

## **Раздел 4. Модели и технологии психолого-педагогического сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья**

### *4.1. ПМПК как элемент психолого-педагогического сопровождения*

В соответствии с требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов для каждой из категории детей с нарушениями в развитии комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение в условиях образовательного процесса всех детей с особыми образовательными потребностями должно осуществляться с учётом состояния здоровья и особенностей психофизического развития. Последние описаны и в целом определены в соответствующих общих характеристиках каждой из категорий детей с ОВЗ. Сама специфика психолого-педагогического сопровождения для каждой из имеющихся на настоящий момент категорий детей с ОВЗ в каждом из ФГОСов и их вариантах не детализирована, но определяется соответствующими специальными образовательными условиями, определяемыми на психолого-медико-педагогической комиссии. Подобные условия исходят из специфики особенностей психофизического развития каждой категории детей с ОВЗ приведенными в соответствующих разделах ФГОСов.

В соответствии с требованиями Федеральных государственных образовательных стандартов для каждой из категорий детей с нарушениями в развитии организационный раздел основной образовательной программы всех образовательных учреждений должен содержать описание системы психолого-педагогических условий и ресурсов, которые должны обеспечивать:

- выявление и удовлетворение особых образовательных потребностей обучающихся с ограниченными возможностями здоровья при освоении ими рекомендуемой образовательной программы и их дальнейшую интеграцию в образовательной организации;
- реализацию комплексного индивидуально ориентированного психолого-медико-педагогического сопровождения в условиях образовательного процесса всех детей с особыми образовательными потребностями с учётом состояния здоровья и особенностей психофизического развития (в соответствии с рекомендациями психолого-медико-педагогической комиссии);
- создание специальных условий воспитания, обучения детей с ограниченными возможностями здоровья, безбарьерной среды жизнедеятельности и учебной деятельности; использование специальных образовательных программ, разрабатываемых образовательной организацией совместно с другими участниками образовательного процесса, специальных учебных и дидактических пособий; соблюдение допустимого

уровня нагрузки, определяемого с привлечением медицинских работников; проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий; предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего необходимую техническую помощь.

Коррекционная программа в структуре психолого-педагогического сопровождения должна содержать:

- цели и задачи коррекционной работы с обучающимися;
- перечень и содержание индивидуально ориентированных коррекционных направлений работы, способствующих освоению обучающимися с особыми образовательными потребностями рекомендуемой образовательной программы;
- систему комплексной психолого-медико-социальной поддержки обучающихся с ограниченными возможностями здоровья, включающую комплексное обследование, мониторинг динамики развития, успешности освоения образовательной программы;
- механизм взаимодействия, предусматривающий общую целевую и единую стратегическую направленность работы с учётом вариативно-деятельностной тактики учителей, специалистов в области коррекционной и специальной педагогики, специальной психологии, медицинских работников образовательной организации, других образовательных организаций и институтов общества;
- планируемые результаты коррекционной работы.

Основой эффективного психолого-педагогического сопровождения является выполнение ряда системообразующих условий. К ним относятся:

- адекватное определение вида, варианта, режима образовательной программы, а также специальных образовательных условий ее реализации на психолого-медико-педагогической комиссии;
- наличие в образовательной организации психолого-медико-педагогического консилиума, высококвалифицированных специалистов, обеспечивающих реализацию психолого-педагогического сопровождения;
- материально-технического обеспечения, в том числе программно-методического обеспечения;
- наличие в шаговой доступности реально функционирующей сети образовательных и иных организаций, обеспечивающих дополнительное комплексное сопровождение ребенка с ОВЗ вне образовательной организации, в которой он обучается

Психолого-педагогические условия реализации рекомендуемой ПМПК образовательной программы должны обеспечивать:

- преемственность содержания и форм организации образовательного процесса по отношению к предыдущему уровню образования;

- учет специфики возрастного психофизического развития обучающихся, в том числе особенности перехода из младшего школьного возраста в подростковый;
- формирование и развитие психолого-педагогической компетентности обучающихся, педагогических и административных работников, родительской общественности;
- вариативность направлений психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса;
- диверсификацию уровней психолого-педагогического сопровождения (индивидуальный, групповой, уровень класса, уровень учреждения);
- вариативность форм психолого-педагогического сопровождения участников образовательного процесса (профилактика, диагностика, консультирование, коррекционная работа, развивающая работа, просвещение, экспертиза).

Все вышеприведенные условия и задачи не могут быть эффективно решены, если не создана целостная система психолого-медико-педагогического сопровождения одним из основных элементов которой и является психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК).

Но, в любом случае, вне зависимости от юридической формы существования ПМПК, на наш взгляд, можно говорить о единых задачах, принципах и организации непосредственной деятельности системы психолого-медико-педагогического консультирования детей, нуждающихся в организации специальных условий для получения образования.

Вместе с тем принципиально важно разграничивать сферы компетенции ПМПК и консилиумов образовательных организаций (ПМПк).

Комиссия несет ответственность за определение статуса ребенка (то есть присвоению ему статуса «ребенок с ограниченными возможностями здоровья»). Фактически, определение потребности/ее отсутствия в создании для ребенка специальных образовательных условий, что и должно быть отмечено в заключении присваивает ребенку статус «ребенок с ОВЗ». ПМПК должно определить и специальные образовательные условия, в том числе, определение соответствующей возможностям ребенка образовательной программы, режима и возможной формы обучения и общих направлений коррекционно-развивающей работы специалистов. Статус «ребенок с ОВЗ» рассматривается как определяющий, в первую очередь, для дополнительного финансирования в соответствии с повышающим коэффициентом, принятом в данном регионе. В свою очередь, консилиум и руководитель образовательной организации несут ответственность за создание и реализацию необходимых условий, которые «прописаны»

в заключении ПМПК. Если ПМПК решает «стратегические» задачи в отношении образования и социальной адаптации ребенка с ОВЗ, то консилиум решает тактические задачи, определяет саму реализацию рекомендаций ПМПК.

Очевидно, что ПМПК взаимодействует не только с образовательными организациями. Для эффективной реализации рекомендаций по созданию специальных образовательных условий для ребенка с ОВЗ необходим и ряд внешних (по отношению к образованию) организаций иного ведомственного подчинения. Помимо взаимодействия с бюро МСЭ, что входит в одно из непосредственных направлений деятельности ПМПК, необходимо тесное сотрудничество с учреждениями здравоохранения, по крайней мере, находящимися в составе того же территориального образования, в первую очередь с имеющимися реабилитационными центрами и отделениями восстановительного лечения, физкультурными диспансерами. А также с структурными подразделениями системы социальной защиты (центрами социального обеспечения (ЦСО), реабилитационными центрами для различных категорий детей-инвалидов и т.п.). Без подобных взаимосвязей эффективное комплексное психолого-медико-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ практически невозможно.

Необходимо сказать и о «внешних» условиях, необходимых для организации деятельности всей системы ПМПК, также определяющих эффективность деятельности психолого-медико-педагогической комиссии.

К ним относятся:

Наличие образовательных учреждений разных уровней образования, реализующих различные образовательные программы (основную общеобразовательную, адаптированные основные общеобразовательные для различных категорий детей с ОВЗ (образовательная вертикаль: Система ранней помощи, дошкольные организации, школы, реализующие различные виды образовательных программ, система профессиональной подготовки), обеспечивающие системность развития образования детей с ОВЗ;

Преемственность и взаимодействие между отдельными звеньями этой вертикали;

Наличие в регионе структур, оказывающих эффективную методическую и организационную поддержку и сопровождение образовательных организаций, их структурных подразделений (соответствующие службы Управлений образованием, методические службы и центры, ресурсные ППМС-Центры).

Создание и функционирование муниципального (регионального, городского) Совета по инклюзивному образованию.

Наличие социальных партнеров.

Дополнительными условиями успешной деятельности ПМПК, в том числе задач, связанных с инклюзивной практикой - является наличие как формальной базы данных по учреждениям образования (муниципалитета, город, региона), реализующим различные адаптированные образовательные программы, включая и учреждения дополнительного образования, так и неформальных связей со специалистами и администрацией этих образовательных учреждений.

Помимо этого необходимо иметь представление об организациях здравоохранения, реализующих задачи диагностики, реабилитации и лечения детей с различными вариантами отклоняющегося развития. Безусловно, что у специалистов ПМПК должна быть полная информация и об учреждениях системы социальной защиты населения, реализующих свои программы и услуги для детей-инвалидов.

Также важными могут стать данные о негосударственных, некоммерческих организациях и фондах, центрах, реализующих различные программы работы с детьми с ОВЗ и их родителями.

В новой образовательной ситуации претерпевают определенные изменения и задачи, стоящие перед ПМПК – так важной для организации деятельности ПМПК является «...подтверждение, уточнение или изменение ранее данных комиссией рекомендаций», что вызывает необходимость проведения динамических обследований, а также тесное взаимодействие с психолого-медико-педагогическими консилиумами образовательных организаций. Это условие в определенной степени изменяет как организацию самой деятельности ПМПК, так и функционал ее специалистов.

Первое определяется необходимостью мониторинга, прослеживание эффективности созданной ребенку «образовательной траектории» - совокупностью всех образовательных условий, формы обучения, режимных моментов, а также деятельности «внешних» по отношению к образовательным структурам (здравоохранительных, социальной защиты, культурно-досуговых и физкультурно-оздоровительных организаций и др.) ведомств. С другой стороны, подобная деятельность (отслеживания, мониторинга и т.п.) влечет за собой возможность достаточно объективной оценки эффективности деятельности ПМПК разного уровня. Возникает возможность менеджмента качества деятельности системы ПМПК, повышение ее «управляемости». В том числе, общественно-профессиональная экспертиза деятельности ПМПК «заказчиками» (как органами образования, так и родителями) и другими экспертами.

Точно также в определенной степени видоизменяется и консультативная составляющая деятельности ПМПК. Возможность длительного наблюдения за ребенком (в процессе его развития и обучения в образовательной среде), серии динамических

обследований и, вследствие этого, неоднократного консультирования родителей и педагогов позволяет включать в консультативный процесс ранее недоступные (вследствие кратковременности) технологии и психотерапевтические приемы, позволяющие, в свою очередь, значительно повысить и эффективность консультирования.

Фактически новой задачей является задача взаимодействия государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ).

Это взаимодействие направлено на повышение эффективности и координации действий по разработке индивидуальных программ (ИПРА) для детей, признанных детьми-инвалидами с учетом мнения специалистов ПМПК в части образования.

До 2009 года деятельность системы ПМПК и бюро МСЭ различных уровней протекала, фактически, изолированно друг от друга. Несмотря на то, что при освидетельствовании детей с целью установления инвалидности на бюро МСЭ запрашивало психолого-педагогические характеристики из образовательных учреждений, непосредственная разработка ИПР и ее разделов проводилась лишь силами специалистов МСЭ. Поэтому разделы, касающиеся психолого-педагогической и социальной реабилитации, что в большинстве случаев проходит в стенах образовательных организаций, часто оказывались либо недостаточно конкретизированными применительно к особенностям ребенка-инвалида, либо вообще не прописывались. Недостаточность проработки мероприятий психолого-педагогической реабилитации касалась определения всех аспектов образования ребенка, которые приведены в ИПР (тип дошкольного/школьного учреждения, форма обучения, режим и т.п.). На практике ребенок-инвалид, имеющий ИПР, попадая на ПМПК, повторно оценивался его специалистами с теми же самыми целями – определить образовательную траекторию, включая программу обучения, необходимые условия образования, форму обучения, режимные моменты и т.п. Но в отличие от ИПРА, рекомендации ПМПК, приведенные в заключении, носили исключительно рекомендательный характер.

В свою очередь, специалисты ПМПК не имели информации об уровне ограничений жизнедеятельности ребенка, что в обязательном порядке прописывалось в ИПРА и являлось задачей специалистов МСЭ. Такая ситуация разобщенности, естественно, не способствовала эффективности образования и реабилитации ребенка-инвалида. Точно также важная информация о необходимых технических средствах реабилитации, мероприятиях медицинской реабилитации оставались фактически недоступными специалистам ПМПК, и тем самым не могла учитываться ими при определении этих компонентов специальных образовательных условий. Такая ситуация «параллелизма» и разобщенности, естественно, снижала эффективность образования, лишала его

необходимой комплексности. И на методическом уровне и на практике эта задача оставалась нереализованной.

Очевидно, что организация деятельности ПМПК в ситуации возникновения и интенсивного развития в образовании инклюзивной практики, не затрагивая основные аспекты ее деятельности, в то же время, в определенной степени видоизменяет и ее задачи. Подобные изменения касаются не столько изменения процедуры оценки особенностей и возможностей самого ребенка, сколько относятся к особенностям определения вида образовательной программы, специальным образовательным условиям ее реализации в среде обычных сверстников.

Именно ПМПК становится связующим, координирующим звеном в сетевом взаимодействии образовательных и иных организаций по обеспечению качественного доступного образования детям с ОВЗ, поскольку именно на ней «замыкаются» практически все связи данной территории (муниципалитета, города).

Комплексное обследование ребенка с ОВЗ на ПМПК, тем более ребенка с выраженными часто сочетанными нарушениями в развитии – весьма сложная и многоаспектная процедура, вынужденно ограниченная во времени.

Как известно, до сих пор ни в сообществе специалистов, ни в нормативных документах не выработано единого взгляда относительно роли каждого из членов комиссии, приоритета мнений при формировании коллегиального заключения, используемой при этом терминологии.

Долгие годы в ПМПК господствовала фигура врача-психиатра. Это было обусловлено исторически, а также тем законодательно закрепленным обстоятельством, что заключение комиссии должно было формулироваться в форме медицинского диагноза. При таком подходе трудно было говорить об эффективной командной работе.

Переход к междисциплинарной деятельности команды специалистов позволил в значительной степени повысить эффективность проведения ПМПК, снизить ресурсозатраты и специалистов и ребенка, но, что не менее важно, минимизировать вероятность ошибочного решения в определении особенностей психического развития ребенка (его типологизации), а, отсюда, и «прописывание» адекватных состоянию ребенка специальных образовательных условий. Естественно, что в этой ситуации должен быть изменен и сам процесс проведения обследования ребенка, процесс консультирования его родителей, и даже использование специалистами диагностических и дидактических средств в процессе обследования.

Сам алгоритм проведения ПМПК, как определенная технология, включает ряд последовательных этапов:

Знакомство с представленными родителями документами, формирование первичной гипотезы относительно основных проблем и особенностей развития ребенка и его образовательных возможностей.

Комплексное обследование, включающее такие процессы как анализ предшествующего развития (сбор анамнестических данных) и непосредственная оценка особенностей развития ребенка, его возможностей различными специалистами;

Анализ полученных результатов и их коллегиальное обсуждение;

Принятие решения об «образовательной траектории» (вид образовательной программы, ее форма, режим реализации, аспекты коррекционной программы и другие необходимые специальные образовательные условия) и составление заключения ПМПК;

Консультирование родителей и согласование с ними специальных образовательных условий, необходимых ребенку для обучения, развития, и адекватной социализации: в первую очередь, характера образовательной программы в той образовательной организации, в которой родители хотят обучать ребенка, других специальных образовательных условий.

Каждый из этих этапов (подэтапов) обладает соответствующей структурой, собственными характеристиками, в том числе, собственной продолжительностью в общем процессе психолого-медико-педагогического консультирования.

#### *Схема сбора анамнестических данных*

Для всех специалистов, когда-либо участвующих в проведении ПМПК очевидно, что анализ истории развития и заболеваний ребенка, у медиков имеющий определение «анамнез», - в первую очередь, является профессиональной обязанностью врача. Именно врач в большинстве случаев начинает разговор с родителями (прежде всего с матерью), опрашивая их об особенностях жизни ребенка, начиная даже не с момента рождения, а с определенных моментов беременности женщины. Отметим, что в некоторых случаях, когда у ребенка имеется неврологическое или психическое заболевание, которое и является основной причиной создания для ребенка специальных образовательных условий, врач (невролог или психиатр) принимает активное участие на протяжении всего консультирования. Это не означает, что именно медицинский диагноз должен ставиться «во главу» рекомендаций и приводиться как основной в заключении ПМПК.

Объективный анамнез собирается со слов родителей (желательно матери, так как она обычно наилучшим образом осведомлена в подробностях истории ребенка) и в той или иной степени подтверждается медицинскими документами, которые принесли родители. Чем подробнее сделана поликлиническая выписка из истории болезни, чем больше «на руках» родителей результатов клинических обследований, тем более объективно можно



оценить характер всего жизненного пути ребенка. Сразу же отметим, что желательно, чтобы максимально большее количество медицинских документов с разрешения родителей было отсканировано и включено в карту Развития ребенка. Это входит в функцию социального педагога.

В то же время краткость самой процедуры ПМПК не дает возможность сбора полного, как это приводится в медицинской литературе, анамнеза с подробными описаниями протекания того или иного заболевания. В случае обследования ребенка на ПМПК необходимо, в первую очередь, выяснить следующие основные показатели:

- были ли какие-либо особенности состояния матери и плода в течение беременности и родов, (угрозы выкидыша, преждевременные роды, осложнения во время родов, когда закричал после рождения, что сказали врачи, другие особенности);

- состояние ребенка непосредственно после рождения, ребенка (в том числе, показатели по шкале Апгара) - сроки первого кормления (что косвенно отражает состояние новорожденного) сроки выписки из роддома. Отмечались ли в роддоме какие-либо отклонения у ребенка;

- каким был ребенок на первом году жизни (спокойный/беспокойный), специфика мышечного тонуса на первом году жизни, сроки становления моторного развития (сел, встал, пополз, пошел), какие трудности отмечали родители в этот период. У каких специалистов медицинского профиля находился на диспансерном учете (ортопед, невролог, окулист и пр.);

- особенности поведения и отношения к окружающему на первом году жизни, которые замечали родители и другие члены семьи;

- сроки речевого развития (гуление, лепет, первые слова, простая фраза – в каком возрасте, сроки появления местоимения «Я», другие особенности речевого развития);

- Привыкание к новым видам пищи (аллергозы, дисбактериозы, другие нарушения пищеварения) на первом году жизни и в последующие годы. Явные пищевые предпочтения ребенка и их выраженность;

- у каких врачей наблюдался после первого года жизни, с какими диагнозами. Были ли какие-либо тяжелые заболевания, наркозы (почему, когда и сколько), физические травмы;

- были ли психические « травмы» - причины, продолжительность, наблюдаются ли последствия психической травматизации;

- отношение ребенка к взрослым (своим и чужим), к другим детям, к животным;

- интересы и увлечения ребенка (возрастные, не возрастные, какие-либо особые) в разные периоды жизни, их выраженность;

– как адаптировался в детском саду и\или школе, какие проблемы при этом были, остаются в настоящий момент;

– были ли какие-либо изменения в социальной ситуации и в составе семьи ребенка в прошлом и в настоящее время.

Дополнительно к полученным со слов родителей и подтвержденным документально анамнестическим данным анализируются необходимые документы в соответствии с пп. 15е Положения о ПМПК.

Наиболее важными для врача ПМПК (как и для всех остальных специалистов) в выписке из истории болезни является:

– выписка от врача-педиатра, под наблюдением которого находится ребенок, отражающая его соматический статус и перенесенные заболевания;

– выписка от невролога или психиатра, если ребенок наблюдается и получает лечение;

– выписки (и результаты соответствующих обследований) врачей сурдолога, офтальмолога, ортопеда – при наличии у ребенка соответствующих заболеваний органов слуха, зрения, нарушений опорно-двигательного аппарата.

Особое внимание следует уделить синхронности развития сфер психического вплоть до возраста 8-9 лет (в данном случае мы говорим о регуляторно-волевой, когнитивной и аффективно-эмоциональной сферах).

Рассогласование в темпах и характере формирования каждой из трех анализируемых нами сфер (и, следовательно, нарушение нормативной синхронизации) следует рассматривать как признак возможного дизонтогенеза. Причем сам характер подобного рассогласования может определяться как формирующийся показатель того или иного типа (варианта) отклоняющегося развития и служить одним из его диагностических критериев. Так, например, в ситуации раннего моторного развития и, в целом, по возрасту когнитивного развития можно говорить о вероятности возникновения недоразвития регуляторного компонента деятельности, приводящего к не только к двигательной расторможенности, но и к недостаточности сформирования функций программирования и контроля, и, возможно, к варианту парциальной недостаточности регуляторно-волевой сферы.

В случае, когда когнитивное развитие соответствует или даже превышает возрастную норму (обладая при этом своеобразными особенностями: наличием латентных признаков в мыслительной деятельности, не возрастным характером познавательных интересов, нехарактерной для данного возраста склонностью к абстрагированию, философским рассуждениям и т.п.), в то время, как аффективно-эмоциональная сфера в

значительной степени отстает от средних возрастных показателей – можно предполагать такой тип отклоняющегося развитие как вариант асинхронного или даже искаженного психического развития. Можно говорить и о достаточно большом количестве и других рассогласований и неравномерностей в темпе и самом характере развития анализируемых психических сфер.

Все это можно рассматривать как специфический дифференциально-диагностический критерий, определенный нами как *критерий раннего возраста* (М.М. Семаго, 2010, Семаго М.М., Семаго Н.Я., 2011).

В ситуации комиссионного обследования практически каждый специалист ПМПК (не только врач, но и психолог, логопед, сурдо- и тифлопедагог) должен проанализировать историю развития ребенка со своей профессиональной точки зрения. Технология анализа синхронии/дисинхронии темпов развития может быть полностью распространена и на характер формирования тех «сфер», которые они анализируют (речевая деятельность, развитие психических процессов и функций, познавательное развитие, в то числе, в ситуации сенсорных нарушений и т.п.)

Таким образом, каждый специалист может внести ясность в отношении особенностей психического развития ребенка в сфере своей компетенции. Тем самым создается «объемная» целостно динамическая картина динамики психофизического развития ребенка, собранная как бы из отдельных «пазлов» (анамнестических данных специалистов в собственной профессиональной сфере).

Отсюда выстраивается и определенная технология самого анализа истории развития ребенка: каждый специалист не должен дублировать общий ход сбора анамнестических сведений, но «вычлняя» из него характерные особенности развития собственного предмета анализа, лишь уточняет у родителей, из документов недостающие для себя факты. При этом сверяется темп формирования показателей, анализируемых другими специалистами ПМПК, и динамика изменений собственного предмета оценки.

Это позволяет не только получить целостную информацию о траектории психического развития ребенка – «вывести» специалистов на тот или иной вариант отклоняющегося развития, но и в достаточной степени минимизировать ресурсные затраты специалистов, оптимизировать сам анализ анамнестических данных.

*Построение диагностической гипотезы и особенности ее реализации в процессе ПМПК*

Диагностическая гипотеза определяет для каждого специалиста ПМПК и подбор наиболее эффективных диагностических средств (в сфере собственной профессиональной компетенции), тактику и технологии их использования в процессе обследования, приемы

и порядок предъявления стимульных материалов, характер помощи, необходимой ребенку, построение мотивационного компонента обследования и многое другое. Она должна опираться не только на объективные жалобы, предъявляемые к ребенку взрослым или его собственные проблемы. В первую очередь, она 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 анамнеза данные о предыдущих этапах развития играют чрезвычайно важную роль в формировании самой гипотезы проведения обследования ребенка.

Помимо этого, в построении (по крайней мере, первичной) диагностической гипотезы значительная роль принадлежит и непосредственному наблюдению за особенностями, как внешнего вида ребенка, так и его поведения и характера взаимодействия, и до обследования, и непосредственно в ходе работы с ним. Как отмечается большинством авторов именно оценка внешнего вида и поведения, в том числе выделяющихся особенностей внешнего вида ребенка играет важную роль, и в постановке предварительной гипотезы обследования, и в подборе соответствующих методических материалов для его проведения.

Основная «рабочая» диагностическая гипотеза (или ее варианты при дифференциальной диагностике) должна быть сформирована к началу непосредственной работы с ребенком. Следует отметить, что в этой логике расспрос, разговор с ребенком анализ его «свободного» поведения в процессе ожидания семьей приема и непосредственно на приеме также играют необычайно важную роль для уточнения диагностической гипотезы. 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, не удерживает их или вообще ведет себя «нелепо».

Отметим следующую принципиальную особенность построения диагностической гипотезы в процессе проведения ПМПК. Поскольку, подобный вид деятельности проходит, как правило, коллегиально, то наиболее эффективным является построение общей, единой для всех специалистов проводящих консультирование диагностической гипотезы! Очевидно, что такая ситуация возможна только когда все специалисты в своей междисциплинарной деятельности придерживаются общей методологии анализа, включающей, в том числе, и построение диагностической гипотезы.

Желательно, чтобы с самого начала диагностическая гипотеза заключалась в «гипотетическом» отнесении развития ребенка в целом к тому или иному варианту, виду (типу) развития. То есть уже изначально «предполагается» тот или иной вариант, тип или условно-нормативного, или 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 специфики того, что развитие ребенка идет «в рамках» предполагаемого варианта отклоняющегося развития.

В соответствии с результатами, демонстрируемыми ребенком в ходе непосредственной работы с ним того или иного специалиста, первичная диагностическая гипотеза может изменяться, в том числе и кардинально изменяться (правило Байеса). В соответствии с этим, другие специалисты ПМПК подбирают и соответствующим образом подают ребенку адекватные диагностические методики и дидактические материалы, модифицируют приемы собственной работы.

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. Естественно, что все специалисты должны придерживаться единой методологии анализа, понимать, что каждый из них делает, почему «вдруг» коллега именно таким образом изменил свою работу и т.п.

В процессе уже собственной деятельности каждый из специалистов лишь уточняет, дополняет данные истории развития (анамнеза), конкретизируя особенности различных сторон развития ребенка, важные для понимания причин и механизмов возникновения данного состояния (варианта отклоняющегося развития) в контексте собственной профессиональной деятельности. Мы рассматриваем подобную стратегию построения комплексного обследования как наиболее эффективный вариант деятельности специалистов ПМПК с самыми различными категориями детей, позволяющий в значительной степени минимизировать затраты сил и времени, сохранить ресурсные возможности ребенка на протяжении всего обследования.

*Технология проведения сессии ПМПК как начала психолого-педагогического сопровождения*

Весь процесс проведения психолого-медико-педагогического консультирования на ПМПК может быть технологично представлен в виде последовательности этапов,

определяющих характер комиссионного приема. В данном случае мы рассматриваем деятельность ПМПК, как базового элемента системы ПМПК.

#### 1. *Запись на обследование*

Инициаторы обращения записываются на конкретную дату проведения ПМПК по телефону, или лично и получают информацию о необходимых для проведения комиссионного приема документах на ребенка и взрослых (лиц заменяющих родителей) – решение опекунского совета, доверенность от родителей на имя близкого родственника и т.п.

Если семья приходит на ПМПК по рекомендации специалистов образовательной организации, в которой обучается ребенок, то в перечень документов, в соответствии с Положением о ПМПК (пп. 15г.), в обязательном порядке должны быть включены заключения специалистов ее консилиума или специалистов, работающих с ребенком, включая воспитателя, учителя и др. Это не означает, что если родители обучающегося ребенка самостоятельно обратятся на ПМПК, то они не должны таких заключений принести. В любом случае при записи им должно быть разъяснено (что входит в функции регистратора), что наличие подобного заключения (и заключений каждого специалиста, сопровождающего ребенка в детском саду или школе) значительно лучше поможет специалистам ПМПК разобраться в ситуации, более эффективно разработать рекомендации, минимизировать ресурсные затраты и самих родителей и ребенка.

#### 2. *Первичный анализ*

В назначенное время родители с ребенком приходят на консультацию. В случае ожидания семьи в коридоре перед приемом хорошо работает так называемая «коридорная диагностика». Один из специалистов выходит как бы невзначай в коридор «по делам» и наблюдает ребенка в естественной ситуации, видит, как он себя ведет, как общается с родителями, как они общаются с ним и т.п. Это помогает сформулировать первичную гипотезу и сориентировать всех специалистов, готовящихся к приему.

Непосредственно на приеме специалисты знакомятся с родителями (лицами их замещающими), выясняют характер проблем ребенка или характер его трудностей или жалоб и трудностей со стороны родителей или специалистов ОУ, выясняют точку зрения родителей на возникшие проблемы или ситуацию. Родителям разъясняются задачи ПМПК, их права и ответственности сторон.

В протоколе ПМПК фиксируется перечень документов на ребенка, поступивших на ПМПК. Одновременно ведется наблюдение за поведением ребенка в свободной ситуации и ознакомление с документами. Естественно, что, в первую очередь, врач, знакомясь с

медицинскими документами, расспрашивает родителей о заболеваниях, развитии ребенка, об выделяющихся особенностях развития – то есть «снимает анамнез».

### 3. *Комплексное обследование*

По мере освоения ребенка в помещении, специалисты начинают взаимодействие с ребенком, целью которого является предварительная оценка особенностей развития ребенка и формирование первичной диагностической гипотезы. Этот момент можно рассматривать как определенный *подэтап* целостного обследования.

Одной из задач ПМПК является отнесение ребенка к той или иной категории отклоняющегося развития, поскольку это позволяет специалистам ПМПК не только определить ближайшие условия (в широком смысле), необходимые для включения ребенка в среду обычных сверстников, но и представлять вероятностный прогноз и условия для развития ребенка и его социальной адаптации на более длительный период, в частности, прогноз результативности овладения той или иной образовательной программой.

Специалист, который установил контакт с ребенком (это может быть любой из специалистов ПМПК), начинает его обследование в соответствии с собственными профессиональными задачами, методическими средствами, приемами и методами.

Сам процесс обследования представляет собой последовательное, гибкое «подключение» к работе с ребенком других специалистов в соответствии с диагностической гипотезой и выстроенными стратегиями взаимодействия с ребенком. При этом каждый специалист, ориентируясь на уже полученные коллегой результаты и включая их в собственное профессиональное «понимание» особенностей ребенка, использует собственные диагностикумы и методические средства, не дублируя методического обеспечения предыдущего обследования. Отметим, что при этом не должна быть «потеряна», «недобрана» необходимая информация для определения собственного профессионального заключения (диагноза) и на основании его формулирования необходимых рекомендаций по психолого-медико-педагогическому сопровождению и коррекционно-развивающей работе, других специальных условиях его обучения и воспитания.

### 4. *Обсуждение результатов.*

После того, как все специалисты ПМПК в целом готовы к обсуждению результатов собственных обследований и квалификации состояния ребенка, родители и ребенок по просьбе секретаря выходят из кабинета.

После этого происходит междисциплинарное обсуждение и коллегиальная оценка особенностей и уровня развития ребенка, на основе которых делается общий вывод о

характере отклоняющегося развития, отнесение его к той или иной категории. Естественно, что каждый специалист в рамках собственной профессиональной деятельности формулирует эти особенности на «своем языке», что и должно быть в кратком виде отражено в соответствующем разделе протокола ПМПК, как это и предлагается в пункте 20 Положения.

Верификация варианта отклоняющегося развития должна позволить определить стратегические направления помощи ребенку и играет важную роль при выборе образовательного маршрута, позволяет более точно выбрать условия необходимые для адаптации ребенка в образовательном учреждении и оценить дальнейший прогноз его существования в образовательной среде.

Индивидуальные особенности развития ребенка – поведенческие, коммуникативные, учебно-познавательные, в том числе, ресурсные возможности ребенка позволяют оценить и *принципиальную возможность посещения ребенком* той или иной образовательной организации (детского сада или школы, реализующих основную общеобразовательную программу или тот или иной вариант адаптированной основной образовательной программы (АООП) или адаптированную образовательную программу (АОП) в ситуации получения им инклюзивного образования.

На основании всех этих данных принимается решение об условиях, необходимых для развития ребенка, его обучения и воспитания, в том числе, для успешной адаптации в детской среде – выбирается форма и объем включения в детскую среду; режим обучения; стратегия включения; необходимость тьюторского сопровождения и его характер; спецификация коррекционно-развивающих занятий со специалистами; потребность в специальном оборудовании и другие условия, в том числе требования к безбарьерной архитектурной среде.

##### 5. *Оформление протокола и заключения ПМПК*

В протоколе ПМПК помимо тех записей, о которых речь шла выше (паспортные данные ребенка, Ф.И.О. родителей, наличие инвалидности и на какой срок она дана, сведения об образовании ребенка и другие данные, которые определяются федеральным и региональным законодательством), отмечается перечень документов, представленных родителями, а также наиболее важные сведения из истории развития и причины обращения на ПМПК.

В соответствии с требованиями Положения (п. 20) в протоколе должны быть приведены «...результаты обследования ребенка специалистами, выводы специалистов, особые мнения специалистов». Формулировка этого пункта Положения и наш опыт говорит о том, что в протоколе должны быть именно результаты и итоговые мнения



*каждого специалиста* (выделено автором), а не обобщенные клинико-педагогическая или психолого-педагогическая характеристики как это практиковалось ранее. Такой подход к оформлению протокола позволяет, с одной стороны, более эффективно фиксировать динамику изменений состояния ребенка и его обученность при динамическом обследовании (см. далее), а с другой – налагает персональную ответственность на каждого специалиста за собственные результаты и собственные выводы.

В конце краткого описания результатов обследования каждым специалистом должна быть приведена собственная итоговая оценка состояния ребенка. Мы считаем, что в качестве такого вывода должен быть приведен соответствующий диагноз: нозологический диагноз медика, психологический диагноз – психолога, логопедическое заключение учителя-логопеда. В качестве такой итоговой оценки (вывода) дефектолога (соответствующей квалификации – олигофренопедагога, сурдопедагога, тифлопедагога) должна быть оценка уровня обученности (своего рода педагогический диагноз) ребенка соотношенный с требованиями образовательного стандарта для данного возраста и уровня образования.

В протоколе также должно быть приведено коллегиальное итоговое заключение специалистов комиссии. Именно оно (продублированное в заключении ПМПК, которое приводится на отдельном бланке) является обоснованием для вывода о наличии либо отсутствии необходимости создания для ребенка специальных образовательных условий со всеми вытекающими отсюда последствиями. В качестве такого итога мы рассматриваем предельно краткое описание *особенностей психического развития ребенка*, на основании которых и определяются специальные условия образования. Как правило, это основное (ведущее) нарушение развития, определяющее всю остальную специфику развития ребенка. При этом необходимо отметить и поведенческие особенности ребенка, темп и продуктивность деятельности другие особенности, определяющие характер необходимых образовательных условий.

*Примеры. «Двусторонняя сенсоневральная глухота с выраженными поведенческими нарушениями. Состояние после кохлеарной имплантации справа».*

*«Гиперметропия средней степени, косоглазие у ребенка со снижением темпа и продуктивности деятельности на фоне социально-педагогической запущенности».*

*«Тотальное недоразвитие психических функций без нарушений поведения, грубое снижение операциональных характеристик у ребенка с генетическим заболеванием».*

*«Неравномерная недостаточность развития психических функций, грубое снижение темпа и продуктивности деятельности у ребенка с ДЦП (спастическая диплегия с акцентом справа)».*

*«Общее недоразвитие речи, второй-третий уровень речевого развития у ребенка с недостаточностью когнитивного компонента деятельности».*

*«Выраженная недостаточность регуляторного компонента психической деятельности у ребенка с некомпенсированным диффузным повреждением ЦНС на фоне низкой работоспособности».*

*«Выраженная недостаточность работоспособности, темпа и продуктивности деятельности, низкий уровень психического тонуса у ребенка с хроническим пиелонефритом».*

Все чаще в практике ПМПК встречаются дети с сочетанием различных тяжелых нарушений. Например, сочетание нарушений опорно-двигательного аппарата и сенсорных систем, слухового и зрительного анализаторов, нарушений опорно-двигательного аппарата (по типу ДЦП) и интеллектуального недоразвития, процессуального психического расстройства, осложненного эпилепсией и т.п. И при этом невозможно выделить какое-либо ведущее (основное) нарушение развития.

В этих случаях в итоговом заключении предполагается простое перечисление имеющихся нарушений с указанием степени тяжести и особенностями операциональных характеристик деятельности. Точно также указываются и наличие/отсутствие поведенческих нарушений.

*Примеры. «Ретинопатия новорожденных III степени, частичная атрофия зрительного нерва, сенсоневральная тугоухость I-II степени, педагогическая запущенность на фоне низкого уровня психического тонуса без поведенческих нарушений».*

*«Негрубая неравномерная недостаточность развития психических функций у ребенка с левосторонним гемипарезом и частичной атрофией зрительного нерва на фоне низкой работоспособности».*

Из опыта работы ПМПК хорошо известно, что во многих случаях у ребенка наблюдается несколько первичных сочетанных нарушений. Особенно часто это наблюдается у детей с расстройствами аутистического спектра, когда у одного и того же ребенка мы видим и специфическое нарушение речи, «неподходящее» под общее недоразвитие речи и специфические нарушения мышления, его неравномерность в целом, не отражающее понятие «ЗПР» и, эмоциональные нарушения, волевою незрелость, неадекватность. В этом случае после оценки состояния ребенка каждым специалистом в

итоговое заключение имеет смысл выносить на первый план то нарушение, которое определяет образовательную программу наиболее адекватную для его состояния.

Примеры. *«Специфическое нарушение речи, неравномерность развития психических функций у ребенка с синдромом Аспергера (III-я группа раннего детского аутизма)»*. В этом случае предполагается, что адекватной образовательной программой для этого ребенка будет соответствующий вариант программы для детей с тяжелыми нарушениями речи.

*«Неравномерная выраженная недостаточность развития психических функций с поведенческими нарушениями у ребенка с РАС (атипичный аутизм)»*. В этом случае предполагается рекомендация обучения ребенка по адаптированной основной образовательной программе для детей с интеллектуальными нарушениями (умственной отсталостью) и созданием иных необходимых специальных образовательных условий.

Это коллегиальное заключение социальный педагог вносит в протокол, после чего все специалист его подписывают. Забегая вперед, отметим, что полученное коллегиальное заключение дублируется на бланке заключения ПМПК в соответствующем разделе.

#### *Особенности оформления заключения ПМПК*

В «шапке» заключения приводится название комиссии, дублируется номер протокола ПМПК и паспортные данные ребенка.

В разделах заключения отражаются необходимые (в соответствии с п.21 Положения) данные:

– обоснованные выводы о наличии/отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении, опирающиеся на заключения специалистов;

– наличие/отсутствие необходимости создания условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов;

– рекомендации по определению образовательной программы, которую может освоить ребенок

– форма и режим получения образования;

– рекомендации о необходимых направлениях коррекционно-развивающей работы специалистов в рамках реализации Коррекционной программы;

– рекомендации по созданию других необходимых специальных образовательных условий:

– программно-дидактического обеспечения;

– специальных технических средств;

- безбарьерной, в том числе, специально организованной среды;
- использование специальных педагогических методов и приемов.

Именно в качестве обоснования таких выводов мы и рассматриваем коллегиальное (итоговое) заключения специалистов ПМПК, отдельные примеры которого приведены выше. На основании такого коллегиального заключения, которое в обязательном порядке дублируется в разделе заключения, делается вывод о том, что ребенок *«является/не является ребенком с ОВЗ»* и *«нуждается/не нуждается в организации специальных образовательных условий»*.

Эти условия включают в себя (и прописываются в соответствующих разделах заключения) следующие компоненты:

#### *Образовательная программа*

- *Вид программы:* основная образовательная программа дошкольного, начального, основного, среднего общего образования (ООП ДО, ООП НОО, ООП ООО, ООП СОО); адаптированная образовательная программа (АОП); адаптированная основная образовательная программа (для определенной категории детей с нарушениями развития) дошкольного, начального, основного, среднего общего образования (АООП ДО, АООП НОО, АООП ООО, АООП СОО); специальная индивидуальная программа развития (СИПР) для детей с выраженной интеллектуальной недостаточностью и множественными нарушениями.
- Для детей дошкольного возраста должна быть указана направленность групп (общеразвивающая, компенсирующая, оздоровительная или комбинированная), а для детей до 3 лет – вид: группы кратковременного пребывания без/с реализации образовательной программы дошкольного образования, обеспечивающие развитие, присмотр и уход (последняя для детей до 7 лет).
- *Организационная форма реализации образовательной программы:* очная, заочная, очно-заочная.
- *Режим обучения:* полный день, неполный, группа кратковременного пребывания (для детей от 2 мес. до 7 лет).
- *Специальные методы и приемы обучения.*
- *Необходимость сопровождения тьютором или ассистентом.* Эта рекомендация определяется исходя из особенностей поведения ребенка, необходимости помощи в реализации АОП при составлении индивидуального учебного плана (тьюторское сопровождение), а также в случае, если подобное «техническое» сопровождение определено в ИПР для ребенка-инвалида (сопровождение ассистента). Последнее, как

правило, определяется для детей-инвалидов с тяжелыми нарушениями опорно-двигательного аппарата, тяжелыми нарушениями зрения и при сочетанных (множественных) нарушениях. Поскольку у этих специалистов различные функциональные обязанности и квалификационные характеристики, то иногда необходимо сопровождение и того и другого.

*Коррекционно-развивающая деятельность (коррекционная программа).*

В контексте деятельности ПМПК приводится не детальная разработка всех компонентов коррекционной программы (как и адаптация к возможностям ребенка самой образовательной программы – это является обязанностью самой образовательной организации, ее специалистов), но основная стратегия коррекционно-развивающей деятельности – *основные направления деятельности специалистов* психолого-педагогического сопровождения самой образовательной организации: психолога, логопеда, дефектолога. При сетевой форме получения образования ребенком – рекомендуемые направления коррекционно-развивающей работы могут реализовываться специалистами иной образовательной организации.

Здесь же должна быть приведена организационная форма проведения занятий: групповая, в группе малой наполняемости, индивидуальная и др.

Дополнительные условия. Среди дополнительных условий, которые чаще всего не могут быть реализованы в самой организации или ее сетевым партнером, являются, в первую очередь, консультации и сопровождение специалистами медицинского профиля на базе учреждений здравоохранения или социальной защиты. Специалистами ПМПК в заключении должны быть отмечены те направления помощи, которые необходимы ребенку для успешной социальной и образовательной адаптации, и которые должен организовать родитель. Например, среди таких **рекомендаций родителям** могут быть:

*«Наблюдение психиатра и/или невролога по месту жительства», «консультация генетика», «занятия адаптивной физкультурой», «обращение в бюро медико-социальной экспертизы с целью уточнения реабилитационных мероприятий»* и т.п.

*Срок повторного ПМПК.* Поскольку, одной из задач ПМПК является динамическое сопровождение детей, ранее прошедших комиссию, но законодательно не определены (и не могут быть определены, так как в каждом конкретном случае они будут свои) сроки повторного обследования, то в обязательном порядке в заключении должен быть *спрогнозирован и рекомендован* срок повторного обследования. Тем самым комиссией фактически задается период, на который определяются специальные образовательные условия, – в первую очередь, период реализации той образовательной программы, которую рекомендует ПМПК. Отметим, что срок повторного (динамического)

обследования будет находиться в прямой зависимости от того вида образовательной программы, той образовательной организации, которую выберут родители для образования своего ребенка. Заключение ПМПК максимально может быть рекомендовано на уровень образования. Например, - фраза «Рекомендовано обучение по адаптированной основной образовательной программе начального образования обучающихся с тяжелыми нарушениями речи с 1 класса», говорит о том, что обучающийся может обратиться на ПМПК при переходе на уровень основного образования. Все разделы (кроме вида образовательной программы, формы ее реализации и режима обучения, а также срока повторного прохождения ПМПК) могут заполняться до непосредственного консультирования родителей, поскольку на этом этапе еще неизвестно их решение относительно того, где будет обучаться ребенок, будут ли они последовательно выполнять рекомендации ПМПК по «образовательной траектории» или будут настаивать на своем выборе.

#### 6. *Консультирование родителей.*

После принятия коллегиального решения о необходимости организации специальных образовательных условиях приглашаются его родители (лица их замещающие), которым в доступной форме разъясняются рекомендации ПМПК: соответствующая возможностям ребенка образовательная программа, ее форма и режим реализации. Родители знакомятся с мнением специалистов о том, какие специальные условия нужны ребенку для успешной его адаптации в образовательной среде, какие нужны дополнительные консультации, наблюдения специалистов (медиков, реабилитологов и т.п.). Здесь важно отметить, что, несмотря на то, что в соответствии с федеральным законодательством для ребенка не подбирается конкретная образовательная организация, родителям разъясняют их права относительно выбора ими учреждения, в котором может быть наиболее эффективно для ребенка реализована рекомендованная образовательная программа и специальные условия, а также организации, которые могут на сегодняшний день обеспечить дополнительную коррекционно-развивающую и реабилитационную помощь (ППМС-Центры и реабилитационные центры системы социальной защиты и здравоохранения).

В случае желания родителей обучать ребенка в организации, осуществляющей инклюзивную практику, даются рекомендации относительно необходимости составления в этом случае адаптированной образовательной программы (АОП) и индивидуального учебного плана. Также родителям необходимо знать о формах и возможностях промежуточной и итоговой аттестации их ребенка, в инклюзивной образовательной организации.

Помимо этого, при необходимости каких-либо дополнительных исследований или консультаций (в частности медицинских) специалисты ПМПК информируют родителей, в каких учреждениях, и где их можно провести.

Рекомендации относительно конкретной образовательной организации, если родители заинтересованы в такой информации осуществляются по принципу максимальной приближенности соответствующего учреждения к месту проживания ребенка или максимальной наполненности его (учреждения) необходимыми специальными, в том числе техническими, образовательными условиями. Важное значение при этом приобретает «безбарьерность» (в широком смысле этого слова) этого учреждения.

Хорошо, если при этом в ПМПК имеется достаточная база данных по различным образовательным организациям, в том числе реализующим специальное и инклюзивное образование. Это относится не только к школам, но и к дошкольным организациям.

После этого один из родителей (лицо его заменяющее) ставит свою подпись в протоколе ПМПК (в специально предусмотренной строке) о том, что он ознакомлен и согласен (не согласен) с решением ПМПК и его рекомендациями.

Секретарь ПМПК вносит все данные по протоколу в специальный журнал. Родителям выдается справка о том, что ребенок прошел ПМПК такого-то числа и номер карты ребенка.

Таким образом обследование ребенка с ОВЗ на ПМПК можно рассматривать как начало комплексного психолого-педагогического сопровождения ребенка в целостной системе ПМПК, в которой комиссия, ее технологии являются (фактически) первичным элементом.

#### Основная литература

1. Организация деятельности системы ПМПК в условиях развития инклюзивного образования /под общ. ред. М.М.Семаго, Н.Я.Семаго. – АРКТИ, 2014.
2. Семаго, Н.Я., Семаго, М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования. — М.: АРКТИ, 2005.

#### Дополнительная литература

1. Семаго, М.М., Семаго, Н.Я., Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности – М.: ГЕНЕЗИС, 2011.
2. Совершенствование деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в Орловской области: итоги пилотного проекта // Материалы конференции / Под ред. А.Я.Юдилевича, И.А.Ульчонок. – М.; Орел: ТАСИС-проект; Упр.общ. и проф. образования, 2002.