должно осуществляться на понятном родителям языке, без использования узкоспециализированных терминов. Учитель-дефектолог поясняет, какие особенности развития ребенка были выявлены в процессе обследования, каковы возможные пути компенсации психофизических недостатков развития, дает рекомендации по выбору дальнейшего образовательного маршрута, его реализации на территории города Новосибирска.

Список использованных источников

1. Забрамная С.Д., Исаева Т.Н. Знаете ли Вы нас? Методические рекомендации для изучения детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью – М., 2012. – 87 с.

2. Методические рекомендации для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий по обследованию детей с нарушениями слуха / авт.-сост.: Л.Ю. Вакорина, Т.А. Соловьева, Е.В. Кулакова, Л.С. Колотуша; Федеральный центр психолого-медико-педагогической комиссии. – М., 2018. – 46 с.

3. Методические рекомендации для специалистов психолого-медико-педагогических комиссий по обследованию детей с нарушениями зрения / авт.-сост.: Л.Ю. Вакорина, Е.А. Козлова, Н.С. Комова, Н.В. Самохина, Т.А. Соловьева; Федеральный центр психолого-медико-педагогической комиссии. – М., 2018. – 47 с.

4. Методические рекомендации по обследованию детей раннего, дошкольного, школьного возраста в психолого-медико-педагогических комиссиях для учителей-дефектологов (олигофренопедагогов) / ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей». – М., 2019. – 130 с. – URL: <https://pmpkrf.ru/wp-content/uploads/2020/01/Methodicheskie-rekomendatsii-dlya-uchitelei-defektologov-PMPK.pdf>.

5. Организация деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в условиях реализации ФГОС для детей с ОВЗ: методические рекомендации / Под общ. ред. Е. Н. Кутеповой, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2017. – 139 с.

6. Патюхина Г.В., Печора К.Л., Фрухт Э.Л. Методы диагностики нервно-психического развития детей раннего возраста / Под ред. проф. В.А. Доскина. М.: ЦОЛИУВ, 1983. – URL: http://karagai-edu.ru/upload/versions/24502/37724/Methodika_diagnostiki_NPR_polnyj_variant.pdf.

7. Письмо Министерства образования и науки РФ от 23 мая 2016 г. № ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий».

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА ПМПК

Кочнева А.А.,

учитель-логопед ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Учитель-логопед территориальной медико-психологической комиссии г. Новосибирска (далее – ТПМПК) работает в полном соответствии с федеральным законом от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее – ФЗ №273), в своей деятельности руководствуется современной нормативной и правовой базой. Особенности организации деятельности ТПМПК, проведение диагностического обследования в условиях жесткого ограничения времени требуют от учителя-логопеда высокой профессиональной компетентности, хорошего знания нормативно-правовой документации, умения работать в команде, желания изучать передовой профессиональный опыт.

Направления деятельности учителя-логопеда ТПМПК, как члена команды специалистов, совпадают с основными направлениями деятельности комиссии:

- проведение обследования детей в возрасте от 0 до 18 лет в целях своевременного выявления особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей;
- подготовка по результатам обследования рекомендаций по оказанию психолого-медико-педагогической помощи и организации их обучения и воспитания, подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций;
- оказание консультативной помощи родителям (законным представителям) детей, работникам образовательных организаций, организаций, осуществляющих социальное обслуживание, медицинских организаций, других организаций по вопросам воспитания, обучения и коррекции нарушений развития детей с ограниченными возможностями здоровья (далее ОВЗ) и (или) девиантным поведением;

- оказание федеральным учреждениям медико-социальной экспертизы содействия в разработке индивидуальной программы реабилитации ребенка-инвалида;
- осуществление учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;
- участие в организации информационно-просветительской работы с населением в области предупреждения и коррекции недостатков в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении детей [2].

В соответствии с обозначенными направлениями, целесообразно выделить основные виды деятельности учителя-логопеда ТПМПК:

- диагностическая;
- методическая;
- консультативная и просветительская;
- аналитическая.

Диагностическая деятельность

Логопедическое обследование обладает спецификой. В ходе исследования речи ребенка учитель-логопед последовательно решает следующие задачи:

1. Обнаружить наличие/отсутствие нарушений в речевом развитии ребенка и установить уровень речевого развития (в т.ч. при недоразвитии речи).
2. Определить первичность/вторичность речевого нарушения или его включение в качестве компонента в сочетанный дефект (при нарушениях опорно-двигательного аппарата (далее - НОДА), расстройствах аутистического спектра (далее - РАС), сенсорных нарушениях).

3. Охарактеризовать состояние фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи, сформированность и качественные характеристики чтения и письма.

4. Сформулировать собственное мнение о наличии и характере ОВЗ и адекватной для образовательных потребностей ребенка адаптированной основной общеобразовательной программе (далее – АООП) [3].
Диагностический вывод о состоянии речевых функций ребенка и необходимости создания специальных образовательных условий осуществляется учителем-логопедом ТПМПК на основании анализа входящей документации, в ходе наблюдения за диагностикой, проводимой другими специалистами ТПМПК, которая всегда сопровождается речевым взаимодействием с ребенком, а также на основе проведения собственного логопедического обследования. Важно избежать дублирования способов оценки речевой деятельности разными специалистами, при этом не пропустить нужной информации.

Для получения достоверной информации о речевом развитии ребенка учитель-логопед должен выстроить доверительные отношения как с ребенком, так и с его родителем (законным представителем), который присутствует на диагностическом обследовании. Доверительные отношения позволяют более глубоко исследовать состояние речевых функций, понять структуру речевого нарушения, узнать об особенностях развития ребенка. Довольно часто на диагностическое обследование приходят дети с выраженным речевым негативизмом, особую категорию составляют дети с элективным мутизмом. В этом случае необходимо «разговорить» ребенка, иначе диагностическое мероприятие не состоится. Специалист пробует организовать какую-либо деятельность через родителя, свое присутствие обозначает постепенно, включается в общение с ребенком, организуя совместную деятельность. Показателем успешности включения будет служить стойкая активность ребенка.

После установления контакта с ребенком и его родителем диагностическое обследование выстраивается таким образом, чтобы учитель-логопед смог решить поставленные перед ним задачи.

Первоочередной задачей, стоящей перед логопедом ТПМПК, является *необходимость установления наличия нарушений либо отсутствия нарушений в речевом развитии ребенка*. Эта задача является стратегически важной. Не всегда речевые недостатки являются следствием речевого нарушения, и не всем детям требуется адаптация основной образовательной программы. Например, ребенку с темповой задержкой речевого развития достаточно попасть в активную речевую среду, а его родителям получить консультативную помощь учителя-логопеда дошкольной образовательной организации по вопросам развития речи. Такой ребенок продемонстрирует хорошую динамику речевого развития при правильном педагогическом подходе. Дети, растущие в среде двуязычия, также требуют от учителя-логопеда ТПМПК профессионального понимания и опыта, чтобы правильно оценить необходимость или объем коррекционной помощи. Детский билингвизм – явление, при котором ребёнок владеет двумя языками. Двуязычными чаще всего становятся дети из семей мигрантов или дети из смешанных, биэтнических семей. Дети-билингвы при выполнении предлагаемых диагностических заданий могут испытывать значительные затруднения и демонстрировать недостаточный уровень речевого развития по многим компонентам речи, но такое несовершенство у ребенка-билингва будет проявляться только на неродном языке, в этом случае несовершенства речевого развития никак не связаны с интеллектуальным развитием ребенка и не являются речевой патологией [4].

Во избежание диагностической ошибки (гипердиагностики, гиподиагностики) задания подбираются специалистом строго в соответствии с возрастом ребенка (чем меньше ребенок, тем реалистичнее должны быть предъявляемые объекты). Характер материала будет зависеть 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) [5].

Тяжесть речевой патологии определяется величиной разрыва между реальным состоянием и нормативами речевого развития в данном возрасте. Например, присутствие в речи лепетных слов, использование взамен слов указательного жеста, отсутствие фразы при хорошем понимании обращенной речи в два с половиной года могут говорить о темповой задержке речевого развития. Наличие такой речи к пяти, а тем более к семи годам, говорит о тяжелой речевой патологии, требующей комплексного психолого-педагогического сопровождения ребенка.

В качестве показателя патологии устной речи рассматриваются нарушения компонентов речевой системы, относящихся к звуковой и смысловой стороне. Диагностическое обследование школьников, помимо диагностики устной речи, предполагает определение состояния письма и чтения, как базовых навыков для освоения школьной программы. Своевременное выявление на ТПМПК нарушений письма и чтения у школьников и последующая организации в ОО коррекционной помощи позволяют избежать неуспешности в освоении ребенком образовательной программы.

При проведении диагностики учитель-логопед ТПМПК использует диагностические методики, в соответствии с рекомендациями, прописанными в письме Минобрнауки России от 23.05.2016 N ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий» [6].

Установив наличие речевой патологии, учитель-логопед должен выявить: какой характер имеет речевое нарушение: первичный, вторичный, или речевая патология является компонентом сложного (сочетанного) дефекта. При диагностическом обследовании детей с НОДА, с РАС, с сенсорными патологиями учитель-логопед характеризует общее состояние

речевой системы. Поскольку в этом случае приоритет имеет клинический диагноз, от учителя-логопеда не требуется проведение дифференциальной диагностики. У данных детей могут быть разные уровни речевого развития при системном недоразвитии речи или же нарушения, касающиеся только произносительной (или фонетико-фонематической) стороны речи. Ориентиром здесь являются уровни, описанные Р.Е. Левиной и дополненные Т.Б. Филичевой [7, 8]. Указание на уровень речевого развития дополняется выводом о наличии специфических отклонений. При невозможности применения системы уровневой оценки речевого развития учитель-логопед ТПМПК использует систему определения степени тяжести речевого нарушения.

Особого внимания требует дифференциация первичных речевых расстройств от общей задержки психического развития (далее – ЗПР). О первичности речевой патологии свидетельствует дисбаланс между показателями речевого развития (хуже) и обучаемости (лучше). Кроме того, важным диагностическим критерием в этом случае является способность к пониманию обращенной речи. У ребенка с первичной речевой патологией уровень понимания обращенной речи значительно выше, чем у ребенка с ЗПР.

Как указывала Г.В. Чиркина, в дифференциальной диагностике большое значение имеют анамнестические сведения. «Ребенок-речевик», в отличие от сверстника с ЗПР, обычно удивляет родителей своей сообразительностью в привлекательной для него сфере деятельности, а также расстраивает их своим «трудным» характером, капризностью, непредсказуемостью. Отставание в раннем речевом развитии при первичном общем недоразвитии речи выражено намного сильнее, чем при ЗПР: ребенок с первичной речевой патологией больше пользуется автономной речью с крайне ограниченным набором слов, тогда как при ЗПР столь выраженных трудностей в овладении речью обычно нет, а имеющиеся речевые недостатки зависят от индивидуально-типологических особенностей ребенка [9].

Традиционно трудности вызывает дифференциальная диагностика сенсорной алалии и тяжелого речевого недоразвития при умственной отсталости. В этом случае диагностический вывод о форме речевой патологии невозможен без данных комплексного исследования, в том числе с помощью современных компьютерных технологий. Для качественного проведения диагностического обследования ребенка с афазией и составления грамотного логопедического заключения учителю-логопеду также необходимо иметь данные комплексного исследования, в частности, о функциональном состоянии коры головного мозга.

При *оценке состояния фонологической и лексико-грамматической сторон речи, сформированности и качественных характеристик чтения и письма* учитель-логопед ТПМПК использует последовательность процедуры «от экспрессивной языковой компетенции к импрессивной». Подобный подход позволит сократить время и силы, затрачиваемые на обследование.

По итогам логопедической диагностики и в соответствии с выводами, полученными в процессе наблюдения за речевой деятельностью ребенка во время его обследования другими специалистами, учитель-логопед составляет протокол, на основании которого дает логопедическую характеристику речи ребенка, кратко формулирует выводы о состоянии отдельных сторон речи, составляет логопедическое заключение.

При первичной речевой патологии заключения формулируются в рамках психолого-педагогической классификации. При наличии признаков, характерных для клинической формы речевой патологии, заключение формулируется с учетом двух классификаций: психолого-педагогической и клинико-педагогической (Общее недоразвитие речи I уровень речевого развития. Моторная алалия; Общее недоразвитие речи II уровень речевого развития. Дизартрия).

Специалистами федерального ресурсного центра ПМПК (далее – ФРЦ ПМПК) рекомендованы к использованию следующие формулировки

диагнозов у детей дошкольного возраста с первичным речевым нарушением в рамках психолого-педагогической классификации:

3 года – общее недоразвитие речи I уровень речевого развития;

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

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

5-7 лет – общее недоразвитие речи I, II, III уровень речевого развития; общее недоразвитие речи IV уровня (только для детей 7-го года жизни); фонетическое недоразвитие; фонетико-фонематическое недоразвитие.

При системном речевом нарушении используется формулировка «системное недоразвитие речи», если возможно определить уровень речевого развития, дополняется фразой, отражающий актуальный уровень речевого развития ребенка уровень речевого развития (СНР I уровень речевого развития, СНР II уровень речевого развития, СНР III уровень речевого развития.). Если же уровень определить невозможно, используется формулировка «системное недоразвитие речи легкой/средней/тяжелой степени».

При нарушениях речи, обусловленных интеллектуальной недостаточностью, целесообразно применять систему определения степени тяжести речевого нарушения.

При речевых нарушениях, входящих в структуру психоэмоциональных расстройств, используется заключение «системное специфическое недоразвитие речи, I (II, III) уровень речевого развития».

Формулировка логопедического заключения при обследовании школьника зависит от этапа обучения. В добукварный или букварный период основой заключения является описание состояния устной речи и определение риска появления нарушений письменной речи. Заключения формулируются так же, как и в дошкольном возрасте. При видимых трудностях

формирования процессов чтения и письма в заключении логопеда может присутствовать формулировка: «Трудности овладения письмом и чтением».

В послебукварном периоде основой заключения является анализ состояния письменной речи. Во втором полугодии первого класса, первом полугодии второго класса используются формулировки: «Трудности формирования процессов письма и чтения, обусловленные общим недоразвитием речи (фонетико-фонематическим недоразвитием, либо фонематическим недоразвитием, либо системным недоразвитием речи)». При более выраженной патологии формирования процессов письменной речи может использоваться формулировка: «Нарушение формирования процессов письма и чтения, обусловленное...».

Со второго полугодия второго класса в заключении используются термины «дисграфия» и «дислексия», «Нарушение процессов письма и чтения, обусловленное...». У детей с грубыми системными речевыми нарушениями возможно использование формулировки: «Нарушение устной и письменной речи».

Стойкая и специфическая несформированность усвоения орфографических знаний, умений и навыков у обучающегося, выявленная после третьего класса, в заключении логопеда отражается термином «дизорфография».

При наличии заикания логопедическое заключение может быть составлено следующим образом: заикание легкой/средней/тяжелой степени, указывается характер судорог (тонические, клонические, тоно-клонические, клоно-тонические). Отмечается наличие/отсутствие фиксации на дефекте, логофобия [9].

Диагностический вывод по итогам диагностики состояния речевых функций вносится в протокол учителя логопеда и в общий протокол ТПМПК.

Далее, в соответствии с заключением, по результатам обследования учитель-логопед приступает к подготовке рекомендаций по оказанию

психолого-медико-педагогической помощи, организации обучения и воспитания обучающегося, впервые прошедшего диагностическое обследование. Подтверждает, уточняет или вносит изменения в рекомендации, ранее данные комиссией обучающемуся, обратившемуся на ТПМПК повторно.

Консультативная и просветительская деятельность учителя-логопеда

Консультативная работа учителя-логопеда ТПМПК – это консультирование родителей (законных представителей), учителей-логопедов и специалистов, участвующих в психолого-педагогическом сопровождении детей с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях, по проблемам создания специальных образовательных условий, вопросам обучения и воспитания детей с речевыми нарушениями. Просветительская деятельность логопеда направлена на повышение уровня профессиональной компетентности педагогов, осведомлённости родителей о задачах и специфике логопедической коррекционной работы. Консультативная деятельность учителя-логопеда распространяется на административных работников по вопросам создания специальных образовательных условий детям с ограниченными возможностями здоровья, организации коррекционно-развивающей работы.

Консультативная деятельность осуществляется через:

- индивидуальные консультации родителей (законных представителей);
- индивидуальные и групповые консультации специалистов психолого-педагогического сопровождения и административных работников образовательных организаций;
- участие в методических объединениях;
- участие в городских родительских собраниях;
- беседы, семинары, вебинары;
- использование мультимедиа при организации дистанционных консультаций (WhatsApp, Viber, Skype, Zoom, и т.д.).

Методическая деятельность

Методическая деятельность учителя-логопеда ТПМПК включает в себя:

- участие в разработке рекомендаций для специалистов сопровождения в заключения ТПМПК для детей с ОВЗ различных категорий;
- участие в работе творческих групп специалистов ТПМПК по разработке и написанию локально-нормативных актов, регламентирующих работу комиссии;
- разработку методических рекомендаций для учителей-логопедов образовательных организаций г. Новосибирска по вопросам организации профессиональной деятельности;
- изучение и обобщение передового профессионального опыта;
- обмен опытом (конференции, семинары, вебинары и др.);
- самообразование.

Аналитическая деятельность

Аналитическая деятельность учителя-логопеда ТПМПК включает в себя участие в количественном и качественном анализе входящей документации, выданных комиссией заключений, в изучении динамики первичных и повторных обращений на комиссию и т.д. Аналитическая деятельность учителя-логопеда осуществляется в тесном взаимодействии со всей командой специалистов ТПМПК. Данные, получаемые в результате систематического анализа работы комиссии, анализа результатов выездных мероприятий в образовательные организации г. Новосибирска с целью изучения вопросов организации специальных образовательных условий детям с ОВЗ, помогают спланировать, организовать и отследить эффективность проводимой коррекционно-развивающей работы в г. Новосибирске.

Список использованных источников

1. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

2. Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 N 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (Зарегистрировано в Минюсте России 23.10.2013 N 30242). – URL: <https://docs.edu.gov.ru/document/f9ac867f68a01765ef9ce94ebfe9430e/download/2375/>.
3. Письмо Министерства образования и науки РФ от 23.05.2016 № ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогической комиссии» – URL: <http://www.eduportal44.ru/BuyR/skola/1/SiteAssets/SitePages/ФГОС%20НОО%20ОВЗ/О%20совершенствовании%20деятельности%20психолого-медико-педагогических%20комиссий.pdf>.
4. Бакшиханова С.С. Педагогические условия коррекции нарушений речевого развития у детей билингвов. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pedagogicheskie-usloviya-korreksii-narusheniy-rechevogo-razvitiya-u-detey-bilingvov/viewer>
5. Грибова О.Е. Технология организации логопедического обследования. Методическое пособие. - М.: Айрис-пресс, 2005. - 96 с. – URL: https://pedlib.ru/Books/3/0340/3_0340-10.shtml.
6. Диагностические методики, рекомендованные к использованию, учителю-логопеду ПМПК. – URL: <http://www.eduportal44.ru/BuyR/skola/1/SiteAssets/SitePages/ФГОС%20НОО%20ОВЗ/О%20совершенствовании%20деятельности%20психолого-медико-педагогических%20комиссий.pdf>.
7. Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. - М.: Просвещение, 1967. – URL: https://pedlib.ru/Books/4/0286/4_0286-53.shtml.
8. Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» / Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. - М.: Просвещение, 1989. – URL: https://pedlib.ru/Books/2/0032/2_0032-127.shtml.

9. Филичева Т. Б., Чиркина Г. В. Подготовка к школе детей с общим недоразвитием речи в условиях специального детского сада: В 2 ч. Ч. I. Первый год обучения (старшая группа). Пособие для студентов дефектологических факультетов, практических работников специальных учреждений, воспитателей детских садов, родителей. М.: Альфа, 1993. – URL: https://pedlib.ru/Books/1/0146/1_0146-13.shtml#book_page_top.
10. Грибова О.Е Специфика логопедического обследования на ПМПК. – URL: <https://pmpkrf.ru/wp-content/uploads/2019/05/Spetsifika-logopedicheskogo-obsledovaniya-na-PMPK.pdf>
11. Распоряжение Минпросвещения РФ от 06.08.2020 № Р-75 «Об утверждении примерного Положения об оказании логопедической помощи в организациях, осуществляющих образовательную деятельность».
12. ФРЦ ПМПК официальный сайт. – URL: <https://pmpkrf.ru>.
13. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования / Под общ. ред. М. М. Семаго, Н. Я. Семаго.
14. Семаго Н. Я. Технологии определения образовательного маршрута для ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Серия: Инклюзивное образование. Вып. 2. – М.: «Школьная книга», 2010.
15. Лалаева Р. И. и др. Логопедия в таблицах и схемах. / Р. И. Лалаева, Л. Г. Парамонова, С. Н. Шаховская. – М: Парадигма, 2009. – 215 с.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

*Чулимова К.В., педагог-психолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»
Сергеева М.В., учитель-дефектолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»*

Деятельность педагога-психолога в составе психолого-медико-педагогической комиссии обладает рядом специфических черт, выражающихся в междисциплинарном подходе к деятельности специалистов и реализуемых в комплексном подходе к психике ребенка. В рамках проведения психолого-медико-педагогического консультирования педагог-психолог включен в комплексное и единовременно проводимое коллегиальное обследование ребенка, поэтому его деятельность должна сочетаться с деятельностью других специалистов. Особенность обследования также определяется вынужденной ограниченностью времени, не позволяющей использовать весь арсенал психодиагностических методик, не говоря уже о том, что результаты применения некоторых методик могут быть не валидны из-за нарушения процедуры диагностики.

Представим этапы деятельности педагога-психолога на ПМПК.

1. Знакомство с представленными документами, формирование первичной гипотезы обследования относительно основных проблем и особенностей развития ребенка с выходом на предварительный психологический диагноз.

На первом этапе педагог-психолог изучает и анализирует материалы, в которые могут входить различные документы, описывающие социальную ситуацию развития обследуемого, педагогические характеристики, медицинские документы. На основе оценки полученных данных специалист выбирает стратегию дальнейшего обследования, конкретные диагностические методики и коротко обсуждает их с другими специалистами. Анализ сведений дает педагогу-психологу возможность говорить о вероятных причинах отставания в развитии.

В случае ожидания семьи в коридоре работает так называемая «коридорная диагностика»: наблюдение ребенка в естественной ситуации, его поведенческие особенности, особенности общения с родителями [3].

2. Комплексное обследование (сбор анамнестических данных, оценка особенностей развития ребенка, данных опроса родителей).

Во время первичной беседы с родителями, сбора жалоб и анамнеза присутствие ребенка (особенно подросткового возраста) в помещении нежелательно – рассказ родителей может осложнить в дальнейшем контакт со специалистами и дополнительно травмировать ребенка.

Как правило, беседа с родителями начинается с предъявления жалоб. Особенности развития и поведения, которые отмечают родители, принимаются к сведению, но не всегда рассматриваются как объективная оценка в связи со спецификой родительского восприятия и защитными механизмами семьи.

На данном этапе работы педагог-психолог проводит собственное диагностическое обследование, учитывая при этом результаты наблюдения за деятельностью ребенка в процессе работы других специалистов, что позволяет свести к минимуму затраты ребенка.

Этапы работы с ребенком должны быть взаимосвязаны и корректироваться в зависимости от результатов предыдущего этапа.

Психологическое обследование ребенка младшего дошкольного возраста на ПМПК имеет ряд специфических особенностей. Дети в силу своего возраста ведут себя на обследовании очень непосредственно. Они естественны в своем поведении, которое пока еще в наименьшей степени опосредовано социальными нормами. Педагог-психолог проводит диагностику без использования текстовых методик, наблюдает за поведением ребёнка в ситуации обследования, оценивает адекватность поведенческих реакций, до полутора лет психологом оценивается общее психическое развитие ребенка; от полутора лет и старше уже можно оценить развитие восприятия, памяти, мышления.

Во время обследования ребенка дошкольного возраста педагог-психолог учитывает представленные материалы специалистов, которые наблюдают за ребенком и занимаются с ним. Обращает внимание на специфику поведения ребенка в период нахождения в дошкольном учреждении в разных ситуациях: в режимных моментах, в совместной деятельности, на его отношения со сверстниками, педагогами, родителями. По возможности выясняет у родителей (законных представителей) дополнительную информацию о составе семьи, о специфике внутрисемейных отношений, об особенностях развития ребенка на ранних этапах онтогенеза.

Психологическое обследование детей дошкольного возраста проводится с целью раннего выявления специфики развития ребенка, отражающей особенности формирования психических функций, потенциальные возможности, с помощью которых можно вовремя компенсировать отклонения в развитии.

Диагностика педагога-психолога ПМПК включает в себя: изучение особенностей эмоционально-волевой сферы, поведения, критичности, развития коммуникативной, регуляторной сфер и уровня форсированности психических процессов. Оценивается темп деятельности, работоспособность, уровень сформированности пространственно-временных представлений, учитывается двигательное развитие ребенка.

Ребенок 4 – 5 лет будет вести себя иначе, его поведение может оставаться непосредственным, но он может принимать задачи обследования, выполнять просьбу специалиста. Во время процедуры обследования необходимо применять доступные для ребенка игровые методики. Педагог-психолог определяет уровень сформированности когнитивных функций, как проходит или проходила адаптация в детском учреждении, наличие специфических реакций на посещение детского сада или любого другого детского учреждения, особенности игры как ведущей деятельности. Психолог выясняет, какой руке ребенок отдает предпочтение, и начало становления ведущих органов чувств и конечностей.

Возраст от 5,5 до 7 лет является старшим дошкольным возрастом и является «подготовительным» к дальнейшему школьному обучению. Педагог-психолог уделяет особое внимание диагностике когнитивного развития ребенка старшего дошкольного возраста, оценивает его познавательное развитие и уровень подготовки к школьному обучению (знает ли буквы, сливает ли слоги, владеет ли счетом до 10 и обратно). Наблюдает, присутствует ли повышенная истощаемость и сниженная работоспособность, учитывает темп деятельности ребенка, обращает внимание на повышенную возбудимость и трудности регуляции собственного поведения на фоне или без явных признаков истощения, эмоциональную лабильность (неустойчивость настроения, легкость перехода от смеха к слезам и наоборот).

Педагогу-психологу очень важно во время обследования создать доверительную обстановку, поощрять и стимулировать ребёнка, избегать оценочных характеристик в процессе работы.

Психологическое обследование школьников проводится с целью выявления специфики когнитивной, регулятивной и аффективно-эмоциональной сфер, включает в себя процедуры выявления особенностей познавательной деятельности, поведения, в том числе характера эмоционального реагирования подростка на ситуацию и окружающих, взаимоотношений со взрослыми и способности к саморегуляции.

3. Системный анализ полученных результатов и их коллегиальное обсуждение.

На протяжении всего обследования педагог-психолог заполняет протокол обследования, в котором фиксирует важные с профессиональной точки зрения данные, получаемые в процессе обследования ребенка и разговора с родителями, эти данные позволяют более точно построить диагностическую гипотезу, а при составлении коллегиального заключения обеспечить подкрепление профессиональных выводов об особенностях ребенка и необходимых для него образовательных условий.

В первую очередь в протоколе педагога-психолога отражаются данные об особенностях поведения ребенка (адекватность ситуации обследования), психофизические особенности, социально-эмоциональная адаптированность.

Социально-эмоциональную адаптированность ребенка в протоколе отмечают через следующие показатели: критичность (адекватное отношение к результатам своей деятельности, умение видеть ошибки); эмоциональную адекватность на ситуацию обследования; уровень освоения социально-коммуникативных норм.

Сформированность произвольной регуляции собственной деятельности преимущественно оценивается по возможности удержания инструкций и программы выполнения того или иного задания.

Особенности коммуникации, речевой деятельности и адекватности общения: в протоколе дается оценка коммуникативной активности (например: речевой негативизм, отказ от коммуникации, низкая коммуникативная активность).

Когнитивные особенности: в протоколе отмечаются результаты выполнения заданий по исследованию основных мыслительных операций и навыков, пространственных представлений (понимание и актуализация предлогов и предложных конструкций), сформированность мнестической деятельности, ее соответствие возрастным требованиям.

Отмечаются операциональные характеристики деятельности (темп, особенности работоспособности и продуктивности деятельности ребенка) и сопоставляются с возрастными нормативами. Можно выделить следующие степени недостаточности этих характеристик: соответствуют возрасту, незначительно снижены, умеренно снижены, выраженно снижены.

4. Принятие решения об образовательной траектории и составление заключения ТПМПК.

Все особенности поведения, результаты обследования, зафиксированные психологом в протоколе, дают возможность сделать обоснованный вывод о варианте отклоняющегося развития либо о том, что

развитие ребенка соответствует возрастным требованиям. В протоколе в том числе отражается психологический диагноз, который согласовывается с результатами проведенной психолого-педагогической диагностики, заключениями учителя-логопеда и учителя-дефектолога, а также с медицинскими диагнозами.

Необходимо отметить, что педагоги-психологи ТПМПК г. Новосибирска в своей профессиональной деятельности используют типологию отклоняющегося развития, предложенную в своих работах Н.Я. Семаго и М.М. Семаго [3, 6].

5. Заключительный этап. Консультирование родителей и их ознакомление со специальными образовательными условиями, рекомендованными ребенку.

На заключительном этапе работы необходимо не только адекватно выбрать образовательный маршрут для каждого ребенка, но и провести консультирование семьи так, чтобы родители (законные представители) увидев реальные образовательные возможности и потребности ребенка, смогли организовать соответствующие условия обучения и воспитания.

После принятия коллегиального решения о необходимости организации специальных образовательных условий приглашаются родители, которым в доступной форме разъясняются рекомендации ТПМПК: соответствующая возможностям ребенка образовательная программа. Родителей знакомят с мнением специалистов о том, какие специальные условия нужны ребенку для успешной адаптации в образовательной среде, какие необходимы дополнительные наблюдения специалистов медицинского профиля.

В заключении педагог-психолог отражает основные направления психокоррекционной работы с ребенком в условиях образовательной организации.

Список использованных источников

1. Забрамная С.Д., Боровик О.В. Методические рекомендации к пособию «Практический материал для проведения психолого-

педагогического обследования детей» (Пособие для психолого-медико-педагогических комиссий). – М.: ВЛАДОС, 2003.

2. Организация деятельности психолого-педагогических комиссий в условиях реализации ФГОС для детей с ОВЗ: методические рекомендации/ Под общ. ред. Е.Н. Кутеповой, М.М. Семаго. – М.: МГППУ, 2017. – 139 с.

3. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Организация деятельности ПМПК в условиях развития инклюзивного образования. – М: АРКТИ, 2019.

4. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Теория и практика оценки психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. – СПб.: Речь, 2005.

5. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Теория и практика углубленной психологической диагностики. От раннего до подросткового возраста. – М: АРКТИ, 2018.

6. Семаго Н.Я., Чиркова О.Ю. Типология отклоняющегося развития: Недостаточное развитие /Под общ. ред. М.М. Семаго. – М.: Генезис, 2020. – 288с.

ФОРМИРОВАНИЕ ЗАКЛЮЧЕНИЙ ПМПК ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ 9, 11 КЛАССОВ ПО СОЗДАНИЮ УСЛОВИЙ ПРОХОЖДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Работа М.В.,

учитель-дефектолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Государственная итоговая аттестация (далее – ГИА) по завершении обучения по программам основного общего и среднего общего образования является обязательной в соответствии со статьей 59 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». Выявление обучающихся, нуждающихся в создании условий при проведении ГИА, а также формирование рекомендаций по созданию этих условий являются полномочиями ПМПК. Данные полномочия закреплены приказом Минпросвещения России, Рособрнадзора № 189/1513 от 07.11.2018 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования», а также приказом Минпросвещения России, Рособрнадзора № 190/1512 от 07.11.2018 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования». Данные документы являются основополагающими в вопросе создания условий при проведении ГИА и чаще всего именуется Порядок ГИА-9 и Порядок ГИА-11. Именно в этих документах содержится основная информация о том, кто и в каких условиях нуждается при прохождении ГИА. Специалистам ПМПК, в чьи обязанности входит не только обследование и определение необходимых образовательных условий, но и консультирование родителей, должны знать, какой нормативной-правовой базой могут оперировать при принятии решений, при возникновении спорных ситуаций, особенно в тех случаях, когда, с точки зрения членов комиссии, специальных условий при прохождении ГИА обучающемуся не требуется, а родители, образовательное учреждение или врачи придерживаются противоположного мнения.

Форма заключения ПМПК о создании условий при проведении ГИА, отличная от традиционного заключения ПМПК о создании специальных условий получения образования, рекомендована Федеральным ресурсным центром психолого-медико-педагогической комиссии (г. Москва), а на региональном уровне письмом Министерства образования Новосибирской области от 19.08.2020 № 7585-03/25 «О форме заключения ПМПК».

Заключение ПМПК о создании условий при организации ГИА имеет следующую форму:

ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПМПК
о создании условий при проведении ГИА
№ _____ от _____

Ф.И.О. ребенка: _____

Дата рождения: _____

Основание для выбора формы ГИА: да / нет

Основание для сокращения количества экзаменов до 2-х обязательных (ГИА-9): да / нет

Русский язык (указать № вариантов экзаменационных материалов при ГВЭ): _____

Математика (указать № вариантов экзаменационных материалов при ГВЭ): _____

Требование к оформлению КИМ: _____

Продолжительность экзамена: _____

Требование к рабочему месту: _____

Ассистент: _____

Оформление работы: _____

Организация ППЭ: _____

Руководитель ПМПК:

Педагог-психолог:

Учитель-логопед:

Учитель-дефектолог:

Обследование проходило в моем присутствии.

С рекомендациями ТПМПК ознакомлен (а). Копия заключения получена.

Ф.И.О. _____ / подпись _____ Дата « ____ » _____ .

Заключение комиссии действительно для представления в организации в течение календарного года с даты его подписания.

Этот образец заключения представляет собой исчерпывающий перечень возможных рекомендаций о создании условий при организации ГИА. Задача специалистов ПМПК – определить, нуждается ли ребенок в создании условий и сформировать конкретизированные в отношении каждого обучающегося рекомендации прохождения ГИА с учетом психофизических особенностей ребенка и действующей нормативно-правовой базы. Остановимся отдельно на каждом из указанных в заключении параметров и прокомментируем их содержание.

Основание для выбора формы ГИА. В соответствии с Порядками ГИА-9 и ГИА-11 государственная итоговая аттестация может проводиться в двух формах: в форме ОГЭ (основного государственного экзамена) с использованием стандартизированных контрольно-измерительных материалов, а также в форме ГВЭ (государственного выпускного экзамена) с использованием билетов, заданий, текстов, тем. В указанных Порядках также определены и категории обучающихся, имеющие право прохождения ГИА в форме ГВЭ. Из этих категорий на ПМПК чаще всего обращаются две: обучающиеся с ограниченными возможностями и дети-инвалиды (инвалиды). Соответственно, когда специалисты ПМПК проводят предварительную экспертизу пакета документов обучающегося, прежде всего, необходимо выяснить, относится ли ребенок к какой-либо из данных категорий или, возможно, сразу к нескольким. В пакете документов на обучающегося с ОВЗ должно быть ранее выданное заключение о прохождении ПМПК с указанием адаптированной программы, по которой он обучался, у детей-инвалидов и инвалидов – справка МСЭ, оформленная в соответствии с существующими требованиями. Оба документа должны быть действующими на момент обращения в ПМПК, и их срок действия должен распространяться на предполагаемый период сдачи экзаменов.

Хотелось бы отметить и то, что обращение в ПМПК для получения заключения указанными категориями обучающихся для определения условий организации ГИА не требуется, если они претендуют лишь на

право выбора формы сдачи ГИА (в форме ГВЭ или ОГЭ/ЕГЭ) и увеличение продолжительности времени экзамена, итогового собеседования по русскому языку или сочинения (изложения). Также без участия ПМПК может быть организован беспрепятственный доступ в пункты проведения экзаменов. Во всех остальных случаях, когда необходима более детальная конкретизация условий проведения ГИА, следует заблаговременно обращаться в ПМПК для получения соответствующих рекомендаций.

Основание для сокращения количества экзаменов до 2-х обязательных указывается только для выпускников 9 классов, поскольку только в 9 классе стандартным является сдача двух основных экзаменов (русский язык и математика) и двух экзаменов по выбору учащегося из утвержденного перечня. Обучающиеся с ОВЗ и дети-инвалиды имеют право на сдачу только двух обязательных экзаменов. По итогам обучения в 11 классе все обучающиеся сдают два основных экзамена, а экзамены по выбору – только ученики, планирующие поступление в учреждения высшего образования.

Номера вариантов экзаменационных материалов при ГВЭ по русскому языку и математике указываются только в случае наличия у обучающихся основания для выбора формы ГИА. Материалы экзаменационных материалов при ГВЭ разрабатываются ФГБНУ «Федеральный институт педагогических измерений», публикуются на сайте данного учреждения. Кроме того, ежегодно Рособрнадзор публикует методические рекомендации по организации и проведению государственной итоговой аттестации.

На примере экзаменационных материалов по русскому языку проиллюстрируем отличительные черты сдачи экзаменов различными категориями обучающихся с ОВЗ. Так, для участников ГВЭ с нарушениями опорно-двигательного аппарата по выбору выпускника предлагается написание сжатого изложения с творческим заданием (400-е номера экзаменационных вариантов) или сочинение (100-е номера). Сами же экзаменационные материалы аналогичны тем, что разрабатываются для обучающихся без ОВЗ. Слепым, слабовидящим и поздноослепшим

обучающимся, которые владеют шрифтом Брайля, рекомендуется сжатое изложение с творческим заданием (600-е номера) или сочинение (300-е номера); экзаменационные материалы соответствуют материалам для участников ГВЭ без ОВЗ, однако визуальные образы в текстах сведены к минимуму. При необходимости данные материалы переводятся на шрифт Брайля. Слабослышащие, глухие, позднооглохшие, обучающиеся с задержкой психического развития, с тяжёлыми нарушениями речи пишут сжатое или подробное изложение с творческим заданием (500-е номера) или сочинение (200-е номера), экзаменационные же материалы для данных категорий обучающихся имеют ряд особенностей: допускаются сюжетные тексты, адаптированные с учётом категории экзаменуемых, они не содержат звуковых образов. Оценивание работ данных выпускников происходит по особым критериям. Обучающиеся с расстройствами аутистического спектра имеют право писать диктант (700-е номера), который оценивается по особой системе.

По желанию обучающегося с ОВЗ или ребенка-инвалида возможно проведение ГВЭ по всем учебным предметам в устной форме. Заключение ТПМПК на подобный выбор обучающегося не влияет.

Среди *требований к оформлению КИМ* (контрольно-измерительных материалов) отметим следующие: перевод на шрифт Брайля (для слепых и поздноослепших обучающихся, владеющих шрифтом Брайля); шрифт, увеличенный до 16-18 pt., без засечек Arial, Verdana (для слабовидящих).

Продолжительность экзамена увеличивается на 1,5 часа исключительно для обучающихся с ОВЗ и детей-инвалидов (инвалидов). Увеличение продолжительности итогового собеседования по русскому языку для девятиклассников на 30 минут и итогового сочинения (изложения) для одиннадцатиклассников на 1,5 часа возможно, кроме указанных категорий, для обучающихся на дому (находящихся на длительном лечении). Для создания указанных условий обучающимся на дому необходимо предъявить в ПМПК врачебное заключение с соответствующими рекомендациями и

приказ (или копию приказа, выписку из приказа) образовательного учреждения о том, что ребенку действительно организовано обучение на дому. Период обучения на дому должен, как минимум, совпадать с периодом сдачи экзаменов.

Внесем несколько уточнений по поводу итогового собеседования по русскому языку. Традиционной формой прохождения данной процедуры является устная. Если же обучающемуся требуется альтернативная форма прохождения итогового собеседования по русскому языку, например, письменно, что предусмотрено при необходимости для глухих, не владеющих сурдопереводом, для детей с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, то члены ПМПК обязательно должны написать об этом в своих рекомендациях. Кроме того, в полномочия ПМПК входит указание на необходимость уменьшения минимального количества баллов для получения «зачета», выполнения доступных заданий КИМ итогового собеседования с учетом особенностей психофизического развития обучающегося с ОВЗ.

Требования к рабочему месту напрямую зависят от психофизических особенностей обучающегося. Данные требования определены в ежегодных методических рекомендациях Рособнадзора по организации и проведению государственной итоговой аттестации для лиц с ограниченными возможностями здоровья, детей-инвалидов и инвалидов, могут уточняться и конкретизироваться в заключениях ПМПК в зависимости от каждого конкретного случая. Так, например, ребенку с нарушениями опорно-двигательного аппарата может быть рекомендована отдельная аудитория, находящаяся на первом этаже, количество участников в аудитории – не более 10 человек. Наличие пандусов и поручней в пункте проведения экзамена, специальное кресло, медицинский лежак – для ребенка, который не может долго сидеть и т.д. (в соответствии с рекомендациями врача). В случае, если планируется сдача экзаменов с использованием компьютера, дополнительно прописывается наличие рабочего места, оборудованного компьютером, не

имеющим выхода в сеть «Интернет» и не содержащим информацию по сдаваемому предмету. Принятие решения членами ПМПК о необходимости рекомендовать сдачу экзамена на компьютере не должно основываться исключительно на недостаточной сформированности моторного навыка письма у обучающегося. Необходимо обязательно выяснить у ребенка, его родителей, владеет ли выпускник компьютером, есть ли опыт выполнения подобных видов работ и есть ли желание сдачи экзамена на компьютере. Так как при отсутствии такого опыта рекомендации о сдаче ГИА на компьютере не вполне целесообразны, даже при наличии моторных трудностей.

В этом же разделе указываются медицинские рекомендации по обязательному наличию во время проведения экзамена жизненно необходимых обучающемуся медикаментов или медицинского оборудования. Так, для обучающихся с сахарным диабетом может быть рекомендовано: обеспечение возможности иметь при себе глюкометр, тест-полоски, флеш-мониторинг, инсулин короткого действия в шприц-ручке и иглы к ней; продукты питания, содержащие быстрые и медленные углеводы, питьевую воду.

Определение необходимости присутствия на экзамене *ассистентов* на настоящий момент является полномочиями исключено ПМПК. В соответствии с Порядками ГИА-9 и ГИА-11 ассистенты могут выполнять следующие технические функции:

- обеспечивают сопровождение участника экзамена с ОВЗ, участника экзамена – ребенка-инвалида и инвалида в образовательную организацию, на базе которой организован пункт проведения экзамена (далее - ППЭ);
- оказывают техническую помощь в части передвижения по ППЭ, ориентации (в том числе помогают им занять рабочее место в аудитории) и получении информации (не относящейся к содержанию и выполнению заданий экзаменационной работы);
- оказывают техническую помощь в обеспечении коммуникации (с сотрудниками ППЭ), в том числе с использованием коммуникативных

устройств, средств альтернативной коммуникации (за исключением средств связи, фото-, аудио- и видеоаппаратуры);

- оказывают помощь в использовании технических средств, необходимых для выполнения заданий, технических средств (изделий) реабилитации и обучения;
- оказывают помощь в ведении записей, чтении заданий (оказывают помощь в фиксации положения тела, ручки в кисти руки; помогают при оформлении регистрационных полей бланков экзаменационной работы; переносят ответы в экзаменационные бланки), приведении в порядок рабочего места и подготовке необходимых принадлежностей; удержании КИМ в вертикальном положении, фиксации строки/абзаца (для участников экзамена с нарушением опорно-двигательного аппарата);
- оказывают техническую помощь при выполнении письменной экзаменационной работы на компьютере (настройки на экране; изменение (увеличение) шрифта; расположение экзаменационного материала на экране компьютера с учетом особенностей зрения и др.);
- вызывают медперсонал (при необходимости).

Особенности *оформления работы* предусмотрены для:

- слепых и поздноослепших обучающихся, владеющих шрифтом Брайля – участник экзамена оформляет экзаменационную работу в специальной тетради рельефно-точечным шрифтом Брайля, тифлопереводчик переводит работу участника экзамена и оформляет ее на бланке установленной формы;
- слабовидящих обучающихся – участник экзамена может оформлять работу на масштабированных бланках (до формата А3);
- глухих, позднооглохших, слабослышащих обучающихся, выпускников с тяжелыми нарушениями речи – текстовая форма инструкции по заполнению бланков ОГЭ (ЕГЭ);
- для выполняющих работу на компьютере – ассистент оформляет бланки ОГЭ (ЕГЭ).

Организация ППЭ возможна на базе образовательной организации либо на дому (на базе медицинской организации при длительном лечении). Для сдачи экзаменов на дому (на базе медицинской организации), как уже говорилось, необходимо соответствующее врачебное заключение. Специалисты ПМПК должны хорошо понимать, что даже если ребенок обучается на дому, у него нет обязанности сдавать экзамены на дому, это право выбора обучающегося, поэтому при проведении обследования необходимо обязательно выяснить пожелания обучающегося и его родителей.

Следует также сказать несколько слов о врачебном заключении. Специалисты ПМПК часто встречаются с такой медицинской рекомендацией как «щадающий режим сдачи экзаменов», которая является достаточно общей и не конкретизирует наличие медицинских показаний для определения условий при сдаче ГИА, поэтому не может быть основанием для создания условий во время экзаменов.

На первый взгляд может показаться, что определение условий для организации ГИА носит достаточно формальный характер, постольку на настоящий момент нормативно-правовой базой строго определены участники ГВЭ и возможный для них перечень условий прохождения ГИА. Как показывает практика ТПМПК г. Новосибирска, недостаточно формально определить, требуется ребенку на экзаменах создание каких-либо условий или нет, соотнести ребенка с определенной категорией обучающихся с ОВЗ, необходимо помнить, что каждый случай индивидуален, и каждый ребенок требует индивидуального подхода, а часто и индивидуальных, специфических условий при проведении ГИА, которые профессионально должны быть отражены в заключениях ПМПК.

Нормативно-правовая база:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»

2. Приказ Минпросвещения России, Рособрнадзора № 189/1513 от 07.11.2018 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования»

3. Приказ Минпросвещения России, Рособрнадзора № 190/1512 от 07.11.2018 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам среднего общего образования».

4. Письмо Рособрнадзора от 31.01.2022 N 04-18 «О направлении методических документов, рекомендуемых при организации и проведении государственной итоговой аттестации по образовательным программам основного общего образования и среднего общего образования в 2022 году».

5. Письмо Рособрнадзора от 26.10.2021 N 04-416 «О направлении методических документов, рекомендуемых к использованию при организации и проведении итогового сочинения (изложения) в 2021/2022 учебном году» (вместе с «Методическими рекомендациями по организации и проведению итогового сочинения (изложения) в 2021/2022 учебном году», «Правилами заполнения бланков итогового сочинения (изложения) в 2021/2022 учебном году»).

6. Письмо Рособрнадзора от 30.11.2021 N 04-454 «О направлении Рекомендаций по организации и проведению итогового собеседования по русскому языку в 2022 году» (вместе с «Рекомендациями по организации и проведению итогового собеседования по русскому языку в 2022 году»).

7. Письмо Министерства образования Новосибирской области от 19.08.2020 № 7585-03/25 «О форме заключения ПМПК»

Онлайн-ресурсы:

1. Федеральный ресурсный центр ПМПК. – URL: <https://pmpkrf.ru/>
2. ФГБНУ «Федеральный институт педагогических измерений». – URL: <https://fipi.ru/>

**СПЕЦИФИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ НА ПМПК
ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОТКЛОНЯЮЩИМСЯ
ПОВЕДЕНИЕМ С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ШКОЛЬНОЙ
ДЕЗАДАПТАЦИИ**

*Шугаева Ю.В., педагог-психолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»,
клинический психолог*

В последние десятилетия совершенствуется система межведомственного взаимодействия и оказания своевременной полипрофессиональной консультативной, психосоциальной помощи обучающимся с деструктивными и отклоняющимися формами реагирования и поведения, обеспечивающая непрерывную профилактическую (ресурсосберегающую) направленность психосоциальных вмешательств с интеграцией усилий специалистов разных специальностей. Уникальную практику в оказании своевременной комплексной помощи обучающимся с отклоняющимся поведением с различными вариантами школьной дезадаптации и их окружению имеет психолого-медико-педагогическая комиссия. Следует отметить, что территориальная ПМПК города Новосибирска, относясь к ведомству системы образования, также входит в государственную систему профилактики кризисных ситуаций, профилактики безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних на территории города Новосибирска, деятельность которой регламентируется Федеральным законом (далее – ФЗ) от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», Приказом Министерства образования и науки РФ от 20 сентября 2013 г. N 1082 «Положение о ПМПК, ФЗ от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (в ред. от 24.04.2020 №147-ФЗ), Постановлением мэрии города Новосибирска от 09.11.2021 № 3914 «О муниципальной программе «Профилактика правонарушений на территории города Новосибирска» на период до 2030 года, письмом Минобрнауки

Новосибирской области (далее – НСО) №7585-03/25 от 19.08.2020 «Рекомендации по формированию заключения ПМПК», приказом Министерства здравоохранения НСО и Министерства образования НСО от 01.04.2020 г. №798/891 «Об организации оказания медицинской помощи, в том числе психиатрической, обучающимся отдельных образовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным общеобразовательным программам (далее – АООП), расположенных на территории НСО» [8, 9, 10, 11, 16].

Одна из тенденций, вызывающая серьезную озабоченность и сохраняющаяся на протяжении ряда лет, в том числе на территории НСО, – «омоложение» преступности, повышение криминальной активности обучающихся, не достигших возраста уголовной ответственности, а также увеличение количества обращений на ТПМПК г. Новосибирска обучающихся, находящихся в кризисной ситуации, с интернет-зависимостями, с самоповреждающим, предсуицидальным и суицидальным поведением, которое, «как правило, связано с тяжелыми психотравмирующими событиями» [9, 14] с сопутствующим им феноменом школьной дезадаптации. Данные официальной медицинской статистики и результаты специальных клинико-эпидемиологических исследований Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) и Министерства здравоохранения РФ, федерального государственного бюджетного учреждения (далее – ФГБУ) «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» фиксируют стойкую тенденцию ухудшения соматического и психического здоровья обучающихся, рост пограничной психической патологии среди школьников [1, 17, 18], в структуре которой все большее место занимают различные формы психодезадаптационных состояний, нарушающих функционирование обучающихся в коллективе с развитием явления школьной дезадаптации [2, 17, 5], что является фактором риска социальной дезадаптации во взрослой жизни.

По итогам 12 месяцев 2021 года, количество совершенных подростками преступлений сократилось на 20,7% (с 1075 до 853) [14], однако почти на 50%, по сравнению с прошлым годом, увеличилось число зарегистрированных сообщений о суицидальном поведении обучающихся несовершеннолетнего возраста. Самый большой скачок произошел именно по самоповреждающему поведению (+80%). Снизилось количество оконченных суицидов (в 2021 году – 13 суицидов, в 2020 году – 16). Однако, почти на треть возросло число суицидальных попыток (со 111 в 2020 году до 134 фактов в 2021 году) [14].

Из общего числа расследованных преступлений, по итогам 12 месяцев 2021 года, 88% носят имущественный характер (краж в 2021 году – 533, 422 – в 2020 году; грабежей в 2021 году – 72, 64 – в 2020 году; угонов в 2021 году – 75, 60 – в 2020 году; разбоев в 2021 году – 18, 15 – в 2020 году) [13, 14]. «Основными причинами совершения правонарушений и преступлений несовершеннолетними являются отсутствие контроля со стороны родителей, употребление спиртных напитков, психоактивных веществ (далее – ПАВ), а также отсутствие организации досуга и свободного времени подростков» [13, 14].

Эти показатели представляются крайне неблагоприятными, так как наблюдается также утяжеление социальных девиаций у обучающихся, состоящих на внутришкольном учёте, на учёте в ПДН, КДНиЗП, а также ранее привлекавшихся к административной и уголовной ответственности за менее тяжёлые правонарушения [13, 14]. Таким образом, своевременное выявление обучающихся «группы риска», находящихся в социально опасном положении, в кризисной ситуации, а также с деструктивным, в том числе самоповреждающим, пре-суицидальным и суицидальным поведением, проведение в отношении них квалифицированного обследования и формирование развёрнутого заключения ПМПК с рекомендациями по индивидуальному профилактическому сопровождению имеет существенное значение не только для организации их обучения и воспитания, но и для

дальнейшей антикризисной профилактики и правонарушений в широком смысле [3, 4, 5].

На обследование на ТПМПК, как по инициативе законных представителей, так и по инициативе психолого-педагогических консилиумов (далее – ППк) образовательных организаций, учреждений и организаций многоуровневой системы здравоохранения, суда, ПДН, КДНиЗП, могут быть направлены две категории обучающихся с отклоняющимся поведением: дети и подростки с девиантным поведением (докриминогенный этап); дети и подростки с делинквентным поведением (криминогенный этап) [5, 6].

Для диагностики особенностей психического развития обучающихся с отклоняющимся поведением с различными вариантами школьной дезадаптации на ТПМПК одной из центральных категорий, единицей анализа развития является «психологический возраст». Каждый психологический возраст характеризуется своей социальной ситуацией развития, нормами и особенностями формирования личности (факторы риска: общебиологические, длительные соматические неблагополучия (наличие хронического соматического заболевания) и социально-психологические), отличающимися их от смежных возрастов.

Обследование обучающихся с деструктивным поведением на ТПМПК в возрасте от 14 до 18 лет имеет особое значение, так как данный возрастной период сопоставляется с нормами уголовного законодательства, и заключение и рекомендации ПМПК в этом случае играют существенную роль в процессе решения юридически значимых обстоятельств с участием несовершеннолетних (на досудебном, судебном и постсудебном этапе в уголовном процессе) [5, 6].

Заключение ТПМПК направлено на коррекционную, воспитательную, психолого-медико-социальную, а в отдельных случаях и правовую помощь, снижающую остроту отклоняющегося и деструктивного поведения обучающегося и способствующую его включенности в образовательный

процесс. Также ТПМПК осуществляют комплексное обследование несовершеннолетних, в отношении которых решается вопрос о направлении их в учебно-воспитательное учреждение временного содержания или закрытого типа. При этом суд может направить их на обследование на ТПМПК как до судебного заседания, так и после вынесения решения (приговора/ постановления) суда о направлении его в специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа (далее – СУВУ ЗТ), центры временного содержания для несовершеннолетних (далее – ЦВСНП) [5, 6].

С целью выяснения продолжительности преобладающих клинических проявлений, причин развития школьной дезадаптации и степени выраженности школьных проблем у обучающихся с отклоняющимся поведением на этапе диагностической сессии оценивается и анализируется аномальная психосоциальная ситуация развития (аномальные отношения в семье, аномалии воспитания, аномалии ближайшего окружения, социальные стрессовые события, наличие конфликтных ситуаций и хронического стресса, связанного с учёбой), доминирующие мотивы поведения.

В ходе обследования и анализа психосоциальной ситуации развития специалисты ТПМПК определяют наиболее частые причины отклоняющегося поведения обучающихся (стремление уклониться от трудовой и учебной дисциплины, нежелание решать личные и социальные проблемы, самовольные уходы, напряжённая ситуация в ОО в связи с неуспеваемостью или наличием межличностного конфликта с педагогами или сверстниками, наличие хронической соматической и/или психосоматической патологии, чрезмерное или неконтролируемое использование социальных медиа, сетевых и одиночных видеоигр, повторное социальное сиротство, употребление ПАВ и увлечение вейпами, пропаганда актов вандализма, шутинга, суицидоопасного поведения в социальных сетях детско-подростковых групп и сообществ и др.). Затем формулируют индивидуальные рекомендации по преодолению дезадаптивных форм

поведениям и предотвращению у обучающихся психоэмоциональных перегрузок и срывов.

В работе ТПМПК принимают участие специалисты разного профиля: педагог-психолог, клинический психолог, учитель-дефектолог, учитель-логопед, социальный педагог, врач-невролог. Деятельность данных специалистов позволяет дать максимально полную картину проблем обучающегося и разработать «адресные» рекомендации для индивидуально-профилактической помощи по преодолению различных вариантов школьной дезадаптации и деструктивного поведения. Вся последующая практическая, клиническая, психосоциальная работа с обучающимся в ОО, центрах помощи, ПДН, КДНиЗП выстраивается с учётом заключения и рекомендаций ТПМПК.

Общая технология психолого-медико-педагогического обследования на ТПМПК традиционно представлена следующим образом: интервьюирование законных представителей при их первичном обращении; анализ первичной информации – знакомство с документами и сведениями; комплексное обследование с установлением продуктивного эмоционального раппорта с доброжелательным и безоценочным отношением к обучающемуся, с оказанием необходимой «скорой» психологической поддержки («кризисной интервенции»), анализом проблемы без критических суждений, неконтролируемых эмоций и неуместных вопросов: анализ предшествующего развития и оценка особенностей развития обучающегося различными специалистами; анализ полученных результатов и их коллегиальное обсуждение; составление заключений специалистов; ознакомление законных представителей с результатами диагностики, консультирование и согласование с ними условий, необходимых для воспитания, обучения, дальнейшей социализации и реабилитации с гарантией анонимности и конфиденциальности получаемой информации.

Нормативно-правовыми актами регламентировано два вида обследования, которые проводятся ТПМПК в отношении обучающихся с

отклоняющимся поведением: комплексное психолого-медико-педагогическое обследование – «традиционная модель или экспресс-обследование» – «экспертная модель или планово-динамическая модель» [4, 6]. «Традиционная модель» заключается в экспресс-обследовании несовершеннолетнего в течение 1-1,5 часов и составлении заключения по результатам обследования, а также рекомендаций. «Экспертная модель» отличается более глубоким обследованием обучающегося и тщательным анализом имеющейся информации. «Экспертная модель» может быть реализована как на базе ТПМПК, так и на базе ОО, ЦВСНП, СУВУ ЗТ выездной комиссией.

«Экспертная модель» состоит из ряда этапов.

На первом этапе социальный педагог ТПМПК проводит беседу с законными представителями, подробно изучает и анализирует пакет документов, описывающий социальную ситуацию развития, педагогические характеристики, медицинские документы, документы ПДН, КДНиЗП, органов полиции, решение, постановление или приговор суда. При изучении пакета документов и во время беседы использует метод структурированной оценки социальной ситуации развития обучающегося. Для этого он использует Карту структурированной оценки социальной ситуации развития (далее – Карта) [6]. Далее социальный педагог составляет рекомендации по социально-педагогической, практической и профилактической работе с обучающимся в части социально-педагогического сопровождения, информирует других специалистов ТПМПК о результатах изучения социальной ситуации развития, что позволяет им подобрать батарею методик для каждого конкретного случая. Используется базовый и дополнительный пакет диагностических методик для выявления обучающихся с легкими и тяжелыми нарушениями поведения, с преобладающими психопатологическими нарушениями, а также для оценивания поведения в динамике [6].

На втором этапе проводится обследование обучающегося психологом и/или клиническим психологом, возможно совместное обследование с неврологом и/или психиатром [4, 6]. Психолог ТПМПК чаще проводит углубленное клиническое обследование: изучает Карту и иные материалы, представленные на ТПМПК; проводит экспериментально-психологическое исследование, включающее направленную клиническую беседу (использует инсайт-ориентированную и/или симптом-ориентированную техники) [1], наблюдение за поведением обучающегося в процессе проведения обследования, а также оценивает вариант («когнитивный» – с преимущественным нарушением собственно обучаемости, «поведенческий» – с преобладанием нарушений поведения и вариант с преимущественным «нарушением социальных контактов»), длительность и степень выраженности проявлений школьной дезадаптации [2].

Деятельность врача-невролога/врача-психиатра в рамках ТПМПК заключается в проведении неврологического исследования/психиатрического освидетельствования и установлении неврологического расстройства/психического статуса, его нозологической принадлежности.

На третьем этапе обучающегося обследуют учитель-логопед и учитель-дефектолог при условии, что на втором этапе были объективно квалифицированы особенности когнитивного развития, или у специалистов возникло подозрение в недостаточном по возрасту и уровню обучения овладении программным материалом.

На четвертом этапе специалистами ТПМПК проводится совместный анализ результатов обследования, составляется подробное заключение с выводами и рекомендательной частью, включающей определение условий получения образования и направлений индивидуальной профилактической работы.

На заключительном этапе специалистами ТПМПК проводится ознакомление с заключением комиссии родителей (законных представителей). Цель – подробное разъяснение рекомендаций по созданию

специальных условий (сопровождению специалистами ППк ОО и педагогическим коллективом [3], службой школьной медиации и примирения ОО) и организации индивидуальной профилактической работы с обучающимся с отклоняющимся поведением в ОО, его окружением и за её пределами, сроков заключения и необходимости повторного прохождения комиссии в случае необходимости.

Законных представителей знакомят с дистанционными моделями оказания экстренной психологической, психотерапевтической, социальной и юридической помощи семье и обучающемуся экстренными службами и линиями в условиях системной трансформации современного общества, а также с информацией о наличии учреждений и организаций здравоохранения, учреждений культуры и спорта по организации досуговой и внеурочной деятельности на территории РФ и города Новосибирска.

С законными представителями специалистами ТПМПК проводится разъяснительная работа о важности своевременной профилактической антикризисной помощи обучающемуся и его ближайшему окружению, о важности реструктуризации и гармонизации детско-родительских отношений, формирования активного и здорового образа жизни, вовлечения обучающегося в группы позитивной социальной направленности, организации досуговой и внеурочной деятельности, рациональности и безопасности использования интернет-ресурсов, использования гаджетов для самообразования и содержательного досуга.

Законных представителей информируют о превентивных мерах соблюдения рекомендаций специалистов ППк ОО, ТПМПК, ПДН и о необходимости своевременного прохождения социально-психологического тестирования на базе ОО, профилактических осмотров у специалистов учреждений и организаций здравоохранения, повторных обращений на ТПМПК с целью мониторинга ранее данных рекомендаций. Образовательная организация в этих случаях выступает в роли кейс-менеджера, осуществляющего привлечение дополнительных ресурсов и социальных

сервисов системы профилактики, с непрерывным консультативным сопровождением семьи.

Профилактика отклоняющегося поведения предполагает систему мероприятий на различных уровнях социальной организации: общегосударственном, правовом, общественном, экономическом, медико-санитарном, педагогическом, социально-психологическом. Общественное воздействие может носить характер правовых санкций, медицинского вмешательства, педагогического влияния, социальной поддержки и психологической помощи.

Таким образом, в реализации индивидуального подхода по определению условий организации индивидуальной профилактической и непрерывной консультативной работы с обучающимися с отклоняющимся поведением с различными вариантами социально-психологической и школьной дезадаптации на основе полипрофессионального и межведомственного взаимодействия важная роль принадлежит ТПМПК.

Ссылки на использованные источники

1. Банников Г.С. Современные подходы к диагностике суицидального поведения несовершеннолетних / Создание и поддержание системы мониторинга самоповреждений и суицидальных попыток// Российская веб-конференция с международным участием при поддержке ВОЗ «Депрессия, суицидальное поведение и мониторинг актов самоповреждений в условиях распространения COVID-19» (2020 г.). - URL: <https://www.psyconf26.com/single-post/>
2. Мазаева Н.А., Шмакова О.П. Типология, диагностика и коррекция нарушений школьной адаптации у детей и подростков с психическими расстройствами: Пособие для врачей. М.: МАКС Пресс, (2005). - URL: <http://ncpz.ru/lib/1/book/96>
3. Методические материалы по признакам девиаций, действиям специалистов системы образования в ситуациях социальных рисков и

профилактике девиантного поведения обучающихся. М.: МГППУ (2018 г.). – URL: https://mgppu.ru/about/publications/deviant_behaviour

4. Методическое пособие по практическому использованию модели механизма «субъектной» социализации в целом и детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и социально опасном положении / Под ред. академика РАН М.К. Горшкова. М.: Институт социологии РАН (2015 г.). – URL: <http://new.pdfm.ru/35tehicheskie/137088-1-metodicheskoe-posobie-prakticheskomu-ispolzovaniyu-modeli-mehanizma-subektnoy-socializa.php>

5. Методические рекомендации для образовательных организаций по определению индивидуальной профилактической работы для обучающихся с девиантным поведением / Л.Ю. Вакорина, Н.Н. Васягина, Ю.А. Герасименко, И.В. Пестова. М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей» (2018 г.). - URL: <https://pmpkrf.ru/wp-content/uploads/2019/03/metod-rekomendatsii-po-rabote-s-deviantn.pdf>

6. Методические рекомендации по организации обследования детей и подростков с нарушениями поведения (для специалистов ПМПК)/ С.В. Алехина [и др.]. М.: ФГБОУ ВО МГППУ (2018 г.). - URL: <https://www.inclusive-edu.ru/wp-content/uploads/2018/01/Metodich.-rekomend.-PMPK-s-oblozhkoj.pdf>

7. Организация деятельности ПМПК в условиях реализации ФГОС для детей с ОВЗ: методические рекомендации / Под общ. ред. Е.Н. Кутеповой М.М. Семаго. М.: МГППУ (2017 г.). – URL: <https://www.inclusive-edu.ru/onas/sotrudniki/kutepova-elena-nikolaevna/>

8. Письмо Минобрнауки России от 19.08.2020 №7585-03/25 от 19.08.2020 «Рекомендации по формированию заключения ПМПК». - URL: <http://concord.websib.ru/?p=36952>

9. Письмо Министерства здравоохранения РФ от 6 марта 2020 г. N 15-2/И/2-2645 О методических рекомендациях «Суицидальное поведение несовершеннолетних (профилактические аспекты)». – URL: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74231984/?prime>

10. Постановление мэрии города Новосибирска от 09.11.2021 г. № 3914 «О муниципальной программе «Профилактика правонарушений на территории города Новосибирска»» на период до 2030 года. – URL: <http://nskpravo.info/upload/iblock/ec5/2021%203914.pdf>

11. Приказ Министерства здравоохранения НСО и Министерства образования НСО от 01.04.2020 г. №798/891 «Об организации оказания медицинской помощи, в том числе психиатрической, обучающимся отдельных ОО, осуществляющих образовательную деятельность по АООП, расположенных на территории НСО». - URL: <http://www.consultant.ru/regbase/cgi/online.cgi>

12. Приказ Министерства образования и науки РФ от 20 сентября 2013 г. N 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии». - URL: <https://docs.edu.gov.ru/id1508>

13. Протокол заседания комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав на территории Новосибирской области № 1 от 31.01.2022 г. - URL: https://mtsr.nso.ru/sites/mtsr.nso.ru/wodby_files/files/page_11442/protokol_no_1_ot_31.01.2022.pdf

14. Протокол заседания комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав на территории Новосибирской области №12 от 24.12.2021 г. - URL: https://mtsr.nso.ru/sites/mtsr.nso.ru/wodby_files/files/page_10305/protokol_24.12.2021.pdf

15. Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в РФ». - URL: <https://duma.consultant.ru/documents/1646176?items=100>

16. Федеральный закон от 24.06.1999 № 120-ФЗ «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних» (в ред. от 24.04.2020 №147-ФЗ). - URL: <https://legalacts.ru/doc/federalnyi-zakon-ot-24061999-n-120-fz-ob/>

17. Филиппова Е. А. Школьная дезадаптация и факторы риска пограничных психических расстройств среди учащихся средних и старших

классов массовых школ// Социальная и клиническая психиатрия. № 2. (2010 г.). - URL: <https://s-psy.ru/magazine/scp/12/211>

18. Элла Аренсман. Доклад международного эксперта ВОЗ. Создание и поддержание системы мониторинга самоповреждений и суицидальных попыток// Российская веб-конференция с международным участием при поддержке ВОЗ «Депрессия, суицидальное поведение и мониторинг актов самоповреждений в условиях распространения COVID-19» (2020 г.). - URL: [http:// https://www.psyconf26.com/single-post/](http://https://www.psyconf26.com/single-post/)

РОЛЬ ПМПК В ОРГАНИЗАЦИИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С НЕРОДНЫМ РУССКИМ ЯЗЫКОМ

Лавреха И.В.,

учитель-логопед ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Активизация миграционных процессов, происходящих в настоящее время, приводят к тому, что в школах обучается большое число детей, для которых русский язык является неродным.

В Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» сказано, что «принципы государственной политики заключаются в «обеспечении права каждого человека на образование, недопустимость дискриминации в сфере образования». Министр просвещения Российской Федерации Сергей Кравцов признал, что «обучение детей, приезжающих вместе с родителями, становится еще одной задачей для нашей системы образования, актуальным вызовом для нас».

По оценке Минпросвещения РФ, в настоящее время в российских школах обучаются около 140 тыс. детей-мигрантов, в разной степени владеющих русским языком.

В зависимости от того, каков уровень освоения русского языка, детей-мигрантов принято разделять на детей-билингвов и детей-инофонов. Дети-билингвы – это дети, одинаково хорошо владеющие как своим родным языком, так и другим языком. Основная особенность детей-билингвов – это способность использовать для общения оба языка, излагая мысли в соответствии с нормами литературного языка. Дети-инофоны – это дети, слабо владеющие языком данной страны или вообще не говорящие на этом языке [7].

Многие дети-мигранты дошкольного возраста, поступающие в детский сад, испытывают сложности социализации и адаптации из-за недостаточного знания русского языка, что в дошкольном возрасте преодолевается гораздо

легче. Посещение детских дошкольных учреждений – важная ступень подготовки к школе. Это не только прекрасная возможность адаптации в среде сверстников, поскольку в детском саду ребёнок проводит большую часть времени, но и опыт общения на русском языке, который не всегда возможен в условиях семьи.

С какими проблемами сталкивается ребенок в школе? Низкий уровень владения русским языком вызывает значительные трудности в освоении школьной программы, он же приводит к возникновению языкового барьера вследствие отсутствия практики в разговорной речи, недостатка активного словарного запаса, а также несоответствия возраста и уровня знаний из-за разных требований и учебных программ. У ребенка появляется неуверенность в себе, снижается самооценка, познавательный интерес, мотивация к обучению [8]. Помимо внешних признаков, влияющих на освоение иностранного языка, существует и внутреннее отношение личности к своему двуязычию [15]. Родители в силу недостаточного знания русского языка не могут стать помощниками в решении данных вопросов. Кроме того, присутствуют эмоциональные трудности, вызванные переживанием миграционного стресса.

Одним из важнейших факторов успешности школьного обучения детей-мигрантов является знание русского языка, поскольку на нем ведется обучение в общеобразовательных школах нашей страны. Следовательно, данная категория обучающихся нуждается в своевременном содействии, помощи, поддержке и сопровождении.

В ТПМПК г. Новосибирска обращается значительное количество детей-мигрантов. Так, в 2021 году их количество составило около 300 человек. Целью обращения является получение рекомендаций по созданию специальных условий обучения в детском саду и школе, прохождение медико-социальной экспертизы и др.

Для выявления причин возникновения проблем и трудностей при обучении, социализации и адаптации ребенка-мигранта специалисты ТПМПК проводят комплексное обследование.

При проведении диагностики детей и беседы с родителями педагоги часто сталкиваются с трудностями сбора анамнестических данных, необходимых для исключения на ранних этапах онтогенеза органических поражений центральной нервной системы, приводящих к различным видам нарушений психического развития. Отсутствие, недостаток этих данных, языковой барьер, когда многие родители не владеют русским языком, необходимость привлечения переводчика, невысокое социальное положение затрудняют картину развития детей-билингвов. По мере возможности специалисты ТПМПК проводят с родителями соответствующую подготовительную работу, знакомят их с процедурой обследования, но при этом не демонстрируют конкретные диагностические приемы и наглядный материал. В процессе беседы с родителями специалисты получают информацию о том, происходило ли речевое развитие в условиях двуязычия или второй язык был введен в дошкольный период, или в более поздние сроки, имеют ли дети возможность общаться с русскоязычными сверстниками, слушать и смотреть передачи, фильмы, читать книги на русском языке, уточняются сведения об уровне владения ребенком речью на родном языке.

Очевидно и то, что в ТПМПК нет специалистов, владеющих таким количеством языков, с учетом того, что в Новосибирской области проживают более 30 национальностей, а знание языков специалистами предполагает не только перевод заданий и инструкций на родные языки учащихся, но и анализ их речи. Несомненно, логопедическое обследование всех компонентов речевой системы на родном языке позволило бы гораздо проще диагностировать первичные речевые нарушения независимо от уровня владения русским языком [14]. Так, в рекомендациях по проведению обследования Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина, Т.В. Туманова и др. уточняют, что

обследование должно проводиться на доминантном (родном) языке ребенка. Наиболее достоверные сведения о природе речевого нарушения можно получить, проведя обследование как на родном, так и на не родном (русском) языке. Весь инструментарий для обследования должен быть подготовлен в двух вариантах: на родном языке ребёнка и русском языке, что также представляет трудности в условиях ТПМПК. Поэтому учителю-логопеду ТПМПК необходимо тщательно подбирать речевой материал для обследования во избежание неоднозначных выводов.

Диагностика данной категории детей имеет ряд особенностей – ребенку предлагают задания, которые требуют минимального активного участия речи, с опорой на наглядный материал, подкрепление вербальных инструкций показом, жестами. При затруднениях специалисты комиссии оказывают ребенку помощь – уточняющие вопросы, повторение вербальной инструкции, показ образцов, подсказки, косвенно привлекают родителей.

В процессе диагностики речевого развития данной категории детей выявляются особенности речевого развития при усвоении русского языка. Учителю-логопеду ТПМПК в первую очередь необходимо определить уровень понимания русского языка и владения им как средством коммуникации. При оценке состояния речи ребёнка учитываются все требования комплексной психолого-педагогической диагностики.

В современной логопедии вопрос влияния двуязычия на устную и письменную речь детей изучен недостаточно, отсутствуют стандартизированные методики диагностики и коррекции речевых нарушений, в связи с этим обследование в большей степени проводится традиционными методами, тем не менее учителю-логопеду ТПМПК следует знать и учитывать особенности фонетики, лексики и грамматики родного детям языка. Основой диагностики речевого развития детей-мигрантов является дифференциация ошибок неосвоенного русского языка и ошибок, обусловленных недоразвитием различных сторон речи. Так, смешение согласных не всегда является признаком, диагностирующим речевые

нарушения, а нарушение слоговой структуры слов может быть обусловлено не свойственными родному языку звуками и звукосочетаниями. При обследовании грамматического строя следует помнить об отсутствии в некоторых языках категории рода, предлогов, изменения по числам и падежам, соответственно нарушение согласования, управления, употребления предлогов можно отнести к ошибкам, обусловленным интерференцией («Интерференция (от лат. *inter* – между собой, взаимно и *ferio* – касаюсь, ударяю) – взаимодействия языковых систем в условиях двуязычия, складывающегося либо при контактах языков, либо при индивидуальном освоении неродного языка; выражается в отклонении от нормы и системы второго языка под влиянием родного») [8].

Понимание закономерностей интерференции позволяет определить причины ошибок, допускаемых учащимися, и организовать своевременную работу по их устранению в процессе обучения русскому языку. Для этих целей специалистами ТПМПК разработана таблица, максимально отражающая особенности речевой системы языков ближнего зарубежья.

Если у ребенка присутствуют нарушения фонетико-фонематического строя речи, слоговой структуры слов, недоразвитие лексико-грамматического строя речи, связной речи как на родном, так и на русском языке, причем эти нарушения не вызваны интерференцией, то можно говорить о нарушении речи у ребенка с неродным русским языком.

Стоит отметить и важность исследования неречевых процессов, поскольку оно имеет большое значение для прогноза успешности обучения и выявления нарушений, приводящим в дальнейшем к нарушениям письменной речи. От своевременной и правильной диагностики речевых и других нарушений зависят виды, направления коррекционной помощи, а также прогноз обучения и развития ребенка.

В письме Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 мая 2016 г. N ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий» сказано, что учитель-логопед ТПМПК

определяет наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка, которые не всегда являются проявлением нарушения речевого развития, следовательно, не каждому ребенку нужна логопедическая помощь, достаточным условием является активная речевая среда. Например, для детей с неполным двуязычием, детей-мигрантов характерно несовершенство языковых средств, которое обнаруживается только на неродном языке [4].

На необходимость организации помощи детям, не говорящим или плохо говорящим по-русски, указано в письме Министерства образования РФ № 682/1112 от 7 мая 1999 г. «Рекомендации по организации обучения детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев в общеобразовательных учреждениях Российской Федерации». В данном документе содержится рекомендации о проведении данного вида работы с детьми учителями начальных классов и учителями русского языка [5].

В соответствии с распоряжением Министерства просвещения РФ от 06.08.2020 № Р-75 «Об утверждении примерного положения об оказании логопедической помощи в организациях, осуществляющих образовательную деятельность», логопедическая помощь осуществляется обучающимся, имеющим нарушения устной и (или) письменной речи и трудности в освоении ими основных общеобразовательных программ, в том числе адаптированных [10]. Следовательно, далеко не все дети, овладевающие русским языком как неродным, могут быть зачислены на логопедические занятия. Языковые проблемы можно успешно решить с помощью индивидуального подхода и дополнительных занятий. Следует подчеркнуть, что дети с билингвизмом, не имеющие первичных речевых нарушений, легко преодолевают эти ошибки, хотя могут присутствовать некоторые сложности при усвоении программы русскоязычной общеобразовательной школы. Родителям таких детей можно порекомендовать дома больше общаться на русском языке, оказывать всяческую поддержку детям в изучении русского языка, создавать условия для общения с русскоговорящими сверстниками. Необходимо обращаться за помощью к специалистам по обучению русскому

как иностранному, а не к учителям-логопедам, поскольку эти специалисты занимаются коррекционной работой, в данной же ситуации речь идет об обучении русскому языку, формировании второй языковой системы.

Все вышесказанное находит подтверждение и в статье 42 Федерального закона от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»: обучающиеся, испытывающие трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, имеют право на психолого-педагогическую, в том числе логопедическую помощь – если речевое расстройство носит первичный характер. Таким образом, в случаях, когда трудности освоения ребенком школьной программы обусловлены недоразвитием речи не только на чужом, но и на родном языке, он зачисляется на логопедический пункт.

В программе Г. В. Чиркиной представлены факторы для зачисления детей с билингвизмом в коррекционную группу, уровни развития речи детей, основные группы задач и направления коррекционно-развивающей работы. Перечислим выделенные основания для направления ребенка в специализированную группу или класс:

- нарушение или ограничение подвижности органов артикуляционного аппарата;
- нарушение произношения звуков, присутствующих как в родном, так и в русском языке;
- нарушение ритмико-мелодической и интонационной сторон речи;
- нарушение восприятия фонем, общих для обоих языков;
- искажения, упрощения слоговой структуры слов, не связанные с интерференцией;
- ограниченность словарного запаса как родного, так и русского языков;
- выраженность аграмматизмов на родном и русском языке;
- несоответствие уровня связной речи возрастному развитию ребенка;
- плохое понимание или полное непонимание русской речи [9,11].

В соответствии с письмом Министерства просвещения РФ «О направлении рекомендаций «О работе с обучающимися с нарушениями чтения и письма» от 08 февраля 2019 г. № ТС-421/07, «к категории обучающихся, имеющих нарушения чтения и письма, в данном случае относятся обучающиеся, имеющие сохранный интеллект, слух, зрение и демонстрирующие в комплексе или изолированно стойкие нарушения технической и/или смысловой сторон чтения и/или допускающие специфические ошибки письма, что препятствует успешному освоению основной образовательной программы» [7].

Очевидно, что обучающийся, плохо владеющий русским языком, с трудом справляется с заданиями, требующими хотя бы элементарного понимания русской речи и имеет неблагоприятный прогноз обучения. Значит, специалистам ТПМПК необходимо учитывать не только актуальный речевой статус ребенка и его когнитивные возможности, но и адекватность коммуникативной среды, позицию родителей, возраст и многие другие факторы. Чтобы решить вопрос о путях обучения и видах коррекционной или профилактической помощи такому ребёнку, необходим тщательный анализ данных, полученных в результате медицинского, логопедического, педагогического, психологического обследований, учёт анамнестической информации, речевой среды, времени пребывания в России.

По итогам комплексного обследования специалисты ТПМПК формируют заключение о целесообразности создания специальных образовательных условий либо о необходимости профилактической помощи обучающимся, испытывающим трудности в освоении основных общеобразовательных программ, развитии и социальной адаптации, включающей в себя, в том числе, и дополнительную подготовку по русскому языку. Учитель-логопед ТПМПК делает вывод о природе речевых ошибок двуязычного ребенка, разрабатывает рекомендации для родителей и педагогов, определяет, нуждается ли обучающийся в логопедической помощи, консультировании родителей и др.

Работа учителя-логопеда с учащимися с неродным русским языком окажется более результативной, если наряду с коррекцией и развитием различных сторон речи будет осуществляться предупреждение и устранение ошибок, обусловленных интерференцией. Работу следует проводить по следующим направлениям: развитие и коррекция фонетико-фонематической стороны речи, обогащение и уточнение словарного запаса детей, формирование навыков словообразования и словоизменения, обучение грамматическому оформлению предложений, в том числе правильному употреблению предложно-падежных конструкций, развитие пространственно-временных представлений, обучение свободному использованию приобретенных навыков в самостоятельной речи, формирование процессов чтения и письма.

Известно, что для эффективной работы по коррекции речевых нарушений необходимо тесное взаимодействие логопеда с педагогами ОО и родителями. Главная задача родителей – обеспечить условия для освоения русского языка. Опыт показывает, что родители детей с неродным русским языком недостаточно мотивированы на проведение коррекционной работы. Вместе с тем, учитывая, что занятия на логопунктах проводятся во внеурочное время, именно родители обеспечивают посещаемость занятий детьми. Поэтому необходима большая просветительская работа, чтобы родители стали активными союзниками логопеда. С этой целью учитель-логопед проводит родительские собрания, индивидуальное и групповое консультирование родителей, организует посещение ими логопедических занятий, привлекает к подготовке наглядного материала, а иногда и к участию в занятиях. Регулировать взаимоотношения между логопедом и родителями целесообразно с помощью специального договора на проведение коррекционно-развивающих занятий, в котором указаны права и обязанности сторон, даты и время проведения занятий. Это позволит повысить ответственность родителей за посещение детьми логопедических занятий.

Учитель должен подготовить детей мигрантов к аутентичной коммуникации на русском языке в различных сферах: бытовой, учебной и социокультурной. Используя несколько иную терминологию, можно определить цели обучения русскому языку как неродному как формирование ряда компетенций: коммуникативной, лингвистической, речевой, дискурсивной, прагматической, лингвопредметной, социолингвистической и лингвокультурологической [2]. Учителям начальных классов (русского языка) необходимо учитывать особенности родного языка обучающегося. Особую трудность для учеников составляет усвоение грамматического строя русского языка, поэтому важное место занимает работа над предложением, практическое усвоение грамматических категорий (род, число, падеж, вид), формирование навыков словообразования, работа по развитию связной речи, обогащению и уточнению словарного запаса детей, формирование и развитие умения дифференцировать звуки, развитие ритмико-интонационной стороны речи.

На начальном этапе учителю нужно предъявлять речевой материал дозированно, дробить инструкцию на короткие отрезки и предъявлять ребёнку, формулируя задачу чётко и конкретно, используя в своей речи простые предложения, объясняя новые слова в контексте.

Русский язык является для учеников не только средством общения, но и средством получения знаний, средством социализации и дальнейшей успешности в обществе. Поэтому в процессе обучения русскому языку приоритетной задачей учителя становится языковое воспитание – формирование не только языковой, но и коммуникативной компетентности.

В письме Минпросвещения России от 16.08.2021 N НН-202/07 о направлении методических рекомендаций «Об организации работы общеобразовательных организаций по языковой и социокультурной адаптации детей иностранных граждан» определены формы работы по адаптации детей и индивидуализации образовательного маршрута в соответствии с особыми образовательными потребностями детей

иностранных граждан. Это могут быть дополнительные занятия по русскому языку, дополнительные задания по основным предметам, проектная деятельность, коррекционно-развивающие занятия.

Для успешного преодоления учебных трудностей обучающегося можно использовать формы проверки знаний, минимизирующей языковые требования: например, ответы обучающегося в форме, соответствующей его языковым способностям (письменной или устной, подготовленной дома видеозаписи, в виде презентации на компьютере, в виде рисунка и др.), предоставление дополнительного времени для выполнения тестовых заданий, уменьшение их количества, упрощение содержания.

Надо отметить, что обучение детей с неродным русским языком предметам образовательной области «Филология» в начальной школе строится по-другому [12]. В методике преподавания русского языка для русскоязычных школьников используется принцип от общего к частному, т.к. у таких учащихся формирование грамотности происходит с опорой на уже сложившуюся речевую компетенцию. В методике же преподавания русского языка как неродного используется другой принцип: от частного к общему. Положительные результаты приносит работа с карточками, построение схем и таблиц, списывание, заучивание, повторение, проговаривание вслед за учителем, подражание звучащему образцу; используются методы проблемного и развивающего обучения как основа активизации учебной деятельности учащихся на уроках русского языка: создание проблемной ситуации, частично-поисковый, исследовательский методы, лингвистические игры [9].

Педагогу-психологу образовательной организации специалисты ТПМПК при необходимости могут рекомендовать следующие направления психолого-педагогического сопровождения детей-мигрантов: работа по предупреждению возникновения явлений дезадаптации детей на этапе преодоления языкового барьера и его преодоление, работа по формированию мотивации к обучению, общению и другим видам деятельности; работа с

деструктивными эмоциональными состояниями, возникающими вследствие попадания в новую языковую среду (тревога, неуверенность, агрессия); работа в коллективе сверстников по воспитанию межнациональной толерантности к детям других национальностей, профилактике возникновения межнациональных конфликтов в среде детей; просветительская, консультативная работа с родителями и педагогическим составом ОО [9].

Социальному педагогу рекомендуется профилактическая работа с семьей, организация работы по коррекции поведения и адаптации детей в коллективе сверстников, помощь в усвоении ребенком социального опыта, вовлечение обучающихся в социокультурное пространство школы, внеурочную деятельность.

При выдаче заключения специалисты ТПМПК подробно и понятно разъясняют родителям рекомендации по созданию условий при обучении ребенка в образовательной организации, права и обязанности родителей, важность взаимодействия семьи и образовательного учреждения для успешной социализации ученика.

В настоящее время в городе Новосибирске практикуется обучение детей-мигрантов в классах для детей, не говорящих на русском языке, классах малой наполняемости, классах коррекции, осуществляются меры языковой адаптации в форме дополнительных занятий, что обеспечивает для них более комфортные условия освоения школьной программы, изданы учебно-методические пособия по сопровождению детей-мигрантов, но вопрос обучения детей данной категории на русском языке требует дальнейшего анализа, практических наработок, поиска новых эффективных путей обучения языку.

Ссылки на использованные источники

1. Аврорин В.А. Двухязычие и школа // Проблемы двухязычия. - М., 1972, с.49-62.

2. Аникина А.Е., Павлова Н.В. Обучение детей с двуязычием русскому языку // Школьный логопед. 2004. № 3.
3. Методики обучения русскому языку детей-инофонов: сборник методических материалов / сост. О.А. Хасанов. – Красноярск: КК ИПК РО, 2013.
4. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 мая 2016 г. N ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий».
5. Письмо Министерства образования РФ № 682/1112 от 7 мая 1999 г. «Рекомендации по организации обучения детей из семей беженцев и вынужденных переселенцев в общеобразовательных учреждениях Российской Федерации».
6. Письмо Минпросвещения России от 16.08.2021 N НН-202/07 о направлении методических рекомендаций «Об организации работы общеобразовательных организаций по языковой и социокультурной адаптации детей иностранных граждан».
7. Письмо Министерства просвещения РФ о направлении рекомендаций «О работе с обучающимися с нарушениями чтения и письма» от 08 февраля 2019 г. № ТС-421/07.
8. Психолого-педагогическое сопровождение детей-инофонов, билингвов и мигрантов в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в условиях ФГОС: учебно-методическое пособие / Н.Н. Касенова, О.В. Мусатова, С.В. Подзорова, Е.В. Ушакова / Новосиб. гос. пед. ун-т. – Новосибирск: тип. Кант, 2017. – 92 с.
9. Работа с детьми мигрантов в образовательных организациях: учебно-методическое пособие / Н. Н. Касенова, О. В. Мусатова, Г. К. Джурабаева [и др] ; М-во науки и высшего образования Российской Федерации, Новосиб. гос. пед. ун-т, Новосиб. регион. общ. орг. «Узбекско-русский национально-культурный центр». – Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2020. – 198 с.

10. Распоряжение Министерства просвещения РФ от 06.08.2020 № Р-75 «Об утверждении примерного положения об оказании логопедической помощи в организациях, осуществляющих образовательную деятельность».
11. Румега Н.А. Диагностика и коррекция речевых нарушений у детей с билингвизмом // Логопедия в школе: практический опыт/ Под ред. В.С. Кукушина. – М.: МарТ, 2004.
12. Учебно-методический комплекс по русскому языку для учителей, работающих в условиях двуязычной образовательной среды, с учетом национально-территориального сегмента для использования в работе с обучающимися по образовательным программам начального общего образования (в соответствии с письмом департамента государственной политики в сфере общего образования Министерства образования и науки Российской Федерации от 23.01.2017 № 08-112 «О проведении апробации УМК»), М., 2016.
13. Система логопедической работы с обучающимися при двуязычии. Методические рекомендации для учителей-логопедов. - Челябинск, 2010.
14. Федорова В.В. и др. Особенности работы учителя-логопеда в национальной школе с русским языком обучения // Дефектология. 1984. № 4.
15. Якунина О.В. Билингвизм и нелитературные формы языковой системы как одна из проблем логопедии // Школьный логопед. 2005. №1.

**ОБСЛЕДОВАНИЕ И КОНСУЛЬТАТИВНОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ
ДЕТЕЙ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДЕПРИВАЦИЕЙ
(ВОСПИТЫВАЮЩИХСЯ В СЕМЬЯХ ОПЕКУНОВ (ПОПЕЧИТЕЛЕЙ),
ПРИЁМНЫХ СЕМЬЯХ, В ОРГАНИЗАЦИЯХ ДЛЯ ДЕТЕЙ-СИРОТ И
ДЕТЕЙ, ОСТАВШИХСЯ БЕЗ ПОПЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ) В РАМКАХ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПМПК**

Кузнецова О.Б.,

учитель-дефектолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Танакова И.А., педагог-психолог ТПМПК

МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Оборина Ю.А.,

учитель-логопед ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Одна из социальных целей деятельности территориальной психолого-медико-педагогической комиссии (далее – ТПМПК) заключается в помощи детям-сиротам в преодолении трудностей, возникающих на всех уровнях получения образования. Немаловажной задачей в деятельности ТПМПК также является уменьшение рисков транзиции, которая подразумевает под собой неопределенность базовых условий выбора человека, в частности, ребенком-сиротой при выборе той или иной жизненной стратегии, что может повлечь за собой неравный жизненный старт [12].

Специалисты ПМПК при работе с данной категорией детей, организации обследования детей с социальной депривацией руководствуются современной нормативной и правовой базой.

Согласно ст. 1 Федерального закона «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» (Федеральный закон (ФЗ) от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ (ред. от 07.03.2018), **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), объявлением их умершими, установлением судом факта утраты лицом попечения родителей, отбыванием родителями наказания в учреждениях, исполняющих наказание в виде лишения свободы, нахождением в местах содержания под стражей подозреваемых и обвиняемых в совершении преступлений, уклонением родителей от воспитания своих детей или от защиты их прав и интересов, отказом родителей взять своих детей из образовательных организаций, медицинских организаций, организаций, оказывающих социальные услуги, а также в случае, если единственный родитель или оба родителя неизвестны, в иных случаях признания детей оставшимися без попечения родителей в установленном законом порядке.

Какими законами регулируются права детей-сирот? Нормативно-правовое регулирование правового статуса детей-сирот в части обеспечения их прав на доступное качественное образование и наилучшие условия личностного развития и социальной адаптации предусматривают следующие нормативно-правовые акты:

1. Конвенция о правах ребенка (одобрена Генеральной Ассамблеей ООН 20 ноября 1989 г.; вступила в силу для СССР 15 сентября 1990 г.). Ст. 20 (ч. 1);
2. Конституция Российской Федерации (с учетом поправок, внесенных законами Российской Федерации о поправках к Конституции Российской Федерации от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ). Ст. 43;
3. Семейный кодекс Российской Федерации (СК РФ) (ред. от 03.08.2018) // СЗ РФ. 1996. № 1. Ст. 16;
4. Гражданский кодекс Российской Федерации (ГК РФ) (часть первая) (ред. От 03.08.2018) // СЗ РФ. 1994. № 32. Ст. 3301;

5. Федеральный закон от 21 декабря 1996 г. № 159-ФЗ (ред. от 07.03.2018) «О дополнительных гарантиях по социальной поддержке детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей» // СЗ РФ. 1996. № 52. Ст. 5880;

6. Федеральный закон от 24 апреля 2008 г. № 48-ФЗ (ред. от 31.12.2017) «Об опеке и попечительстве» // СЗ РФ. 2008. № 17. Ст. 1755;

7. Постановление Правительства Российской Федерации от 24 мая 2014 г. № 481 «О деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей» (вместе с «Положением о деятельности организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, и об устройстве в них детей, оставшихся без попечения родителей») // СЗ РФ. 2014. № 22. Ст. 2887; и др.

Существует также перечень нормативных правовых актов, регулирующих деятельность в сфере опеки и попечительства на уровне регионального законодательства:

1. Закон Новосибирской области от 15.12.2007 № 175-ОЗ «Об опеке и попечительстве в Новосибирской области».

2. Закон Новосибирской области от 05.07.2013 № 361-ОЗ «О регулировании отношений в сфере образования в Новосибирской области».

3. Закон Новосибирской области от 06.12.2001 № 200-ОЗ «О вознаграждении приемным родителям и мерах социальной поддержки, предоставляемых приемной семье».

Важно также рассмотреть понятия в сфере опеки и попечительства. Существуют разные определения понятий «опека», «попечительство» и «приемная семья». Обратимся к Федеральному закону от 24.04.2008 №48-ФЗ (ред. от 30.04.2021) «Об опеке и попечительстве».

Опека – форма устройства малолетних граждан (не достигших возраста четырнадцати лет несовершеннолетних граждан) и признанных судом недееспособными граждан, при которой назначенные органом опеки и

попечительства граждане (опекуны) являются законными представителями подопечных и совершают от их имени и в их интересах все юридически значимые действия.

Попечительство – форма устройства несовершеннолетних граждан в возрасте от четырнадцати до восемнадцати лет и граждан, ограниченных судом в дееспособности, при которой назначенные органом опеки и попечительства граждане (попечители) обязаны оказывать несовершеннолетним подопечным содействие в осуществлении их прав и исполнении обязанностей, охранять несовершеннолетних подопечных от злоупотреблений со стороны третьих лиц, а также давать согласие совершеннолетним подопечным на совершение ими действий в соответствии со ст. 30 Гражданского кодекса Российской Федерации.

Опека и попечительство над несовершеннолетними устанавливаются также в целях их воспитания. Соответствующие этому права и обязанности опекунов и попечителей определяются семейным законодательством (ГК РФ, ст. 31).

Приемная семья – опека или попечительство над ребенком или детьми, которые осуществляются по договору о приемной семье, заключаемому между органом опеки и попечительства и приемными родителями или приемным родителем, на срок, указанный в этом договоре (СК РФ, ст. 152).

Определив ключевые понятия, выделим основные научные подходы к изучению депривационного синдрома, а также рассмотрим последствия влияния разных факторов на развитие ребенка-сироты, ребенка, оставшегося без попечения родителей.

Особенности психологического, физического, социального развития детей-сирот являлись предметом многочисленных исследований в России и за рубежом. Данная проблема нашла отражение в психолого-педагогических трудах И.А. Герасимовой, Н.Н. Денисевич, И.В. Дубровиной, В.К. Зарецкой,

М.И. Лисиной, А.М. Прихожан, А.Г. Рузской, Л.И. Смашной, Е.О. Смирновой, Н.Н. Толстых и многих других.

Проблемы соматического и психического здоровья детей-сирот освещаются в работах врачей: М. Раттера, Д. Джонсона, В.Е. Кагана, В.М. Башиной, М.О. Проселковой, Г.В. Козловской и др.

В данных работах исследователи рассматривают подходы к исследованию проблемы девиантного поведения, представляют классификации наиболее типичных реакций и проявлений несовершеннолетних в условиях ограничения основных жизненных стимулов, изучают последствия психической депривации: ограничение и сужение контактов с внешним миром в стенах детских центров, выключение из естественного быта, приводящее к глубокой депривации социального опыта, которые вызывают, по мнению авторов, отклонение и задержку в развитии.

Под психической депривацией И. В. Ярославцева понимает психическое состояние, проявляющееся в незрелости и (или) искажении личностного развития и психофизиологической деятельности организма, в результате продолжительного неудовлетворения основных потребностей и, прежде всего, потребности в принадлежности к естественной биосоциальной среде в детском возрасте. Состояние депривации происходит в результате воспитания в ситуации семейного неблагополучия или сиротства [13].

Ю.М. Кондратьев, опираясь на научные исследования, утверждает, что дети, перенесшие в детстве социальную изоляцию, испытывают недоверие ко всем людям, за исключением близкой ему микрогруппы людей, перенесших то же самое [5].

И.В. Дубровина, опираясь на психологические исследования и обобщая опыт работы интернатных учреждений, отмечает, что общее физическое и психическое развитие детей-сирот и детей, оставшихся без попечительства родителей, отличается от развития детей, воспитывающихся в семьях. Для них характерны следующие особенности: замедленный темп развития,

бедность эмоциональной сферы, низкий уровень когнитивной компетенции, медленное формирование навыков саморегуляции и правильного социального поведения. Автор отмечает, что большой процент (85 – 92%) выпускников интернатных учреждений не смогли освоить общеобразовательную программу [3]. Педагоги, работающие с данной категорией детей, сталкиваются с ситуацией, когда ребенок требует внимание к себе и в то же время отвергает его. Нуждаясь в любви и понимании, дети не умеют строить свое поведение в контексте данной потребности. Они испытывают трудности в понимании эмоционального состояния людей. Из-за этого у детей складываются сложные взаимоотношения с окружающими, так как они занимают негативную позицию по отношению к собеседнику, исключительно опираясь на свой отрицательный опыт общения.

И.В. Дубровина также отмечает формирование иждивенческой позиции у детей-сирот, воспитывающихся в интернатных учреждениях. Картина мира формируется на недостаточном уровне, и не складывается система взглядов социально развитой личности. Дети испытывают трудности в принятии ответственности за себя и других. Воспитанники добиваются признания в своей среде через физическую силу, агрессию, асоциальные формы поведения. Данная ситуация складывается в большинстве случаев развития данной категории детей [3].

Нарушения социализации у детей-сирот проявляются в различной форме в зависимости от личных особенностей ребенка, от психологических факторов и времени, когда он испытывал жизненные трудности. Чаще всего это проявляется в неумении адаптироваться в новой ситуации, к новым людям, а также в неумении вести себя в общественных местах.

По мнению Е.А. Казаевой и О.А. Вахрамеевой, цель негативного поведения детей с психологической депривацией – привлечение к себе внимания любым способом. Результат для них не важен, будет ли это

поощрение или наказание. Также дети могут демонстрировать свою власть, мстить за свою обиду, вымещая её на более слабых детях [4].

Авторы отечественной теории депривации (Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, М.И. Лисина, В.С. Мухина, Л.Ф. Обухова) в своих научных исследованиях отмечают, что развитие сознания – центральный психологический процесс подросткового периода. В данном возрасте одобрение обществом необходимо для развития чувства собственной значимости и собственного достоинства. Формирование личности вне семьи способствует формированию у ребенка неверного представления о самом себе, он не овладевает всем репертуаром социального поведения, что влечет за собой неуспешность в социализации.

Важной и серьезной проблемой также становится сложное взаимодействие между сверстниками и взрослыми. Особенно остро проблема проявляется во взаимодействии с педагогами, классными руководителями и воспитателями.

А.Е. Личко и Н.З. Малярова отмечают у детей-сирот проявления полярных качеств психики: целеустремленность и настойчивость соседствуют с импульсивностью и неустойчивостью, повышенная самоуверенность в себе, потребность в общении – с желанием уединиться, самоизолироваться, а задушевность и нежность в отношениях – с отчужденностью, бездушием, враждебностью и даже жестокостью, вседозволенность – с низкой самооценкой, граничащей с ущербностью [6].

Следует отметить, что у детей-сирот на низком уровне сформированы коммуникативные компетенции, им свойственна поверхностность чувств, иждивенчество, привычка жить по «указке», сложности в сфере самосознания. Дети испытывают трудности в освоении общеобразовательной программы. У них также проявляются различные формы делинквентного поведения – бродяжничество, воровство, различные виды зависимостей (игровая, алкогольная, наркотическая). Перечисленные проблемы у детей-сирот в общении со взрослыми обедняют их представление о важности

жизни и психологическом здоровье их самих и окружающих. Нереализованная потребность в любви и понимании, эмоциональная нестабильность повышают риск кризиса идентификации.

Рассмотрев через призму научных исследований особенности психологического, физического, социального развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, представим особенности обследования данной категории детей в рамках деятельности ТПМПК.

Диагностика психического развития детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, имеет свои особенности и отличия от диагностики детей, воспитывающихся в кровной семье. Во время диагностического обследования специалисты ТПМПК учитывают потенциальные возможности, степень обучаемости обучающихся данной группы [8].

Согласно статистическим ТПМПК г. Новосибирска, количество обращений этой категории детей с каждым годом постепенно изменялось. Данные представлены в таблице №1.

Таблица №1

Количество обращений детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ТПМПК г. Новосибирска в 2002-2007, 2011 годах

Год	Организации				Общее количество обращений
	ДД*	Приюты	СКК*	ЦВСНП*	
2002	151	159	22	6	338
2003	244	150	37		431
2004	94	191	9		294
2005	136	200	26		362
2006	56	220	21		297
2007	22	192	17		231
2011	137	138			275

*(*ДД-детские дома, СКК-Сибирский кадетский корпус, ЦВСНП-центр временного содержания несовершеннолетних правонарушителей).*

Изменения в количестве обращений может быть связано с реорганизацией в системе подготовки и комплексного сопровождения семей,

принимающих на воспитание детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Обследование на ТПМПК обучающихся данной категории может проходить как в плановом порядке, так и по обращениям (заявлениям) законных представителей.

Плановые обследования могут проводиться:

1. В случае перевода детей из медицинской организации в образовательные организации или в организации для детей-сирот, оказывающие социальные услуги, по достижении возраста трех-четырёх лет.

2. При достижении детьми, воспитываемыми в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, возраста семи лет перед поступлением в школу.

3. При переходе на очередной уровень образования (перед поступлением в пятый класс).

4. По окончании обучения по АООП обучающимися с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) при переходе на уровень профессионального обучения.

В других случаях обучающиеся данной категории обследуются на ТПМПК по мере необходимости: по заявлениям законных представителей (организаций социального обслуживания населения, приемных родителей, а также в соответствии с направлениями учреждений медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Дети-сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей, могут направляться для обследования на ТПМПК из организаций социального обслуживания населения при необходимости определения образовательных возможностей, динамического наблюдения, при оформлении в приемные и опекунские семьи по заявкам органов опеки и попечительства.

Согласно данным мониторинга ТПМПК г. Новосибирска, количество обращений и критерии учёта обучающихся данной категории кардинально изменились за последние 4 года (таблица № 2).

Количество обращений детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на ТПМПК г. Новосибирска в 2018-2021 годах

Год	Наименование показателя				
	Общее количество детей детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей	Из них находящиеся на возмездной опеке, кроме ДДИ	Из них находящиеся на полном государственном обеспечении	Детские дома, интернаты	Психоневрологические интернаты
2018	76	25	51	51	
2019	147	73	69	63	4
2020	159	97	47	47	
2021	143	75	61	8	

Прослеживается положительная динамика в снижении количества обращений из учреждений общественного воспитания, что связано с реализацией Концепции государственной политики города Новосибирска, направленной на обеспечение поддержки семьи, приоритета семейного устройства детей, оставшихся без попечения родителей. Одним из показателей эффективности является увеличение численности детей-сирот, принятых на воспитание в семью.

Во время обследования детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, специалистам ТПМПК необходимо учитывать возникновение диагностических рисков. Например, неправильное определение квалификации, структуры отклоняющегося развития, ошибочных рекомендаций и условий, необходимых для получения ребенком доступного и качественного образования [8].

К таким рискам относятся:

1. Риск гипердиагностики отклоняющегося развития. Такое возможно в случае проведения обследования обучающегося, перенесшего меньше года назад состояние горя, утраты (смерть близких людей, изъятие из семьи). На момент диагностического обследования у ребенка (подростка) возможно наличие хронического посттравматического стрессового

расстройства, влияние которого может снижать когнитивную продуктивность, познавательную активность, мотивацию достижений.

2. Риск неэффективной коммуникации вследствие сформированного коммуникативного поведения по отношению к незнакомым людям у обучающихся данной группы дошкольного и младшего школьного возраста.

3. Обстановка комиссионного обследования, когда с ребенком пытаются взаимодействовать несколько специалистов, каждый из которых задает вопросы, может представиться пугающей, напомнить ребенку травмирующие ситуации, в некоторых случаях провоцирующие аффективные реакции (даже у подростков).

4. Часто наблюдающиеся у обучающихся данной группы сенсорно-дезинтегративные расстройства (изменение температурной и болевой чувствительности, гравитационная неуверенность, снижение внимания, слухового и зрительного восприятия) в условиях обследования. При необходимости длительно спокойно сидеть при выполнении заданий это может привести к сенсорной перегрузке и снижению продуктивности.

5. Избирательность в общении и негативизм, что характерно для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, сочетающиеся с низким психическим тонусом, могут влиять на продуктивность контакта, привести к отказу от общения; проявление негативизма с намеренными ложными ответами на вопросы и неправильным выполнением заданий. Таким детям требуется достаточно много времени для того, чтобы вступить в полноценный продуктивный контакт с исследователем. В условиях ограниченности времени комиссионного обследования это также не способствует адекватной диагностике [2].

Таким образом, специалисты ТПМПК при обследовании данной категории обучающихся должны быть достаточно компетентными и осведомленными о психологии детей-сирот (детей с депривационным

синдромом, посттравматическим стрессовым расстройством, последствиями длительного жестокого обращения, пренебрежения).

В своей работе с обучающимися данной категории специалисты ТПМПК опираются на следующие принципы [9]:

1. Принцип компетентности, подразумевающий наличие знаний и понимание членами ТПМПК психофизиологических особенностей детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, с последствиями посттравматического стрессового расстройства.

2. Принцип системности, который помогает выявлять трудности обучающихся данной группы в разных сферах (познавательной, личностной, речевом развитии).

3. Принцип безопасности как по отношению к самому ребенку, так и в отношении его ближайшего социального окружения.

4. Принцип адаптивности и вариативности процедуры обследования, в рамках которого члены ТПМПК могут менять:

- порядок диагностической работы;
- членов комиссии, которые непосредственно взаимодействуют с ребёнком (подростком);
- привлекать для обследования (игр, тестирования) людей, которых ребенок знает и с которыми хорошо контактирует (действуя опосредованно через них).

5. Принцип комплексности (сбор анамнеза, информации, полученной не только из документов, а также от лиц, непосредственно осуществляющих уход за ребенком).

В соответствии с данными специализированными принципами члены ТПМПК при обследовании обучающихся данной категории придерживаются следующих правил обследования и сопровождения детей-сирот на ТПМПК [9]:

1. Обследование на ТПМПК детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, не проводится, если период адаптации в новых

условиях еще не прошел (обучающиеся данной группы были возвращены из кровной семьи в организацию для детей-сирот вследствие отказа; переведены из организации для детей-сирот в приёмную семью; переведены из одной организации для детей-сирот в другую), При первичном обследовании на ТПМПК ребенка дошкольного возраста обязательно присутствие лиц, с которым у ребенка сложились доверительные отношения (педагога, психолога, воспитателя).

2. При подготовке к обследованию на ТПМПК в организации для детей-сирот необходимо подготовить видеоматериалы с образцами речи детей, эпизодами их самостоятельной и групповой игр, учебной деятельности. Приёмные родители также могут подготовить видеоматериалы.

3. Достаточный объем временного интервала для обследования обучающихся данной группы.

Для обследования детей-сирот на ТПМПК используются те же диагностические методики, что и для обследования всех детей того же возраста [12]. В качестве методического обеспечения педагогом-психологом ТПМПК используются классические отечественные психологические методики, входящие в Диагностический комплект психолога образования. В данный комплект входит более 30 методик, предназначенных для оценки особенностей познавательной и эмоционально-личностной сфер детей и подростков.

Данный комплект рекомендован к внедрению Институтом педагогических инноваций, Институтом дошкольного образования РАО, Академией повышения квалификации и переподготовки работников образования РФ.

Перечень методик:

1. Пакет диагностических методик для организации деятельности специалистов ПМПК: для детей раннего возраста от 0 до 2 и от 2 до 3 лет.
2. Пакет диагностических методик для детей младшего дошкольного

возраста (от 3 до 5 лет).

3. Пакет диагностических методик для детей старшего дошкольного возраста (от 5 до 7 лет).

4. Пакет диагностических методик для детей младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет).

5. Пакет диагностических методик, характеризующих развитие познавательной деятельности ребенка и его личности, используемых педагогом-психологом в работе с детьми подросткового возраста (от 11 до 18 лет).

Согласно Федеральному закону от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ (ред. от 03.08.2018) «Об образовании в Российской Федерации» психолого-медико-педагогическая комиссия осуществляет комплексное обследование детей с особенностями в физическом и психическом развитии или отклонениями в поведении и рекомендует специальные условия для получения ими образования в любой образовательной организации Российской Федерации.

В 2015 году в Институте проблем инклюзивного образования МГППУ разработаны реестры рекомендуемых диагностических методик для обследования детей от 0 до 18 лет. Реестры опубликованы в сети Интернет на официальном сайте института по ссылке [9].

В них содержится перечень и краткое описание исчерпывающего количества надежных и валидных диагностических методик, предназначенных для качественно-количественного изучения структуры отклоняющегося развития и индивидуальных особенностей психики детей (в том числе и детей-сирот) в возрасте от 0 до 18 лет на ПМПК [1].

Учитывая многолетний опыт специалистов ТПМПК, можно сделать следующие выводы:

Специалисты ТПМПК при обследовании детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, должны:

1) учитывать диагностические риски, возникающие во время обследования;

2) быть достаточно компетентными и осведомленными об особенностях психологии обучающихся данной категории;

3) опираться на специализированные принципы во время сопровождения в рамках ТПМПК детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

4) для эффективного и грамотного подхода при обследовании данной категории детей придерживаться определенного порядка;

5) при диагностике использовать рекомендуемые диагностические методики, которые являются надежными и валидными, предназначенными для качественно-количественного изучения структуры отклоняющегося развития и индивидуальных особенностей психики детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Специалисты психолого-медико-педагогических комиссий сопровождают ребенка и его приемную семью опосредованно. Сама работа по сопровождению осуществляется через соответствующие службы или образовательные организации (далее – ОО).

В результате обследования ребенка на ТПМПК законным представителям выдается заключение, в котором содержатся рекомендации по дальнейшему обучению, воспитанию, социализации, коррекции отклоняющегося развития ребенка. Данные рекомендации являются основой для разработки программы сопровождения приемной семьи. Разработкой программы и ее реализацией занимаются образовательная организация, которую посещает ребенок, а также различные службы. В нашем городе это и реабилитационные центры, и Службы сопровождения приемных семей («Созвездие», «Теплый дом», «Жемчужина»), и благотворительные фонды («День аиста», «Солнечный город»).

В своей работе мы руководствуемся принципами сопровождения приемной семьи, рекомендованными специалистами ПМПК М.М. Сеаго (к.п.н, доцент, ведущий научный сотрудник Института проблем инклюзивного образования ФГБОУ ВО «Московский государственный

психолого-педагогический университет») и А.Я. Юдилевичем (дефектолог-консультант Отделения социально-психологической адаптации лечебно-диагностического медицинского центра «САКАРА», специальный психолог, консультант АНО «Институт социального проектирования в поддержку семьи и детства», заслуженный учитель РФ), сформулированными в рамках эколого-динамического подхода [9].

Основные принципы сопровождения приемной семьи:

1. Принцип соответствия форм, содержания, интенсивности и направленности диагностического процесса на ТПМПК и психолого-медико-педагогического сопровождения ребенка, его приемной семьи, педагогов (осуществляемого специалистами Службы сопровождения или ОО) изменяющимся потребностям и возможностям как самого ребенка, так и его приемной семьи и/или педагогов образовательной организации.

2. Принцип опережающей помощи с опорой на превентивные меры, с акцентом на своевременную диагностику и профилактику кризисных состояний и нарушений в адаптации, обучении и социализации ребенка и его приемной семьи.

В рамках реализации этого принципа происходит постоянное взаимодействие специалистов ТПМПК и организаций для детей-сирот, приемных родителей, членов психолого-педагогического консилиума образовательных организаций. Осуществляется наблюдение за динамикой адаптации, обучения, поведения, социализации ребенка. Специалисты ТПМПК могут являться инициаторами своевременного включения специалистов образовательных, медицинских, социальных и иных служб в работу с ребенком и семьей, например, для предупреждения кризисов, срывов и «откатов» в развитии.

3. Принцип субъектности, согласно которому приемная семья и участники психолого-педагогического сопровождения ребенка (кровные родственники, педагоги, специалисты ТПМПК, воспитатели, иные значимые взрослые) рассматриваются как активные субъекты, ответственные за

эффективность замещающей семейной заботы. Организационной основой совместной работы является договор о взаимодействии между ее участниками.

4. Принцип профессионализации деятельности по сопровождению приемных семей. Члены ТПМПК непрерывно повышают свой профессиональный уровень в области психологии детей-сирот, психологии приемной семьи.

5. Принцип мультидисциплинарности в осуществлении сопровождения приемной семьи предполагает участие в деятельности по сопровождению команды различных специалистов, придерживающихся единой концепции, понимающей сопровождение как совместную деятельность.

Особенности разработки рекомендаций ПМПК

При формировании заключения и разработке рекомендаций специалисты ТПМПК учитывают ряд важных факторов:

1. Длительность нахождения ребенка-сироты в государственном учреждении, причины и возраст помещения ребенка в учреждение.

По данным различных источников, до 95% детей в детских домах – это социальные сироты. Отсутствие в неблагополучных семьях должного ухода, пренебрежение интересами и потребностями детей провоцирует процесс вытеснения ребенка из семьи. Это значит, что ребенок какое-то время находился в глубоко асоциальной среде, не получал необходимого воспитания, развития и обучения. Такие дети входят в «группу риска» по школьной дезадаптации, так как чаще всего ориентированы на неудачу, имеют недостаточный мотивационный компонент деятельности, интеллектуальную пассивность, как следствие пробелы в знаниях и недостаточную их систематизацию.

Социальное сиротство – фактор, кардинально меняющий судьбу каждого ребенка, оказавшегося вне семьи. Но какими бы ни были хорошими условия в учреждениях общественного воспитания, каждый этап жизни ребенка, прожитый неполноценно, фактически делает труднодостижимым, а

порой – и невозможным, реализацию его потенциальных возможностей. И чем раньше ребенок отрывается от кровной семьи, тем более деформированным является его развитие. Наиболее ущербными являются его интеллектуальное развитие и социально-психологическая адаптация [11].

2. Первичность прохождения ТПМПК (первично или повторно ребенок-сирота проходит ТПМПК, воспитываясь в приемной семье), длительность проживания в приемной семье.

Как правило, учреждения общественного воспитания (детские дома, приюты) как минимум один раз представляют ребенка-сироту на ТПМПК. Чаще всего это происходит в первые полгода-год нахождения ребенка в учреждении. Таким образом, в Новосибирске практически все дети данной категории проходят обследование на ТПМПК. Специалисты психолого-педагогического консилиума учреждений берут заключение ТПМПК за основу при разработке программы комплексного сопровождения детей-сирот, максимальной индивидуализации маршрута развития. Невозможно переоценить важность и судьбоносность первичного обследования ребенка-сироты на ТПМПК. Учитывая состояние ребенка, специалисты ТПМПК могут осуществлять динамическое наблюдение посредством повторных обследований в течение непродолжительного периода, то есть назначать повторные обследования через небольшой промежуток времени. Также члены ТПМПК обращают внимание сотрудников учреждения общественного воспитания на ключевые моменты в развитии ребенка, требующие особого наблюдения или дообследования. В дальнейшем, при повторных обследованиях, рекомендации могут меняться при переходе на новую ступень образования или в связи с изменяющимися потребностями ребенка. По показаниям происходит смена вида адаптированной основной образовательной программы (АООП), корректировка образовательных условий.

С другой стороны, чем короче период проживания ребенка-сироты в приемной семье, тем короче будет период между его обследованиями на

ТПМПК. Необходимо учитывать, что помещение ребенка в семью – это тоже стресс. Ребенок адаптируется к новому социальному статусу, новым людям – членам семьи, строит с ними отношения, привыкает к требованиям. В большинстве случаев адаптация в семье осложняется тем, что ребенок переходит и в новую образовательную организацию (детский сад, школу). Иногда приемные родители, не понимая всей сложности периода в жизни ребенка, начинают его активно «социализировать», записывая с первых же дней в несколько кружков и секций дополнительного образования, тем самым неимоверно увеличивая нагрузку на адаптивные механизмы ребенка.

3. Взаимоотношения, которые складываются или уже сложились в приемной семье.

Требования к успешности ребенка-сироты, принятого на воспитание, могут различаться от завышенных до полного попустительства и потакания поверхностному отношению к учебе.

Чрезмерные ожидания со стороны новой семьи ведут к повышению тревожности у детей, неврозам, страхам (а иногда к прямым угрозам!), что его вернут в детский дом, если будет плохо учиться, плохо себя вести и т.д. Это приводит к усугублению школьной дезадаптации, возникновению внутрисемейных конфликтов.

С другой стороны, мы можем наблюдать недостаточную или чрезмерную опеку, когда и в обоих случаях вопросам образования ребенка не уделяется достаточного внимания. Некоторые приемные родители в силу разных причин (неопытность, родительская некомпетентность, желание выглядеть в глазах ребенка добрыми и хорошими и т.д.) потакают капризам и лености ребенка-сироты, жалеют нового члена семьи: «Натерпелся-настрадался, успеет еще выучиться!». Они могут не видеть очевидных проблем, обвинять учителей, одноклассников, обстоятельства...

Еще одно проявление безответственного отношения к обучению и развитию ребенка наблюдается в семьях, где поощряется только физический труд и работа по дому, по содержанию огорода, домашнего скота. Нет ничего

плохого, что детей приучают к труду. Это даже замечательно! Но ущербным становится другой важный аспект – интеллектуальное развитие, обучение в школе. От ребенка не требуют выполнения домашних заданий, не порицают за плохие оценки и не помогают при затруднениях в изучении программного материала. Это приводит к тому, что комплекс деприваций, который испытывает ребенок-сирота, усугубляется социально-педагогической запущенностью.

И то, и другое отношение к обучению и получению образования ребенком может не только пагубно сказаться на его развитии и судьбе в целом, но и исказить общую картину возможностей ребенка при обследовании на ПМПК, а, следовательно, не вполне корректно могут быть определены ключевые моменты взаимодействия участников психолого-педагогического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с социальной депривацией.

Еще хуже складывается ситуация, когда нет единства требований в семье, или требования в семье и в образовательной организации противоречат друг другу.

Методическая и консультативная работа специалистов ПМПК по сопровождению образовательных организаций и приемных семей

В ходе проведения обследования сотрудники ТПМПК устанавливают контакт и с ребенком, и с законными представителями. По итогам формирования заключения специалисты ТПМПК самым подробным образом знакомят приемного родителя (опекуна, законного представителя) с его содержанием, дают подробные разъяснения.

Очень часто у родителей (законных представителей) возникают к членам комиссии вопросы по развитию и воспитанию детей (что можно делать дома для развития и повышения успеваемости), его социализации, профессиональной ориентации, дополнительному образованию. Также интересует информация об учреждениях, которые могут стать участниками психолого-педагогического процесса. Одни из самых часто задаваемых

вопросов: «Можно ли пройти ПМПК повторно, надо ли и когда?». Таким образом, практически все семьи, воспитывающие детей-сирот, получают индивидуальное комплексное консультирование специалистов ТПМПК.

Другой формой работы по сопровождению приемных семей являются семинары и групповые консультации. За последние три года специалистами ТПМПК «Магистр» были организованы семинары для приемных родителей на базе Службы сопровождения приемных и опекаемых семей таких учреждений, как «Созвездие», «Теплый дом», «Жемчужина». Специалисты ТПМПК на семинарах раскрывают темы: «Для чего существует ПМПК», «Дети с задержкой психического развития», «Как преодолеть трудности в школе», «Государственная итоговая аттестация в вопросах и ответах», «Особенности реализации адаптированных образовательных программ в образовательных учреждениях». После семинаров у приемных родителей всегда много вопросов, на которые отвечают члены ТПМПК. Большинство вопросов родители готовы обсуждать публично, и, как правило, они волнуют большинство присутствующих: надо ли проходить ПМПК, как часто, как это отразится на ребенке; вопросы, касающиеся развития и коррекции имеющихся нарушений и т.д. Но бывают и частные вопросы, которые приемные родители и опекуны готовы задать только наедине. В рамках своей компетенции специалисты ТПМПК стараются ответить как можно более полно и развернуто, осознавая потребность родителей и в информации, и в поддержке.

Также методическую помощь получают и сотрудники образовательных организаций и Службы сопровождения приемных и опекаемых семей, осуществляющих сопровождение семей, воспитывающих детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

Таким образом, ТПМПК лишь опосредованно участвует в процессе сопровождения детей-сирот и приемных семей. Самым важным является динамическое наблюдение, повторная диагностика развития ребенка-сироты, частотность которой зависит от потребностей ребенка и меняющихся

условий его жизни, консультативное и методическое сопровождение семей и организаций, осуществляющих его психолого-педагогическое сопровождение.

Ссылки на использованные источники

1. Диагностика эмоционального благополучия школьников: профилактическая работа с семьями в социально опасном положении: учебно-методическое пособие / М.Ю. Михайлина, Я.К. Нелюбова. – Саратов: ГАУ ДПО «СОИРО», 2017. – 64 с.
2. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития /под ред. Е.А. Стребелевой. - М.: Полиграф сервис, 1998. - 329 с.
3. Дубровина И.В. Особенности психического развития детей в семье и вне семьи / И.В. Дубровина. – М.: Медицина, 1982. С. -65.
4. Казаева Е.А., Вахрамеева О.А. Проблемы детей-сирот в современном российском обществе /Е.А. Казаева, О.А. Вахрамеева // Социокультурная среда и ее развитие в условиях глобализации современного общества: материалы пятых международных социально-педагогических чтений им. Б.И. Лившица, 14-15 ноября 2013г.: в 4ч. / Урал. гос. пед. ун-т. Екатеринбург, 2013. – ч. 1 – с. 34-40.
5. Кондратьев М.Ю. Психология отношений межличностной значимости: учебное пособие / М. Ю. Кондратьев, Ю.М. Кондратьев. – Москва: ПЕР СЭ, 2006. – 272 с.
6. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков / А.Е. Личко. – Л.: Медицина, 1983. – 256 с.
7. Малярова Н.З. Социальная защита детства: концептуальный подход/ Н.З. Малярова // Социологические исследования. – 1991. № 4.
8. 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.М. Семаго, А.Я. Юдилевич. - М.: ФГБНУ «Центр защиты прав и интересов детей», 2018. - 42 с.

9. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования/ Под общ. ред. М.М. Семаго. - М.: АРКТИ, 2017. — 368 с.

10. Развитие личности ребенка с проблемами в обучении (из опыта работы детского дома №7 г. Новосибирск). / Е. Э. Петрова, Н.А. Зоткевич, Е.В. Федоренко, Ю.А. Оборина. – Новосибирск: НИПКИПРО. 2001. – 56 с.

11. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога. - М.: АРКТИ, 2000. — 208 с. (Библиотека психолога-практика).

12. Социально-педагогическое сопровождение детей разных категорий: учебно-методическое пособие. / В.А. Басова, Т.С. Горнова, Ж.А. Захарова, А.Н. Смолонская, О.С. Щербина. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2011 - 111с.

13. Ярославцева И.В. Психическая депривация: причины, проявления, механизм развития // Сиб. психол. журн. -2013 -№47. – С. 33-40

**ДИСТАНЦИОННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОБУЧАЮЩИХСЯ В
УСЛОВИЯХ ПМПК. ИЗ ОПЫТА РАБОТЫ ТПМПК
Г. НОВОСИБИРСКА**

Работа М.В.,

учитель-дефектолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Сергеева М.В.,

учитель-дефектолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Традиционной формой проведения диагностического обследования в условиях ПМПК является очное обследование. Несмотря на это, пунктом 18 приказа Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» закреплено право детей на проведение обследования по месту их проживания или обучения при наличии у них необходимых условий. Особенно значима такая возможность для маломобильных лиц, испытывающих значительные трудности в прибытии к месту постоянного нахождения ПМПК. Опыт работы ТПМПК г. Новосибирска показывает, что проведение обследования может быть необходимо также по месту длительного пребывания ребенка в организациях здравоохранения или учреждениях, подведомственных Министерству труда и социального развития Новосибирской области (социально-реабилитационные центры для несовершеннолетних, центры социальной помощи семье и детям, дома-интернаты и др.). Кроме того, условия неблагоприятной эпидемиологической обстановки также вносят свои коррективы в устоявшиеся методы и формы работы ПМПК, не всегда позволяют специалистам проводить выездные комиссии по месту пребывания, проживания или обучения детей, нуждающихся в прохождении ПМПК. С учетом всех перечисленных факторов все чаще значимым ресурсом осуществления деятельности ПМПК становится проведение дистанционного обследования в онлайн-режиме.

Возможность использования дистанционных технологий для реализации образовательных программ, что в отношении детей с ОВЗ невозможно без проведения диагностического обследования, рекомендаций ПМПК, указана в статье 16 Федерального закона от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».

Под дистанционным обследованием мы подразумеваем проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования детей с использованием необходимого диагностического портфеля в онлайн-формате с возможностью видео-конференц-связи, при которой происходит непосредственное взаимодействие обучающегося и специалистов ПМПК.

Сразу следует отметить, что данный формат проведения обследования подходит не для всех категорий обучающихся. Так, например, неговорящие обучающиеся (дети с мутизмом, нарушениями речи тяжелой степени), нарушением слуха или зрения могут быть обследованы только в очном формате. Значительные трудности для проведения онлайн-обследования представляют дети с выраженными формами нарушений поведения, а также с умеренной, тяжелой и глубокой умственной отсталостью.

С рядом сложностей связано и дистанционное обследование дошкольников с тяжелыми нарушениями речи, прежде всего, из-за определенных акустических искажений при использовании видео-конференц-связи. В процессе логопедического обследования необходимо оценить уровень сформированности всех компонентов речи. Нарушение звуковой организации речи, фонематические возможности ребенка учитель-логопед определяет на слух. Посредством онлайн-обследования логопеду невозможно, например, дифференцировать нормативное и «горловое» произношение звука «р», нормативный и двугубный (губно-губной) «л». Многие предусмотренные методикой проведения логопедического обследования задания становятся затруднительными для выполнения дошкольником. К таким заданиям, например, относится проверка фонематических возможностей ребенка, когда ему предлагается различить на

слух квазиомонимы «дочка-точка», повторить слоговые цепочки по типу «за-са-за», «ша-са-са», или определение готовности к звуковому анализу и синтезу дошкольников старшего возраста. Качество видеосвязи часто не позволяет определить наличие характерных для детей с тяжелыми нарушениями речи дизартрических проявлений: «синюшность» языка, гиперкинезы, диспраксии и т.п.

Рекомендовано дистанционное обследование, прежде всего, маломобильным обучающимся (детям с тяжелыми формами нарушений опорно-двигательного аппарата, а также детям, имеющим паллиативный статус); обучающимся, нуждающимся по медицинским показаниям в ограничениях внешних контактов; детям с различными инфекционными заболеваниями длительного течения (например, туберкулез). В условиях неблагоприятной эпидемиологической обстановки на территории Новосибирской области возможно расширение списка категорий обучающихся для прохождения ТПМПК. Это касается школьников с ТНР и ЗПР, прежде всего, обращающихся повторно для дальнейшего обучения по адаптированным программам, а также выпускников, которым необходимо определение условий при проведении ГИА.

Необходимо обратить внимание и на то, что в соответствии с Постановлением главного государственного санитарного врача РФ от 28 сентября 2020 г. N 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи»» возможно проведение онлайн-обследования детьми, достигшими возраста 5 лет. Непрерывная продолжительность выполнения диагностических заданий ребенком в режиме онлайн регламентирована: дошкольники старше 5 лет, учащиеся 1-2 классов – не более 20 минут; учащиеся 3-4 классов – не более 25 минут; обучающиеся 5-9 классов – не более 30 минут, 10-11 классов – не более 35 минут. Длительность же одной онлайн-сессии определяется индивидуально, включает не только непосредственное общение ребенка с

педагогом, но и время на установление контакта, беседу с родителями, их консультирование и составляет не менее 45 минут без учета времени на принятие коллегиального решения и оформления необходимой документации членами ТПМПК.

Проведение дистанционного обследования требует наличия соответствующих технических условий как у специалистов ПМПК, так и у обучающихся, желающих пройти обследование в онлайн-формате. Обязательным является наличие с обеих сторон стационарного компьютера или ноутбука с веб-камерой, микрофоном, наушниками или колонками, программное обеспечение, позволяющее осуществлять конференц-видеосвязь с возможностью демонстрации экрана компьютера, устойчивое подключение к информационно-телекоммуникационной сети Интернет. В условиях ТПМПК г. Новосибирска дистанционное обследование проводится преимущественно с помощью Zoom – платформы. Использование данной программы для организации видеоконференций требует определенных навыков ее использования как со стороны обследуемых (их родителей/законных представителей), так и специалистов ПМПК.

Кроме того, специалистам ПМПК необходимо заранее подготовить диагностические материалы, которые должны учитывать психофизические возможности обследуемых и быть дифференцированы по возрастным категориям, уровням получения образования с учетом класса обучения, по задачам психолого-педагогического обследования (определение специальных образовательных условий, создание условий при проведении ГИА). Диагностические материалы для удобства демонстрации должны быть представлены в виде презентаций или иных электронных документов. Этот подготовительный процесс является достаточно трудоемким и затратным по времени.

При подготовке к дистанционному обследованию следует учитывать и то, что электронные методические пособия иногда не позволяют в полном объеме оценить степень выраженности нарушений. Это, например, касается

дошкольников с нарушениями опорно-двигательного аппарата, когда специалистам ПМПК необходимо в том числе оценить двигательные возможности обследуемого (как общую моторику, так и функциональные возможности кистей и пальцев рук). В подобном случае необходимо привлечение родителей, их предварительный инструктаж специалистами ПМПК, уточнение наличия и возможности предоставления родителями необходимого дополнительного игрового материала для проведения обследования.

Пакет документов, необходимый для прохождения дистанционного обследования, соответствует стандартным требованиям приказа Министерства образования РФ «Об утверждении Положения о деятельности психолого-медико-педагогических комиссий» от 20.09.2013 г. № 1082, дистанционное обследование проводится исключительно с письменного согласия родителей/ законных представителей ребенка.

Документы для прохождения обследования в онлайн-формате подаются по предварительной записи в очном формате в пунктах постоянного размещения ТПМПК г. Новосибирска.

Администраторы ПМПК, принимающие документы, поясняют детали процедуры прохождения ПМПК в дистанционном формате и выясняют наличие технических возможностей проведения дистанционного обследования у обратившихся в ПМПК. Родители должны понимать, что они несут ответственность за исправность оборудования и наличие технической возможности выхода в Интернет, а также за готовность ребенка к данному роду обследования.

Родителей заранее необходимо проинформировать, что во время обследования следует строго следовать инструкциям специалистов ПМПК, поддерживать ребенка, но не подсказывать ему, не пытаться выполнить за него диагностические задания. Ребенок должен быть психологически готов к прохождению онлайн-обследования, его должна окружать комфортная и привычная обстановка. Необходимо исключить любые отвлекающие

факторы (других детей, домашних животных, излишние игрушки для дошкольников и т.п.).

Также необходимо сказать родителям о том, как правильно организовать рабочее место ребенка для прохождения обследования: специалисты ПМПК должны хорошо видеть ребенка и его родителей, а ребенок – специалистов. Для школьников необходимо определить место выполнения письменных работ и приготовить письменные принадлежности: ручка, простой карандаш, линейка, ластик, листы в клетку и линейку.

Важно обратить внимание на расположение источников света, исключить возникновение нежелательных бликов и затемнений изображения во время конференц-видео-связи.

Дистанционное обследование так же, как и очное, предполагает предварительное изучение специалистами ПМПК входящих документов и их обсуждение. Именно в этот момент определяется потребность специалистов в дополнительной беседе с родителями (законными представителями) для уточнения деталей предстоящего обследования.

Среди членов комиссии определяется ведущий специалист, ответственный за проведение онлайн-обследования.

Ведущий специалист заблаговременно направляет родителям обследуемого ссылку для подключения к конференц-видео-связи с членами ПМПК и прохождения обследования в режиме онлайн на электронную почту родителя (законного представителя) или номер телефона, указанные в заявлении на проведение обследования, в соответствии с предварительными договоренностями. В соответствии с графиком проведения обследований осуществляется подключение к конференц-видео-связи.

Этапы дистанционного обследования соответствуют этапам очного обследования. Изначально необходимо провести идентификацию личности ребенка и родителей. Проведение дистанционного обследования так же, как и очного, возможно только в присутствии родителей (законных представителей) ребенка. Особенно важным моментом при осуществлении

дистанционного обследования является установление контакта с ребенком, создание открытой доверительной атмосферы общения обучающегося с педагогом.

Онлайн-обследование может проводиться как одним специалистом (в этом случае остальные специалисты наблюдают процесс обследования), так и отдельно каждым специалистом в зависимости от стоящих целей и задач обследования. Непосредственно психолого-педагогическое обследование предполагает определение особенностей эмоционально-волевой и эмоционально-личностной сферы, особенностей поведения, уровня речевого развития, в том числе сформированности навыков чтения и письма для школьников, выявление общей осведомленности и обученности, особенностей мыслительной деятельности, моторно-двигательной сферы, понимания и удержания инструкции и т.д., то есть в общих своих чертах не должно отличаться от очного обследования.

По итогам обследования организуется обсуждение специалистами полученных результатов и принимается коллегиальное решение о специальных образовательных и иных условиях для получения образования, сдачи ГИА и т.п., необходимых ребёнку.

Ведущий специалист в течение 3-х дней проводит устное консультирование родителей по заключению и данным рекомендациям ПМПК по телефону или посредством другого доступного канала связи, а также информирует о сроках и месте получения заключения ПМПК на руки законными представителями обследуемого.

В качестве заключения можно сказать, что опыт проведения дистанционного обследования специалистами ТППК г. Новосибирска является очень ценным, его можно рассматривать как качественно новый этап осуществления деятельности членами комиссий. В процессе организации онлайн-диагностики, несомненно, происходит повышение профессиональных компетенций специалистов, в полной мере реализуется принцип доступности услуг ПМПК. Но все же дистанционное обследование

в силу таких факторов, как недостаточное техническое оснащение, доступность данного формата обследования не для всех категорий и возрастов детей, часто неумение родителей самостоятельно организовать ребенка и его рабочее место для проведения обследования в домашних условиях, не может на настоящий момент в полной мере заменить традиционную процедуру очного диагностического обследования в условиях ПМПК.

Нормативно-правовая база:

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».
3. Постановление главного государственного санитарного врача РФ от 28 сентября 2020 г. N 28 «Об утверждении санитарных правил СП 2.4.3648-20 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей и молодежи».
4. Письмо Министерства просвещения РФ от 30.04.2020 № 07-2949 «О направлении рекомендаций о деятельности ПМПК».
5. Письмо Министерства образования Новосибирской области от 12.05.2020 № 4297-03/25 «О направлении порядка организации деятельности ПМПК».
6. Регламент работы территориальной психолого-медико-педагогической комиссии муниципального казенного учреждения дополнительного профессионального образования города Новосибирска «ГЦОиЗ «Магистр» по предоставлению услуги психолого-медико-педагогического обследования, утвержденный приказом МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр» от 09 января 2020 г. № 4.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА НА ПМПК

Чулимова К.В., педагог-психолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. «Об образовании в Российской Федерации» № 273-ФЗ регламентирует право детей с ОВЗ и инвалидов на образование в течение всей жизни и обязывает создавать необходимые условия для получения без дискриминации качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья, для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, в том числе оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов, методов и приемов.

Одной из важнейших задач на современном этапе развития общества является достраивание начальной ступени образования – системы раннего выявления и ранней комплексной помощи детям от рождения до трех лет, имеющим нарушения в развитии или риски возникновения таких нарушений.

Современные научные исследования доказывают, что ребенок с отклонениями в развитии, начавший обучаться в первые месяцы жизни, имеет самые большие шансы на максимально быстрое достижение оптимально возможного для него уровня общего развития.

В соответствии с Программой по совершенствованию системы ранней помощи на территории Новосибирской области на период 2021-2024 годы, необходимо обеспечить доступность и эффективность ранней помощи семьям, воспитывающим детей от 0 до 3 лет, имеющим ограничения жизнедеятельности, в том числе детям с ограниченными возможностями здоровья и установленной инвалидностью, детям с генетическими нарушениями, а также детям группы риска.

Концепция раннего выявления и коррекции различных отклонений в развитии детей первых трех лет жизни реализуется в том числе и через определение специальных образовательных условий на ТПМПК.

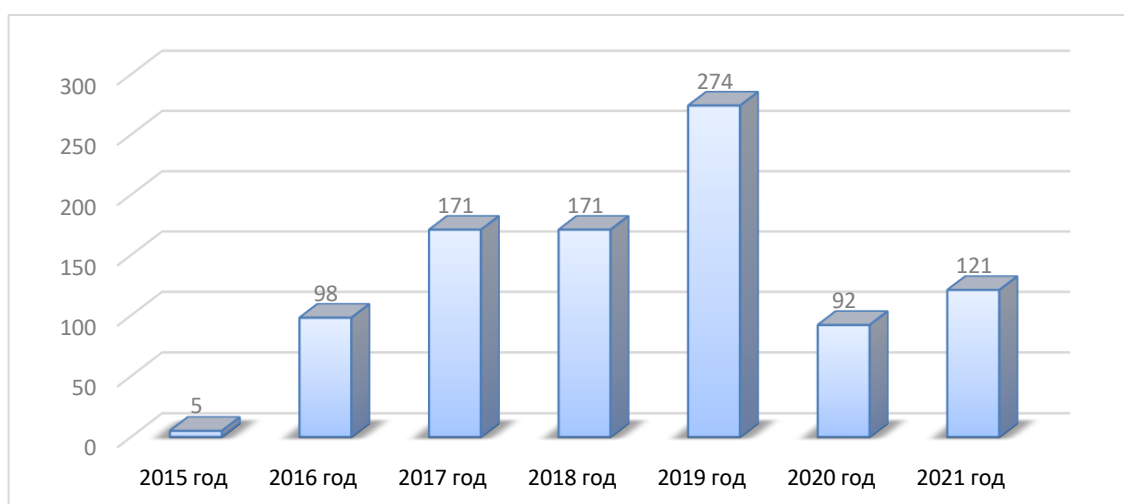
До 2015 года запрос на обследование детей в возрасте до 3-х на ТПМПК носил эпизодический характер (например, при поступлении в специализированные группы ДОУ для детей раннего возраста; при переводе детей-сирот из дома ребёнка в детские дома или другие учреждения социального обеспечения).

В настоящее время отмечается увеличение количества обращений в ТПМПК родителей с детьми раннего возраста с различными видами отклонений в развитии.

На диаграмме представлены данные о количестве обращений на ТПМПК с детьми раннего возраста за 2015-2021 годы.

Диаграмма 1

**Количество детей раннего возраста,
получивших заключение ПМПК**



Динамика количества обращений обусловлена, прежде всего, увеличением числа детей раннего возраста, имеющих различные виды нарушений в развитии, более тесным взаимодействием ТПМПК с бюро медико-социальной экспертизы, а также изменениями в законодательных документах и развитием системы ранней помощи в Новосибирской области.

В 2020 году в связи переходом на дистанционные формы работы различных учреждений и организаций (МСЭ, служб ранней помощи, реабилитационных центров) количество обращений на ТПМПК с детьми раннего возраста сократилось, но его рост продолжился в следующем году.

Приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области, Министерства образования Новосибирской области, Министерства труда и социального развития Новосибирской области № 958/976/379 от 23.04.2020 «Об утверждении Порядка направления детей в возрасте от 0 до 3 лет для получения услуг ранней помощи в организациях, предоставляющих услуги ранней помощи на территории Новосибирской области» определяет, что родители, обеспокоенные наличием у ребенка особенностей развития, отставанием в развитии, трудностей в поведении, адаптации, могут самостоятельно без заключения ТПМПК обратиться в организацию, предоставляющую услуги ранней помощи.

Основные группы детей раннего возраста, направляемые на ТПМПК:

- ✓ **Дети целевой группы** – дети от рождения до 3 лет, имеющие ограничения жизнедеятельности, в том числе дети с установленной инвалидностью, дети с генетическими нарушениями, глухие, слабослышащие и дети, перенесшие операцию по кохлеарной имплантации, дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, слабовидящие и слепые дети.
- ✓ **Дети группы риска** – дети с риском развития стойких нарушений функций организма и ограничений жизнедеятельности, а также дети из группы социального риска развития (дети - сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей).

Проблемы диагностики детей раннего возраста на ПМПК

Чем младше ребенок, тем более быстрыми темпами происходит его психическое развитие, первый год жизни – период наиболее интенсивных изменений в психике ребенка. Качественные изменения в отношении ребенка к миру и характере его деятельности побуждают к выделению нормативных показателей оценки психического развития. Под нервно-психическим

развитием ребенка понимается совершенствование, качественное изменение его интеллектуальных и двигательных умений, основанное на совокупности врожденных качеств и приводящих к наиболее адекватному взаимодействию ребенка с внешней средой.

Комплексные модели диагностики детей раннего возраста, охватывающие все области развития, представлены в работах:

- ✓ «Дети-сироты: консультирование и диагностика развития» (под ред. Е.А. Стребелевой).
- ✓ «Игры с детьми младенческого возраста» (Ю.А. Разенкова).
- ✓ «Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях» (Л.Г. Голубева, К.Л. Печора).
- ✓ «Критерии нормального развития» (Е.Л. Инденбаум).
- ✓ Показатели психического развития ребенка первого года жизни по Гезелу.

На практике принято степень задержки развития тех или иных функций в детском возрасте определять в эпикризных сроках или возрастных микропериодах. Эпикризный срок – это период в жизни ребенка, за который он приобретает новые навыки.

Под нормальным темпом развития понимается такое развитие, которое соответствует возрастной норме или опережает возрастную норму на 1-2 срока, при этом задержка на 1/2 срока допустима.

На первом году жизни один эпикризный срок составляет 1 месяц, на втором году жизни – 3 месяца, от 2 до 3 лет – 6 месяцев.

Анализ медицинской документации для детей младенческого и раннего возраста на ТПМПК имеет приоритетное значение. Наличие в медицинских заключениях выявленных ранее проблем в развитии позволяет оптимизировать процесс обследования ребенка и основной упор сделать на наблюдении за поведением ребенка, его реакциями на окружающую среду и на опрос родителей.

При обследовании детей младенческого возраста на ТПМПК оцениваются особенности поведения ребенка в ситуации кормления, одевания, засыпания, сна (непосредственное наблюдение и опрос родителей), характер бодрствования младенца. Проводится оценка моторного, речевого, развития ребенка, его поведения при общении с близким взрослым, своеобразии социальной ситуации развития.

К условиям организации обследования детей младенческого возраста на ТПМПК в том числе относится и создание материально-технических условий для обследования.

С целью создания комфортных условий для обследования ребенка и деятельности членов ТПМПК площадь кабинета должна быть не менее 25-30 м² с тем, чтобы одновременно в нем могли находиться специалисты и лица, обратившиеся в комиссию. В зоне обследования детей раннего возраста размещается пеленальный стол. Должна быть предусмотрена зона с ковровым напольным покрытием, обеспечена его своевременная санобработка.

Диагностический инструментарий, необходимый для проведения комплексного обследования детей в возрасте от 0 до 2 лет, может быть использован различными специалистами ТПМПК (педагогом-психологом, учителем-дефектологом, учителем-логопедом):

– для оценки зрительного восприятия кабинет ТПМПК комплектуется игровым материалом с использованием контрастных цветов (погремушки неяркого цвета с глухим крупяным звуком). Игрушки или изображения размером в среднем 20 на 20 см. Для детей с нарушениями зрения (остаточное зрение на уровне ощущения света) – игрушки со световыми эффектами (фонарик, светящиеся игрушки);

– для оценки слухового восприятия используется набор шумовых игровых материалов низкой, повышенной, высокой интенсивности: погремушки, музыкальные инструменты: железные колокольчики с мелодичным звуком, бубен, маракасы, барабан и т.д.;

– для оценки моторного развития – набор мячей, разных по размеру и тяжести; наборы для нанизывания;

– для оценки когнитивного и речевого развития – набор игрушек (куклы, машины, животные и т.д.) и картинки (изображения игрушек). Для детей с нарушениями зрения (снижение остроты зрения) используются картинки большого размера.

Для организации обследования детей второго и третьего года жизни необходимо оборудовать помещение мебелью в соответствии с ростовыми показателями детей, а также рекомендуется создать комплекты диагностического оборудования для детей различных возрастных категорий.

Диагностический инструментарий, рекомендованный для проведения комплексного обследования детей в возрасте от 2 до 3 лет:

– методика «Разрезные картинки» - для исследования особенностей целостного восприятия предметной картинки и уровня развития наглядно-действенного мышления, наличия интереса, волевых усилий, пространственной ориентировки, способности к переносу показанного способа действия, мелкой моторики;

– простые пирамидки, разноразмерные стаканчики: 3-6 шт., простые предметные доски с выемками разной величины – для определения уровня развития наглядно-действенного мышления ребенка, моторных функций, выявления уровня сформированности представлений о величине;

– методика соотнесения предметов по цвету позволяет судить об уровне сформированности представлений о цвете (парные кубики четырех цветов: красного, желтого, зеленого, синего);

– методика выделения предметов по величине с целью оценки развития основных мыслительных операций на уровне «большой-маленький» (тестовый материал представляет собой однотипные игрушки разного размера);

– методика на знание частей тела (на себе и на кукле) позволяют исследовать понимание обращенной речи и сформированность телесной интеграции.

Основой для составления рекомендаций ТПМПК и разработки специальных образовательных условий для детей раннего возраста является индивидуальный профиль развития ребенка раннего возраста, полученный в рамках диагностики нервно-психического развития.

Анализ данных, полученных всеми специалистами, определяет перечень специальных образовательных условий, в которых нуждается ребенок и его семья.

Заключение ТПМПК должно содержать обоснованные выводы о необходимости или отсутствии необходимости создания для ребенка специальных образовательных условий. Обоснованность выводов представлена заключениями специалистов ТПМПК.

Диагностические выводы специалистов ТПМПК по отношению к ребенку раннего возраста могут быть сформулированы в терминах задержки:

- задержка доречевого развития/ задержка речевого развития,
- задержка психоречевого развития,
- задержка моторного (психомоторного) развития,
- специфическая задержка развития (при нарушениях слуха или (и) зрения).

К указанным формулировкам может добавляться также тяжесть имеющегося отставания:

- «выраженная» (отставание на три эпикризных срока),
- «грубая» (отставание более чем на три эпикризных срока).
- В редких случаях определяется асинхрония развития (нормативное или опережающее развитие одной из сфер в сравнении с отстающими другими).

Принцип ранней помощи является первоочередным при определении специальных образовательных условий для детей раннего возраста с

дефицитным развитием (нарушения слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата):

- При нарушении слуховой функции к числу первоочередных рекомендаций относятся занятия с сурдопедагогом для развития возможности альтернативной коммуникации (а для ребенка после кохлеарной имплантации - для «запускающего» этапа речи).
- При нарушениях зрения на первый план выходит развитие мобильности (помощь в овладении пространством), профилактика вторичной аутизации, вербализма, развитие компенсаторных функций, позволяющих осуществлять познание.
- Для ребенка с РАС первоочередное значение имеет формирование возможности действовать по подражанию, овладение доступными социально-бытовыми навыками.
- При наличии нарушений опорно-двигательного аппарата у ребенка раннего возраста приоритетную роль следует отводить стимуляции интереса к окружающему, развитию произвольного внимания, способности к удержанию предметов (во взаимодействии с взрослым), слуховому восприятию, формированию представлений о цвете, форме, величине, расширению пассивного словаря, улучшению артикуляционной моторики.

Несмотря на постоянное совершенствование нормативной базы, касающейся помощи детям раннего возраста, имеющим проблемы в развитии, выполнение рекомендаций ТПМПК и создание специальных образовательных условий невозможны в полном объеме в связи с дефицитом учреждений для детей раннего возраста с особыми образовательными потребностями, отсутствием достаточного количества консультационных пунктов, дефицитом специалистов ранней помощи.

Список использованных источников

1. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика углубленной психологической диагностики. От раннего до подросткового возраста: Монография. – М.: АРКТИ, 2016. – 560 с.
2. Смирнова Е.О. Детская психология: учебник / Е.О. Смирнова. – М. : КНОРУС, 2013. – 280 с.
3. Помощь психолога детям с задержкой психического развития: учеб. пособие / И.И. Мамайчук, М.Н. Ильина, Ю.М. Миланич. - СПб.: Эко-Вектор, 2017. – 539 с.
4. Приказ Минобрнауки РФ от 20 сентября 2013 г. N 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».
5. Письмо Минобрнауки РФ от 23.05.2016 N ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий».
6. Письмо Минобрнауки РФ от 10 февраля 2015 г. N ВК-268/07 «О совершенствовании деятельности центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи».
7. Приказ Министерства здравоохранения Новосибирской области, Министерства образования Новосибирской области, Министерства труда и социального развития Новосибирской области № 958/976/379 от 23.04.2020 «Об утверждении Порядка направления детей в возрасте от 0 до 3 лет для получения услуг ранней помощи в организациях, предоставляющих услуги ранней помощи на территории Новосибирской области».

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ПМПК

Лавреха И.В., учитель-логопед ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Обращение в ТПМПК с детьми раннего возраста происходит нечасто, скорее в случаях серьезных проблем в развитии ребенка.

Ранняя помощь (дети в возрасте от 0 до 3 лет) является приоритетным направлением отечественной системы образования. Развитие системы ранней помощи, создание общей базы детей, имеющих ОВЗ, поможет прогнозировать потребность в специальных условиях, которая станет актуальной через какое-то время (Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 мая 2016 г. N ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий»).

Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (раздел IV. Требования к результатам освоения основной образовательной программы дошкольного образования, п. 4.6) определяет следующие целевые ориентиры дошкольного образования в раннем возрасте в образовательной области «Речевое развитие»: овладение активной речью, включённой в общение; понимание речи взрослых; стремление к общению со взрослыми, обращение с вопросами и просьбами, знание названий окружающих предметов и игрушек; проявление интереса к стихам, песням и сказкам, в соответствии с онтогенезом речевого развития.

Отклонения от речевого онтогенеза проявляются в отставании на определенное количество эпикризисных сроков (сензитивных периодов развития). На первом году жизни эпикризисный срок составляет месяц, на втором году жизни – три месяца, на третьем году жизни – полгода, после трех лет – один год. Г.В. Чиркина и О.Е. Громова предлагают выделять три группы детей с задержкой речевого развития: группа внимания (отставание в развитии речи на один эпикризисный срок), группа риска (отставание в

развитии речи на два эпикризных срока) и группа выраженного риска (отставание в развитии речи на три и более эпикризных срока). Если отставание от нормативных показателей на один эпикризный срок является незначительным, то при отставании в развитии на три и более эпикризных срока можно вести речь о необходимости создания специальных условий обучения и воспитания.

По мнению Ю.А. Разенковой, степень выраженности задержанного развития предполагает деление на легкую задержку, значительную (среднюю) задержку, грубую (тяжелую) задержку [13].

При легкой задержке развития становление возрастных навыков запаздывает не более чем на один – два эпикризных срока и отмечается тенденция к постепенному сокращению временного дефицита по мере роста и коррекции.

Задержка средней тяжести предполагает отставание на два – четыре эпикризных срока, при этом имеет место вероятность увеличения временных рамок по мере усложнения формирующихся функций.

Тяжелая задержка развития характеризуется выраженным временным дефицитом становления возрастных навыков, превышающим пять – шесть эпикризных сроков, и также неуклонно увеличивающимся отставанием по мере роста ребенка. Возрастные функции либо не появляются, либо грубо изменены.

Тяжесть проявления дефекта определяется уровнем развития речи, разницей между реальным состоянием речевого развития и его нормативами в данном возрасте. Наличие лепетной речи у ребенка трех лет в некоторых случаях может рассматриваться как проявление задержки темпов речевого развития ребенка и не являться тяжелым нарушением речи.

Г.В. Чиркина, О.Е. Громова рекомендуют применять термин «задержка речевого развития» (ЗРР) для описания раннего речевого развития группы детей, отклонения от нормального онтогенеза у которых достаточно очевидны, однако тип речевого нарушения еще не выделен.

Отечественные исследователи Т.В. Волосовец, М.Ф. Фомичева, Е.Н. Кутепова считают, что задержка речи – условное понятие для обозначения временного отставания развития речи во всех ее структурных компонентах (в фонетике, лексике, грамматике), которое достаточно легко ликвидируется при применении специально разработанной методики.

Л.С. Волкова и С.Н. Шаховская полагают, что развитие речи при ЗРР отличается от нормативного только по своим темпам. Граница между индивидуальными особенностями развития и отставанием проходит на расстоянии примерно в 4-5 месяцев. В ходе развития речи при ЗРР отсутствуют нарушения структуры слов, что является самым важным диагностическим критерием усвоения ребенком грамматических норм родного языка. Как отмечает Н.А. Гренкова, на стадии двухсловного предложения прогноз при ЗРР благоприятнее, чем при росте предложения до четырех-пяти слов без использования их грамматических форм.

О.Е. Грибова [5] выделяет следующие признаки значительной задержки речевого развития:

- ребенок в 4 месяца эмоционально не реагирует на жесты взрослых и не улыбается, не оживляется, когда к нему обращается знакомый взрослый;
- у ребёнка в 8-9 месяцев отсутствует лепет (повторяющихся ба-ба-ба, па-па-та и т.п. сочетаний), а в год очень низкая речевая активность;
- в полтора года у ребенка нет простых слов, например, «мама» или «дай», он не говорит и не понимает своего имени или названий окружающих предметов, затрудняется выполнить простые просьбы («иди сюда», «сядь»);
- у ребёнка трудности с сосанием или жеванием. К полутора годам ребёнок не умеет жевать и давится даже кусочком яблока;
- в два года ребёнок использует только несколько отдельных слов и не пытается повторять новые слова, подражать;
- в 2,5 года активный словарный запас менее 20 слов. Не знает названий окружающих предметов и частей тела, не может по просьбе показать на

знакомый предмет или принести что-либо, находящееся вне поля зрения, не умеет составлять фразы из двух слов («дай воды»);

– в 3 года говорит непонятно для окружающих, не составляет простых предложений (подлежащее, сказуемое, дополнение), не понимает простых объяснений или рассказов о событиях;

– в 3 года говорит слишком быстро, опуская окончания слов или, наоборот, медленно, растягивая их, хотя дома примера такой речи нет;

– в три года говорит фразами из мультфильмов и книжек, но не строит собственные предложения – это признак серьёзного отклонения в развитии.

Если в три года малыш зеркально повторяет то, что говорят при нём взрослые, пусть даже и к месту – это причина срочного обращения к специалисту, причём к психиатру;

– постоянно приоткрыт рот или наблюдается повышенное слюноотделение без явных причин (не связанное с ростом зубов).

В работах Р.Е. Левиной, Г.А. Каше, Т.Б. Филичевой, Г.В. Чиркиной и др. подчеркивается необходимость отличия патологических речевых нарушений и отклонений, вызванных возрастными особенностями формирования речи. Основными признаками дизонтогенеза раннего речевого развития являются несвоевременное появление активного речевого подражания, использование аморфных слов и отсутствие их соединения между собой, выраженное нарушение слоговой структуры, затруднения в использовании речевых образцов.

Руководствуясь письмом Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 мая 2016 г. N ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий», специалисты ТПМПК могут выявить отставание по следующим параметрам: отсутствие возможности (стремления) подражать, недостаточная концентрация внимания, реакция на обращенную речь, сложность выполнить простейшие задания (произвести действия по инструкции, по подражанию,

предметные действия (кормление игрушки ложкой), подать взрослому знакомый ребенку предмет, закрыть коробки подходящими по размеру крышками, надеть кольца на стержень пирамидки и т.п., сложить разрезную картинку из двух частей (придвинуть их друг к другу), показать части тела на кукле, на себе, действовать карандашом (фломастером), действовать с мячом (удержать, бросить, катить), рассматривать вместе с взрослым книжку с крупными картинками и т. п.).

Обнаружить наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии ребенка особенно важно, потому что они не всегда являются проявлением нарушения речевого развития, следовательно, не каждому ребенку нужна логопедическая помощь, достаточным условием является активная речевая среда.

Например, для детей с неполным двуязычием, детей-мигрантов характерно несовершенство языковых средств, которое обнаруживается только на неродном языке. Дети, воспитывающиеся в бедной речевой среде, демонстрируют ограниченный словарный запас, грамматические формы, характерные для просторечия, упрощенные синтаксические структуры. Дети младшего дошкольного возраста, имеющие темповую задержку речевого развития, отсутствие потребности в общении, имеют равномерное отставание по всем показателям от возрастных норм при сохранном восприятии и понимании речи. Все эти категории детей не нуждаются в специальном коррекционном обучении [7].

Учитель-логопед ТППК при обследовании использует методики в соответствии с приложением 7 Письма «О совершенствовании деятельности ПМПК» (2016 г). Реестр методик, пакеты диагностических методик разработаны и рекомендованы Институтом проблем инклюзивного образования, являющимся с 2009 года структурным подразделением Московского государственного психолого-педагогического университета.

1) Методики, выявляющие особенности состояния всех компонентов и функций речи, используемых учителем-логопедом для детей раннего возраста (от 0 до 2 лет) и неговорящих детей:

- Безусловные рефлексы, рефлексы орального автоматизма (0 - 6 - 12 мес.).
- Эмоциональное состояние (до 2 лет), настроение (с 2 лет).
- Зрительные ориентировочные реакции (0 - 6 - 12 мес.).
- Слуховые ориентировочные реакции (0 - 6 - 12 мес.).
- Движения руки и действия с предметами (с 3 мес.).
- Отрицательные привычки (автоматизмы, стереотипы).
- Дыхательный аппарат.
- Оценка мимики, мимической мускулатуры.
- Оценка состояния артикуляционного аппарата.
- Оценка звуковых реакций и условий повышения звуковой активности.
- Предпосылки формирования активной речи.
- Состояние активной речи (с 1 года).
- Оценка понимания речи (предпосылок понимания).
- Оценка возможности подражания мимическим движениям.
- Оценка возможности звукоподражания.
- Слуховое внимание и фонематический слух (с 1 года 6 мес.).
- Мелкая моторика рук.

2) Методики, выявляющие особенности состояния всех компонентов и функций речи, используемых логопедом для детей раннего возраста (от 2 до 3 лет), где в центре внимания – формирование коммуникативной речевой деятельности, освоение базовых языковых навыков и единиц [8]:

Метод наблюдения за коммуникативным поведением ребенка. Специалисты ТПМПК наблюдают за общением ребенка и матери в процессе совместной деятельности с игрушкой или в игре. Отмечается активность ребенка в процессе общения или его нежелание вступать в контакт, частота

обращений ребенка к матери, наличие эгоцентрической речи в процессе манипуляций/игры. Также фиксируется, какие средства ребенок использует в процессе общения, насколько требовательна мать в отношении использования вербальных средств. Отмечается объем активного словаря, наличие фразовой речи, использование жестов, интонирования. Отмечается общение ребенка с посторонним.

Кроме коммуникативной активности ребенка, учитывается его обучаемость – возможность стимуляции эхоталалии в процессе обследования. Темповая задержка речевого развития от стойких отклонений в речевом развитии ребенка отличается неравномерностью формирования речевых процессов. При наличии патологического формирования речевой деятельности отмечаются системные проявления нарушений речи.

Методика изучения понимания речи. Оценивается понимание инструкции, может ли ребенок звукоподражаниями назвать животных, знание названий животных, знание названий детенышей животных. Для выявления уровня понимания ребенком короткого рассказа учитель-логопед ТПМПК рассказывает простыми короткими предложениями о том, что нарисовано на картинках, задает вопросы по картинкам.

Обследование активного и пассивного словарного запаса.

Учитель-логопед определяет наличие в словаре ребенка предметной лексики, обозначающей окружающие ребенка предметы (игрушки, посуду, одежду и др.), а также набора глаголов, обозначающих повседневные бытовые действия. У детей с нормальным развитием речи к концу второго года объем активного словаря может различаться в несколько раз [7].

Учитывая трудности установления вербального контакта с детьми раннего и младшего дошкольного возраста, наличие стойкого речевого негативизма, необходимо использовать реальные объекты, их игрушечные аналоги. Обследование проводится в ходе манипулирования с предметами или при организации игр. Можно использовать сказки с простым сюжетом («Репка», «Колобок», «Теремок», «Курочка ряба» и др.).

Методика изучения понимания и употребления простых предлогов. В процессе обследования детям задаются вопросы: «Где лежит?», «Куда положили?», «Откуда взяли» и проч. При этом обращается внимание не только на употребление предлогов, но и на правильное использование падежных окончаний.

Исследовать состояние понимания предложно-падежных конструкций не обязательно при правильном их использовании ребенком, но при затруднении в употреблении необходимо изучить понимание данных конструкций. Усвоение предлогов происходит начиная с 2,5 лет, только после усвоения флексий. Если к 2,5 годам у ребенка не формируется элементарной фразовой речи, считается, что темп его речевого развития начинает отставать от нормы. Длительное сосуществование предложений, оформленных грамматически правильно и неправильно, свидетельствует о неблагополучии в речевом развитии.

Методика обследования звукопроизношения. Методика включает диагностику звукопроизношения, слоговой структуры слова. Обследование произношения должно включать задания на произнесение гласных и согласных звуков, артикуляция которых усваивается на этапе раннего онтогенеза. При этом следует учитывать физиологические особенности артикулирования звуков в речи [7].

Детям раннего возраста в ситуации первичного обследования, как правило, недоступно изолированное произнесение звука, поэтому основной акцент делается на назывании ребенком слов с определенными звуками в составе слова или предложения. С этой целью используются сюжетные картинки в соответствии с возрастными особенностями детского восприятия. Обследование произносительной стороны речи ребенка раннего возраста проводится на третьем году жизни, в период быстрого накопления словарного запаса.

Необходимо обратить внимание на уровень сформированности слоговой структуры слова как одной из важных характеристик

произносительной стороны речи. Хотя традиционно считается, что в раннем возрасте слоговая структура слова только формируется, однако грубое недоразвитие слоговой структуры является одним из показателей речевого дизонтогенеза. Сформированность слоговой структуры слова изучается при использовании картинного материала. С этой целью можно использовать слова, подобранные с учетом закономерностей развития слоговой структуры в онтогенезе (А.К. Маркова).

Исследование навыка слухового внимания и фонематического восприятия. В обследование включаются задания на различение высоты голоса (с 2 лет). Ребенку предлагают поиграть в игру "Тихо – громко" (с 2 медведями – большим и маленьким). С 2,5 лет предлагаются задания на дифференциацию слов, близких по звучанию: (мышка-мишка, стол-стул, ежата-мышата).

Сформированность навыков словоизменения и словообразования (метод эксперимента). Проверяется понимание и употребление простых грамматических категорий: числа, рода, времени, некоторых падежных форм и конструкций. При обследовании понимания суффиксального способа образования имен существительных предъявляется речевой материал, образованный по единой словообразовательной модели.

Если от 1 года 8 месяцев до 2 лет экспрессивный запас у детей с ЗРР (группа внимания) не увеличивается, фразовая речь не появляется, то после 24 месяцев эти дети рассматриваются уже как группа риска.

Дети, в активном словаре которых наблюдается ограниченное количество слов, после 30 месяцев представляют группу выраженного риска по типу общего недоразвития речи.

Задержка на стадии двусоставного предложения характерна для случаев темповой задержки речевого развития при высоком уровне сформированности пассивного словаря и понимания речи. Хорошим диагностическим признаком выступает также интерес к речи взрослого. Насколько рано заговорит ребенок с темповой задержкой речевого развития

будет зависеть от условий жизни, предметной и речевой среды, которые создают и организуют вокруг малыша взрослые. Ребенок с ЗРР понимает обращенную речь, в том числе и значение грамматических изменений слов; у него отсутствуют смешения в понимании значений слов, имеющих сходное звучание. Одним из факторов, препятствующих речевому общению, является ограниченный словарный запас, который, в свою очередь, отражается на формировании всей психики ребенка, влияет на эмоционально-волевую сферу.

Понимание логопедом закономерностей усвоения детьми различных элементов родного языка помогает правильно подобрать материал для обследования и квалифицировать глубину недоразвития речи [3].

После проведения диагностики речевого развития, учитель-логопед сравнивает данные обследования с нормативными показателями речевого развития. Родителям необходимо наглядно продемонстрировать, насколько сильно во временном плане их ребенок отстает от своих сверстников и какие качественные (словарь, грамматический строй речи и др.) проблемы усвоения речи у него наблюдаются или их нет.

На основании полученных данных обследования, анализа медицинской документации, беседы с родителями учитель-логопед устанавливает уровень развития речи и формулирует логопедическое заключение.

Диагностический вывод учителя-логопеда по отношению к ребенку раннего возраста редко может быть сформулирован иначе, как с помощью термина «задержка речевого развития» [7].

Заключение учителя-логопеда должно содержать информацию о соответствии (несоответствии) речевого развития возрастной норме. При несоответствии необходимо указать данные обследования экспрессивной речи (незначительно отстает, отстает, существенно отстает от возрастной нормы, не сформирована) и импрессивной речи (не нарушена, понимание ухудшено (требуется сопровождение жестом), понимание недостаточно (даже в жестовом сопровождении понимает не все), понимание обращенной

речи отсутствует).

В заключениях специалистов рекомендуется указывать «на момент обследования» (то, что касается обследования соответствующего специалиста), при необходимости обозначать, как это согласуется с данными анамнеза. Использование нормативных показателей оценки психического развития младенца и ребенка раннего возраста является обязательным.

Диагностика в системе ранней помощи детям, раннее выявление отклонений и особенностей в развитии ребенка первых трех лет жизни являются комплексом мер, включающим комплексное изучение ребенка на ТПМПК, результатом которого является направление ребенка в Службы ранней помощи [10].

Рекомендации ТПМПК при установлении статуса ОВЗ предполагают обучение по адаптированной программе, предоставление коррекционно-развивающей помощи в зависимости от возраста и тяжести состояния ребенка.

Кроме того, могут быть даны рекомендации о получении помощи на базе центров дополнительного образования, служб ранней помощи, центров психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи, других образовательных организаций, имеющих в муниципалитете или регионе, где проживает обследуемый.

Таким образом, раннее обращение в ТПМПК необходимо с целью своевременного выявления детей группы риска и первичной логопедической профилактики речевых нарушений, а также, при необходимости, организации специальных образовательных условий для детей раннего возраста. Чем раньше специалисты начнут развивающие занятия с ребенком, тем быстрее и успешнее будет результат. Обычно при устранении причин ЗРР и грамотно организованной работе уже к старшему дошкольному возрасту дети данной категории догоняют своих сверстников. Эффективность коррекции зависит не только от участия врачей и педагогов,

но и усилий родителей, соблюдения ими единых речевых требований и рекомендаций специалистов.

Ссылки на использованные источники

1. Диагностическое обследование детей раннего и младшего дошкольного возраста / Под ред. Н.В. Серебряковой. - СПб.: КАРО, 2005. - 64 с.
2. Федеральный закон «Об образовании в РФ» от 29 декабря 2012 г. № 273.
3. Н.С. Жукова, Е.М. Мастюкова, Т.Б. Филичева Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. - М., 1973. - 350 с.
4. Методические рекомендации для специалистов ПМПК. Организация деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в соответствии с современными требованиями законодательства. Государственное бюджетное учреждение Новосибирской области - Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям «Областной центр диагностики и консультирования», Новосибирск, 2016.
5. Грибова О.Е. Специфика логопедического обследования в условиях ПМПК. Логопедическое заключение и определение организационной формы обучения.
6. Громова О.Е. Задержка речевого развития: дизонтогенез или «особый» путь развития речи. Журнал «Логопед», 2007. №3. - С.26-32.
7. Громова О.Е. Диагностика и развитие речи детей 2-4 лет. Методическое пособие. 2-е издание, перераб. /О.Е.Громова, Г.Н. Соломатина. - М.: Сфера, 2017. – 64 с.
8. Пакеты диагностических методик для комплексной диагностики в условиях ПМПК. Методические рекомендации для специалистов ПМПК. Государственное бюджетное учреждение Новосибирской области - Центр психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи детям «Областной центр диагностики и консультирования», Новосибирск, 2015.

9. Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 23 мая 2016 г. N ВК-1074/07 «О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий».

10. Письмо Министерства образования и науки РФ от 13 января 2016 г. № ВК-15/07 «О направлении Методических рекомендаций по реализации моделей раннего выявления отклонений и комплексного сопровождения с целью коррекции первых признаков отклонений в развитии детей».

11. Приказ Министерства образования и науки РФ «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» от 20 сентября 2013 г. № 1082.

12. Разенкова Ю.А. Институт коррекционной педагогики Российской академии образования. Альманах №4 «Ранний возраст». Варианты заключения логопеда (2-3 год жизни).

13. Разенкова Ю.А. Институт коррекционной педагогики Российской академии образования. Альманах №4 «Ранний возраст». Схема логопедического обследования ребенка 2-3-го года жизни.

ОКАЗАНИЕ СВОЕВРЕМЕННОЙ КОМПЛЕКСНОЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ СЕМЬЕ РЕБЕНКА С ОСОБЕННОСТЯМИ РАЗВИТИЯ

(ИЗ ОПЫТА ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»)

Субботина И.С., руководитель ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Лавреха И.В., учитель-логопед ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Фролова Н.В., учитель-логопед ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Быть родителем «особого» ребёнка –
это не судьба. Это предназначение. А судьба
зависит от того, как этим
предназначением распорядишься...
(из высказываний родителей)

Раннее выявление и ранняя комплексная коррекция отклонений в развитии ребёнка, признанные во всем мире наиболее эффективными, дают возможность предупредить появление отклонений вторичной и третичной природы и преодолеть уже имеющиеся трудности.

Своевременная и адекватная помощь семье «особого» ребёнка позволяет значительно снизить степень его социальной недостаточности, достичь максимально возможного уровня общего развития, образования и степени интеграции в общество.

Несмотря на то, что в различных учреждениях здравоохранения, образования и социальной защиты имеется отдельный опыт и внедряются частные модели оказания комплексной помощи детям раннего возраста, данное направление в нашем городе только начинает развиваться.

Учреждений, оказывающих комплексную помощь детям раннего возраста, в Новосибирске крайне мало. Продолжительность реабилитационных курсов в этих центрах кратковременна (2-3 месяца).

В дошкольных образовательных учреждениях общего типа группы для детей с нарушением интеллекта и эмоциональными нарушениями

отсутствуют. Группы дошкольных образовательных учреждений компенсирующего и комбинированного вида не могут охватить всех детей с ограниченными возможностями здоровья.

Коррекционные программы, реализуемые в данных учреждениях, направлены на детей, помощь родителям оказывается консультативно.

Таким образом, родители «особого» ребёнка не всегда владеют необходимой информацией о его реальном состоянии и возможностях, недостаточно адекватно оценивают ситуацию «особого» родительства, оказываются психологически не готовыми к длительному процессу коррекционной работы. А ведь именно родители проживают вместе с ребёнком каждую минуту его жизни, несут за него ответственность, представляют интересы ребёнка, осуществляют каждодневный уход за ним, принимают решения по вопросам его жизни, в том числе связанным с обучением и воспитанием. Кроме того, в своих решениях и поступках ребёнок ориентирован, как правило, на родительскую оценку. Следовательно, во многом от позиции родителей, от их поведения по отношению к ребёнку зависит перспектива его развития.

Особое внимание специалисты ТПМПК уделяют работе с родительским сообществом, которая осуществляется в рамках консультирования и образовательно-просветительской деятельности. Как показывает опыт, чаще всего родители предпочитают сотрудничество в форме систематических индивидуальных консультаций, так как общие проблемы, рассматриваемые на лекциях и семинарах, не склонны относить лично к себе. Однако данная форма работы наряду с несомненными достоинствами имеет ряд ограничений. В связи с этим специалисты ТПМПК постоянно ведут поиск эффективных форм сотрудничества с семьёй.

В 2008 году специалистами ТПМПК была разработана программа «Повышение родительской компетенции в вопросах развития, обучения и воспитания «особого» ребёнка». Основной целью данной программы

является формирование осознанной, активной и ответственной родительской позиции в отношении развития своего ребёнка.

В апробации представленной программы приняли участие 13 семей, имеющих детей с отклонениями в развитии (задержки развития, нарушения интеллекта, хромосомные нарушения, аутизм), 7 из которых являются инвалидами детства. Из данных семей 8 являются полными, а 5 – неполными материнскими семьями, что является фактором, негативно влияющим на воспитательный потенциал семьи.

Работа в рамках программы осуществлялась в двух направлениях. Взаимодействие с родителями проводилось в форме тренингов, семинаров, консультаций, направленных на создание психологических условий для адекватного восприятия родителями ситуации, которая связана с особенностями в развитии их ребёнка, с формированием психологической готовности к длительной работе по его развитию, коррекции и воспитанию; направленных также на создание условий для преодоления стрессового состояния семьи, на осознание важности понимания, принятия и признания личности ребёнка, улучшения рефлексии своих взаимоотношений с ребёнком.

В «Тренинге родительской осознанности» приняли участие 19 родителей. Занятия проходили в малых группах по 6-10 человек. Продолжительность занятия составляла 4 часа. На занятиях использовались специальные интерактивные методы и приёмы работы (групповые дискуссии, групповое решение проблем и др.).

Оценка результативности работы по взаимодействию с родителями определялась с помощью анкет обратной связи и анкет оценки эффективности семинаров. Их анализ позволил сделать выводы о том, что по мере проведения занятий у всех родителей улучшилось эмоциональное состояние (снизилась степень чувства вины, стыда, тревоги; усилилась степень уверенности и спокойствия), повысилась активность их участия в групповой работе, сформировалось адекватное восприятие их жизненной

ситуации, снизилась степень напряженности в социальных контактах. Кроме того, 80 % родителей заявили о значимости таких занятий и потребности в их продолжении.

Благодаря групповой форме работы у родителей-участников программы удалось снять ощущение единственности и уникальности собственных трудностей, преодолеть сопротивление и защитную позицию, за счёт использования группового потенциала усилить личный потенциал каждого родителя, а также переориентировать их с пассивной позиции слушателя на активную позицию исследователя.

Кроме того, родители получили возможность повысить уровень своей компетентности в вопросах создания адекватных условий для развития, обучения и воспитания детей, развития навыков рефлексии детско-родительских взаимоотношений. Также родители освоили элементарные навыки работы с детьми: элементы массажа, физические и логопедические упражнения, упражнения по развитию сенсорной сферы, приёмы релаксации и т.д. Обучение родителей происходило в процессе осуществления коррекционной работы специалистов с их детьми.

Коррекционная работа с детьми осуществлялась учителем-дефектологом, специальными психологами, учителем-логопедом, инструктором адаптивной физической культуры и коррекционной ритмики.



В основе этих занятий лежали игровая деятельность, активизация основных психических процессов, формирование и развитие речи, создание условий для освоения норм поведения, обучение формам взаимодействия в детском коллективе.



Занятия проводились индивидуально и в подгруппах на протяжении 6 месяцев 2 раза в неделю. Продолжительность и интенсивность занятий определялась допустимыми для каждого конкретного ребёнка нагрузками, а также возрастом и степенью тяжести его состояния.

Коррекционные занятия выстраивались с максимальным использованием средств психомоторной коррекции, постепенным включением когнитивных методов, имели свои задачи и специальные реабилитационные мероприятия.

Занятия по адаптивной физической культуре проводились с целью оказания общеукрепляющего и развивающего действия, организации процесса взаимодействия и установления взаимопонимания между родителем и ребёнком. В процессе занятий у детей развивалась координация движений и общая моторика тела, укреплялся вестибулярный аппарат, развивались ориентационные качества и способности через комплекс общеразвивающих упражнений, упражнений с предметами (обручи, мячи, скакалки), подвижных развивающих игр.

Основной целью занятий ребёнка с учителем-дефектологом являлось преодоление недостатков психического развития детей, воздействие на личность в целом с помощью специальной системы педагогических приёмов и мероприятий.

Работа на логопедических занятиях была направлена на формирование и развитие у ребёнка умения пользоваться речью как средством коммуникации, расширение его представлений об окружающем мире. Также формировались умение вслушиваться в обращённую речь и понимать её, осуществлялась стимуляция речевой деятельности, обеспечивалось повышение эмоциональной насыщенности речи, развитие фонетико-фонематических представлений у ребёнка, формирование правильного звукопроизношения, обогащение пассивного и активного словаря, развитие лексико-грамматического строя речи.

Целью занятий по коррекционной ритмике являлось преодоление недостатков психомоторной, двигательной, познавательной и эмоциональной сферы детей посредством музыкально-ритмической деятельности и психоразвивающих упражнений, построенных на сочетании движений, музыки и слова. Благодаря этим занятиям у детей развивались качественные характеристики движения, формировалось чувство ритма, снималось психоэмоциональное напряжение, развивалась саморегуляция, произвольность движений и поведения, воспитывались навыки группового поведения.

Занятия со специальным психологом проводились с целью стабилизации эмоционального состояния, развития тактильно-кинестетической чувствительности, формирования базы для развития позитивной коммуникации. В программе коррекционно-развивающих занятий предусматривались игры с песком и водой, развитие элементарных изобразительных навыков (лепка, рисование), ролевые игры, сухой бассейн.

Эффективность коррекционных занятий специалистов с ребёнком определялась с помощью методов структурированного наблюдения и

экспертной оценки. Качественный анализ выявил следующие результаты коррекционной работы с детьми: появление мотивации к общению; активизация интереса к занятиям и различным видам деятельности; относительная стабилизация эмоционального состояния; повышение работоспособности, устойчивости внимания, возможности проявления волевых усилий; увеличение адаптационных возможностей детей.

Родители достаточно высоко оценили результаты своего участия в программе и отметили, что все дети с желанием посещали занятия; 50 % родителей отмечают, что дома ребёнок старается продолжить работу, выполняемую на занятиях, 58% считают, что их дети стали более спокойными, уравновешенными, 92 % заявили о появлении у детей новых навыков и увлечений. Хотели бы продолжить занятия 100% родителей.

Из анкет обратной связи:

«Проведённое на тренинге время – это время, потраченное на понимание своих чувств в отношении своего ребёнка. Это встречи, которые помогли лучше разобраться в своём душевном состоянии, в своих истинных намерениях. Большое спасибо за такое внимание к нам, мамам!».

«Мне стало легче говорить о наболевшем с другими...»

«Моё внутреннее состояние стало более спокойным...»

«Я поняла, что у меня есть действительно немалые внутренние ресурсы развития...»

Из сочинений родителей:

«Особый» ребёнок – это не беда, не горе и не крест. Это подарок судьбы – возможность видеть мир по-другому. Это замечательно!»

«Я перестала говорить шёпотом о том, что у меня «особый» ребёнок. Я говорю об этом в полный голос и так, будто у неё просто редкая группа крови...»

«Мой «особый» ребёнок – это мой неповторимый, необходимый мне жизненный опыт, который направлен, в конечном итоге, на достижение гармонии в моей душе...»

Кроме того, коррекционные занятия с детьми способствовали их успешной адаптации в учреждениях образования и социальной защиты. Из 13 детей, прошедших курс реабилитации в рамках программы, 2 успешно обучаются в средней общеобразовательной школе, 3 – в специальной (коррекционной) школе для детей с интеллектуальными нарушениями, 5 посещают реабилитационные центры, 2 ребёнка – группу для детей с ЗПР детского сада и 1 ребёнок – массовую группу детского сада.

Таким образом, апробированная нами программа достигла поставленной цели и имеет положительные отзывы со стороны родителей.

В дальнейшем мы планируем расширить программу занятий логоритмикой, музыкой, изобразительностью, усилить медицинское сопровождение процесса реабилитации.

Воспитание и развитие ребёнка с ограниченными возможностями здоровья предполагает значительные эмоциональные, финансовые и временные затраты. Кроме этого, не все семьи имеют возможность создания адекватных условий для развития своего ребёнка в силу недостаточной информированности в этом вопросе. Именно поэтому основной задачей нашей программы было оказание своевременной психологической поддержки семье «особого» ребёнка.

Представленная программа является значимой и востребованной для самой уязвимой категории семей – семей, имеющих детей с особенностями в развитии.

СОЗДАНИЕ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАС В УСЛОВИЯХ ГРУППЫ ОБЩЕРАЗВИВАЮЩЕЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Боровкова Н.С., педагог-психолог ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Основным законодательным актом, регламентирующим процесс образования детей с ограниченными возможностями здоровья, является Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», регулирующий право детей с ОВЗ и инвалидов на образование в течение всей жизни. Часть 5 ст. 5 ФЗ-273 обязывает федеральные государственные органы, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления создавать необходимые условия для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов [6]. Одной из структур, действующих с целью оказания психолого-медико-педагогической помощи детям с ОВЗ и организации процесса их обучения и воспитания, является ТПМПК. В ряду основополагающих задач ТПМПК особо выделяются задачи определения специальных условий для получения образования несовершеннолетними с ОВЗ, подбор, проектирование и инициирование создания специальных условий обучения и воспитания, адекватных индивидуальным особенностям ребенка, а также оказание консультативной помощи участникам образовательного процесса по вопросам воспитания, обучения и коррекции развития детей с ОВЗ [7].

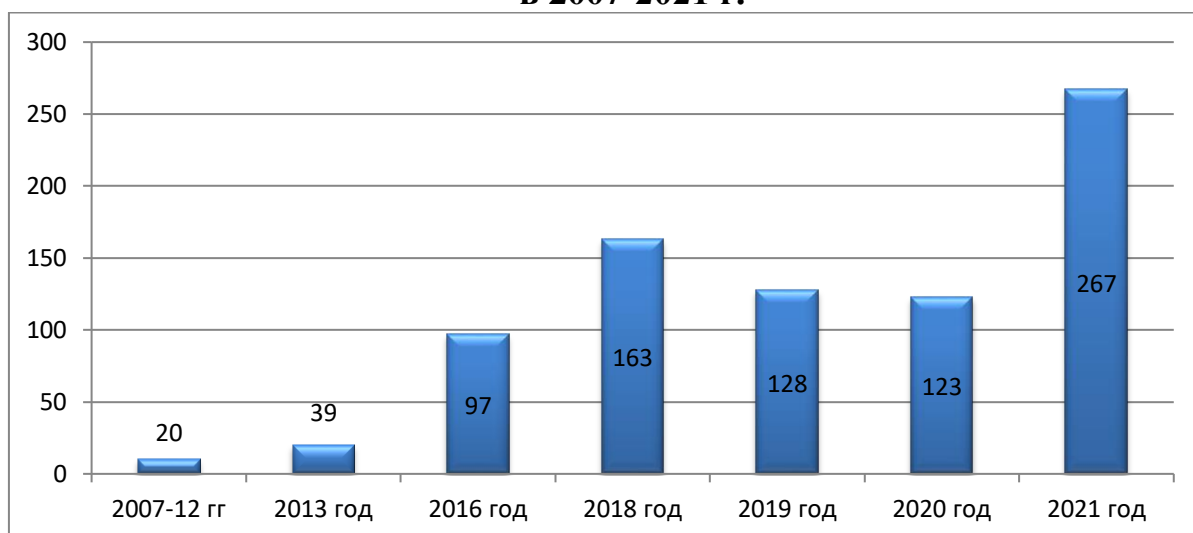
Особую категорию обратившихся на ТПМПК детей составляют дети-дошкольники с расстройствами аутистического спектра. В настоящее время значительно увеличилось количество детей дошкольного возраста, обращающихся на ТПМПК, обнаруживающих аутистическую симптоматику,

а также имеющих подтвержденный специалистом-психиатром диагноз F84 «Общие расстройства развития» (по МКБ-10).

Как показывает анализ статистических данных ТПМПК (Диаграмма 1), количество обращений детей с РАС дошкольного и школьного возраста на ТПМПК г. Новосибирска до 2013 года составляло не более 20 человек в год. Однако к 2016 году число обратившихся детей с РАС только дошкольного возраста увеличилось до 97. Сравнивая статистические данные за последние 5 лет, мы можем увидеть, что к концу 2021 года количество обратившихся на ТПМПК дошкольников с подтвержденным диагнозом «РАС» достигло 267 человек (рост почти в 3 раза), что может говорить, с одной стороны, об увеличении уровня выявляемости данной группы расстройств у детей, с другой – о востребованности структуры ТПМПК при определении образовательной парадигмы для ребенка с РАС. Очевидно, что увеличение количества обращений на ТПМПК связано и с изменениями в нормативно-правовой базе: принятие ФЗ № 273 «Об образовании в Российской Федерации»; введение ФГОС ДО, определяющего дошкольное образование как первую ступень общего образования; утверждение Положения о ПМПК. Также влияние на ситуацию оказывает и развитие инклюзивной практики в образовании, в том числе – дошкольном.

Диаграмма 1.

Количество детей с РАС, обратившихся на ТПМПК г. Новосибирска в 2007-2021 г.



На современном этапе развития психологии и педагогики расстройства аутистического спектра (РАС), как особый вид дизонтогенеза, все чаще рассматривается именно как психолого-педагогическая проблема. Отмечается многообразие подходов к понятию «расстройства аутистического спектра» в различных источниках. В то же время изучение современной специальной литературы показывает, что недостаточно четко прослеживаются особенности самосознания и становления личности у детей с РАС, а также особенности их социализации. Подготовить детей к дальнейшей школьной жизни – важная и сложная задача детского сада. Это касается и детей с нормотипичным развитием, и детей с ОВЗ, в том числе с РАС.

Многие отечественные и зарубежные ученые и психологи занимались изучением особенностей развития детей с аутизмом: В. В. Лебединский, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг, К.С. Крановиз, О. С. Никольская, С.В. Исханова и др. Вопросы социализации детей с РАС раскрывали К. Гилберт, И.А. Коробейников, О.С. Никольская и др. На необходимость инклюзивного образования указывали в своих работах такие отечественные учёные, как И.И. Мамайчук, Н.Н. Малофеев, Н.М. Назарова и др. Исследования вышеперечисленных авторов показывают, что это нарушение психического развития возникает на основе биологической дефицитарности нервной системы ребенка. Исходя из данных Международной классификации болезней (МКБ-10), расстройства аутистического спектра относятся к первазивным расстройствам развития, т.е. объединяют поведенческие нарушения, которые характеризуются расстройством общения, нарушением социализации и личностной интеграции ребенка в общество и охватывают все стороны его психического развития. Характерными чертами детей с РАС являются: стереотипное поведение, аутоагрессия, нарушение социального взаимодействия, нарушение коммуникации, снижение инстинкта самосохранения.

Сформулировать общую задачу обучения навыкам, необходимым для самостоятельной жизни ребенка с РАС, достаточно сложно. Отметим большую разнородность контингента воспитанников с РАС: многие из них имеют интеллектуальные нарушения разной степени выраженности, часть не владеет речью, у некоторых наблюдаются сопутствующие заболевания, и это значительно осложняет процесс коррекционной работы. Как показывает анализ обращений специалистов ДОО в ТПМПК с целью разъяснения особенностей организации специальных образовательных условий для детей разных нозологических групп, специалисты и педагоги дошкольных учреждений испытывают существенный программно-методический дефицит при организации процесса развития и воспитания обучающихся с РАС. Недостаточная психологическая и методическая готовность значительно влияет на качество их работы.

Следовательно, встает вопрос выбора варианта получения дошкольного образования для ребенка с РАС – посещение группы компенсирующей или комбинированной направленности, интеграция или инклюзия в среду «нормотипичных» сверстников. В соответствии с п. 20 «Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам дошкольного образования», «...дошкольное образование детей с ОВЗ может быть организовано как совместно с другими детьми, так и в отдельных группах...» [11].

Различные исследования и мировой опыт свидетельствуют о том, что включение ребенка с РАС в среду сверстников существенно повышает качество его образования и способствует преодолению ряда коммуникативных и социальных барьеров, не дающих ребенку с РАС полноценно социализироваться.

В этом случае вся коррекционная работа ориентирована на уровневое понимание процесса инклюзии (на первом этапе – возможно, интеграции) воспитанников с РАС в общеобразовательную группу детского сада. При

этом такая группа рассматривается как прообраз «нормотипичного» социального окружения ребенка с РАС, как первая ступень социальной адаптации и развития жизненных компетенций, а также как одна из форм социально-бытовой ориентации. Система инклюзии учитывает потребности и особенности всех воспитанников, в ней могут развить свой потенциал все – и нормотипичные дети, и дети с ОВЗ. Это система, где у ребенка с РАС есть доступ ко всей необходимой квалифицированной помощи (тьютор, специалисты сопровождения, организация пространства и др.), и именно эта помощь является основой равных возможностей. Инклюзия в дошкольном образовании при этом рассматривается нами как инклюзия в обществе. Дополнительным доводом в пользу инклюзивного образования является активная позиция родителей, готовых к сотрудничеству со специалистами и выражающих желание включиться в коррекционно-образовательный процесс.

В течение последних лет произошли существенные изменения в системе образования, и инклюзивная практика применяется во многих образовательных учреждениях города Новосибирска.

Важно подчеркнуть, что в настоящее время возрастает запрос родителей детей-дошкольников с РАС на введение их в образовательное пространство ДОО. Детям с РАС, которые идут в детский сад, на ТПМПК рекомендуется создание специальных образовательных условий, в том числе предоставление услуг тьютора и проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий. К сожалению, на сегодняшний момент услуги тьютора в условиях дошкольного образования не распространены, что также лишает детей-дошкольников с РАС полноценной коррекционной помощи.

Как отмечается в ПрАООП обучающихся с РАС (2015), «трудности и возможности ребёнка с аутизмом к школьному возрасту значительно различаются и в зависимости от того, получал ли он ранее адекватную специальную поддержку. Вовремя оказанная и правильно организованная психолого-педагогическая помощь позволяет поддержать попытки ребёнка

вступить в более активные и сложные отношения с миром и предотвратить формирование наиболее грубых форм патологической аутистической защиты, блокирующей его развитие. То есть уровень психического развития пришедшего в школу ребёнка с РАС, его оснащённость средствами коммуникации и социальными навыками зависят не только от характера и даже степени выраженности первичных биологически обусловленных проблем, но и от социального фактора – качества предшествующего обучения и воспитания» [9]. В силу особенностей психики детей с аутизмом хотя бы относительно успешный переход от дошкольного уровня образования к школьному никакая преемственность программ не обеспечит, если в дошкольном возрасте не будет заложена подготовка детей с РАС к школьному обучению [8].

Таким образом, с одной стороны, коррекционная работа должна быть направлена на формирование новых социальных навыков, а с другой стороны – на устранение нежелательных форм поведения (агрессии, аутоагрессии, стереотипий, аффективных реакций и пр.), которые создают препятствия для социализации и обучения ребенка с РАС на разных уровнях образования. Поскольку во многих случаях далеко не все навыки, необходимые для социализации, могут быть сформированы, необходимо создавать специальные условия, организовывать специальное пространство, которые помогут компенсировать отсутствующие навыки. Чем больше навыков формируется, тем менее жесткими становятся требования к среде, и тем больше открывается возможностей существовать в социуме, а значит, получать доступ к дальнейшему образованию, досугу, а во взрослом возрасте и к работе.

ФГОС ДО (п.3.2.2) предполагает организацию инклюзивного образования детей с ОВЗ для получения без дискриминации максимально качественной коррекционной помощи [10].

На наш взгляд, наиболее перспективна модель инклюзии (включения) ребенка с РАС в общеобразовательную группу детского сада, поскольку

инклюзия – это открытый и непрерывный процесс, система, целью которой является обнаружение и снижение барьеров на пути к совместному образованию, воспитанию самых разных детей. Высока при этом роль тьютора – сопровождающего специалиста, который может и должен стать связующим звеном, обеспечивающим координацию педагогов, узких специалистов и родителей на каждом этапе образовательного процесса; при этом отметим, что не тьютор, а воспитатель, ведущий педагог группы, должен играть главную роль в сознании воспитанника, чтобы инклюзия не перешла в разряд интеграции.

Таким образом, проблема заключается в том, чтобы создать для ребенка с РАС в группе общеразвивающей направленности психологический комфорт, сформировать его познавательный интерес и развить личностные качества с опорой на его ресурсы и на тьюторское сопровождение.

Для этого необходимо разработать особую модель психолого-педагогического сопровождения ребенка с РАС в условиях общеразвивающей группы.

На настоящий момент система образования для детей с ОВЗ претерпевает значительные изменения. Основа изменений – готовность государства и общества в целом переосмыслить всю систему отношения к детям с особыми образовательными потребностями, с целью реализации их прав на предоставление равных с другими детьми возможностей в разных областях жизни, включая и первую ступень образования.

В настоящее время в дошкольном образовании обозначился разрыв между существующими моделями организации коррекционного обучения.

Первая модель («сегрегационная») предполагает обучение детей с ограниченными возможностями здоровья в группах компенсирующей направленности в детских садах компенсирующего и комбинированного вида.

Другой моделью организации специального образования является обучение детей с ОВЗ в группах комбинированной направленности.

К сожалению, нет четкой модели организации воспитания и обучения детей с ОВЗ в массовых (общеразвивающих) группах дошкольных образовательных организаций (инклюзивного образования), хотя в некоторых ДОО и встречаются модели интегрированного образования.

Наблюдения показывают, что вне инклюзивного образования у детей с РАС крайне затруднены:

- обобщение освоенных навыков в повседневной жизни;
- развитие навыков общения со сверстниками;
- формирование основных социальных навыков;
- подготовка к следующей ступени образования;
- подготовка к жизни в обществе.

Инклюзия – это одна из последних моделей специального дошкольного образования. Она обеспечивает полное вовлечение ребенка с особенностями развития в жизнь группы и детского сада. Смысл инклюзии – не просто определить ребенка в общеразвивающую группу на часть дня или целый день, а полностью вовлечь особого ребенка в социум. Не ребенок подстраивается под систему, а вся система обучения подстраивается под ребенка. При этом дети с ОВЗ могут находиться в группе полное время или частично, обучаться с поддержкой тьютора и по индивидуальному образовательному маршруту.

Рассмотрим три наиболее эффективные модели (варианты) включения ребенка с РАС в образовательный процесс:

1. Первый вариант отличается тем, что ребенок с РАС включается в общеобразовательную группу (либо в группу комбинированной направленности) и посещает ее при обязательном сопровождении специалиста - тьютора, с учетом всех представленных выше условий. Такой вариант включения возможен для детей, имеющих опыт посещения специализированной группы детского сада и овладевших основными культурно-гигиеническими навыками и навыками самообслуживания, а также не имеющих грубых поведенческих и интеллектуальных нарушений.

Особенность работы состоит в индивидуально дозированном введении в ситуацию обучения в группе детей, а также в индивидуализации образовательной программы, в том числе для использования в социальном развитии ребенка существующих у него способностей. Время пребывания ребенка в группе рассчитывается индивидуально.

2. Второй вариант предполагает создание условий для индивидуальной коррекционной работы с ребенком с РАС по АООП, наличие всего комплекса психолого-педагогического сопровождения ребенка специалистами и его включение при сопровождении тьютора во фронтальные занятия вместе с детьми группы (музыкальные, физкультурные, разные виды продуктивной деятельности) и, возможно, в занятия в рамках дополнительного образования. Этот вариант предполагает гибкий график посещения ребенком детского сада.

3. Третий вариант предполагает создание специальной группы компенсирующего вида, состоящей из 4-5-ти детей с различными вариантами РАС примерно одного возраста. В такой группе занятия познавательного цикла проводятся индивидуально с каждым ребенком, при этом задействуются все необходимые специалисты сопровождения: учитель-дефектолог, педагог-психолог, учитель-логопед. В такой группе также обязательно работает ассистент педагога – тьютор. В этом случае должны быть созданы специальные методические, организационные и содержательные условия, необходимые для полноценного включения ребенка с РАС в познавательную деятельность. Занятия художественно-эстетического цикла проводятся фронтально. Время пребывания каждого ребенка в группе рассчитывается индивидуально.

Для включения в образовательный процесс всех детей с разными возможностями и удовлетворения особых потребностей каждого ребенка с РАС требуется создание специальных условий.

Общие требования:

1. Психологическая готовность педагогов к инклюзии, включающая в себя знакомство с основными ценностями, целями и методиками организации инклюзивной практики и согласие с ними.
2. Наличие тьютора у каждого ребенка с РАС. Роль тьютора крайне важна в инклюзивном образовании ребенка с РАС, так как иначе есть риск подмены процесса инклюзии процессом интеграции, когда ребенку приходится приспосабливаться к системе самостоятельно, не имея для этого ни внутренних, ни внешних мотивов. Именно тьютор является поддерживающим специалистом, наставником, мотиватором, «проводником» в мир человеческих отношений и в познавательную деятельность.
3. «Ротация», смена тьюторов для одного ребенка, с целью не допустить возникновения зависимости от помощи тьютора.
4. Стремление и готовность родителей помогать ребенку и педагогам в коррекционном процессе, желание обучать ребенка вместе со здоровыми детьми.
5. Наличие в ДОО возможности оказания каждому ребенку с РАС квалифицированной помощи.
6. Наличие в ДОО возможности реализации вариативных моделей инклюзивного обучения.
7. Мягкое, ненавязчивое введение ребенка в детский коллектив, гибкость, вариативность способов адаптации.
8. Регламентированность посещения группы в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка (гибкий график, кратковременность и т.д.).
9. Индивидуальная работа с ребенком в образовательной деятельности с учетом уровня интеллектуального развития.
10. Организация совместной деятельности с детьми по мере «готовности» ребенка с РАС.
11. Организация пространства с учетом специфических особенностей ребенка с РАС.

Педагог:

1. Организует деятельность ребенка, вовлекает в совместную, общую деятельность, стимулирует ребенка к деятельности (привлечение к дежурству, к трудовой деятельности на прогулке и т.д.).
2. Обучает способам преодоления дискомфортных ситуаций.
3. Организует пространство для самостоятельной, совместной деятельности, для релаксации, отдыха, уединения (мягко, в соответствии с психофизическим состоянием ребенка, изменяет как среду, так и местоположение ребенка в среде).
4. Иницирует общение с детьми и взрослыми.
5. Обучает детей группы способам взаимодействия с детьми с РАС (помощь – взять за руку, подвести к предмету, показать где, показать как; шефство, и др.).
6. Обеспечивает возможность проявления и развития как сильных, так и слабых сторон ребенка с РАС (рисование, пение, танец, конструирование и др.).

Тьютор:

1. Помогает адаптировать методический материал, данный воспитателем, а также рекомендуемые специалистами сопровождения программы.
2. Помогает выстраивать коммуникации с другими детьми.
3. Обеспечивает безопасность пребывания ребенка в группе.
4. Предоставляет ребенку свободу выбора деятельности, партнера по общению, материалов для игры.
5. Мотивирует ребенка на определенный вид деятельности, помогает выбрать способы деятельности соответственно ситуации.
6. Обеспечивает разумную помощь ребенку в соответствии с уровнем его интеллектуального, психофизического развития.
7. Обеспечивает эмоциональный комфорт ребенку, учитывая его актуальное состояние.

8. Помогает ребенку включиться в процесс деятельности, ориентируясь на требования воспитателя.

Нельзя не учитывать определенные проблемы и риски, возникающие в процессе деятельности и требующие корректировки на уровне ДОО:

1. Проблема воспроизведения инновационных способов работы в условиях слабого взаимодействия педагогов ДОО.

2. Проблема продвижения и поддержки педагогической инициативы на уровне района, города.

3. Риск отсутствия финансирования деятельности тьюторов.

4. Нежелание родителей воспитанника с РАС переводить ребенка в другую группу.

5. Недовольство родителей нормотипичных детей посещением группы ребенком с РАС.

6. Отсутствие возможности у родителей ребенка с РАС организовать гибкое, кратковременное посещение ребенком ДОО.

7. Дискомфорт ребенка с РАС (от количества детей, от зашумленного сенсорного фона, от смены обстановки, пространства, от новых требований взрослых).

8. Нестабильность психоэмоционального состояния ребенка с РАС, зависимость от большого количества факторов (в том числе от погоды, солнечной активности, магнитных бурь и т.п.), высокая утомляемость.

9. Длительный процесс адаптации ребенка с РАС в новой группе.

10. Отсутствие тьютора.

11. Сужение тьютором круга общения ребенка, снижение его самостоятельности.

12. Нежелание, неумение педагогов работать с детьми с РАС вызывают у педагога дискомфорт в работе.

13. Педагог испытывает трудности в индивидуальной работе с ребенком с РАС, а также в реализации двух образовательных программ в одной группе.

14. Неэффективность традиционной формы организации занятий.
15. Нормотипичные воспитанники «теряют» внимание педагога в общении, в познавательной деятельности.
16. Дети группы отказываются общаться, взаимодействовать с «особым» ребенком, не принимают его особенности.
17. Дети перенимают поведение, речь, эмоции ребенка с РАС, повторяют за ним.
18. Неготовность следующей образовательной ступени работать с такими детьми в инклюзивной практике.

Основным результатом является создание такого образовательного пространства, которое стимулирует и поддерживает не только воспитанников, но и других участников образовательного процесса – педагогов и родителей, обеспечивает принятие индивидуальности каждого ребенка как нормы и поддерживает социальные отношения между всеми детьми, как с ОВЗ, так и без них. При этом различия между воспитанниками рассматриваются не как препятствия, которые необходимо преодолевать, а как ресурсы, способствующие обогащению педагогического процесса.

При успешной реализации одного из вариантов включения ребенка с РАС в образовательный процесс дошкольник:

1. Идет на контакт, откликается на свое имя, на призыв взрослого и детей.
2. Обращается за помощью, с просьбой к взрослому, детям, в том числе использует способы невербальной коммуникации.
3. Вступает в простое взаимодействие, в игру (любого уровня, начиная с манипулятивного) с одним ребенком или с несколькими детьми.
4. Участвует в деятельности – познавательной, продуктивной, музыкальной, физкультурной, трудовой (в группе, подгруппе).
5. Использует навыки организации самостоятельной деятельности.
6. Пользуется навыками самообслуживания и культурно-гигиеническими навыками, в том числе самостоятельно.

7. Слышит и выполняет простые инструкции.
8. Реже реализует аутостимулирующие и стереотипические модели поведения.

Дети группы:

1. Жалеют ребенка с РАС, сочувствуют ему, переживают за его успехи и неудачи, проявляют эмпатию.
2. Принимают ребенка с РАС в игру, вовлекают в совместную деятельность, объясняют правила, показывают.
3. Помогают ребенку с РАС в разной деятельности, исправляют, подсказывают, направляют.

Также результатами являются:

1. Повышение уровня профессионального мастерства педагогов, их компетентности в вопросах воспитания детей с РАС.
2. Интеграция и координация деятельности специалистов ДОО в рамках образовательного пространства группы и ДОО.
3. Активная позиция родителей в процессе реализации проекта, заинтересованность родителей в результатах деятельности.

Обобщая вышесказанное, отметим, что соблюдение рекомендаций ТПМПК по созданию необходимых условий для коррекции нарушений развития и социальной адаптации детей с РАС, а также внедрение в образовательную практику ДОО данного направления работы позволяет:

1. Создать условия для развития коммуникативных возможностей и приобретения социальных навыков детьми с РАС.
2. Обеспечить всем воспитанникам с РАС получение качественной коррекционной помощи на первой ступени образования.
3. Грамотно организовать образовательный процесс с использованием разных образовательных программ.
4. Организовать коррекционную работу с учетом индивидуальных возможностей ребенка с РАС.

5. Повысить толерантность и эмпатию у всех участников образовательного процесса.
6. Создать условия для выполнения требований ФГОС ДО.

Ссылки на использованные источники

1. Исханова С.В. Система диагностико-коррекционной работы с аутичными дошкольниками / С.В. Исханова. – СПб.: ДЕТСВО-ПРЕСС, 2011. – 208 с.
2. Крановиз К.С. Разбалансированный ребенок / К.С. Крановиз – СПб.: Редактор, 2012. – 396 с.
3. Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии / И.И. Мамайчук - СПб.: Речь, 2001. - 220 с.
4. Коробейников И.А. Нарушения развития и социальная адаптация / И.А. Коробейников. - М.: Per Se, 2002. - 192 с.
5. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребёнок. Пути помощи. - М.: Теревинф, 2000. 336 с.
6. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
7. Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013 .№ 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии».
8. Примерная адаптированная основная общеобразовательная программа дошкольного образования детей раннего и дошкольного возраста с расстройствами аутистического спектра (2015).
9. Примерная адаптированная основная общеобразовательная программа начального общего образования обучающихся с расстройствами аутистического спектра (2015).
10. Приказ Минобрнауки России от 17.10.2013 №1155 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования».

11. Приказ Министерства просвещения РФ от 31.07.2020 г № 373 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам - образовательным программам дошкольного образования».

ВЛИЯНИЕ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ НА РАЗВИТИЕ РЕЧИ РЕБЕНКА

Кочнева А.А.,

учитель-логопед ТПМПК МКУ ДПО «ГЦОиЗ «Магистр»

Современный мир невозможно представить без цифровых технологий. Современные телефоны, планшеты, компьютеры, телевизоры, безусловно, влияют на развитие детей. Существует множество противоположных мнений о положительных и отрицательных сторонах влияния электронных устройств на развитие ребенка, в частности, на развитие речи. Важно разобраться в этом вопросе и найти «золотую середину».

Дети XXI века и их родители, рожденные после 1980 года, – поколение мультимедийной революции. По данным исследования российских ученых М.В. Белоусовой, А.М. Карпова, М.В. Уктозовой, 74% семей регулярно используют электронные устройства для раннего развития ребенка (компьютерные игры, презентации, графические программы и т.д.) [2]. Современные дети хорошо знакомы с различными электронными «гаджетами», они с годовалого возраста приучаются к планшетами и смартфонам. Выросло новое поколение, названное «поколением Google» [3].

Несомненно, в умении быстро добывать и осваивать информацию есть плюсы. Но есть и другая сторона медали.

В последнее десятилетие резко возросло число детей с нарушенным ходом речевого развития. Все больше детей начинают говорить поздно (к трем-четырем годам), с трудом подбирая слова для выражения мыслей. Как показали специальные исследования, в современном мире 25% четырехлетних детей страдают нарушением речевого развития. В середине семидесятых годов дефицит речи наблюдался только у 4% детей того же возраста. За последние двадцать лет количество детской речевой патологии возросло более чем в шесть раз [4].

В территориальную медико-педагогическую комиссию г. Новосибирска обращается большое количество родителей, которые высказывают опасения по поводу «плохой речи» у ребенка. Учителя-логопеды ТПМПК в процессе диагностики выявляют наличие/отсутствие речевой патологии, определяют первичность / вторичность речевого нарушения. На практике специалистам комиссии встречаются дети с недостаточным для возраста уровнем речевого развития, у которых нет нарушений со стороны здоровья, социального неблагополучия в семье. В процессе беседы с родителями выясняется, что ребенок с младенчества много времени проводит перед экраном электронного устройства, при этом взрослые не без гордости рассказывают, насколько хорошо он ориентируется в играх, программах, установленных для развития, в том числе речевого. В результате перекоса в пользу использования мультимедийных устройств ребенку, который здоров от рождения, требуется коррекционная помощь учителя-логопеда, так как он демонстрирует недоразвитие речи по всем компонентам устной речевой деятельности.

На развитие речи ребенка влияют два вида факторов: биологические и социальные. Биологические – различные патогенные факторы, которые могут вредить правильному развитию: сложное внутриутробное развитие, мозговые инфекции и травмы, нарушения слуха, наследственность. Социальные – сочетание внутренних процессов развития ребенка и внешних условий, которые являются специфичными для каждого возрастного этапа. Влияние электронных устройств относится к группе социальных факторов.

Большинство современных детей проводит слишком много времени у экранов. Согласно исследованиям, проведенным учёными Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова и Российской академии образования, в среднем экранное время ребёнка в возрасте 2-4 лет составляет более 2,5 часов в день, а для детей 5-8 лет – более 3 часов в день, что в разы превосходит период взаимодействия с родителями [5]. Электронные устройства оказывают влияние на предпосылки речевого развития с

внутриутробного периода. Формирование слухового аппарата завершается к 24 неделе развития. До этого срока плод воспринимает звуки всей поверхностью тела. Поэтому в первую очередь он «ощущает» звуки голоса матери: они проводятся в виде вибраций тканей ее организма и околоплодных вод. Начиная с шестого месяца внутриутробной жизни, ребенок уже слышит в обычном для нас понимании этого слова: появляется способность различать разницу в интонации – обертоны, звуки маминого голоса и окружающие шумы. После рождения младенец действительно реагирует на знакомые по внутриутробному периоду жизни звуки. Чем больше речи было вокруг – тем активнее будет реакция на знакомые голоса [6]. Современные будущие родители стали больше молчать, проводя свободное время в сети. В эти моменты ребенок слушает тишину, в лучшем случае музыку, он обделен общением еще до рождения.

Речь ребенка развивается постепенно с самого рождения и проходит несколько этапов становления. Выдающийся отечественный психолог А.Н. Леонтьев устанавливает четыре этапа в развитии речи детей [8].

Первый этап – подготовительный (с момента рождения до года), первая голосовая реакция ребенка – крик. С полутора месяцев голосовые реакции ребенок проявляет в воспроизведении звуков, которые постепенно становятся модулированными, эти звуки к четырем месяцам усложняются, появляются звуковые сочетания (лепет). В семь-восемь месяцев дети произносят слоги, начинают соотносить их с определенными окружающими людьми. В восемь-девять месяцев лепет носит модулированный характер с разнообразными интонациями. В девять-десять месяцев расширяется объем лепетных слов, которые ребенок пытается повторять за взрослыми. Важность довербального периода в речевом развитии ребенка состоит в формировании базовых механизмов, обеспечивающих овладение речью в последующем. Это возможно только при соблюдении следующих условий: ребенок должен слышать речь родителя и соотносить ее с близким человеком, речь взрослого должна быть эмоциональной и обращенной к ребенку, подросшему младенцу

необходимо реализовать двигательную активность (т.е. не сидеть в манеже, пристегнутым в кресле, стульчике). Если эти условия не соблюдаются или соблюдаются недостаточно, затрудняется прохождение этапа лепета, «выбора звуков родного языка», нарушается формирование мелодико-ритмического рисунка. Кроме того, недостаточно удовлетворяется социальная потребность в общении, как следствие – страдает формирование коммуникативной, социализирующей функции речи, которая является основной у человека.

Если младенец оказывается перед экраном, негативные последствия для становления речевой системы еще более значительны. Часто родители считают, если малыш слышит речь при просмотре развлекательных программ, следовательно, у него должна развиваться собственная. Между тем, разница между тем, кого слышит ребенок: героя мультфильма или живого человека, огромна. Речь – это не подражание чужим словам и не запоминание речевых штампов. Полноценное овладение речью в раннем возрасте происходит в непосредственном общении, когда малыш не только слышит слова, но и сам включается в диалог на доступном его возрасту уровне, когда речевое общение сопровождается конкретными действиями и впечатлениями от них. Для формирования самостоятельной речи перед ребенком должны возникать коммуникативные задачи, направленные на понимание обращенной речи и воспроизведение вербального ответа. Когда у малыша возникает дефицит практики «живого общения», он предпочитает молчать либо изъясняться криками или жестами.

Ребенок, сидящий перед экраном планшета или смартфона, мало двигается, в то время как должен исследовать мир: трогать, нюхать, ронять, проливать, осваивать пространственные и двигательные программы, отрабатывать координацию. Только в движении происходит полноценное знакомство с миром, устанавливаются причинно-следственные связи. Двигательная активность – фундамент для формирования речевых функций.

Недостаток живого общения и движения приводит к задержке речевого развития у ребенка, который изначально здоров и должен развиваться в соответствии с детским онтогенезом.

Второй этап речевого развития – преддошкольный (от года до трех лет). К году расширяется объем лепетных слов, повышается внимание к речи окружающих, усиливается речевая активность. После полутора лет наблюдается рост активного словаря. К двум годам появляется фраза. К трем годам ребенок должен уметь самостоятельно употреблять наиболее простые грамматические конструкции. В преддошкольный период (второй и третий год жизни) продолжается сензитивный для развития речи этап. Именно в этот период необходимо активное тактильное, речевое, эмоциональное общение со сверстниками и взрослыми. Страх родителей перед опасностями окружающей среды (автомобили, загрязненные газоны и детские площадки), желание иметь свободное время, чтобы зайти в интернет, является мотивом не выпускать ребенка из коляски, гулять с ним с пристегнутым и, чтобы он спокойно сидел, давать в руки смартфон. Постепенно игры становятся сложнее и продолжительнее, в них присутствуют яркие, сопровождаемые музыкой, меняющиеся картинки, увлекающие детей. Раскачивается довербальный уровень активности. Мир ярких образов становится ценным, и ребенок начинает предпочитать его всем остальным способам функционирования. Двигательные и пространственные программы, которые должны усложняться по мере взросления, также остаются не отработанными в полной мере. Кроме того, гаджет зачастую становится инструментом воспитания, средством поощрения, как следствие – объектом желания детей. В совокупности это является причиной позднего формирования собственной речи у ребенка, негативно влияет на ее качественные характеристики.

Третий этап – дошкольный (от трех до семи лет), характеризуется наиболее интенсивным речевым развитием детей. Наблюдается качественный скачок в развитии всех компонентов устной речи. К концу дошкольного периода ребенок овладевает развернутой фразовой речью,

фонетически, лексически и грамматически правильно оформленной. Пятилетний ребенок должен уметь хорошо понимать обращенную речь, вступать в диалог. В этом возрасте формируется оформленное, последовательное, самостоятельное связное высказывание. Если ребенок к этому времени почти не говорит, то научить его и исправить положение полностью уже не получится. С возрастом требования к самостоятельной речи возрастают, ребенок должен учиться рассуждать, аргументировать. Способность к рассуждению появляется только тогда, когда между ребенком и взрослыми общение выстроено на достаточном уровне. Большое количество современных родителей мало рассуждают с ребенком, разговаривают с ним чаще только на бытовые темы. Природа замещает пустоту, и дети поглощают телепрограммы, видеоролики, которые не требуют ответа, не реагируют на отношение к ним. Экран вытесняет бабушкины сказки, мамины колыбельные песенки, разговоры с родителем. Как результат, уровень речевого взаимодействия с окружающими людьми остается примитивным, само взаимодействие – пассивным.

Во время диагностических мероприятий логопеды выявляют большое количество детей старшего дошкольного возраста, которым сложно выразить свою мысль, которым не хватает слов, практики рассуждения. Эти дети затрудняются ответить на простые вопросы: «Как меняется шубка у зайца в разное время года?», «Как мы понимаем, что пришла весна?», «Почему кораблик поплывет в ручейке, но не поплывет в луже?». Родители недоумевают: «Да он знает это, что с тобой сегодня?». Конечно, ребенку знакомы названия предметов, явлений, действий, признаков и т.д., но этих слов нет в активе, либо, не имея практики рассуждений, он долго не может вспомнить нужное слово.

Речь – это не только средство общения, но и средство мышления. «Экранные дети» могут воспроизвести запомнившуюся информацию, но затрудняются рассуждать, делать выводы. Отставание в речевом развитии тормозит воображение, регуляцию, овладение своим поведением. Педагоги и

родители все чаще сталкиваются с плохой реакцией детей на требования взрослых, слабой регуляцией поведения, эмоций. Вслед за речью снижается способность к фантазии, творчеству. Родители часто жалуются, что ребенок не усидчив, не хочет рисовать, конструировать, слушать сказки. «Экранным детям» не интересно живое общение со сверстниками, оно заменяется на виртуальное.

Четвертый этап развития речи – школьный (от семи до семнадцати лет). На этом этапе происходит сознательное усвоение грамматических правил оформления свободных высказываний, дети полностью овладевают звуковым анализом и синтезом, формируется письменная речь. Педагоги полны тревоги по поводу упрощения и огрубления речи у школьников, примитивных штампов, которыми часто изобилуют их сочинения. Школьники с трудом осваивают литературный язык классического наследия. Электронная культура воздействует на чтение детей и подростков: меняется восприятие печатного текста, оно становится более поверхностным и фрагментарным, меняется репертуар чтения и читательских предпочтений, предпочтение отдается продукции с широко представленным видеорядом (журналы и комиксы). Визуалозависимость усиливает и формирует новые качества восприятия: сегментарность, «скользящий» взгляд, суетливость и несосредоточенность [8].

Частые и продолжительные игры на планшетах и смартфонах формируют динамику работы глазных мышц, которая оказывается противоестественной для формирования механизмов письменной речи. Зависимым от экрана подросткам трудно фокусировать и удерживать взгляд на статичном объекте, т.к. глаза привыкли к динамичным сценам. Происходит нарушение движений глаз при прослеживании строки слева направо и возвратном движении глаз с переходом на новую строку. Хаотичное движение объектов в компьютерных играх затрудняет формирование движений для правильного прослеживания строки: слева

направо и сверху вниз. Как следствие, возникают трудности формирования письма и чтения, которые могут перерасти в стойкое нарушение.

Причина увеличения количества детей с речевыми нарушениями не всегда кроется в ухудшении здоровья. Детям, проводящим много времени у экрана электронного устройства, для дальнейшего развития и обучения все чаще и чаще требуется помощь логопеда, психолога, нейропсихолога.

Каждый период в жизни ребенка ценен в его развитии. Речевое развитие подчиняется законам онтогенеза. Своевременное появление одной функции влечет за собой появление другой. Чтобы избежать коррекционного вмешательства в развитие детей, следует обдуманно и аккуратно вводить их в цифровой мир. Большинство исследователей проблемы влияния электронных устройств на развитие детей придерживаются сложившейся в мировой практике устойчивой рекомендации, согласно которой детям до трех лет не желательно давать в руки цифровое устройство [9]. Пассивный просмотр контента или активное использование гаджета в логике «проб и ошибок» более одного часа в день, в большинстве случаев приведет к снижению темпов развития когнитивной и эмоциональной саморегуляции и у детей более старшего возраста. В то же время полное исключение ребенка из цифровой среды также негативно для его развития. Вопрос об оптимальном времени использования гаджетов решается индивидуально, в зависимости от особенностей ребенка и его возраста. В любом случае, какой бы точки зрения в этом вопросе не придерживались окружающие ребенка взрослые, стоит помнить, что компьютер с обучающими играми и познавательными передачами не будет развивать речь ребенка, никогда не сможет заменить необходимого для становления речевых функций «живого» человеческого общения.

Ссылки на использованные источники

1. Савичева А.В., Прохорова М.В. Теория поколений. Модели поведения. Учебно-методическое пособие. – Нижний Новгород: Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского, 2020.
2. Электронный ресурс: Карпов А.М., Чудновский Е.В., Герасимова В.В. и др. «Компьютерная деятельность детей – фактор риска психических и личностных нарушений». Тезисы докладов III международного симпозиума «Феномены природы и экологии человека». – Казань, 1997. С. 201-202.
<https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-gadzhetov-na-razvitie-kommunikatsii-sotsializatsii-i-rechi-u-detey-rannego-i-doshkolnogo-vozrasta/viewer>
3. Электронный ресурс: «Как научить мозг учиться» Т.В. Черниговская <https://www.youtube.com/watch?v=nEGmdlJEr8M>.
4. Электронный ресурс: Степаненко Д.Г., Сагутденова Э.Ш. «О классификациях нарушений речи в детском возрасте» Клиническая медицина № 2, 2010, с.32-43. https://sys-int.ru/sites/default/files/sys_int_71_2_8_2010_0.pdf
5. Электронный ресурс: «Научная Россия» <https://scientificrussia.ru/articles/ucenye-mgu-i-rao-nazvali-optimalnoe-vrema-ispolzovania-gadzetov-dla-detej>
6. Электронный ресурс: Салдаева К.В. «Слуховые способности ребенка в пренатальном периоде развития». <https://cyberleninka.ru/article/n/sluhovye-sposobnosti-rebenka-v-prenatalnom-periodе-razvitiya>.
7. Электронный ресурс: Т. Б. Филичева, Н. А. Чевелева, Г. В. Чиркина. «Основы логопедии»: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» – М.: Просвещение, 1989.
https://pedlib.ru/Books/2/0032/2_0032-19.shtml#book_page_top
8. Электронный ресурс: И.Н. Ковалевская, Л.И. Петрова <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-mediasredy-na-formirovanie-chitatelskoy-gramotnosti-podrostkov/viewer>

9. Электронный ресурс: Г.Н. Лукьянец, Л.В. Макарова, Т.М. Параничева «Влияние гаджетов на развитие детей». <https://cyberleninka.ru/article/n/vliyanie-gadzhetov-na-razvitiye-detey/viewer>
10. Электронный ресурс: «Специфические расстройства речи у детей» https://nodkpd.mznso.ru/media/cms_page_media/.
11. Электронный ресурс: МИКП официальный сайт <https://www.defectologiya.pro/zhurnal/>.