

Автономное учреждение дополнительного профессионального образования
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Институт развития образования»
Центр психолого-педагогической реабилитации и коррекции

С. А. Корзухина

**АЛГОРИТМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА В
УСЛОВИЯХ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ
КОМИССИЙ (ПМПК)**

Учебно-методическое пособие для педагогов-психологов
психолого-медико-педагогических комиссий

Ханты-Мансийск
2017

Составитель:

Корзухина Светлана Александровна

Рецензент: И.А. Журавлева, заведующий центром психолого-педагогической реабилитации и коррекции автономного учреждения дополнительного образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования», кандидат педагогических наук.

Алгоритм деятельности педагога-психолога в условиях деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК): методические рекомендации / сост. С. А. Корзухина; автономное учреждение дополнительного профессионального образования Ханты-Мансийского автономного округа – Югры «Институт развития образования». – Ханты-Мансийск: Институт развития образования, 2017. – 54 с.

В учебно-методическом пособии раскрывается основное содержание профессиональной деятельности педагога-психолога в условиях деятельности ПМПК по проведению диагностического обследования, составлению рекомендаций и написанию заключений. В теоретической части раскрыты общие направления деятельности педагога-психолога, в практической части представлено описание алгоритма деятельности педагога-психолога при обследовании с учётом возрастных и психофизических особенностей обучающихся, практические рекомендации по написанию заключений и составлению специальных образовательных условий.

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

© АУ «Институт развития образования», 2017
© Корзухина С.А., составление, 2017

СОДЕРЖАНИЕ

1. АЛГОРИТМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СОСТАВЕ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЙ (ПМПК)	
1.1. Общие положения.....	4
1.2. Особенности проведения диагностического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии.....	8
2. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПСИХОЛОГА ПМПК В СТРУКТУРЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЁНКА	
2.1. Требования к используемым диагностическим средствам (диагностическим методикам).....	14
2.2. Проведение оценки (диагностики) психического развития ребёнка.....	16
2.3. Технология оценки истории развития ребёнка (психологический анамнез).....	17
2.4. Построение диагностической гипотезы.....	18
2.5. Технология проведения психологического обследования на ПМПК.....	20
2.6. Структура и содержание заключения психолога по результатам диагностического обследования.....	24
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	34
СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	36
Приложение 1.....	38
Приложение 2.....	44
Приложение 3.....	50
Приложение 4.....	52

1. АЛГОРИТМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА - ПСИХОЛОГА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ В СОСТАВЕ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМИССИЙ (ПМПК)

1.1. Общие положения

Современные условия обучения и воспитания детей, в первую очередь, требуют смены направленности деятельности психолого-медико-педагогических комиссий (далее - ПМПК комиссии). Деятельность ПМПК, в основном, ориентирована на подбор специальной образовательной организации для детей, которые по каким-либо причинам не могут успешно обучаться и развиваться в условиях общеобразовательной организации (детском саду, школе). Специфика работы ПМПК в настоящее время коренным образом меняется на максимальное использование возможностей и способностей ребенка для эффективного включения в образовательное пространство, которое реализует в своей организации инклюзивную практику. В связи с чем, должна быть изменена и структура деятельности педагога-психолога в составе комиссии.

За годы деятельности таких комиссий (начинавших свою работу как медико-педагогические комиссии) очертились как целевые установки деятельности, так и непосредственные методы работы с детьми, в том числе психологические методы исследования состояния ребенка. В первую очередь, это связано с гуманизацией образования, ратификацией Россией Конвенции ООН о правах ребенка и пересмотром политики государства и ведомств в отношении детей с позиции защиты и обеспечения их прав как граждан страны. Генеральное направление помощи детям с особыми образовательными потребностями, если рассматривать именно проблему получения образования, сочетает в деятельности ПМПК образовательные, медицинские и социальные подходы к решению проблем детей, поэтому актуальна задача определения рациональной схемы организации деятельности всех специалистов комиссии, для исключения дублирования друг друга, в единой технологии и тесном взаимодействии. Содержание деятельности педагога-психолога в этих условиях приобретает отличное от других образовательных сред [6].

Исходя из основной общей для всех специалистов цели деятельности ПМПК – определение целостного образовательного маршрута и условий, необходимых для его реализации – условий для создания ребенку полноценных возможностей для развития, получения образования, социализации, полноценного включения в инклюзивную образовательную среду, можно сформулировать и основные задачи, которые ставятся перед педагогом - психологом ПМПК.

К ним следует отнести:

- выявление особенностей психического состояния ребенка и его потенциальных возможностей в плане получения адекватного образования;
- определение условий образования и воспитания (определение, совместно с другими специалистами ПМПК, образовательного маршрута

ребенка), необходимых детям с ОВЗ (с особыми образовательными потребностями), адекватных выявленным индивидуальным особенностям;

- психологическое консультирование родителей (законных представителей), педагогических, медицинских, социальных работников, при необходимости работников иных организаций и ведомств, представляющих интересы ребенка в семье, образовательной организации, в социуме в целом;

- при необходимости – отслеживание динамики обучения и уровня социальной адаптации в процессе интеграции ребенка в образовательные организации;

- (совместно с специалистами психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации, в котором будет находиться данный ребенок);

- участие в просветительской деятельности, направленной на повышение психолого-педагогической и медико-социальной культуры населения и профессионалов, в первую очередь специалистов школьных психолого-медико- педагогических консилиумов.

Важный аспект деятельности психолога в составе ПМПК, по сути одна из основных задач психолога – оценка степени восприятия и осознания той информации, тех рекомендаций, которые даются членам семьи обследуемого ребенка. Точно так же педагог - психолог должен определить и, при необходимости, провести соответствующие психотерапевтические мероприятия, помогающие родителям понять то заключение, те рекомендации по обучению, воспитанию и развитию ребенка, которые будут сделаны в процессе комплексного обследования их ребенка. Специалист должен учесть и степень согласия родителей с рекомендациями специалистов ПМПК, а также оценить то, в какой степени родители или какие-либо другие лица, представляющие интересы ребенка, будут следовать этим рекомендациям [11].

Следует обозначить основные принципы деятельности ПМПК, которые являются руководством и для диагностико-консультативной деятельности педагога - психолога ПМПК. К этим (общим для всех специалистов принципам) относятся:

- **Принцип семейно-центрированности** – специалисты ПМПК взаимодействуют не только с ребенком, но и с семьей (людьми из его ближайшего окружения);

- **Принцип партнерства** – деятельность специалистов направлена на установление партнерских отношений с ребенком и его семьей;

- **Принцип междисциплинарного взаимодействия** – работа с клиентами осуществляется специалистами разных областей знаний о ребенке и семье, действующими в рамках технологии профессионального взаимодействия;

- **Принцип добровольности** – родители самостоятельно принимают решение об обращении в систему ПМПК и включении их семьи в программу обслуживания;

- **Принцип открытости** – ПМПК отвечает на запрос любой семьи или лиц, представляющих интересы ребенка, обеспокоенных его развитием;

- **Принцип конфиденциальности** – информация о ребенке и семье,

доступная специалистам ПМПК, не подлежит разглашению или передаче без согласия семьи;

– **Принцип уважения к личности ребенка** – специалисты ПМПК принимают ребенка как полноправную личность, вне зависимости от возраста и уровня его развития;

– **Принцип уважения к личности родителя** – уважая личность родителя, специалисты ПМПК принимают его мнение о ребенке, его личный опыт, решения и ожидания;

– **Принцип профессиональной ответственности** – специалисты ПМПК ответственны за принятые решения и рекомендации, которые затрагивают интересы ребенка

– **Принцип информированного согласия** – ПМПК дает родителям/законным представителям достаточную доступную для понимания информацию о своей деятельности и ребенке, добиваясь согласия на участие в обследовании и помощи [14].

В соответствии с вышеприведенными основными целями и задачами, основной функцией педагога - психолога ПМПК следует считать *экспертно-диагностическую*. При этом достоверность диагностики психического развития ребенка обеспечивается не только профессиональным опытом психолога, но и следующими аспектами проведения подобной экспертизы, которая по основным показателям совпадает с принципами проведения углубленной психологической диагностики.

К таким аспектам следует отнести:

– Комплексную, всестороннюю и целостно-динамическую оценку нарушений в развитии, препятствующих развитию детей от 0 до 18 лет и реализации по отношению к ним процесса образования.

Комплексность предполагает учет педагогом - психологом медицинских, собственно психологических, педагогических, социальных характеристик и параметров развития ребенка, как выявляемых специалистами соответствующего профиля, так и определяемых дополнительно самим педагогом -психологом в рамках психологической концепции отклоняющегося развития, наиболее современных теорий развития.

Всесторонность и целостность оценки заключается в системности подхода к психическому развитию, в понимании закономерностей развития и их теснейшей взаимосвязи с определением необходимых условий для адаптации и максимальной самореализации личности ребенка в социуме, образовательной среде в частности.

Динамический аспект оценки предполагает взаимосвязанный анализ актуального развития ребенка с анамнестическими и катamnестическими данными на разных возрастных этапах, а также динамику изменения показателей состояния ребенка непосредственно в процессе проведения экспертизы.

–Определение специальных образовательных потребностей детей, которые «диктуют» и определение специальных условий получения образования, а именно:

1. Тип, вид образовательной организации, которые рекомендуются для осуществления обучения и воспитания ребенка или наблюдения за ними.

2. Образовательная программа (содержание, уровень, направленность, степень дифференциации и индивидуализации).

3. Формы получения образования: семейное образование, самообразование, экстернат; в образовательной организации – очная, очно-заочная (вечерняя), заочная форма.

– Формирование рекомендаций по направлению ребенка для консультирования в учреждения других ведомств в целях обеспечения им сопутствующей или, при необходимости, основной помощи вне системы образования. Подобные рекомендации определяют «внеобразовательные» аспекты специализированной помощи детям, которые следует рассматривать, в первую очередь, как реализацию принципа комплексности и межведомственного (междисциплинарного) взаимодействия. В данном случае роль педагога - психолога заключается в диспетчерско-междисциплинарной функции, как специалиста, «связывающего» других специалистов ПМПК в единую междисциплинарную команду.

Теснейшим образом к экспертно-диагностической функции педагога - психолога ПМПК примыкает и его *консультативная функция*.

Она осуществляется в отношении следующих лиц: детей и подростков, обратившихся в ПМПК; лиц, представляющих интересы детей, обследуемых на ПМПК (родителей, законных представителей; педагогических, медицинских, социальных работников и др.).

Подобного рода психологическое консультирование представляет сложный психотерапевтически ориентированный процесс, который, в первую очередь, является прерогативой педагогом - психолога. Все специалисты ПМПК должны осуществлять консультирование профессионально организованным способом. Но основным специалистом в плане психотерапевтичности следует считать именно педагога - психолога. В особенности это относится к консультированию родителей ребенка, других членов семьи.

Для педагога - психолога ПМПК в настоящее время становится особенно важным следующее обстоятельство. До последнего времени большинство ПМПК работали преимущественно с детьми начиная со старшего дошкольного возраста и заканчивая младшим школьным возрастом. Это было связано, в первую очередь, с организационными проблемами (сезонностью работы, отсутствием специалистов соответствующего профиля, адекватного диагностического инструментария и др.), а также со сложившейся традицией, что в задачи ПМПК выносились требования по отбору детей в специальные (коррекционные) школы. Учитывая, что в соответствии с Конвенцией ООН о правах ребенка и Российским законодательством детские образовательные организации начали работать с детьми от 0 до 18 лет, эта традиция постепенно должна меняться, поскольку к определению образовательного маршрута, в соответствии с положением: «чем ранее начинается специализированная помощь ребенку с отклонениями в развитии – тем вероятнее его можно будет «подтянуть» к условно нормативному развитию», начинают «подключаться»

дети и трех- и двухлетнего возраста, а в ближайшее время можно будет говорить об определении особенностей развития и в более ранних возрастах, что, несомненно, потребует квалификации состояния детей на ПМПК. Это накладывает серьезные требования на организацию деятельности педагога - психолога ПМПК, как в методическом плане, так и в содержательном.

1.2. Особенности проведения диагностического обследования на психолого-медико-педагогической комиссии

Несмотря на то, что в составе стандартной ПМПК предусмотрен секретарь комиссии, который занимается сбором первичной информации, сообщать родителям необходимые требования и т.п., любой специалист ПМПК, в том числе педагог - психолог, должен знать все технологии проведения комиссионного приема, в любой момент и на любом этапе мог включиться в собственно процесс прохождения и ребенком, и его семьей этой сложной и травматичной для людей процедуры.

Психологическая диагностика — это преимущественно онтогенетическая диагностика развития. В отличие от врача, педагог - психолог ориентирован не на логику болезненных процессов (патологических или пограничных), а на логику нормального развития на разных возрастных этапах. Педагог-психолог делает акцент не на том, чего «не хватает», а на том, что сохранно и что можно восполнить за счет имеющихся резервов до индивидуализированной, но все-таки — нормы. Кроме того, диагностируются движущие силы развития и их специфику для конкретного ребенка, включая интересы, способности, формирующуюся направленность личности и т.п.

Переходя к описанию непосредственно технологий деятельности педагога - психолога, отметим, что психологическое обследование ребенка на ПМПК, с одной стороны, должно включать в себя стандартные процедуры выявления особенностей познавательной деятельности, поведения, включая эмоциональное реагирование ребенка на ситуацию и окружающих, взаимоотношения с взрослыми и саморегуляцию. Но, с другой стороны, психологическое обследование на ПМПК представляет собой достаточно отличную от стандартной диагностической процедуры технологию. Последнее определяется как огромным временным дефицитом, не позволяющим использовать весь арсенал важных и эффективных, но достаточно длительных по времени диагностических методик, так и детерминируется уже неоднократно описанными особенностями командной работы специалистов ПМПК

Сама процедура обследования ребенка на ПМПК имеет особенности, отличающие ее от процедур независимых консультативных приемов детей конкретными специалистами (врачами, психологами, педагогами). Обследование ребенка на ПМПК не может быть механической суммой обследований конкретными специалистами с неизбежным дублированием некоторых этапов, а должно представлять собой качественно иную технологию. ПМПК должна функционировать как единая «команда» специалистов, вырабатывающих коллегиальное заключение и такие же взаимосвязанные,

коллегиальные рекомендации по дальнейшему сопровождению ребенка, условиям такого сопровождения. Причем и подобное сопровождение должно представлять собой не просто аддитивную (чисто суммируемую) технологию, а системное, целостное сопровождение ребенка. Такой подход требует совмещения принципа деятельности независимых высокопрофессиональных экспертов с умением принимать единое согласованное решение. Окончательное решение формулируется как коллегиальное заключение с содержащимися в нем рекомендациями [1].

В целом проведение самой процедуры психолого-медико-педагогического обследования, в том числе и диагностическая деятельность педагога - психолога, может существовать, по крайней мере, в двух формах:

1. Как «истинно» коллегиальное обследование, которое требует одновременного участия всех специалистов, когда с ребенком работают несколько специалистов одновременно (последовательно, друг за другом). И вслед за коллегиальным обследованием проводится коллегиальное же обсуждение полученных результатов и выработка общего решения.

2. В виде двухэтапного обследования. На первом этапе каждый специалист (в том числе и педагог - психолог) проводит оценку развития и состояния ребенка индивидуально, в соответствии со своими профессиональными представлениями, на втором – проводится коллегиальное обсуждение и выработка коллегиального решения об адекватном образовательном маршруте и дополнительной помощи специалистами «вспомогательного» плана.

И та, и другая форма проведения обладают своими характерными особенностями, могут быть использованы в деятельности ПМПК в зависимости от задач исследования, от условий и конкретно сложившихся ситуаций [3].

Что касается непосредственно технологии и принципов психологической оценки состояния и уровня актуального развития ребенка, то, в ситуации двухэтапного обследования, они в целом не отличаются от аналогичных при обычном углубленном психологическом обследовании.

Требования к процедуре диагностического обследования

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

2. При работе с детьми (особенно раннего возраста) целесообразно практиковать выездные сессии ПМПК, для того чтобы обследование происходило в наиболее привычных для них условиях.

3. При возникновении необходимости более детального обследования ребенка конкретным(и) специалистом(ами) ПМПК, установленной предварительно или в процессе непосредственного обследования ребенка, родителям (законным представителям) рекомендуют прийти с ребенком повторно (для продолжения обследования ребенка на ПМПК или организации лонгитюдного обследования в условиях ППМС-центра) [8].

На тех этапах приема, когда специалисты общаются с родителями

(законными представителями), ребенок находится в игровой комнате (зоне), и в это время желательно осуществлять наблюдение за его поведением.

Критериями адекватности процедуры и продолжительности психологического обследования являются:

– наличие контакта педагога - психолога с обследуемым ребенком;

– доступность, результативность, успешность деятельности ребенка в процессе обследования с учетом необходимых мер помощи;

– возможность «самокомпенсации» состояния ребенка или, при необходимости, прекращение обследования при возникновении по ходу обследования выраженных психосоматических, нейродинамических, невротических, психопатических или психотических расстройств;

– исключение психотравмирующих и неэтичных ситуаций при решении вопроса о присутствии родителей (законных представителей) при обследовании ребенка;

– допустимость обследования ребенка как каждым специалистом индивидуально, так и несколькими специалистами одновременно в ситуации исключения физических или эмоциональных перегрузок, психотравмирующих и неэтичных ситуаций;

– возникновение у родителей (законных представителей) доверия к специалистам ПМПК, готовность воспринимать коллегиальное заключение и следовать рекомендациям ПМПК.

В задачи педагога - психолога, в первую очередь, входит выявление самой структуры развития, причин и механизмов, повлекших наблюдаемые феномены, что выражается в постановке психологического диагноза. Сами феномены актуального развития ребенка важны для психолога лишь как подтверждение диагностической гипотезы о структуре и «каузальности» развития. Это накладывает на психологическое обследование жесткие требования к индивидуальности его проведения. Тем более что методический аппарат (диагностические методики и соответствующие им дидактические материалы) не ориентированы на коллегиальную форму экспертного обследования. Все это не позволяет в том же, что и для других специалистов, объеме «включиться» в коллегиальное обследование. В то же время, используя в своей деятельности метод наблюдения, педагог - психолог может в значительной степени уточнить и даже (при наличии достаточного профессионального опыта) изменить складывающееся мнение о ребенке. К сожалению, технология подобного диагностического наблюдения, с включением в него всех специалистов, лично не участвующих в процедуре обследования, на настоящий момент разработана недостаточно [4].

Наиболее важным моментом проведения комиссии является коллегиальное обсуждение. Результаты обследования ребенка обсуждаются в форме краткого совещания всех специалистов ПМПК. Родители (законные представители) и ребенок при этом не присутствуют. Каждый специалист кратко докладывает свое заключение по ребенку, высказывает мнение о возможном прогнозе развития ребенка в различных ситуациях (как благоприятных для его развития, так и негативных), предлагает собственное видение образовательного маршрута. Представленные заключения

обсуждаются, составляется коллегиальное заключение ПМПК, систематизируются рекомендации. Особые мнения фиксируются в заключениях специалистов.

Поскольку педагог -психолог, как полноправный член ПМПК, участвует в формировании коллегиального заключения, необходимо привести общий план его обсуждения и написания. Необходимо обсудить и отметить следующие пункты заключения:

1. Имеются ли у ребенка признаки психического дизонтогенеза (отклоняющегося развития) или его дезадаптация связана с иными причинами. Наличие дизонтогенеза указывает на необходимость специальной коррекционной работы с ребенком. При отсутствии признаков отклоняющегося психического развития (нарушениях функционального плана) дальнейшая работа с ребенком может быть организована в семье, учебном учреждении при минимальном вмешательстве специалистов;

2. Отмечается тип дизонтогенеза: *недоразвитие* (тотальное или парциальное), *асинхрония развития* (дисгармония или искажение), *поврежденное* или *дефицитарное развитие* (дефицитарность слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата) либо рядоположенное сочетание нескольких видов отклоняющегося развития, трактуемое как сочетанный, множественный или *сложный дефект* [10].

Вид, вариант, форма и степень выраженности той или иной категории отклоняющегося развития (дизонтогенеза) позволяет судить о стратегических направлениях коррекционно-развивающей работы, виде коррекционной образовательной организации, программе обучения и, что также важно, необходимых условиях получения образования и социализации ребенка с ОВЗ. При отсутствии признаков дизонтогенеза, на этом этапе уточняются и квалифицируются причины дезадаптации, послужившие причиной обращения на ПМПК;

3. Отмечаются индивидуальные особенности развития ребенка – поведенческие, коммуникативные, учебно-познавательные, в том числе его резервные возможности в обучении и социализации. На основании этих данных разрабатываются рекомендации по индивидуальной коррекционно-развивающей работе в рамках комплексного сопровождения ребенка с ОВЗ как в системе образования (дополнительного образования, ППМС- центра, других организаций системы образования), так и во «внешних» учреждениях (в условиях реабилитационного центра в системе здравоохранения, социальной защиты, лечебного учреждения).

4. Даются рекомендации по условиям образования (определение образовательного маршрута).

С этой целью:

– Определяется, нуждается ли ребенок в специальных образовательных условиях;

– Квалифицируются необходимые образовательные условия (обучение в условиях массового образовательного учреждения, при необходимости вид специального (коррекционного) образовательного учреждения, дополнительная специализированная помощь в условиях данного образовательного учреждения

и вне его и т.п.);

- Рекомендуются соответствующая возможностям ребенка программа обучения, форма ее организации;

- Определяется необходимость дополнительных форм образования, развития, коррекции;

- Уточняются и конкретизируются особенности сопровождения ребенка соответствующими специалистами или даются рекомендации непосредственно родителям по организации домашних условий развития ребенка (прописывается преимущественно в заключениях специалистов, в их особом мнении, если таковое имеется).

Здесь же в конце заключения определяются сроки контроля состояния и развития ребенка в рекомендованных ему условиях (срок повторного проведения ПМПК). Сроки контроля могут рекомендоваться как для самой ПМПК, так и для консилиумов образовательной организации.

В ситуации возникновения противоречивых мнений по поводу оценки состояния ребенка и рекомендаций по дальнейшему развитию и обучению принимаются компромиссные решения, направленные на более благоприятные (в социальном плане) для ребенка условия. В этих случаях могут быть рекомендованы диагностические периоды обучения, психологического и социально-правового сопровождения, динамическое наблюдение специалистами ПМПК и консилиума ОУ в процессе повторных обследований. В любом случае, на этом этапе ребенку всегда рекомендуются условия обучения и развития, соответствующие более легкому и перспективному из дифференцируемых диагнозов. Таким образом, ребенку всегда оставляется шанс использовать свои резервные, неучтенные в процессе экспертизы возможности и оправдать такой более легкий диагноз, сделать тот «скачок» в развитии, возможность которого интуитивно предполагают специалисты. Однако следует всегда помнить, что в этом случае именно специалисты, решающие вопрос о помещении ребенка (пусть даже на диагностический период) в более легкие и перспективные, на их взгляд, условия, берут на себя нелегкий груз ответственности за возможно потерянное время ребенка (в случае, когда их предположения не [14]).

После завершения коллегиального обсуждения представитель ПМПК (им может быть как педагог - психолог, так и любой другой член ПМПК) знакомит родителей (законных представителей) с коллегиальным заключением и рекомендациями в форме, в первую очередь, доступной для их понимания и профессионально обоснованной. Часто возникает необходимость (для разъяснения или убеждения родителей в адекватности сделанных выводов и предлагаемых рекомендаций) представить коллегиальное заключение всех специалистов с предполагаемым прогнозом дальнейшего развития и обучения ребенка в ситуации выполнения рекомендаций ПМПК.

Подобное заключение может быть представлено как в органы, осуществляющие управление в сфере образования (как основание для направления ребенка в образовательное учреждение), так и организации куда направлен ребенок (как основание для зачисления и руководство для организации коррекционной работы), а также инициатору направления на

ПМПК. Полное заключение ему (инициатору обращения) может быть передано только при согласии родителей. В ином случае инициатор направления ребенка на ПМПК может получить только рекомендации по специальному запросу.

По требованию родителей им может быть выдана справка произвольной формы о том, что ребенок прошел обследование на ПМПК. Выписка из протокола ПМПК с коллегиальным заключением и рекомендациями передается всем иным адресатам через родителей (законных представителей) ребёнка.

Во всех этих «документально-организационных» мероприятиях большую роль играет непосредственно психолог ПМПК. Именно он, в соответствии с особенностями родителей, должен определять форму и содержание как коллегиального заключения, так и (желательно) процедуру этой части проведения комиссионного обследования. В первую очередь, это важно для соблюдения прав ребенка на адекватное его возможностям образование. На первый план в этом случае выходят консультационные способности педагога - психолога. Следует учитывать, что психоэмоциональное состояние родителей в этой ситуации очень сложное.

Именно на ПМПК в полной степени включаются все защитные и, как правило, неадекватные психологические механизмы. Основная задача психолога в этом случае, помимо непосредственно проведения обследования ребенка – правильно и адекватно провести консультирование родителей. Провести его так, чтобы они поняли и приняли новые условия существования ребенка в образовательной среде, его новый образовательный маршрут. Это бывает очень трудно как для самих родителей, так и для всех специалистов ПМПК, в первую очередь для психолога, как основной фигуры в этой зачастую трагической для самооценки и самопринятия родителей ситуации.

2. ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПЕДАГОГА -ПСИХОЛОГА ПМПК В СТРУКТУРЕ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГО-МЕДИКО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

Следует еще раз повторить те основные диагностические задачи педагога -психолога, которые решаются в процессе проведения комплексного обследования ребенка с ОВЗ на ПМПК.

К ним относятся:

–Оценка уровня и особенностей развития ребенка, его поведения, критичности, адекватности в экспертной ситуации обследования. В том числе оценка развития коммуникативной, регуляторной, когнитивной и эмоционально—аффективной сфер в соответствии с возрастом ребенка.

–Оценка ресурсных возможностей ребенка, в том числе особенностей его работоспособности и темпа деятельности,

–Оценка возможностей социально-эмоциональной адаптации в детском сообществе и образовательном учреждении в целом,

–Постановка психологического диагноза (определение вида, варианта, формы, степени выраженности отклоняющегося развития) в рамках современной типологии. Последнее является завершающим моментом всей диагностической деятельности психолога.

2.1. Требования к используемым диагностическим средствам (диагностическим методикам)

При выборе необходимого для психологического обследования набора диагностических приемов и методик специалист должен ориентироваться не только на возраст ребенка, но и построить адекватную диагностическую гипотезу, оценить специфику его поведения и реагирования. Педагог-психолог выбирает из имеющегося спектра диагностических методик и приемов именно те, которые подходят для обследования конкретного ребенка. Таким образом, использование всех диагностических методик для обследования одного ребенка нецелесообразно, в первую очередь по временным соображениям.

В процессе психологической диагностики педагог-психолог должен обязательно учесть и то, что он уже увидел и оценил сам, и то, какие результаты получили другие специалисты, тем самым к минимуму сводятся ресурсные затраты ребенка и минимизируется дублирование однотипных заданий.

В целом, диагностический набор педагога-психолога может быть достаточно небольшим. Важно, чтобы специалист хорошо понимал возрастные границы действия той или иной методики и примерные возрастные нормативы ее выполнения. Желательно, чтобы в этот набор входили конструктивные задания, например такие, как классические доски Сегена, кубики Кооса, матрицы, задания на последовательность событий различной сложности. Опытный педагог-психолог может провести подобное обследование, имея в наличии минимум специальных диагностических материалов. Важно, чтобы они были незнакомы ребенку. В целом примерные пакеты диагностических методик, зарекомендовавших себя в деятельности ПМПК для детей различных возрастов, и требования к ним были разработаны группой специалистов ИПИО МГППУ и находятся на апробации в ряде регионов России.

Необходимо отметить приоритетные, на наш взгляд, требования, которым должны удовлетворять методические материалы, используемые в рамках оценки особенностей психического развития ребенка при проведении психолого-медико-педагогической консультации. На первое место необходимо поставить требования к стандартности, неизменяемости со временем стимульных (в первую очередь, изобразительных) материалов методик. Для методик, уже имеющих достаточно длительный срок использования, определенную историю «жизни» в диагностической практике (а к подобным методикам следует отнести большинство клинически ориентированных методических средств), стимульный материал не должен изменяться ни по каким обстоятельствам. Это может быть объяснено тем, что за большой период времени использования (в настоящее время для большинства классических методик этот период составляет порядка 40-50 лет) наработан огромный опыт, получены результаты качественной оценки развития самых различных категорий детей. Последнее дает возможность оценить и направленность возможных дальнейших изменений результатов, и, соответственно, характер изменения состояния детской популяции (в частности, и динамику изменения зрительного восприятия). Любое изменение стимульных материалов потребует

наработки нового опыта, приведет к потере ценнейшей качественной информации.

Для вновь создаваемых методик необходимо учесть не только современные социокультурные особенности образовательной среды, но и особенности перцепции современных детей. Особенности зрительно-пространственных характеристик восприятия следует оценивать как приоритетные для построения визуальных стимульных материалов методик. Наиболее отчетливо важность этого показателя отражена в работах ведущих детских нейропсихологов Т.В. Ахутиной и Н.М. Пылаевой [Ахутина Т.В., Пылаева Н.М., 2003]. Особенно это важно для вновь создаваемых перцептивно-действенных методик. Нельзя отрицать значение этого показателя и для методик вербально-логического плана (шрифты, характер расположения текстовых блоков, иллюстрации и т.п.). В ситуации непосредственно качественного анализа результатов выполнения заданий методик фактор зрительно-пространственной организации стимульных материалов имеет большое значение [24].

Можно сформулировать определенные требования, которые, на наш взгляд, должны выполняться практически для каждой диагностической методики, претендующей на широкое использование на практике. К таким требованиям, в том числе и по отношению к стимульным материалам, на наш взгляд, следует отнести следующие:

- Методика должна иметь достаточно длительный срок апробации на современной детской популяции, в том числе на детях с различными типами отклоняющегося развития;
- Ее стимульный материал должен быть неизменяемым в течение длительного времени, как и технология предъявления и анализа результатов;
- В связи с необходимостью в углубленном обследовании следует использовать методику в рамках клинического подхода, что в свою очередь, определяет возможность гибкого предъявления стимульного материала – желательно, чтобы методика могла быть использована в виде обучающего эксперимента. Последнее дает возможность оценить такой неспецифический показатель, как обучаемость ребенка;
- Методика должна обладать достаточной полифункциональностью, то есть способностью оценивать различные показатели состояния и характеристик деятельности ребенка и, в то же время, иметь преимущественную ориентацию на определенные параметры той или иной сферы психического развития;
- Реализуя возрастной подход к исследованию психического развития ребенка, методика должна охватывать достаточно большой возрастной диапазон. Для этого ее задания должны быть построены как усложняющиеся. При этом градации сложности методики должны охватывать несколько периодов детства (например, от младшего дошкольного до начального школьного возраста и т.п.);
- Получаемые результаты должны иметь, в первую очередь, качественные (для отдельных методик, возможно, и количественные) условно нормативные показатели, характеризующие современную популяцию детей.

2.2. Проведение оценки (диагностики) психического развития ребенка

Чтобы максимально эффективно и с минимальными затратами времени и «ресурсов» провести диагностическое обследование, проанализировать его результаты и составить заключение (в структуре общего заключения ПМПК), а также дать рекомендации родителям, необходимо в определенной степени технологизировать сам процесс психологической деятельности педагога - психолога ПМПК. Это означает рационально «разделить» весь процесс психологической оценки на отдельные четко выраженные этапы, оптимально использовать разнообразные методические средства (в том числе и диагностического инструментария). В соответствии с этим можно сформулировать и ряд положений, лежащих в основе диагностической деятельности психолога:

1. Построение гипотезы психологического обследования на основе целостного представления о ребенке, с привлечением знаний различных отраслей психологии, педиатрии, детской психиатрии, медицинской генетики, педагогики, в том числе специальной (коррекционной) педагогики;

2. Использование в полной степени алгоритма изменения диагностической гипотезы в свете получаемых данных (правило Байеса) [Лаак Я. Тер, 1996];

3. Построение процедуры (технологии) обследования в соответствии с актуальным возрастом, особенностями поведения ребенка, а также с учетом взаимодействия в диаде взрослый – ребенок;

4. Использование методического аппарата, адекватного целям и гипотезе обследования при учете процедурных особенностей, позволяющих получать многофакторную (многофункциональную) информацию за счет технологии предъявления;

5. Проведение анализа получаемых данных с применением технологий интегративной оценки результатов, дающего максимальную информацию не только о специфике развития и формировании различных функций и систем на феноменологическом уровне, но и позволяющего выявить комплекс и иерархию причин, приводящих к данному варианту развития;

6. Квалификация уровня актуального развития ребенка с выходом на тип и структуру развития, постановку психологического диагноза, определение вероятностного прогноза развития.

Сама оценка психического развития ребенка представляется в виде следующих, вытекающих один из другого этапов:

1. Сбор психологического анамнеза;

2. Создание гипотезы обследования с выходом на предварительный психологический диагноз, уточнение и корректировка ее в процессе работы психолога;

3. Непосредственно процедура обследования ребенка (в структуре коллегиальной деятельности ПМПК) с использованием соответствующих тактик и технологий, адекватных возрасту и возможностям ребенка;

4. Системный анализ результатов обследования, их сопоставление между собой в соответствии с гипотезой;

5. Окончательная постановка психологического диагноза, с учетом полученных результатов, пониманием механизмов и путей, приведших к наблюдаемым особенностям, определение вероятностного прогноза развития, путей и методов мульти- и междисциплинарного сопровождения ребенка.

2.3. Технология оценки истории развития ребенка (Психологический анамнез)

Сбор психологического анамнеза, безусловно, может опираться на уже известные факты из истории развития ребенка (например, факты, описанные врачом, то есть медицинский анамнез). Однако сбор психологического анамнеза имеет свои цели и задачи и представляет собой достаточно специфический набор «тем», по поводу которых ведется беседа. В случае детально прописанного врачебного анамнеза не имеет смысла повторять вопросы, ранее заданные врачом, а следует лишь детализировать интересующие психолога этапы и специфику развития, превращая, таким образом, медицинский анамнез в *историю развития*. (В то же время, история развития ребенка терминологически может определяться как психологический анамнез.)

В любом случае, умение оценить и проанализировать информацию, считающуюся до сих пор исключительно прерогативой медицинских работников, является показателем профессионализма специалиста, в особенности тогда, когда мы говорим о психологах, работающих с детьми с отклоняющимся развитием (т. е. специальных и клинических психологах).

Важным для анализа развития ребенка являются и сведения о состоянии матери не только во время беременности, но и в первые годы жизни ребенка. Те или иные факты болезненного состояния родителей (в особенности матери) в первые годы жизни ребенка являются принципиально важной информацией для психолога, поскольку позволяют выдвинуть гипотезу об особенностях родительско-детских отношений в этот период. До начала собственного обследования, в том числе сбора психологического анамнеза, психологу необходимо ознакомиться с результатами всех предыдущих имеющихся объективизированных обследований и проанализировать эти данные под углом психологического развития ребенка [11].

Отдельные факты развития ребенка и общий анализ позволяют уже до получения объективных данных сделать предположения о характере их формирования, о тех «точках», «областях» и сферах психического развития, где происходили «сбои» или девиации. Это позволяет более эффективно построить как диагностическую гипотезу, так и уточнить в дальнейшем психологический диагноз, особенности создания коррекционно- развивающих программ.

Наиболее пристальное внимание в психологическом анамнезе следует уделить *узловым моментам развития* [Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2005]. Именно в эти моменты можно оценить «сбои», недостаточности развития всей системы регуляции, когниций, аффективной регуляции, лежащих в основе

познавательной деятельности, поведения и социо-эмоциональной адаптации.

Таким образом, особое внимание в анамнезе следует обратить не просто на динамику развития тех или иных сфер психики ребенка, но на особенности развития в периоды: 2,5–3 мес.; 7–8 мес.; 1-го года; 18–24 мес.; 2,5–3 года; 5,5–6,5 лет; 9–10 лет.

С самого начала работы с семьей необходимо учитывать исходный социокультурный уровень родителей, а часто и специфику их аффективно-эмоционального состояния, общую мотивацию консультирования. В зависимости от социально-психологических характеристик родителей и семьи строится как процесс опроса родителей, так и тактика консультирования в целом [4].

Вполне очевидно, что в психологическом анамнезе должна быть представлена семейная и социальная ситуация, на фоне которой протекало развитие ребенка в различные возрастные периоды. Как правило, беседа с родителями начинается с предъявления жалоб, и в начале обследования психолог должен отметить, с чьих слов (мамы, папы, бабушки, опекуна и т.п.) описывается история развития ребенка, хотя мы отдаем себе отчет в том, что все сведения, особенно если они подаются с точки зрения только одного из родителей, достаточно субъективны и во многом определяются особенностями состояния семьи.

2.4. Построение диагностической гипотезы

Диагностическая гипотеза, в первую очередь, должна исходить из знания типичных и специфичных для различных вариантов дизонтогенеза особенностей психомоторного и, в дальнейшем, психоэмоционального развития. В этом случае полученные в ходе сбора психологического анамнеза данные о предыдущих этапах развития играют чрезвычайно важную роль в формировании самой гипотезы проведения обследования ребенка.

Помимо этого, в построении диагностической гипотезы значительная роль принадлежит и непосредственному наблюдению за особенностями как внешнего вида ребенка, так и его поведения, и до обследования, и непосредственно в ходе работы с ним [16].

Основная «рабочая» диагностическая гипотеза (или ее варианты при дифференциальной диагностике) должна быть сформирована к началу непосредственной работы с ребенком. Среди наблюдаемых особенностей поведения, еще до начала непосредственной работы с ребенком, большую роль играют такие неспецифические критерии, как *критичность* ребенка к самой ситуации взаимодействия, *адекватность* его поведения в условиях обследования и *обучаемость* (в широком смысле этого слова). Часто диагностическая гипотеза может измениться, если специалист видит, что ребенок не понимает инструкций, например, к рисуночным заданиям или не удерживает их, или рисует что-то совершенно не относящееся к самому заданию.

Желательно, чтобы с самого начала диагностическая гипотеза заключалась в «гипотетическом» отнесении развития ребенка в целом к тому

или иному варианту, виду (типу) отклоняющегося развития. В этом случае вся система оценки особенностей психического развития ребенка (подбор наиболее эффективных диагностических средств, тактика и технология их использования в процессе обследования, приемы предъявления стимульных материалов, характер помощи, необходимой ребенку, построение мотивационного компонента обследования и т.п.) строится с учетом именно подтверждения того, что развитие ребенка идет в рамках данного варианта отклоняющегося развития. Таким образом, уже на этапе постановки первоначальной диагностической гипотезы мы предполагаем вероятный результат обследования, его конечную цель, выражаемую в столь же вероятном психологическом диагнозе [23].

Точно также предполагается, что и анализ получаемых результатов будет проводиться «в русле» предлагаемой гипотезы с выходом на предполагаемый тип развития – психологический диагноз. Как уже говорилось, в соответствии с результатами, демонстрируемыми ребенком в ходе непосредственной работы с теми или иными методиками, первичная диагностическая гипотеза может изменяться (правило Байеса). В соответствии с этим подбираются и подаются ребенку адекватные гипотезе диагностические методики и материалы, приемы их подачи. Всегда существует вероятность, что после нескольких этапов диагностики, использования нескольких методик результаты выполнения каждой из них заставляют вернуться к одной из предыдущих гипотез, но уже в частично измененных условиях. Например, таким результатом может быть изменение работоспособности, темпа деятельности по сравнению с предполагаемыми. Естественно, что все последующие результаты будут в определенной степени изменены по этим показателям. Следовательно, окончательный результат – психологический диагноз будет включать в себя эти изменения. Возможны и промежуточные варианты изменения диагностической гипотезы в ходе непосредственного обследования ребенка, когда требуется лишь корректировка первичной гипотезы и изменение лишь технологий и приемов обследования, без смены всего диагностикума [11].

Особенно часто изменение диагностической гипотезы возникает при наличии у ребенка выраженных поведенческих особенностей, которые «ширмуют» реальную специфику развития. Например, достаточно часто полное или частичное отсутствие речевой коммуникации ребенка принимается за тотальный или элективный *мутизм*, что трактуется специалистом как последствия *психической травмы (поврежденный тип развития) или дисгармоничное развитие интропунитивного типа* [Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2000, 2005]. Это заставляет использовать определенные диагностические приемы и соответствующие методики обследования, ориентированные на исследование аффективно-эмоциональной сферы, личностных особенностей ребенка, связанные с травмирующей ситуацией, особенностями родительно-детских отношений и т.п. В то же время, результаты использования проективных методик исследования, некоторые особенности поведения ребенка в процессе работы, возможные даже в условиях отсутствия речевой коммуникации элементы *некритичности* и *неадекватности* приводят к необходимости понимания того, что данные особенности поведения являются

лишь элементами защитной реакции у ребенка с недостаточным развитием (например, *простым уравновешенным вариантом тотального недоразвития*). Все это заставляет специалиста принципиально изменить диагностическую гипотезу, используемые подходы к мотивации ребенка на работу, изменить не только непосредственно технологию обследования, но и сам набор психологических методик [4].

Мы рассматриваем подобную стратегию проведения обследования как наиболее эффективный вариант деятельности педагога - психолога с самыми различными категориями детей, позволяющий в значительной степени минимизировать затраты сил и времени специалиста, сохранить ресурсные возможности ребенка на протяжении всего обследования на ПМПК.

2.5. Технология проведения психологического обследования на ПМПК

Даже при соблюдении всех условий проведения психологического обследования начинать совместную работу с ребенком лучше всего с «нейтральной» беседы, во время которой не только устанавливается контакт с ребенком, но также можно выявить знания ребенка о себе, составе семьи, уровень общих представлений об окружающем мире. С нашей точки зрения наиболее удобный способ установления контакта с ребенком – попросить его сделать несколько рисунков, а затем начать беседу по поводу сделанных им рисунков. Это время используется другими специалистами ПМПК для беседы с родителями.

Если есть возможность и время, мы рекомендуем непосредственно наблюдать за процессом рисования, для того чтобы видеть порядок рисования изображений на листе, направление рисования, «застревание» на тех или иных деталях (удобно также параллельно просматривать домашние рисунки или школьные тетради, которые ребенок и его близкие принесли с собой).

После того как рисунки выполнены, педагог - психолог по очереди обращается к каждому из них, задавая ребенку конкретные вопросы. Беседа должна носить непринужденный характер. Педагог - психолог как бы «любопытствует» по поводу того, что нарисовал ребенок. Такая беседа является логическим продолжением установления нормального рабочего контакта с ребенком, поскольку проявляет интерес не столько к самому рисунку, сколько в первую очередь к ребенку, его интересам и т.п. Кроме того, подобная беседа очень информативна для оценки и анализа особенностей речевой деятельности, что и отмечается учителем - логопедом ПМПК, позволяет ему в определенной степени минимизировать собственную работу [24].

Вначале целесообразно оценить объем слухоречевой памяти и темп запоминания, другие особенности слухоречевого запоминания [Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2010]. Этот этап обследования мы относим к важным, *ключевым моментам*, поскольку все инструкции к заданиям (как вербальным, так и невербальным) подаются ребенку в основном в речевой форме и очень часто бывает трудно определить, что произошло: ребенок не понял инструкцию или

не сумел запомнить ее в силу того, что она длиннее, чем он может запомнить, удержать в памяти. Мы предлагаем для исследования различных параметров слухоречевого запоминания методику *Запоминания двух групп слов*, а также *Запоминание двух фраз*. Подобные группы слов и фразы можно подобрать самим, пользуясь общепринятыми законами выбора вербальных материалов для использования в психологическом обследовании или взять из соответствующих пособий.

В качестве следующего этапа работы чаще всего бывает целесообразно оценить уровень сформированности понятийного развития. Такое исследование проводится с использованием методики *Предметная классификация* в ее детской модификации (серия 1 для детей от 3 до 5 лет, серия 2 – от 5 до 8 лет) и стандартном варианте для детей после 8–9 лет, а также с использованием модифицированного варианта методики *Выготского – Сахарова*, методик: *Исключение предметов*, *Исключение понятий*, *Выделение двух существенных признаков* и т.п.. Для исследования уровня актуального понятийного развития предпочтительнее использовать методику *Предметная классификация* и методику *Выготского – Сахарова* (выявление уровня обобщения абстрактных предметов), а для выявления специфических особенностей мышления и изменения динамики мыслительной деятельности (наличие элементов разноплановости, опоры на латентные признаки при обобщении, соскальзывание и т.п.) – методики *Исключение предметов*, *Исключение понятий*, *Сравнение понятий*, как вспомогательную – *Выделение двух существенных признаков*.

Для исследования сформированности пространственного анализа и синтеза на наглядно-действенном уровне адекватно использование методики *Кооса*. При работе с детьми школьного возраста можно начинать это исследование непосредственно с работы с этой методикой.

Оценка уровня сформированности пространственного анализа и синтеза на наглядно-действенном уровне является частью общего исследования сформированности пространственных представлений у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Работа с методикой *Кооса* чрезвычайно важна и наиболее показательна для оценки сформированности пространственных представлений в целом. В силу этого данное исследование также может считаться одним из *ключевых моментов* психологического обследования [22].

Сформированность пространственных и пространственно-временных представлений в значительной степени определяет специфику овладения ребенком правильной речью, а далее чтением, письмом и счетом, умением решать задачи и сопоставлять явления и факты окружающего мира, что, в свою очередь, является «стержнем», на базе которого формируется вся языко-рече-мыслительная деятельность ребенка.

Завершающим этапом исследования сформированности пространственных представлений является исследование лингвистического пространства – «пространства речи и языка» – понимание различных сложных лексико-грамматических конструкций и возможность их самостоятельного формирования [Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2010]. Сформированность произвольной регуляции собственной деятельности (регуляторного компонента

деятельности) и характеристики внимания анализируются (оцениваются) фактически на протяжении всего обследования, в основном путем оценки возможности удержания инструкций и программы выполнения того или иного задания. Однако, безусловно, для собственно «инструментального» исследования этих параметров можно использовать методы, направленные на исследование возможности удержания, в частности двигательных программ. Если проблемы регуляции подтверждаются, то и весь ход дальнейшего обследования (изменение диагностической гипотезы) ребенка должен выстраиваться с учетом необходимой организации всей деятельности ребенка. [4].

Наиболее трудоемкие и утомительные для ребенка задания (по такой методике, как методика В.М. Когана, *Прогрессивные Матрицы Дж. Равена, Предметная классификация* в варианте для детей 9–12 лет) имеет смысл использовать при обследовании на ПМПК только в крайних случаях. *ЦТО, Тест Руки, СОМОР, Контурный С.А.Т.–Н.* можно проводить лишь когда стоит вопрос об особенностях эмоционально-аффективной сферы и дифференциальной диагностики различных вариантов асинхронного развития [Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2000, 2005, 2011].

Целесообразно в диагностическую деятельность педагога - психолога ПМПК включать методы *исследования особенностей двигательной сферы*, в том числе как мелкой, так и общей моторики. Это делается в промежутках между достаточно нагрузочными для ребенка исследованиями учителя - логопеда и учителя - дефектолога. С этой целью проводятся пробы на способность делать ритмические и координированные движения, в том числе и реципрокные. Особое внимание уделяется исследованию сформированности мелкой моторики (пробы на скоординированные движения пальцев, манипуляция с мелкими предметами, в том числе с ручкой и карандашом), а также моторным навыкам в графической деятельности (рисунок, лепка, аппликация, владение ножницами). У детей дошкольного возраста можно проверить сформированность бытовых двигательных навыков (застегивание пуговиц, шнуровка ботинок и т.п.).

В подобных же ситуациях переключения на другой вид деятельности или краткого отдыха возможно исследование специфики *латеральных предпочтений (ведущих руки, ноги, а также ведущего глаза и уха)*, вне зависимости от того, упоминалось или нет родителями при сообщении фактов истории развития ребенка наличие семейного левшества или амбидекстрии среди членов семьи. Определяется также соответствие или различие между рукой, которой ребенок рисует, ест, пишет (из психологического анамнеза) и выявленной предпочитаемой рукой, глазом, ухом.

Исследование и оценку особенностей речемыслительной деятельности целесообразно проводить с чередованием вербального и перцептивно-действенного диагностического материала. Наиболее удобны для этого как по форме, так и по анализу результатов следующие методики: *Разрезные Картинки, Прогрессивные Матрицы Дж. Равена, Подбор простых аналогий, Составление парных аналогий* (в том числе и невербальных), *Выделение существенных признаков, Понимание метафор, пословиц, рассказов со*

скрытым смыслом, Установление последовательности событий, решение «конфликтных» задач, задач Пиаже.

В качестве перцептивно-действенных диагностических материалов для детей младшего и среднего дошкольного возраста, а также для детей более старшего возраста с подозрением на вариант тотального недоразвития для этих же целей удобно пользоваться методикой *Доски Сегена* и их аналогов (ящик форм, комплекты различных вкладышей, стаканчиков и т.п.).

В случае если в соответствии с диагностической гипотезой необходимо выявление изменения динамики мыслительной деятельности, наличие непоследовательности мышления, соскальзываний в мышлении и т.п., помимо методик *Исключение предметов* и *Исключение понятий* возможно использование методик *Сравнение понятий*, а также методики *Опосредованное запоминание по А.Н. Леонтьеву* (см. справочные материалы).

Исследование эмоционально-личностных особенностей ребенка целесообразно начинать с использования методики *Метоморфоз*, как ключевой в плане уточнения особенностей аффективно-эмоциональной сферы, с помощью которой возможно четкое понимание того, какие диагностические техники и с какой целью необходимо будет использовать в дальнейшем при работе с данным ребенком. Эта методика позволяет определить «зоны» личностных проблем, выявить специфичный для ребенка тип реагирования (экстра- или интрапунитивный), специфику межличностных отношений, очертить системы психологических защит ребенка. Специфика аффективно-эмоциональной сферы у детей с выявляемыми в ходе обследования различными вариантами дизонтогенеза описывается в жалобах родителей или педагогов либо как симптомы эмоциональной лабильности – быстрая пресыщаемость, нестойкость аффекта, поверхностность переживаний, внушаемость, непосредственность, легкая откликаемость на внешние раздражители, либо как выраженная стойкость и сила аффекта, вязкость, инертность переживаний, расторможенность влечений, упорство при удовлетворении своих желаний, негативизм, агрессивность [8].

Оценка взаимоотношений ребенка в детском коллективе, со взрослыми, социометрические параметры, необходимые для школьного психолога, могут быть получены с помощью анализа результатов выполнения таких методик, как *СОМОР*, *Цветовой Тест Отношений (ЦТО)*, других проективных и опросниковых методов.

Как уже говорилось, работа с подобными, личностными методиками должна быть естественным образом вплетена в саму «ткань» работы с ребенком, проводиться в периоды «отдыха», поскольку именно в этом случае внимание ребенка не акцентируется на значении его ответов, и, таким образом, ответы носят наиболее непосредственный характер.

Завершающей частью подобной диагностической работы с ребенком должна стать обязательная положительная оценка деятельности ребенка со стороны специалиста.

2.6. Структура и содержание заключения педагога- психолога по

результатам диагностического обследования. Типология отклоняющегося развития как основа психологического заключения.

Совершенно естественно, что содержание такого заключения должно соответствовать профессиональным требованиям, диагностической гипотезе, включая план обследования ребенка на ПМПК и, в первую очередь, отвечать на запрос инициатора обращения в ПМПК по поводу назначения (изменения) образовательного маршрута. Следует подчеркнуть, что мнение педагога - психолога об особенностях дальнейшего образовательного маршрута должно иметь не менее значимый «вес» наряду с мнением психиатра, логопеда и даже педагога. В то же время, психологические рекомендации по дополнительной специализированной помощи и сопровождению ребенка вне учебного процесса следует рассматривать как приоритетные [2].

В ситуации, когда используется коллегиальная форма проведения обследования, на наш взгляд, совершенно невозможно дать такое же полное и развернутое заключение, как в случае индивидуального углубленного обследования [Семаго Н.Я., Семаго М.М., 2010]. Сама структура, технология, методическое обеспечение психологической диагностики ориентированы именно на индивидуальность обследования и в принципе нереальны при коллегиальной форме экспертизы.

Поэтому заключение педагога - психолога о характере, типе и индивидуальных особенностях отклоняющегося развития ребенка в ситуации коллегиальной формы проведения ПМПК может выражаться лишь в отдельных формулировках диагноза, прогноза и рекомендациях психолога и опираться не на строгие выводы анализа собственных результатов обследования, а на многолетний опыт самого педагога - психолога. По крайней мере, собственный опыт многолетней практики в составе психолого-медико-педагогических комиссий разного уровня позволяет сделать такое резкое суждение. [5].

Нельзя не привести мнение специалистов, участвовавших в проекте ТАСИС (2002), касающееся структуры психологического заключения. По их мнению, заключение педагога - психолога должно иметь трехуровневую структуру:

1-й уровень заключения должен дать общий ответ на вопрос, имеются ли отклонения в развитии ребенка (дизонтогенез) или трудности в обучении (социализации) обусловлены иными причинами;

2-й уровень – определение типа (вида, категории) нарушения развития для определения общих подходов в дальнейшем развитии ребенка. При наличии иных причин, обуславливающих трудности в обучении (социализации), квалификация этих причин. Этот уровень, по сути, является психологическим диагнозом.

3-й уровень – описание индивидуальных особенностей ребенка (в том числе резервов его развития), т.е. тех характеристик его познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы, работоспособности, которые свойственны только данному ребенку и должны приниматься во внимание в целях индивидуализации коррекционно—развивающей работы с ним.

Основной диагностической задачей педагога - психолога при обследовании

ребёнка на комиссии будет не только обследование его познавательных функций, но и:

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

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

Для того, чтобы правильно формулировать заключения следует чётко знать и дифференцировать варианты отклоняющегося развития.

В отечественной психиатрии, клинической и специальной психологии выделяются три основных категории отклоняющегося развития: недостаточное, асинхронное и поврежденное, которые определяются спецификой, последовательностью и темпом формирования всей иерархической структуры психического развития ребенка. К этим категориям добавляется дефицитарное (как исторически сложившийся тип развития).

Понятие **«отклоняющееся развитие»**: любое отклонение отдельной функции или системы, психических функций от «программы развития» вне зависимости от знака этого изменения «+» или «-» (опережение или запаздывание), выходящее за пределы социально-психологического норматива, определяемого для данной образовательной, социокультурной или этнической ситуации и данного возраста ребенка, следует рассматривать как отклоняющееся развитие данной функции или системы психических функций. Ребенок, демонстрирующий подобные феномены, должен быть отнесен к категории детей с отклоняющимся развитием. [22, с. 19].

Таким образом, основным «новообразованием» понятия *«отклоняющееся развития»* по сравнению с термином *«отклонения в развитии»* является динамичность определения, увязка всей совокупности процессов развития с параметром времени и возможность в связи с этим более эффективно учитывать и использовать закон гетерохронии развития.

Это определение, кажется нам наиболее обоснованным и удовлетворяющим современные требования психологической науки и практики. В дальнейшем мы будем использовать это понятие, описывая различные группы детей с отставанием в психическом развитии.

Особый интерес вызывает предлагаемая Н.Я. и М.М. Семаго типология отклоняющегося развития. В ней представлена система собственно психологических показателей развития ребенка, которые определяют и в то же время отграничивают содержательное поле деятельности психолога от содержания деятельности других специалистов (логопедов, дефектологов, психиатров) [13]. (см. рис. 1).

Рис. 1. Типология отклоняющегося развития



Недостаточное развитие характеризуется дефицитом произвольной регуляции психической активности и пространственновременных представлений, которые отражают состояние регуляторного обеспечения психической активности и ментальных структур, определяющих развитие познавательной деятельности. Аффективная организация важна, но для выделения этой группы второстепенна, поскольку влияет не столько на характер развития, сколько на его особенности внутри группы. Ее анализ позволяет разграничивать отдельные варианты (формы) этого типа по характеру поведенческих особенностей и аффективного реагирования [25]. (см. рис.2; таблица 1; приложение 1)

Рис. 2. Группа недостаточное развитие

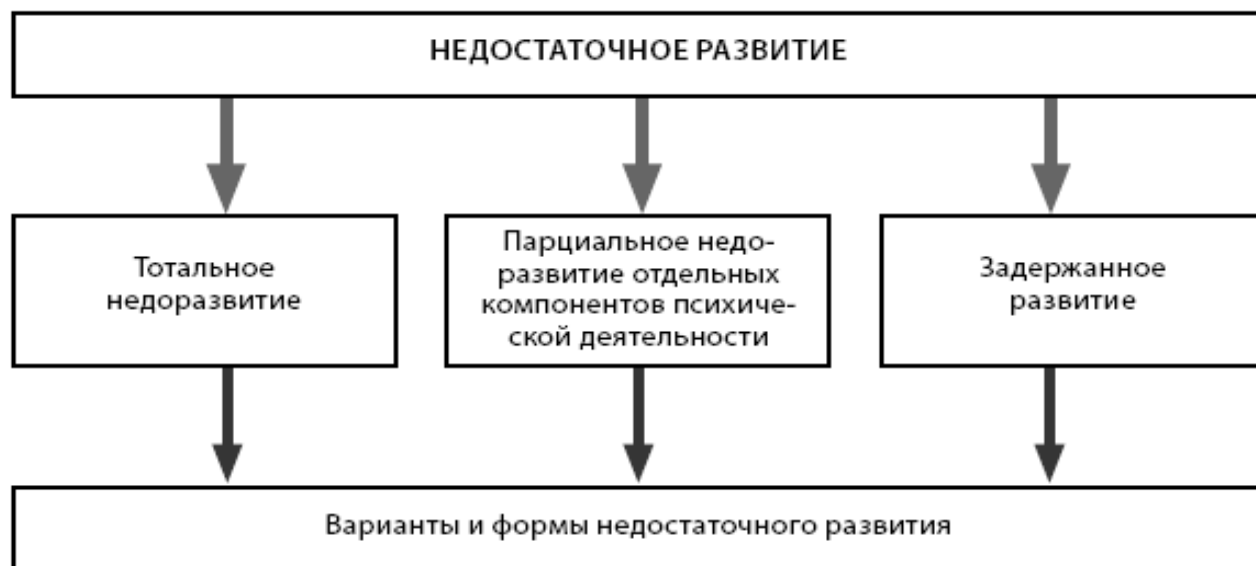


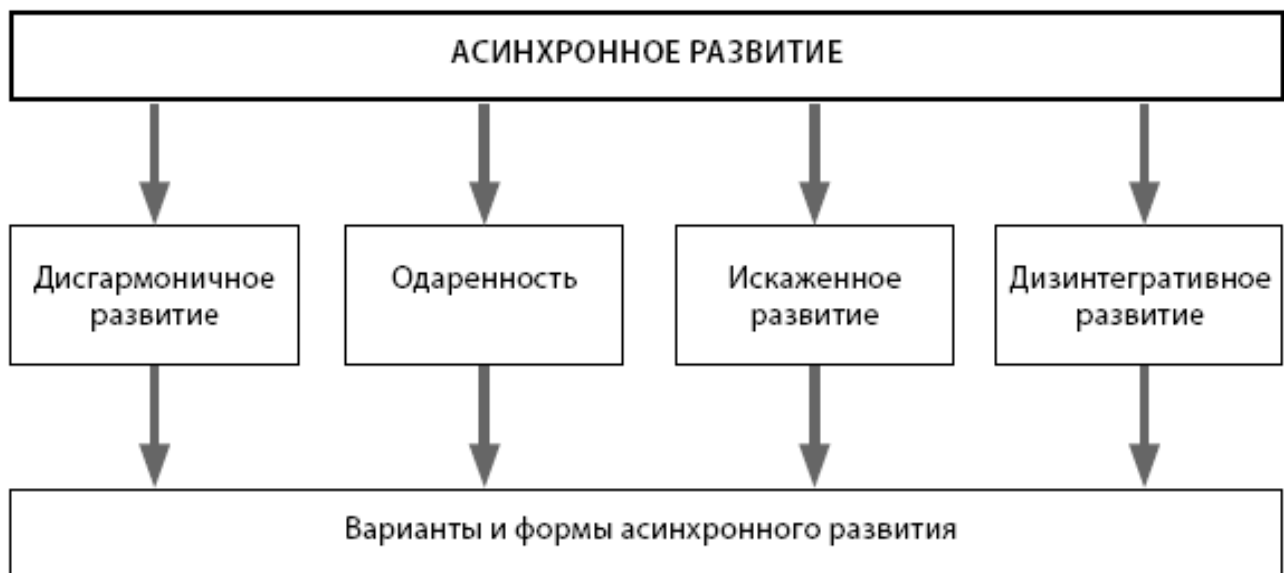
Таблица 1. Группа недостаточное развитие. Примеры формулировок заключений

1.Тотальное недоразвитие		
Вариант	Возможные варианты кодирования МКБ-10	Примерные формулировки психологического заключения

Простой уравновешенный тип	F70.x — F79.x). Знаки после точки – x это степень	Тотальное недоразвитие высших психических функций, простой (уравновешенный) вариант;
Аффективно-возбудимый тип (аффективная или возбудимая форма)	выраженности нарушений поведения (0 — минимальные нарушения; 1 — значительные поведенческие нарушения). Иногда при неявно выраженных нарушениях медики могут поставить диагноз «Легкое когнитивное расстройство» (шифр F06.7).	Тотальное недоразвитие высших психических функций, аффективно-возбудимый вариант, возбудимая форма; Тотальное недоразвитие высших психических функций, аффективно-возбудимый вариант, аффективная форма;
Тормозимо-инертный тип		Тотальное недоразвитие высших психических функций, тормозимо-инертный вариант, тормозимая форма; Тотальное недоразвитие высших психических функций, тормозимо-инертный вариант, аутоподобная форма.
2. Парциальное недоразвитие (недостаточность) компонентов психической деятельности		
Парциальное недоразвитие регуляторного компонента деятельности.	F82,F90,F91, F98	Парциальное недоразвитие высших психических функций, регуляторного компонента с трудностями удержания алгоритма деятельности; Парциальное недоразвитие высших психических функций, регуляторного компонента деятельности с высоким уровнем психического тонуса; Парциальное недоразвитие высших психических функций, регуляторного компонента деятельности со сниженным психическим тонусом;
Парциальное недоразвитие преимущественно когнитивного компонента деятельности	F80, F81	Парциальное недоразвитие высших психических функций, с недостаточностью вербально-логического компонента познавательной деятельности; Парциальное недоразвитие высших психических функций, с недостаточностью иных компонентов познавательной деятельности;
3. Задержанное развитие		
Темпово задержанное развитие (гармоничный инфантилизм)	F81.x, F90, F91	-Темпово задержанное развитие (гармоничный инфантилизм);
Неравномерно задержанное развитие (дисгармоничный инфантилизм) с двумя формами: - экстрапунитивная – интрапунитивная форма неравномерно задержанного развития.	F91,F93,F94	-Неравномерно задержанное развитие (дисгармоничный инфантилизм), экстрапунитивная форма; -Неравномерно задержанное развитие (дисгармоничный инфантилизм), интрапунитивная форма.

Асинхронное развитие. Этот тип получил такое название, поскольку нарушается основной принцип развития – гетерохронность. При оценке состояния ребенка из этой группы можно увидеть сочетания недоразвития и ускоренного (акселеративного) развития отдельных психических сфер, при которых возникают явления социальной и поведенческой дизадаптации. Отмечается искажение в последовательности формирования структур психического развития, когда в нарушение фундаментальных законов развития отдельные процессы и функции развиваются «по-своему», искаженно, образуя оригинальные, порой причудливые структурные образования, где верхние функциональные уровни могут быть сформированы лучше, чем нижние [20].(см. рис.3; таблица 2; приложение 2)

Рис.3. Асинхронное развитие



У детей с дисгармоничным развитием являются типичные для дошкольного возраста диагнозы — «формирование личности по истерическому типу», «неврозоподобные реакции», «характерологические и патохарактерологические реакции», «формирование личности по тормозному типу», «невротическое развитие личности».

Для изучения ряда закономерностей искажения психического развития показательным является дизонтогенез при так называемом синдроме раннего детского аутизма, отличающемся от всех вышеописанных аномалий развития наибольшей сложностью и дисгармоничностью как клинической картины, так и психологической структуры нарушений.

Сущность искаженного развития заключается в грубом нарушении адаптационных и приспособительных систем поведения, а также повреждении механизмов эмоциональной регуляции.

Таблица 2. Группа асинхронное развитие. Примеры формулировок заключений

1. Дисгармоническое развитие		
<i>Вариант</i>	<i>Возможные варианты кодирования МКБ-10</i>	<i>Примерные формулировки психологического заключения</i>
Экстрапунитивный тип	F91.3	Дисгармоническое развитие, экстрапунитивный тип;
Интрапунитивный тип	F94, F-92, F93, F98	Дисгармоническое развитие, интрапунитивный тип;
2. «Искаженное развитие»		
С преимущественным искажением эмоционально-аффективного развития (РАС 1-4-я группа по О.С.Никольской)	F84.0, F84.01, F84.02, F84.5	Искаженное развитие, с преимущественным искажением эмоционально-аффективного развития;
С преимущественным искажением когнитивного развития	В основном, «текущее» заболевание «детская шизофрения».	Искаженное развитие, с преимущественным искажением когнитивного развития;
Мозаичные формы искаженного развития (смешанный тип)		Мозаичная форма искаженного развития.
3. «Одаренность»		
С парциальными вариантами одаренности (музыкально, художественно, математически одаренные дети)	Парциальный вариант одаренности (музыкально, художественно, математически и т.д.);	
Тотально одаренные дети (во всех сферах деятельности)	Тотальный вариант одаренности.	

Поврежденное развитие. Варианты отклоняющегося развития, возникшие при патологическом повреждающем воздействии на центральную нервную систему ребенка в тот момент, когда значительная (большая) часть

функциональных психических систем уже была сформирована и имеется определенный период условно-нормативного развития (см. рис 4; таблица 3; приложение 3).

Рис.4. Повреждённое развитие

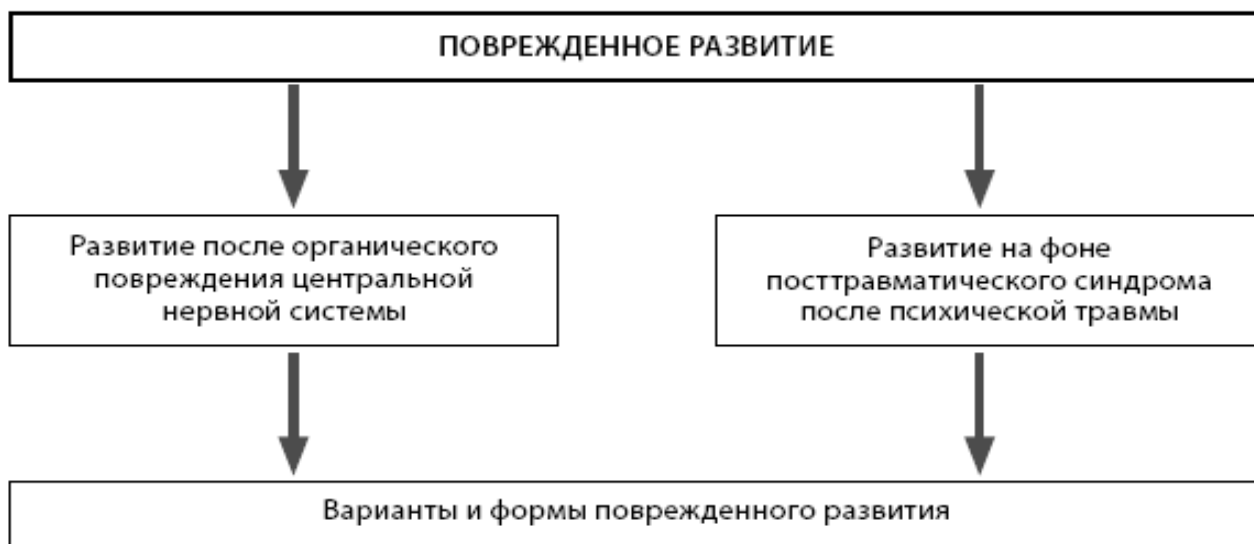
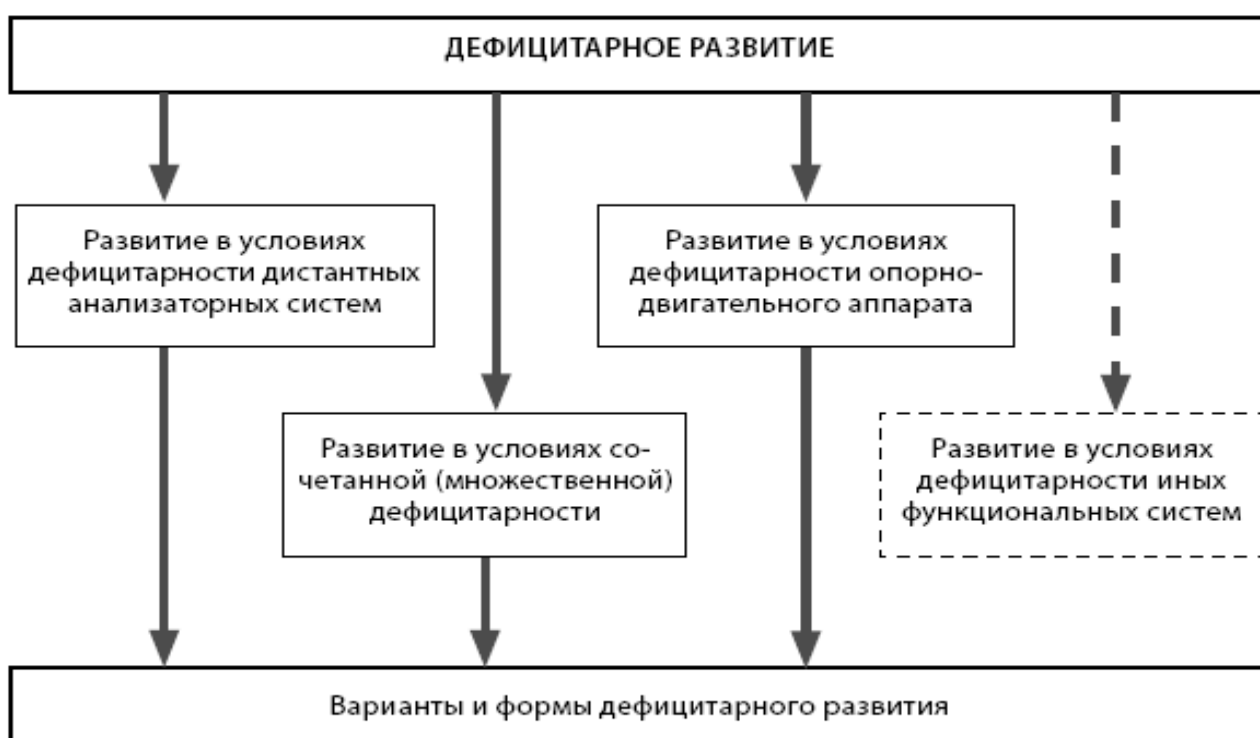


Таблица 3. Группа повреждённое развитие. Примеры формулировок заключений

<i>Вариант</i>	<i>Возможные медицинские заключения</i>	<i>Примерные формулировки психологического заключения</i>
1. Развитие после органического повреждения ЦНС		
Локально поврежденное развитие	В основном это опухоли, локальные кровоизлияния, очаги эпилептической активности, кисты и пр.	Поврежденное развитие после органического повреждения ЦНС, локально поврежденное развитие;
Диффузно поврежденное развитие.	Тяжелые прогрессирующие формы гидроцефалий, менингит, энцефалит, другие мозговые инфекции, тяжелые травмы мозга — сотрясения или ушиб, выраженный эписиндром, возникший после 3–3,5 лет, обширные кровоизлияния, состояния после нейрохирургических вмешательств и др.	Поврежденное развитие после органического повреждения ЦНС, диффузно поврежденное развитие;
2. Развитие на фоне посттравматического синдрома после психической травмы		Поврежденное развитие на фоне посттравматического синдрома после психической травмы

Дефицитарное развитие. В рамках дефицитарного развития в соответствии с принятой в коррекционной педагогике и специальной психологии психолого-педагогической классификацией выделяют детей с различной степени нарушениями формирования сенсорных (в первую очередь, слуховой и зрительной) и двигательных функций. В эту группу включают также детей с множественными нарушениями, когда отклонения присутствуют в различных сочетаниях, иногда с присоединением дисфункций других психических и соматических систем ребенка. Эта категория детей получила еще не устоявшееся определение «дети с сочетанным (множественным, комплексным) дефектом», в нормативно-правовых актах эта группа именуется «дети со сложной структурой дефекта» [5]. (см. рис.5; таблица 4; приложение 4).

Рис.5 Дефицитарное развитие



Основным критерием выделения этого типа отклоняющегося развития является возникшая в раннем возрасте (или даже пренатально) недостаточность отдельных анализаторных систем (или их сочетание) или центрального звена обеспечения двигательного развития (например, нарушения опорно-двигательного аппарата, возникшие при детском церебральном параличе). Предполагается, что дефицитарность существует на всем протяжении формирования психических функциональных систем и процессов, то есть с самого раннего возраста. Случаи же органических повреждений анализаторных систем, произошедших в более позднем возрасте, когда соответствующие психические системы уже в целом сформированы, должны быть отнесены к группе поврежденного развития (локально поврежденному развитию). Однако часто они рассматриваются в рамках дефицитарного развития, что методологически не всегда оправдано [25].

Таблица 4. Группа дефицитарное развитие.
Примеры формулировок заключений

Группа «Дефицитарное развитие»

Вариант	Примерные формулировки психологического заключения
<u>1.</u> <u>Дефицитарность</u> <u>дистантных</u> <u>анализаторных</u> <u>систем</u>	Дефицитарность слухового восприятия Дефицитарность зрительного восприятия
<u>2.</u> <u>Дефицитарность</u> <u>опорно-</u> <u>двигательного</u> <u>аппарата</u>	← Аналогичная формулировка
<u>3. Сочетанная</u> <u>дефицитарность</u>	
<u>4.</u> <u>Дефицитарность</u> <u>иных</u> <u>функциональных</u> <u>систем.</u> 1.	

Следует помнить, что заключение не должно содержать в себе медицинских заключений (например, из выписок медицинских карт детей)

Заключение должно быть полным и информативным, иметь двух-трёх ступенчатую структуру. Чтобы сконструировать полное психологическое заключение, сначала указывается первичный, а затем все сопутствующие дефекты. Если ребёнок с сочетанной структурой дефекта, то указываются все имеющиеся и приобретённые нарушения, что подтверждает правильно определённую программу обучения ребёнка.

Обращаем внимание на то, какой вариант адаптированной программы определяется для ребёнка. Если программа для детей с интеллектуальными нарушениями, то на первом месте указывается вариант тотального недоразвития, а затем имеющиеся у ребёнка нарушения (дефицитарность опорно-двигательного, слухового, зрительного и пр.)

Бывают крайне редкие случаи, когда ребёнок не подходит ни к одной категории отклоняющегося развития, то заключение будет формулироваться индивидуально. Например: подросток с психопатопадобным поведением, в заключение психиатра фигурирует диагноз расстройства личности, шизофрения и у ребёнка наблюдается деменция на фоне психических расстройств, то

закключение будет формулироваться из имеющихся данных, потому что невозможно отнести этот случай к имеющимся категориям. Примерная формулировка будет звучать следующим образом: *Снижение интеллектуальной деятельности на фоне выраженных нарушений поведения и дисгармонизации эмоционально-волевой сферы.*

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

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

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

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

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

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

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

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

Если деятельность педагога-психолога образовательной организации понятна с точки зрения её содержания, структуры, направлений, то деятельность педагога-психолога ПМПК недостаточно структурирована и регламентирована. В данном пособии была систематизирована деятельность педагога-психолога в условиях ПМПК, выделены основные её направления и раскрыто содержание.

Структура пособия выстроена от общей характеристики основных направлений деятельности до характеристики содержания деятельности педагога-психолога в рамках ПМПК.

Основное содержание данного методического пособия изложено с учетом наиболее актуальных и практических вопросов по написанию заключений и диагностической деятельности.

Часть материалов носит практическую направленность и может использоваться как основа для непосредственной работы педагога-психолога.

Материалы данного пособия будут полезны практическим работникам системы специального образования, специалистам ПМПК, в первую очередь педагогам-психологам, как практические рекомендации по реализации главной

цели – определению специальных образовательных условий для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. /Под. ред. К.С. Лебединской. — М., 1982.
2. *Ануфриев А.Ф.* Психологический диагноз: Система основных понятий. — М.: МГОПИ — «Альфа», 1995.
3. *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. - СПб.: Питер, 1999. (Серия «Мастера психологии»).
4. Диагностический комплект. Исследование особенностей развития познавательной сферы детей дошкольного и младшего школьного возрастов. Библиотека психолога-практика. Авт.-сост. Н.Я. Семаго, М.М. Семаго. — М.: АРКТИ, 1999.
5. *Исаев Д.Н.* Психическое недоразвитие у детей. — Л., 1982.
6. *Ковалев В.В.* Психиатрия детского возраста. — М.: 1995.
7. Комплексная методика психомоторной коррекции. /Под ред. А.В. Семенович. — М.: 1998.
8. Консультирование детей в психолого-педагогическом центре /Под ред. Л.С. Алексеевой. — М.: НИИ семьи, 1998.
9. *Кузнецова И.В., Ахутина Т.В., Битянова М.Р., Пахомова АЛ., Полонская Н.Н. и др.* Психолого-педагогическое обеспечение коррекционно-развивающей работы в школе: Пособие для адм. шк., педагогов и шк. психологов. Кн. 1. — М.: НМЦ «ДАР» им. Л.С.Выготского; Образовательный центр «Педагогический поиск», 1997.
10. *Лаак Я. Тер.* Психодиагностика: Проблемы содержания и методов. — М.: ИПП, Воронеж: НПО «МОДЭК», 1996.
11. *Лебединская К.С., Никольская О.С.* Диагностика раннего детского аутизма: начальные проявления. — М.: Просвещение, 1991.
12. *Лебединский В.В.* Нарушения психического развития у детей. — М.: МГУ, 1985.
13. *Лубовский В.И.* Дифференциальная диагностика нарушений развития. Проблемы и перспективы. В сб.: Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г. // М., 1998.
14. Организация деятельности системы психолого-медико-педагогических комиссий: Руководство // Проект ТАСИС «Поддержка взаимодействия в области образования, здравоохранения и социальной защиты». — М.; Орел: Управление общего и профессионального образования, 2002.
15. Психологическая диагностика детей и подростков. /Под ред. К.М. Гуревича. — М., 1995.
16. Психолого-медико-педагогическая консультация: Методические рекомендации / Под ред. Л.М. Шипицыной. — СПб.: Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, 1999.

17. Психолого-медико-педагогическое обследование ребенка. Комплект рабочих материалов. /Под общей ред. М.М. Семаго. — М.: АРКТИ, 1999.
18. *Семаго М.М.* Консультирование семьи «проблемного» ребенка (психокоррекционные аспекты работы психолога-консультанта). — Ж. «Семейная психология и семейная терапия», 1998, № 1.
19. *Семаго М.М., Семаго Н.Я.* Интегративный подход к психологической диагностике отклоняющегося развития. В сб. Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. //Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г.// М., 1998.
20. *Семаго Н.Я., Семаго М.М.* Типология отклоняющегося развития. Недостаточное развитие — М.: Генезис (серия: Учебник XXI века)
21. *Семаго Н.Л.* Современные подходы к формированию пространственных представлений у детей, как основы компенсации трудностей освоения программы начальной школы. /Ж. Дефектология, № 1. - М.: Школа-Пресс, 2000.
22. *Семенович А.В.* Нейропсихологические синдромы отклоняющегося развития.// «Таврический журнал психиатрии». Т. 3. 1999, № 3.
23. *Семенович А.В., Архипов Б.А.* Методологические аспекты нейропсихологической диагностики отклоняющегося развития. В сб.: Проблемы специальной психологии и психодиагностика отклоняющегося развития. // Материалы Всероссийской научно-практической конференции и семинара: «Современная психологическая диагностика отклоняющегося развития: методы и средства. Проблемы специальной психологии в образовании». 25-27 ноября 1998г.// М., 1998.
24. *Семенович А.В., Умрихин С.О.* Пространственные представления при отклоняющемся развитии. Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике. — М., 1998.
25. Схема нейропсихологического обследования детей. /Под ред. А.В. Семенович. - М.: МГПУ, 1998.
26. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. — М.: Изд-во МГУ, 1990.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение 1

Группа «Недостаточное развитие»

Включает в себя 3 подгруппы:

1. Тотальное недоразвитие
2. Парциальное недоразвитие
3. Задержанное развитие

1. Тотальное недоразвитие выделяет виды:

-простой (уравновешенный вариант)

-аффективно-возбудимый вариант (возбудимая форма, аффективная форма),

-тормозимо-инертный вариант (тормозимая форма, аутоподобная форма).

— **Простой уравновешенный тип:** уравновешенность в поведении ребенка, непосредственность реакций, сниженность реагирования. Деятельность манипулятивная, подражательна, такие дети зависимы, несамостоятельны. Ребенок держится без дистанции, быстро становится «дурашливым». Признаки полевого, нецеленаправленного поведения. Общая моторика дисгармонична, мелкая моторика развита слабо, с трудом даются точные, координированные движения.

Темп деятельности: как правило, замедленный, но может быть и быстрым, импульсивным вследствие нескритичности.

Работоспособность: снижена, или норма. Самостоятельный контроль за результатами собственной деятельности малодоступен, не удерживает алгоритм задания, не в состоянии сравнить полученный результат с требуемым. На фоне утомления деятельность становится импульсивной.

Наблюдается грубая несформированность (дефицитарность) всех психических процессов и функций. Страдают «сложные» интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом (как отмечается практически во всех исследованиях), снижен уровень понятийного мышления, а также наличествует выраженная недостаточность элементарных компонентов познавательной деятельности. Отмечается значительное снижение результативности выполнения заданий вербального-логического и перцептивно-действенного характера, отсутствие стратегии их выполнения.

Игра: примитивна, сюжетно и эмоционально обеднена и манипулятивна, не принимает условности игры. В играх с другими детьми играет пассивную роль, нуждается в тщательной организации и планировании игры.

Аффективно-эмоциональная сфера: эмоциональная уплощенность, зависимость, несамостоятельность. При этом ребёнок незлобен, чаще благодушен, чем раздражен. Самооценка неадекватна, ориентирована на оценку другого человека, в том числе и другого ребенка. В силу снижения критичности притязания на успех неадекватны, могут быть завышены.

Развивающая и коррекционная работа: учитывать феноменологические особенности, и особенности сформированности регуляторного и когнитивного компонентов познавательной деятельности. Программы по развитию

межанализаторных взаимодействий (зрительно-, слухомоторные координации), развитие произвольных форм регуляции психических функций и поведения, в том числе функций программирования и контроля, а также формирование пространственных представлений начиная с уровня «от тела». В качестве программы развития аффективно-эмоциональной сферы необходимо выделить, в первую очередь, тоническую стимуляцию за счет организации ритма аффективной жизни, подключение к работе опоры на чувственный опыт ребенка.

— **Аффективно-неустойчивый тип:** выраженная импульсивность, грубые нарушения целенаправленности, самоконтроля, регуляции и организации своего поведения и деятельности при интеллектуальном дефиците. Характерны немотивированные перепады настроения от эйфории к дисфории, и наоборот. На фоне пресыщения или истощения чаще всего и возможны аффективные вспышки деструктивного характера. Расторможенность витальных влечений — жажды, пищевых и др., расторможенность сексуальных влечений.

Поведение: носит полевой характер, ребёнок импульсивен, эйфоричен или, наоборот, дисфоричен, может быть агрессивен. Очень легко переходит от эйфории к дисфории без причины. Держится без дистанции, фамильярен и упорен в своих желаниях и потребностях, грубо не критичен в своих естественных проявлениях (может рыгнуть, выпустить газы, обмочиться во время обследования, ничуть не смущаясь от этого). Ориентировочная реакция повышена, неадекватна силе побуждающего воздействия среды. «неадекватное, грубо импульсивное и полевое».

Темп деятельности: неравномерен, импульсивно убыстрен. Нецеленаправленный характер деятельности, малопродуктивной и хаотичной, не критичность, по сути, отсутствие мотивации к улучшению результатов. Дети быстро пресыщаемы, не могут даже недолгое время заниматься однотипной несложной деятельностью, достаточно быстро проявляя негативизм и аффективные вспышки разного рода.

Познавательная деятельность: тотальное недоразвитие всех ее составляющих. Отмечается низкая результативность выполнения как вербальных, так и невербальных заданий (сопровождающаяся специфичным поведением). Грубая несформированность регуляторных функций всех уровней, сопровождающаяся иерархичным недоразвитием высших психических функций (включая языкоречемыслительную деятельность, различные виды памяти, внимания, слухового и зрительного гнозиса, конструктивного праксиса и т.п.).

Эмоционально-волевая сфера: вспыльчивость, неуправляемость, ребёнок легко переходит от эйфории к дисфории и агрессии. Эмоциональный фон нестабилен. Проявляется крайняя импульсивность во всех сферах, чрезвычайно зависим от своих витальных потребностей, не способен их контролировать. Отсрочка или невыполнение желаний вызывает бурные аффективные вспышки, порой с элементами не только агрессии, но и аутоагрессии.

Коррекционная работа: формирование произвольной регуляции деятельности и функции программирования и контроля,

— **Тормозимо-инертный тип:** Наблюдается постоянная вялость, заторможенность, инертность (ригидность), низкий уровень психической

активности, снижение мышечного тонуса. Причинами могут быть органическое поражение ЦНС, эпилепсия или различные формы эпилептического синдрома.

Ребенок тихий, заторможенный, вялый, неактивный, признаки моторной неловкости — неуклюжи, двигательная сформированность явно недостаточна.

Темп деятельности: низкий, выраженная инертность, склонность к реакциям тормозимого типа, замыкание в себе, прекращение какой-либо деятельности. В то же время ребенок легко отвлекаем и тормозим.

Работоспособность: невысокая, быстро пресыщаемы. Общий уровень психической активности и психического тонуса снижен. Ребенок адекватен ситуации. Иногда (например, на уроке) ребенок может быть тих, спокоен, но не включен.

Критичность: ребенок свои ошибки замечает с трудом, может долго не продолжать работу после сделанного замечания. критичность значительно снижена.

Познавательная деятельность: отягощается инертностью, тугоподвижностью и высокой тормозимостью всех психических процессов. Грубая несформированность всех психических процессов и функций. Страдают интегративные уровни когнитивной сферы, связанные с обобщением, анализом и синтезом. Значительное снижение продуктивности, и результативности выполнения заданий вербального и невербального характера, когнитивная несостоятельность, оставляя на втором плане поведенческие особенности. Резко снижен уровень обобщающих операций. Выражено нарушено внимание — его концентрация и переключаемость, резко снижен объем оперативного внимания.

Игра: стараются вообще не участвовать, минимально контактировать со сверстниками и скорее склонны к нахождению рядом со взрослым (воспитателем, учителем). пассивны, игра манипулятивная, подражающая, инертная.

Эмоционально-волевая сфера: фон настроения часто снижен, плаксивы, долго успокаиваются, не свойственны резкие перепады настроения. С трудом вступает в контакт, склонен к монотонной однообразной деятельности и испытывает дискомфорт при ее прерывании

Коррекционная работа: включение разнообразной сенсорной стимуляции (за исключением случаев эпилептиформных расстройств), что обеспечит необходимую тонизацию, повышение уровня общей психической активности. Программы по формированию произвольной регуляции деятельности, функций программирования и контроля, различные формы двигательных и когнитивных занятий, в том числе формирование пространственных представлений.

2. Парциальное недоразвитие (недостаточность) компонентов психической деятельности

(замедление темпа развития, проявляющееся в недостаточности знаний, ограниченности представлений, незрелости мышления, малой интеллектуальной направленности, нестойкими интересами.)

- парциальное недоразвитие преимущественно регуляторного компонента деятельности (регуляторное недоразвитие с трудностями удержания алгоритма деятельности, регуляторное недоразвитие с высоким уровнем психического тонуса, регуляторное недоразвитие со сниженным психическим тонусом).

- парциальное недоразвитие преимущественно когнитивного компонента деятельности (недостаточность вербально-логического компонента познавательной деятельности, недостаточность иных компонентов познавательной деятельности).

- смешанное парциальное недоразвитие.

— **Парциальное недоразвитие регуляторного компонента деятельности:** Основными медицинскими диагнозами являются: «синдром гиперактивности и дефицита внимания», «минимальная мозговая дисфункция»¹, «гиперкинетические расстройства» (F90) (МКБ-10), «специфические нарушения развития моторной функции» (F82). Уже в младшем школьном возрасте можно встретить диагноз «расстройства поведения» (F91), «другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, возникающие обычно в детском и подростковом возрасте» (F98).

В первую очередь страдает произвольная регуляция как «базисных» компонентов психической деятельности (восприятия, памяти, внимания), так и целеполагания, программирования и контроля. В то же время (и это является особенностью именно этого варианта) при достаточной внешней организации деятельности, ее жестком и поэтапном контроле со стороны взрослого дети способны к выполнению познавательных задач, соответствующих возрасту.

Обычно ребёнок легко отвлекаем, не удерживает данные ему инструкции, нуждается не только во внешней мотивации, но и во внешнем программировании и контроле деятельности

Общая моторика неловкая, негармоничная, а мелкая моторика страдает и в звене тонуса, и в звене направления движения (особенно на письме). Часто поведение такого ребенка выглядит как неадекватное и ситуации, и возрасту. Дети и пресыщаемы, и истощаемы.

Адекватность и критичность: оказываются сниженными в силу импульсивности ребенка и трудности целенаправленной деятельности, особенно в ситуации утомления.

Познавательная деятельность: оказывается дефицитарной именно в звене регуляции — страдают произвольное запоминание, произвольное внимание и др. Часто вообще невозможно выполнять задания, требующие выстраивания алгоритма деятельности. В ситуации, когда деятельность ребенка жестко организована и контролируется взрослым, результативность выполнения может соответствовать условно нормативным показателям. Страдают пространственные представления.

— **Парциальное недоразвитие когнитивного компонента деятельности:** несформированность всей системы пространственно-временных репрезентаций (представлений). значительная часть этой категории — дети с нарушениями речи.

Темп деятельности: снижен, в особенности при работе с вербальными заданиями, фоне утомления может появляться как негрубая импульсивность, так и выраженная вялость, потеря интереса к предлагаемым заданиям.

Познавательная деятельность: страдает при дефицитарности речевых и языковых структур. Отмечается сужение объема активного внимания, проблемы мнестического характера: выраженная несформированность пространственных и

квазипространственных представлений приводит к трудностям правильного употребления предлогов и аграмматизмам в речи. Велики трудности понимания и актуализации причинно-следственных отношений, понимание сложных речевых конструкций в целом. Затруднено выполнение заданий конструктивного характера.

— **Парциальное недоразвитие смешанного типа:**

Основными медицинскими диагнозами будут: «задержка психоречевого развития», «ЗПР церебрально-органического генеза»; медицинские диагнозы: «неврозоподобный (астенический) синдром», «специфические расстройства учебных навыков» — (F81) (МКБ-10); «дисграфия», «дислексия» (логопедический диагноз) и т.п. Часто таким детям в дошкольном возрасте может быть ошибочно поставлен диагноз «легкая умственная отсталость» — (F70) (МКБ-10),

Проявляется недостаточностью регуляторного и когнитивного компонентов деятельности, в данном случае ребенок демонстрирует большую несформированность познавательной деятельности (интеллектуальную недостаточность)

3. Задержанное развитие

- темпово задержанное развитие (гармоничный инфантилизм),
- неравномерно задержанное развитие (дисгармоничный инфантилизм) с двумя формами: экстрапунитивная форма неравномерно задержанного развития и интрапунитивная форма неравномерно задержанного развития.

— **Равномерно (темпово) задержанное развитие** (*гармонический инфантилизм*); могут быть диагнозы: «инфантилизм», «конституциональная задержка психического развития»

По всем показателям, в том числе и интеллектуальным, он демонстрирует абсолютно условно нормативное развитие, только ребенка на 1–1,5 года младше.

Утомляемость и истощаемость выше при работе с учебными заданиями, чем в игре. Темп деятельности зависит от таких особенностей, как уровень психического тонуса, а также от соматического состояния.

Регуляция деятельности: неустойчива, зависит от мотивации, эмоционального комфорта.

Недостаточность произвольного внимания — неумение сосредоточиться (производят впечатление очень забывчивых, хотя каких-либо реальных нарушений памяти нет).

Адекватность и критичность: соответствует психофизическому развитию. Но в ситуациях нетипичных, выходящих за рамки привычных бытовых, ребенок может легко «потеряться» или стать неадекватным тем социальным нормативам поведения, которые общество предъявляет к ребенку данного паспортного возраста.

Развитие *познавательной деятельности* также темпово задержанно. Речь такого ребенка носит оттенок инфантильности, в ней присутствуют специфичные для младшего возраста интонации и слова, кроме того, сама структура фразы характеризует речь как темпово задержанную.

Игра и эмоционально-личностные особенности: гармоничны и соответствуют показателям ребенка более младшего возраста. Эмоциональный

тонус нестабилен

— Неравномерно задержанное психическое развитие (дисгармонический инфантилизм): характеризуется более высоким уровнем сформированности когнитивного компонента психической деятельности по сравнению с уровнем развития произвольной регуляции собственной деятельности, мотивационной и аффективно-эмоциональной сфер. Официальные медицинские диагнозы будут связаны, прежде всего, с каким-либо соматическим состоянием ребенка.

Раннее развитие: с точки зрения сроков и темпа психического развития ничем не отличается от средненормативного. Родители отмечают в раннем возрасте много проблем со здоровьем

Поведение: ребенка, как и в случае гармонического инфантилизма, имеет особенности, характерные для более младшего возраста.

Познавательная деятельность: развивается опережающе. Это усугубляет *дисгармоничность* развития в целом, еще более отодвигая на второй план формирование регуляторной и аффективно-эмоциональной сфер.

Экстрапунитивные черты личности — активность, настаивание на своем и др. Характерны также обидчивость, внушаемость, зависимость, тревожность, эмоциональная лабильность.

Интропунитивные черты развития личности — с невысоким уровнем психической активности. Такие дети будут чаще застенчивы, зависимы, но могут быть капризны, упрямы в связи с определенной аффективной неустойчивостью. Они также не находят общего языка со сверстниками, поскольку слишком эмоциональны.

Группа «Асинхронное развитие»

Состоит из 4 подгрупп:

1. Дисгармоническое развитие (от 6,5-7 лет)

- экстрапунитивный тип дисгармонического развития,
- интрапунитивный тип дисгармонического развития
- дисгармоническое развитие по апатическому типу.

2. Искаженное развитие

- с преимущественным искажением эмоционально-аффективного развития
- с преимущественным искажением когнитивного развития
- мозаичные формы искаженного развития.

3. Одаренность

- с парциальными вариантами одаренности (музыкально, художественно, математически одаренные дети)
- тотально одаренных детей (во всех сферах деятельности)

4. Дизинтегрированное развитие

была выделена исключительно в результате использования трехкомпонентной модели анализа.

1. Дисгармоническое развитие

— **Экстрапунитивный тип дисгармонического развития:** выраженная специфика поведения ребенка: от нарочитой независимости до выраженной демонстративности, порой демонстративного негативизма. В возрасте (5–7 лет) можно говорить о е формировании активных негативистских и протестных форм поведения, элементов демонстративности, которые усугубляются на фоне утомления ребенка.

Типичные диагнозы: «формирование личности по истерическому типу», «характерологические и патохарактерологические реакции» — для детского возраста, «психопатия возбудимого типа», «характерологические и патохарактерологические реакции», «патологическое формирование личности», «истерический невроз», «вызывающее оппозиционное расстройство»

Особенности раннего развития: из этого типа развития чаще всего и происходит девиация в предпубертковом возрасте. в раннем возрасте демонстративны, более капризны, чем их сверстники. становятся тиранами семьи.

Работоспособность: при хорошей мотивации работоспособность может быть даже повышенной. Но пресыщаемы однотипной деятельностью, что часто и вызывает демонстративные, агрессивные и протестные реакции.

Произвольная регуляция: соответствует возрастным показателям, а иногда даже развита выше. Но существуют варианты и недостаточной сформированности регуляторных функций, что сопровождается импульсивностью, непоследовательностью в демонстративных притязаниях и поведении в целом.

Критичность: к своему поведению снижена, он убежден, что в его поведении нет ничего предосудительного. Могут наблюдаться самые разнообразные варианты.

Обучаемость: от средненормативной для данного возраста до высокой.

Познавательное развитие: может быть достаточным. Трудно выявить какие-либо четкие особенности сформированности отдельных высших психических функций. Речевая активность такого ребенка скорее будет высокой, иногда даже чрезмерной, хорошо контролируемой.

дети хорошо ориентируются в проявлениях эмоционального состояния других людей по отношению к себе, а с другой — в отсутствии собственно эмоционального контроля и эмпатии по отношению к другим людям.

— **Интропунитивный тип дисгармонического развития**

: характеризуется противоположными формами аффективного реагирования ребенка в различных жизненных, в том числе и стрессогенных, ситуациях.

Типичные диагнозы: для детей младшего возраста — «формирование личности по тормозимому типу», «невротическое развитие личности», «расстройства привычек и влечений детского возраста»; «астено-невротический синдром», для подростков — «невроз навязчивых состояний», «психопатия тормозимого типа», различные варианты психосоматического развития, «расстройства социального функционирования, начало которых характерно для детского и подросткового возрастов» (F94), «смешанные расстройства поведения и эмоций» (F92) «эмоциональные расстройства, специфичные для детского возраста» (F93), «другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте» (F98) (по МКБ-10).

Поведение: невысокий фон настроения, снижены показатели общей психической активности, робкие, неуверенные, тревожные, часто мнительные. Выделяются сутулостью, моторной и эмоциональной зажатостью. Подростки стесняются себя, прячут свое тело под бесформенной длинноватой одеждой. Речевая активность невысокая; с трудом вступая в контакт, ищут взглядом поддержки, одобрения со стороны близких.

Работоспособность: ниже возрастных показателей за счет соматической ослабленности, недостаточности уровня психической активности. Деятельность замедленна из-за неуверенности в себе.

Наблюдается свехкритичность к результатам своей деятельности.

2. Искаженное развитие

— **Искажение преимущественно аффективно-эмоциональной сферы:**

В МКБ-10 РДА рассматривается в рамках группы «общие расстройства психологического развития» (F84). Детям могут быть поставлены диагнозы: «детский аутизм» — (F84.0, F84.01, F84.02), «атипичный аутизм» (F84.1). У детей **4-й группы** учитель-логопед часто констатирует общее недоразвитие речи. А детям **3-й группы** ставится диагноз «синдром Аспергера» (F84.5) — «шизоидная психопатия».

В основе лежит «тяжелейшая дефицитарность аффективного тонуса, препятствующая формированию активных и дифференцированных контактов со средой, выраженное снижение порогов аффективного дискомфорта, господство

отрицательных переживаний, состояния тревоги, страха перед окружающим... стремление стереотипизировать и упрощать эти контакты»¹. **ранний детский аутизм (РДА).**

В раннем развитии (3-4 группы) отсутствует период нормативного развития. неправильность реакций на силу внешнего раздражителя (гипо- или гиперестезия), сверхпассивность, неотзывчивость или, гипервозбудимость, склонность к паническим реакциям даже на слабые воздействия.

ЭВС: оказывается максимально затронутой при этом типе искаженного развития. На первый план у детей обеих групп выступает невозможность организовать полноценную и адекватную коммуникацию с окружающими (порой одинаково трудно как с детьми, так и со взрослыми). Эмоциональная сфера незрела и инфантильна. Специфично непонимание юмора и шуток, метафоричности выражений. Значительные трудности имеются в понимании эмоций и чувств окружающих людей.

4-я группа РДА

характерна тормозимость, пугливость в контактах, ощущение несостоятельности, необходимость постоянной поддержки со стороны взрослого, что усугубляет дезадаптацию в целом, **не трудности коммуникации, а проблемы задержки развития.** Пытаются строить правильные формы поведения в обществе. Трудности эмоционального гнозиса (восприятия и эмоциональной оценки выражения лица), «считывания ситуации» в целом.

Раннее развитие: снижение мышечного и психического тонуса, рано выделяют мать, страх чужого лица возникает своевременно (в возрасте 7–8 месяцев), выражен интенсивно. Повышенная чувствительность (гиперестезия) к световым, тактильным, звуковым и другим раздражителям. Сверхзависим от близких и даже в речи, в поведении долго может сохранять фразы и поведение.

Внешний вид, поведение: скованные, неловкие и угловатые. Отрешенность, отсутствие (или чрезвычайная кратковременность) контакта «глаза в глаза», чрезмерная зависимость от матери и привязанность к ней. В сложных, незнакомых ситуациях возникают двигательные стереотипии (рук, головы и плечевого пояса), речевые стереотипии.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность: медленные, застревающие, быстро утомляемые, отвечают с большой латенцией, общая вялость, сменяется перевозбуждением. Работают тщательно, боясь что-либо сделать неправильно. Работоспособность может быть снижена.

Регуляция деятельности: сформирована, двигательная-нет.

Адекватность: адекватны к предлагаемым заданиям, но не понимают скрытого или юмористического подтекста, что осложняет их взаимодействие со сверстниками.

Критичность: чрезмерно критичны к своей деятельности.

Познавательная деятельность: ощущение, что они не понимают инструкции и требуется ее повторение. Невербальные задания могут выполняться достаточно хорошо. Проблемы речевого развития: речь бедна, аграмматична, иногда с нарушениями звукопроизношения. Наблюдаются трудности работы с вербальным материалом, а также трудности интерполяции и предвосхищения, недоступность понимания скрытого смысла и подтекстов

рассказов, пословиц и поговорок. Возможности детей обычно связаны с невербальной сферой (музыкой, конструированием).

ЭВС: повышенная ранимость, тревожность, скрытая за внешней отрешенностью, наличие страхов (например, громкого голоса, внезапного, пусть даже негромкого звука), сверхзависимость от близких. Привязываются к специалистам, переживают прекращение занятий, страдают от этой разлуки, реже — проявляют свою обиду: обходят стороной и т.п., но делают это неловко и наивно. Невозможность «считывания ситуации» при наличии потребности в общении.

3-я группа РДА

У этой группы обнаруживают варианты парциальной акселерации. Их родители жалуются уже на **трудности во взаимодействии, конфликтность ребенка.**

Раннее развитие: снижение порогов восприятия, «сенсорная ранимость». В первые месяцы жизни беспокойство, напряженность, отсутствие чувства «опасности края», бесстрашием. ***Страх чужого лица не возникает вообще.*** Именно у родителей таких детей возникают опасения относительно эмоциональной адекватности.

В речевом отношении может опережать сверстников: первые слова появляются иногда в 8 месяцев, быстро растет словарь, фраза может быть правильной и сложной, но не несет в себе коммуникативности. Несмотря на «развитую» речь, поговорить с ребенком невозможно, речь эхолалична и стереотипна, повторяются куски слов, фраз. Уже в возрасте до 3 лет у ребенка могут появиться монологи на аффективно значимые темы, использование штампов и цитат.

Внешний вид, поведение: демонстрируют псевдообращенность к собеседнику, выражение постоянного энтузиазма на лице, утрированное оживление, которое может оцениваться как высокое интеллектуальное развитие (за счет оригинальных интересов), большой запас слов, но речь в то же время оторвана от ситуации, мало модулированная, иногда скандированная. Моторная неловкость, недостаточность координации движений. Несоответствие бытовой непригодности, несформированности простых навыков самообслуживания достаточно высокому уровню речи. Свойственны речевые, чем моторные стереотипии.

Темповые характеристики деятельности, работоспособность.: оживлены, многословны, громки. Создается ощущение их активности, хотя и продуктивность, и темп, и работоспособность не соответствуют возрасту. Активны и неустойчивы эти дети в сфере своих стереотипных интересов.

Регуляция деятельности: не в состоянии регулировать свое поведение, речь в соответствии с требованиями окружающей обстановки, ситуации.

Адекватность: Низкая адекватность, даже при доброжелательном общении.

Критичность: снижена.

Познавательная деятельность: развитая речь, изобилует цитатами, сложными, редкими словами. Наблюдаются легкие проявления искажения мыслительной деятельности, которая не направлена на освоение нового и не

развивается. Ребенок может понять закономерности и причины того или иного, но не соотносит все это с действительностью. Результативность выполнения невербальных заданий может быть высокой. В то же время у ребенка может быть хорошая слухоречевая память.

ЭВС: эмоционально «стеничными» и энергичными, но крайне уязвимы, подвержены страхам, только их тревога проявляется в «активных» формах. Такой ребенок по-своему сильно привязан к близким, с которыми непростые, часто «провокационные» отношения. Наличие страшных, неприятных и нередко асоциальных интересов и фантазий. Невозможна регуляция собственной эмоциональности и межличностных отношений.

— **Искажение преимущественно когнитивной сферы.** Обычно «текущее» заболевание «детская шизофрения».

Есть период нормативного (часто даже опережающего) речевого и собственно когнитивного развития. Существует «спусковой механизм», начало изменений в ребенке. Ребенок начинает терять познавательные интересы, снижается продуктивность интеллектуальной деятельности, часто «уходит» речь, ребенок становится беспричинно вялым или возбужденным. Отмечается потеря эмоциональной живости и интереса к окружающему. Поведение ребенка становится странным. Начало проявлений — как в 6–8 лет, так и позже — в 10–13 лет.

Речевое развитие раннее — фразовая речь с богатым запасом слов может быть сформирована уже к 1,5–2 годам, рано и очень легко научается читать, считать, позже, чем другие, овладевают элементарными навыками самообслуживания.

Поведение: стереотипные движения разной степени выраженности, в грубых случаях возможно застывание в отдельных позах, их вычурность. Речь развернута, но с вычурными, штампованными оборотами, резонерством, пустым философствованием. Голос специфично модулирован, но лицо может быть амимичным. Ребенок может быть «зациклен» на своих интересах даже при общении со специалистом. В отдельных случаях на полном серьезе может считать себя чем-то или кем-то иным (например, животным).

Темп деятельности: замедлен или неравномерен

Адекватность: по ситуации (например, выражая неуверенность и опасение в незнакомой ситуации), но в основном они неадекватны и в эмоциональном реагировании, и в поведении, и во взаимодействии.

Критичность: снижена к своим аффективно заряженным переживаниям, сверхценным интересам.

Нарушение динамики мыслительной деятельности: опора на латентные признаки. В школьном возрасте могут быть элементы разноплановости мышления, паралогизмы, эхололии. Затрудняются в выполнении заданий, требующих выявления конкретных взаимосвязей между предметами или явлениями. В подростковом возрасте могут появиться сверхценные образования интеллектуального плана, философская «интоксикация». Речь взрослая со сложными оборотами, склонностью к резонерству или «мудрствованию». Отмечается специфика графической деятельности: дети предпочитают рисовать

схемы, карты, топографические планы. Рисунок стереотипен. интеллектуальное развитие можно оценить как высокое и креативное, что в ряде случаев оценивается даже как парциальная одаренность.

— **Мозаичные варианты искаженного развития.** Такие варианты до младшего подросткового возраста затруднительно оценить: тип ли это *преимущественного искажения эмоционально-аффективного развития* или *преимущественного искажения когнитивного развития*. Этому варианту свойственны черты как первого, так и второго типа. В периоды обострения заболевания (как правило, осенью и весной) возможен значительный «откат» и в общей динамике развития, и в способах взаимодействия с миром, и в целом в приобретенных социальных навыках.

Группа «Поврежденное развитие»

Варианты отклоняющегося развития, возникшие при патологическом повреждающем воздействии на центральную нервную систему ребенка в тот момент, когда значительная (большая) часть функциональных психических систем уже была сформирована и имеется *определенный период условно-нормативного развития*.

Данная группа разделена на два вида:

1. Развитие после органического повреждения ЦНС

- локально поврежденное развитие;
- диффузно поврежденное развитие.

2. Развитие на фоне посттравматического синдрома после психической травмы

1. Развитие после органического повреждения ЦНС

— Локально поврежденное развитие:

В основном это: (опухоли, локальные кровоизлияния, очаги эпилептической активности, кисты и пр.).

объем «общемозговых проявлений», меньше, поэтому общий прогноз развития более благоприятный (при адекватном лечении и мероприятиях восстановительного периода). Показатели критичности, адекватности и обучаемости окажутся специфичными в случае повреждения передних структур мозга (лобных систем). Однако в каждом конкретном случае может выявляться специфика этих показателей.

Когнитивная сфера определяется возрастом повреждения, его локализацией, компенсаторными возможностями ребенка.

Характерная особенность: «мозаичность» феноменологической картины познавательной деятельности, недостаточно сформированными (в соответствии с условно-нормативным развитием) мнестическая деятельность и операциональные характеристики деятельности.

Эмоционально-волевая сфера: широкий спектр проявлений: от вариантов условно-нормативного развития до brutальных форм личностных изменений. В подростковом возрасте любое повреждающее воздействие следует рассматривать как психическую травму.

Особое место в работе психолога должна занимать психокоррекционная работа, направленная на адекватизацию представлений о собственном состоянии, и работа с хронической психической травмой.

— Диффузно поврежденное развитие:

Причины: тяжелые прогрессирующие формы гидроцефалий, менингит, энцефалит, другие мозговые инфекции, тяжелые травмы мозга — сотрясения илишиб, выраженный эписиндром, возникший после 3–3,5 лет, обширные кровоизлияния, состояния после нейрохирургических вмешательств и др.

Наблюдаются колебания работоспособности, ее снижении вплоть до невозможности организации продуктивной деятельности, резком снижении

темпа психической деятельности, его неравномерности, как и неравномерности (колебаниях) психического тонуса.

Регуляторные функции: оказываются выражено поврежденными или несформированными, трудности регуляции собственной психической активности как на познавательном, так и на аффективном уровне, трудности программирования и контроля деятельности в целом.

Критичность, адекватность: в случаях выраженных повреждений снижены.

После перенесенного повреждения или заболевания наблюдается не только грубое изменение операциональных характеристик деятельности, но и, в тяжелых случаях, **распад** отдельных, уже сформированных ВПФ вплоть до органической деменции. При более мягких вариантах отмечается снижение темпа формирования отдельных психических функций и функциональных систем наряду с инертностью психической деятельности в целом.

Эмоционально-волевая сфера: с одной стороны эмоциональная инертность, вязкости, с другой — эмоциональная лабильность, нестойкости аффекта, наличии значительных колебаний настроения и аффективного тонуса в целом. Довольно часто в подростковом возрасте на фоне подобной эмоциональной лабильности, протестных реакций может возникнуть формирование дисгармонических черт личности и, при неблагоприятных условиях, девиация развития в сторону стойкой дисгармонии.

Группа «Дефицитарное развитие»

состоит из 4 вариантов:

1. дефицитарность дистантных анализаторных систем

- дефицитарность слухового восприятия
- дефицитарность зрительного восприятия

2. дефицитарность опорно-двигательного аппарата

3. сочетанная дефицитарность

4. дефицитарность иных функциональных систем.

Характерной является возникшая в раннем возрасте (или пренатально) недостаточность отдельных анализаторных систем (или их сочетание), в том числе проприоцептивной анализаторной системы или ее центрального звена (нарушения опорно-двигательного аппарата при детском церебральном параличе). То есть с самого раннего возраста у ребенка наблюдается дефицит (разной степени выраженности) информации, поступающей через соответствующий «дефицитарный» анализатор.

Дефицитарность дистантных анализаторных систем.

Дети с нарушениями слуха (неслышащие дети).

1. *Глухие (ранооглохшие) дети.* дети, родившиеся с уже нарушенным слухом или потерявшие его до начала речевого развития или на его ранних этапах. В результате врожденной или приобретенной в раннем возрасте глухоты они были лишены возможности естественного восприятия речи и самостоятельного овладения ею.

2. *Слабослышащие (тугоухие)* — дети с частичной потерей слуха. В зависимости от степени сохранности слуха некоторые из них могут в какой-то мере самостоятельно овладевать речью, которая будет, в свою очередь, иметь ряд существенных недостатков, подлежащих коррекции в процессе обучения.

3. *Позднооглохшие дети* — те, кто к моменту наступления глухоты или серьезного нарушения слуха обладал уже в достаточной степени сформированной речью. В рамках нашей типологии эту категорию детей можно отнести к категории *локально поврежденного* типа развития (когда повреждающий фактор вне зависимости от его этиологии и выраженности воздействует после того, как системообразующая группа функций — в данном случае речемыслительная деятельность — уже сформировалась).

Дети с нарушениями зрения (невидящие дети)

К категории детей, являющихся объектом детской тифлопсихологии, относят слепых, слабовидящих и детей с амблиопией и косоглазием. В зависимости от времени наступления дефекта выделяют две категории детей:

1. *Слепорожденные* — дети с врожденной тотальной слепотой или ослепшие в возрасте *до трех лет*.

В понятие слепой включаются две категории детей: дети с визусом «0» и светоощущением, а также дети, имеющие остроту остаточного зрения до 0,04 включительно на лучше видящем глазу с применением обычных средств коррекции — очков. Среди слепых детей выделяют также следующие группы:

- **абсолютно, или тотально, слепые** — дети с полным отсутствием зрительных ощущений;

- **частично, или парциально, слепые** — дети, имеющие светоощущения, форменное зрение (способность к выделению фигуры из фона) с остротой зрения от 0,005 до 0,04;

2. **Слабовидящие** — дети с остротой зрения от 0,05 до 0,2 на лучше видящем глазу с коррекцией обычными очками. Кроме снижения остроты зрения слабовидящие могут иметь отклонения в состоянии других зрительных функций (цвето- и светоощущения, периферическое и бинокулярное зрение). *зрительный анализатор остается основным источником восприятия информации об окружающем мире и может использоваться в качестве ведущего в учебном процессе, включая чтение и письмо.*

3. **Ослепшие** — дети, утратившие зрение в дошкольном возрасте и позже. Это позволяет отнести данную категорию детей к категории **локально поврежденного** типа развития. Этим детям более поздние нарушения зрения позволяют использовать уже ранее сформировавшиеся связи на основе зрения при осуществлении деятельности познания и образовать иные системы связи при компенсации дефекта.

Дети с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

врожденный и приобретенный характер. В зависимости от причины и времени поражения (что, в свою очередь, дифференцирует эту категорию детей как дефицитарный и поврежденный варианты развития) отмечаются следующие виды патологии опорно-двигательного аппарата.

1. *Заболевания нервной системы.*

2. *Врожденная патология опорно-двигательного аппарата.*

3. *Приобретенные заболевания, деформации и повреждения опорно-двигательного аппарата.*

ведущим является двигательный дефект. У большинства детей наблюдаются сходные проблемы: двигательные нарушения сочетаются в той или иной степени с особенностями сформированности сенсорных и когнитивных функций, с выраженной спецификой формирования познавательной деятельности в целом.

Составитель
Корзухина Светлана Александровна

**АЛГОРИТМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕДАГОГА-ПСИХОЛОГА В
УСЛОВИЯХ психолого-медико-педагогических комиссий (ПМПК)**

методические рекомендации

Оригинал-макет изготовлен
АУ «Институт развития образования»

Дизайн обложки:
Белов М.В.

Формат 60*84/16. Гарнитура Times New Roman.
Заказ № 487. Усл.п.л.4,6. Электронный вариант.

АУ «Институт развития образования»

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

Согласовано:
Корзухина С.А.