МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ
И НАУКИ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
(МИНОБРНАУКИ РОССИИ)

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Тверская ул., д. 11, Москва, 125993
Тел. (495) 539-55-19
Факс (495) 629-08-91
E-mail: info@mon.gov.ru

23.05.16 № ВК-1074/07

Руководителям органов
исполнительной власти субъектов
Российской Федерации,
осуществляющим государственное
управление в сфере образования

О совершенствовании деятельности
психолого-медико-педагогических
комиссий

В целях обеспечения качественного и доступного образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья и инвалидностью, разработки психолого-медико-педагогическими комиссиями квалифицированных рекомендаций по результатам проведения комплексных психолого-медико-педагогических обследований обучающихся Минобрнауки России направляет методические рекомендации по организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в Российской Федерации (далее – Методические рекомендации).

Методические рекомендации разработаны федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Московский государственный психолого-педагогический университет» в рамках государственного контракта на выполнение работ для государственных нужд от 2 октября 2014 г. № 07.028.12.0026.

Минобрнауки России рекомендует использовать Методические рекомендации для организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий на региональном и муниципальном уровнях, разработки и реализации программ повышения квалификации исключительно специалистов указанных комиссий.

Приложение: на 165 л. в 1 экз.

В.Ш. Каганов

Л.Ю. Вакорина
8 (499) 681 03 87, доб. 4357

О совершенствовании деятельности психолого-медико-педагогических комиссий - 07

Приложение

Рекомендации Министерства образования и науки Российской Федерации органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющим государственное управление в сфере образования по организации деятельности психолого-медико-педагогических комиссий в Российской Федерации

Москва – 2016 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Список используемых сокращений	3
1. Нормативно-правовое регулирование деятельности ПМПК	4
2. Общая организация деятельности специалистов ПМПК	11
3. Особенности деятельности специалистов ПМПК при решении диагностических задач	37
3.1. Организация деятельности учителя-дефектолога на ПМПК по определению специальных условий образования	37
3.2. Деятельность учителя-сурдопедагога по оценке особенностей развития ребенка с нарушением слуха	50
3.3. Организация деятельности тифлопедагога по оценке особенностей развития ребенка с нарушениями зрения	56
3.4. Организация деятельности учителя-логопеда на ПМПК по определению специальных условий образования	58
3.5. Организация деятельности педагога-психолога на ПМПК	67
3.6. Организация деятельности социального педагога на ПМПК	78
ПРИЛОЖЕНИЯ	
1. Федеральные документы, регулирующие деятельность ПМПК, в том числе при определении специальных условий получения образования детьми с ОВЗ, инвалидностью	81
2. Документация ПМПК	84
3. Рекомендации для определения вариантов АООП	124
4. Специальные технические средства обучения	132
5. Особые условия промежуточной и итоговой аттестации отдельных категорий обучающихся с ОВЗ в соответствии с ФГОС	136
6. Методики, используемые учителем-дефектологом	138
7. Методики, используемые учителем-логопедом	141
8. Методики, используемые педагогом-психологом	144
9. Примерный пакет диагностических методик для организации деятельности специалистов ПМПК при обследовании детей раннего возраста: от 0 до 2 лет, от 2 до 3 лет	150
10. Методики, используемые социальным педагогом	151
Список использованной литературы	164

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АООП – адаптированная основная общеобразовательная программа

ДОО – дошкольное основное образование

ЗПР – задержка психического развития

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида

ИУП – индивидуальный учебный план

МКБ – 10 – международная классификация болезней 10-го пересмотра

МСЭ – медико-социальная экспертиза

НОДА – нарушения опорно-двигательного аппарата

НОО – начальное общее образование

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья

ОО – образовательная организация

ООО – основное общее образование

ПМПК – психолого-медико-педагогическая комиссия

ПМПк ОО – психолого-медико-педагогический консилиум образовательной организации

ПрАООП – примерная адаптированная основная общеобразовательная программа

РАС - расстройства аутистического спектра

СИПР – специальная индивидуальная программа развития

ТНР – тяжелые нарушения речи

УО (ИН) – умственная отсталость (интеллектуальные нарушения)

УП – учебный план

ФГОС – федеральный государственный образовательный стандарт

ФЗ – федеральный закон

1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПМПК

В своей деятельности ***психолого-медико-педагогическая комиссия (далее – ПМПК)*** руководствуется современной нормативной и правовой базой.

Основополагающим законодательным актом, регулирующим процесс образования детей с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ), является Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее ФЗ-273), регламентирующий право детей с ОВЗ и инвалидов на образование в течение всей жизни. ФЗ-273 обязывает федеральные государственные органы, органы государственной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления создавать необходимые условия для коррекции нарушений развития и социальной адаптации, оказания ранней коррекционной помощи на основе специальных педагогических подходов (ч. 5 ст. 5 ФЗ-273).

Частью 16 статьи 2 ФЗ-273 впервые в российской законодательной практике закреплено понятие «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» - ***физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные ПМПК и препятствующие получению образования без создания специальных условий.***

ПМПК работает в полном соответствии с Положением о психолого-медико-педагогической комиссии (приказ Минобрнауки РФ от 20 сентября 2013г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии»).

Цель ПМПК – выявление детей и подростков с отклонениями в развитии, проведение комплексного диагностического обследования несовершеннолетних и разработка рекомендаций, направленных на определение специальных условий для получения ими образования и сопутствующего медицинского обслуживания.

Приведем здесь часть задач, стоящих перед ПМПК:

- комплексная, всесторонняя, динамическая диагностика резервных возможностей ребенка и нарушений его развития;

- определение специальных условий для получения образования несовершеннолетними;
- подбор, проектирование и инициирование организации специальных условий обучения и воспитания, а также лечения и медицинской поддержки, адекватных индивидуальным особенностям ребенка;
- разработка и апробация индивидуально ориентированных методов диагностико-коррекционной работы с детьми, проходящими обследование, отражение в рекомендациях способов внедрения наиболее эффективных из этих методов с последующим отслеживанием динамики и уровня социальной адаптации в процессе интеграции ребенка в соответствующие образовательные условия.

Специальные условия включают в себя:

- использование специальных образовательных программ[1] и методов обучения и воспитания;
- специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов;
- специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования;
- предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь;
- предоставление услуг тьютора;
- проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий;
- обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность;
- другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ОВЗ.

[1] В терминологии ФЗ-273 **образовательные программы для обучающихся с ОВЗ относятся к адаптированным образовательным программам (АОП)** . В соответствии с п. 28 ст. 2 ФЗ-273 АОП – это образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Перечисленные условия должны в максимальной степени способствовать получению образования определенного уровня и определенной направленности, а также социальному развитию обучающихся с ОВЗ, в том числе через организацию системы инклюзивного образования.

Часть 6 ст. 11 ФЗ-273 определила, что в целях обеспечения реализации права на образование обучающихся с ОВЗ устанавливаются федеральные государственные образовательные стандарты (далее ФГОС).

В настоящее время при формулировке рекомендаций о создании условий для получения образования детям с ОВЗ ПМПК ориентируется на приказы Минобрнауки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья» (далее - ФГОС НОО ОВЗ) и № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями) (далее - ФГОС О УО (ИН), а также ряд крайне важных нормативных документов, ссылки на которые приведены в Приложении 1.

Все примерные АООП разработаны ведущими специалистами в области оказания помощи детям с определенными нарушениями развития в соответствии с указанными стандартами.

Варианты АООП конкретизируют условия получения образования для всех категорий обучающихся с ОВЗ: ряд АООП НОО ОВЗ[2] предполагает четыре варианта получения образования, АООП НОО для слабослышащих и слабовидящих обучающихся – три варианта, АООП НОО для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (ТНР) и задержкой психического развития (ЗПР) – два варианта и, наконец, АООП О УО (ИН) – два варианта. По вариантам 3 и 4 АООП НОО ОВЗ обучаются дети, имеющие сочетание сенсорных, других нарушений и умственную отсталость (интеллектуальные нарушения).

[2] АООП НОО для глухих обучающихся, АООП НОО для слепых обучающихся, АООП НОО для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА), АООП НОО для обучающихся с расстройствами аутистического спектра (РАС).

Часть 13 ст. 60 ФЗ-273 говорит о том, что «лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся по адаптированным основным общеобразовательным программам, выдается свидетельство об обучении по образцу и в порядке, которые устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере образования».

Согласно п. 20 приказа Минобрнауки России от 20 августа 2013 г. № 1015 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам – образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования» (в ред. Приказа Минобрнауки России от 17 июля 2015 г. № 734), обучающиеся в образовательной организации по общеобразовательным программам, не ликвидировавшие в установленные сроки академической задолженности с момента ее образования, по усмотрению их родителей (законных представителей) оставляются на повторное обучение, переводятся на обучение по адаптированным общеобразовательным программам в соответствии с рекомендациями ПМПК либо на обучение по индивидуальному учебному плану. **Таким образом, вопрос о повторном обучении решается в образовательной организации, а не в ПМПК.**

ПМПК устанавливает наличие ОВЗ и потребность в создании специальных условий обучения и воспитания.

Во ФГОС НОО ОВЗ и ФГОС О УО (ИН) пунктом 1.10 предполагается изменение образовательного маршрута, программ и условий получения образования обучающимися с ОВЗ на основе комплексной оценки личностных, метапредметных и предметных результатов освоения АООП НОО, заключения ПМПК и мнения родителей (законных представителей).

В соответствии со статьей 79 ФЗ-273 и п. 2.4 ФГОС НОО ОВЗ реализация АООП НОО может быть организована как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях. Вместе с тем,

существует определенная логика соотнесения рекомендованного варианта АООП с условиями получения образования. Основным механизмом реализации АООП является учебный план (УП), в том числе индивидуальный учебный план.

Обучение по варианту 1 ФГОС НОО ОВЗ может быть организовано по основной образовательной программе, при необходимости – в соответствии с индивидуальным учебным планом. Обучение по индивидуальному учебному плану в пределах осваиваемых общеобразовательных программ осуществляется в порядке, установленном локальными нормативными актами образовательной организации. При прохождении обучения в соответствии с индивидуальным учебным планом его продолжительность может быть изменена образовательной организацией с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося. АООП для таких обучающихся разрабатывается в части программы коррекционной работы, которая реализуется во внеурочной деятельности.

Вариант 2 предусматривает обучение по АООП с изменениями в содержательном и организационном разделах (программы отдельных учебных предметов, курсов коррекционно-развивающей области и курсов внеурочной деятельности, реализующиеся на основе УП), что предполагает дополнительные условия в общеобразовательном классе.

Вариант 3 ФГОС НОО ОВЗ (вариант 1 ФГОС О УО (ИН) предполагает выдачу свидетельства об обучении. ПрАООП имеют еще более существенные отличия в содержательном и организационном разделах.

Вариант 4 ФГОС НОО ОВЗ (вариант 2 ФГОС О УО (ИН) означает необходимость получения образования по специальной индивидуальной программе развития (далее - СИПР). Подобные программы принципиально отличаются по содержанию и формам организации образовательного процесса; специальные условия, позволяющие работать с ребенком, в каждом случае конкретизируются ПМПК. В большинстве случаев условия, соответствующие особым образовательным потребностям таких обучающихся, могут быть созданы, в том числе на базе различных центров, реализующих комплексную помощь детям с ОВЗ.

В классы (группы), группы продленного дня для обучающихся с умеренной и тяжелой умственной отсталостью принимаются **дети, не имеющие медицинских противопоказаний для пребывания в образовательной организации, владеющие элементарными навыками самообслуживания**, либо им должна быть обеспечена необходимая техническая помощь ассистента (помощника).

В приказе № 1015 (в ред. от 17.07.2015 № 734) обозначены все необходимые технические средства обучения для обучающихся с сенсорной и двигательной патологией (Приложение 4). Предполагается сетевое взаимодействие ОО, позволяющее решать подобные проблемы (п.2.5, 3.6.1. ФГОС НОО ОВЗ).

Ч. 3 ст. 55 ФЗ-273 определяет особый порядок приема детей на обучение по АООП - только с согласия родителей (законных представителей) и на основании рекомендаций ПМПК.

В отдельных статьях ФЗ-273 говорится об организации образования лиц с ОВЗ, инвалидностью. К категории детей-инвалидов относятся дети до 18 лет, имеющие значительные ограничения жизнедеятельности, приводящие к социальной дезадаптации, вследствие нарушений развития и роста ребёнка, способностей к самообслуживанию, передвижению, ориентации, контролю за своим поведением, обучению, общению, трудовой деятельности в будущем. Инвалидность устанавливается учреждениями медико-социальной экспертизы. Обучающийся с ОВЗ может не иметь инвалидность.

Согласно приказу Минтруда России от 10 декабря 2013 г. № 723 «Об организации работы по межведомственному взаимодействию федеральных государственных учреждений медико-социальной экспертизы с психолого-медико-педагогическими комиссиями», в целях координации действий при освидетельствовании детей с целью установления инвалидности, для решения задач, в том числе, в части разработки оптимальных для детей-инвалидов индивидуальных программ реабилитации или абилитации (далее – ИПРА), руководителям федеральных государственных учреждений МСЭ рекомендуется направлять запросы о предоставлении сведений из протоколов и заключений ПМПК, приглашать для участия в проведении медико-социальной экспертизы

представителя ПМПК с правом совещательного голоса в целях оказания содействия в разработке ИПРА ребенка-инвалида.

В настоящее время утвержден Приказ Минтруда России от 17 декабря 2015 г. № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 № 40650). Его исполнение вызывает ряд трудностей при проведении экспертизы. Прорабатывается вопрос о целесообразности внесения изменений в данный приказ. Степень способности к обучению устанавливается с учетом заключения ПМПК (раздел III).

Заключение ПМПК, подготовленное для ребенка с ОВЗ, как и ИПРА ребенка-инвалида, для родителей (законных представителей) носит рекомендательный характер: они имеют право не предоставлять эти документы в образовательные и иные организации. Вместе с тем, предоставленное в образовательную организацию заключение ПМПК и/или ИПРА, является основанием для создания условий для обучения и воспитания ребенка. Ответственность возлагается на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие государственное управление в сфере образования, и/или органы местного самоуправления, осуществляющие управление в сфере образования, образовательные организации, иные органы и организации в соответствии с их компетенцией.

Специалисты ПМПК не вправе рекомендовать определенную образовательную организацию, однако должны проинформировать родителей (законных представителей) о возможностях удовлетворения особых образовательных потребностей ребенка в образовательных организациях, находящихся на определенной территории.

2. ОБЩАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПМПК

Общие правила работы специалистов ПМПК – соблюдение в своей деятельности требований командного взаимодействия:

- принимать общую цель (предоставление компетентного и ответственного заключения),
- нести персональную ответственность за собственные диагностические выводы,
- принимать участие в обсуждении и приходить к коллегиальному заключению,
- заботиться о сохранении имиджа ПМПК, корректно взаимодействуя с родителями и доступно отвечая на возникающие у них вопросы.

Перечень документов, необходимых для деятельности ПМПК приводится в приложении 2.

Диагностико-консультативный процесс осуществляется в ПМПК в соответствии с действующим Положением Министерства образования и науки РФ от 20.09.2013 № 1082. Родитель (законный представитель) предъявляет на ПМПК в соответствии с п.15 документ, удостоверяющий его личность, а также документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка; заполняет согласие на обработку персональных данных своих и обследуемого ребенка (Приложение 2.16 и 2.17) при первом обращении в Комиссию, а также заявление об обследовании (Приложение 2.3). Если родитель взаимодействует с ПМПК в режиме удаленного доступа, все документы могут представляться одновременно.

Родителю (законному представителю) предъявляется список необходимых документов:

направление ребенка территориальной комиссией на центральную комиссию (при наличии) (Приложение 2.2.);

копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации); заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка (при наличии); (Приложение 2.5)

характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (Приложение 2.6)

рабочие тетради и результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка за текущий учебный год (Приложения 2.7 и 2.8)

предыдущие заключения специалистов (при наличии) (Приложение 2.9)

Обследование проводится индивидуально каждым специалистом или несколькими специалистами одновременно, что определяется психолого-медико-педагогическими показаниями, исключающими возникновение психотравмирующих и неэтичных ситуаций. По результатам обследования каждый специалист составляет собственное заключение, краткое содержание которого представлено в Приложении 2.14.

На основании заключений специалистов составляется итоговое заключение ПМПК, которое является документом, подтверждающим право ребенка на обеспечение специальных условий для получения им образования (Приложение 2.15).

Заключение представляет собой обоснованные выводы о наличии (отсутствии) у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии, отклонений в поведении, так и необходимость (отсутствие необходимости) в организации **специальных образовательных условий.** Поэтому каждый специалист должен обращать внимание на те особенности физического и психического состояния ребенка, которые в итоге позволяют профессионально и адекватно определить образовательную программу и потребности в коррекционной работе.

В заключении отражается:

1. **Определение образовательной программы.** При отсутствии клинически значимых особенностей в физическом и (или) психическом развитии ребенку рекомендуется основная образовательная программа дошкольного (ДОО), начального (НОО), основного общего (ООО) или среднего общего образования. При выводе о **наличии особенностей развития, квалифицируемых как ОВЗ**, ребенку рекомендуется обучение по образовательной программе, учитывающей его трудности, «приспособленной» к наличию особых образовательных потребностей, говоря по-другому – адаптированной. Такая адаптированная основная общеобразовательная программа далее будет обозначаться как АООП определенного вида, основой определения которой является **клиническая** сущность имеющихся у ребенка нарушений.

Если в ПМПК обратились родители ребенка, уже приступившего к обучению (т.е. не попадающего под действие обозначенных приказов), но не справляющегося с ООП НОО (ООО), следует рекомендовать **«обучение по адаптированной образовательной программе, разработанной с ориентировкой на содержание (указывается код ПрАООП) с учетом специальных условий получения образования».**

Вид АООП определяется в соответствии с ФГОС НОО ОВЗ (для глухих, слабослышащих, позднооглохших, слепых, слабовидящих, с тяжелыми нарушениями речи, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с задержкой психического развития, с расстройствами аутистического спектра, со сложными дефектами).

Для уровня НОО выделены варианты, отражающие сложность рекомендуемой образовательной программы.

Обучение по первому варианту свидетельствует о том, что ребенок обучается по общему с детьми без ОВЗ учебному плану. Его особые образовательные потребности удовлетворяются в ходе внеурочной работы. Суть потребностей и, соответственно, необходимого сопровождения, обозначена в соответствующем приложении ФГОС НОО ОВЗ и ПрАООП. Конкретное содержание сопровождения

устанавливается консилиумом образовательной организации (ПМПк ОО), ПМПК обозначает лишь основные его направления.

Обучение по второму варианту свидетельствует о том, что уровень сложности образовательной программы ниже, в учебный план включены курсы коррекционно-развивающей области, обозначенные во ФГОС и АООП. Наряду с академическими достижениями внимание обращено и к формированию сферы жизненной компетенции. Рабочая группа образовательной организации, созданная локальным актом, вносит необходимые дополнения в ПрАООП, касающиеся оценки достижений в области жизненной компетенции и содержания программы коррекционной работы.

Обучение по третьему варианту ФГОС НОО ОВЗ означает, что у ребенка при ведущем нарушении, обозначенном в стандарте (глухие, слабослышащие, позднооглохшие, слепые, слабовидящие, с нарушениями опорно-двигательного аппарата, с расстройствами аутистического спектра), имеется умственная отсталость (интеллектуальные нарушения) в легкой степени выраженности (F 70 в соответствии с МКБ-10). Академический компонент образовательной программы в этом случае не имеет первоочередного значения, особое внимание уделяется развитию сферы жизненной компетенции.

Обучение по четвертому варианту ФГОС НОО ОВЗ означает, что основному нарушению (из перечисленных выше) сопутствует умственная отсталость в умеренной или более тяжелой степени (F71, F72 в соответствии с МКБ-10). Ребенок обучается по специальной индивидуальной программе развития (СИПР), содержание которой устанавливается исходя из его актуальных возможностей.

Во всех этих случаях рекомендованная образовательная программа «шифруется» обозначенным для нарушения кодом и указанием после точки варианта АООП.

Если у ребенка нет перечисленных нарушений, а его ограниченные возможности здоровья обусловлены умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), он получает образование в соответствии с ФГОС О УО (ИН). **Рекомендованная образовательная программа «шифруется» как «Пр.1599»** и

далее, в зависимости от тяжести умственной отсталости, определяемой в соответствии с критериями МКБ-10. Вариант 1 означает, что ребенок будет получать образование, которое доступно обучающимся с легкой умственной отсталостью. Вариант 2 - специальная индивидуальная образовательная программа (СИПР).

Вариант АООП рекомендуется коллегиально на основании всех диагностических материалов, представленных специалистами, анализа анамнестических сведений, психолого-педагогической характеристики, общей оценки социальной ситуации развития. Требования обоих ФГОС по организации образования обучающихся с различными ОВЗ приведены в Приложении 3. В этом же пункте заключения ПМПК оговаривается образование на основе индивидуального учебного плана в рамках определенного варианта АООП.

Таким образом, коды для заключений ПМПК выглядят следующим образом:

Категория детей с ОВЗ	**Варианты программ ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ и ФГОС О УО**
глухие	1.1, 1.2, 1.3, 1.4
слабослышащие	2.1, 2.2, 2.3
слепые	3.1, 3.2, 3.3, 3.4
слабовидящие	4.1, 4.2, 4.3
с тяжелыми нарушениями речи	5.1, 5.2
с нарушениями ОДА	6.1, 6.2, 6.3, 6.4
с задержкой психического развития	7.1, 7.2
с расстройствами аутистического спектра	8.1, 8.2, 8.3, 8.4
с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)	Пр. №1599, вар.1 Пр. №1599, вар.2

Форма обучения (очное, очно-заочное, заочное) определяется с учетом пожеланий и с согласия родителей (законных представителей), состояния здоровья ребенка и других актуальных жизненных обстоятельств. Предпочтительной является очная форма, однако в случае ТМНР, при наличии устойчивых нарушений поведения, психических заболеваний может быть рекомендована иная форма обучения. Обучение на дому рекомендует врачебная комиссия, руководствующаяся своими нормативными актами. ПМПК же определяет вариант АООП, по которой будет реализовываться образование.

Рекомендуемый режим обучения устанавливается, исходя из актуального состояния ребенка (в первую очередь, его возможности соблюдать правила социализированного поведения, а также готовности к эмоциональному и коммуникативному взаимодействию со сверстниками) и медицинских рекомендаций. Соответственно, рекомендованный режим может предполагать ограниченное время пребывания ребенка в образовательной организации, дополнительный выходной день и пр. Например, для обучающихся с ограничениями зрения режим зрительной нагрузки при работе с техническими средствами комфортного доступа и техническими средствам обучения регламентируется нормами, предъявляемыми к непрерывной зрительной нагрузке слабовидящих: первый, второй классы - от 7 до 10 минут; третий, четвертый, пятый классы – от 10 до 15 минут;

Форма получения образования – в образовательной организации или вне образовательной организации, с использованием дистанционных технологий; или в их сочетании (в том числе и с разными формами обучения).

Обеспечение архитектурной доступности - описываются архитектурные условия, необходимые для беспрепятственного получения образования в образовательной организации.

Получение услуг ассистента (помощника)

Ассистент (помощник) – это работник, который осуществляет помощь в уходе, передвижении, питании и других необходимых действиях с учетом индивидуальных особенностей ребенка. Ассистент (помощник) не является

педагогическим работником, к его уровню образования не предъявляются требования по наличию высшего или среднего профессионального образования. Роль ассистента (помощника) могут выполнять родители ребенка (может быть рекомендовано и при отсутствии инвалидности, но наличии поведенческих нарушений, низкой степени психосоциальной адаптированности – отсутствии необходимых санитарно-гигиенических, бытовых, коммуникативных умений), что также отмечается в заключении.

Получение услуг тьютора.

Тьютор является педагогическим работником, обеспечивает индивидуализацию учебного процесса для обучающегося с ОВЗ, участвует в реализации АООП, обеспечивает и анализирует достижение и подтверждение обучающимся уровней образования (образовательных цензов), осуществляет взаимодействие с участниками образовательного процесса.

В настоящее время разрабатываются: профессиональный стандарт тьютора (как одна из дисциплин, включенных в профессиональный стандарт «Специалист в области воспитания»), профессиональный стандарт «Ассистент (помощник) по оказанию технической помощи лицам с инвалидностью и ограниченными возможностями здоровья».

Специальные технические средства обучения рекомендуются в соответствии со спецификой имеющихся у ребенка нарушений. Преимущественно они предусматриваются для обучающихся с сенсорной и двигательной патологией и описаны во ФГОС НОО ОВЗ, а также в Приказе Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. № 1015 (ред. от 17.07.2015) и в Приказе Минобрнауки России от 9 ноября 2015 г. № 1309.

Специальные учебники и дидактические пособия.

Содержание этого пункта также зависит от рекомендованного варианта АООП. Обучающийся, получающий образование в условиях полной инклюзии (ФГОС НОО ОВЗ, вариант 1) не нуждается в специальных учебниках и пособиях. Для обучающихся по ФГОС НОО вариант 2 имеется перечень **рекомендованных** учебников. В частности, широкий перечень учебников разработан и на протяжении

многих лет использовался в учебном процессе школ глухих, слабослышащих, отдельные учебники были разработаны для обучающихся с нарушениями речи. В процессе обучения слепых необходимо использовать специальные учебники, созданные на основе учебников для детей, не имеющих ограничений по возможностям здоровья, но отвечающие особым образовательным потребностям слепых (изданные рельефно-точечным шрифтом; содержащие иллюстративно-графический материал, выполненный рельефом или рельефом и цветом) и имеющие учебно-методический аппарат, адаптированный к особенностям познавательной деятельности слепых обучающихся; «озвученные» учебники, фонические материалы, аудио учебники, записанные на цифровые носители. Для слабовидящих рекомендуются специальные учебники, отпечатанные увеличенным шрифтом и имеющие учебно-методический аппарат, адаптированный под их зрительные возможности.

Для обучающихся по пр.1599, вар.1 рекомендуются учебники, разработанные для СКОУ VIII вида. Они же адаптированы к нуждам обучающихся с НОДА (6.3). Для обучающихся по СИПР также преимущественно обозначаются учебники, рекомендованные для обучения в СКОУ VIII вида.

Вместе с тем, в настоящее время осуществляется работа по разработке учебников и учебно-методических пособий соответствии с ФГОС НОО ОВЗ и ФГОС О УО (ИН).

Другие специальные условия. Соблюдения медицинских рекомендаций (необходимость медицинского контроля за состоянием здоровья и психическим состоянием ребенка), в том числе относительно расположения рабочего места ребенка в классе; аспекты взаимодействия педагогов с ребенком. В большинстве случаев целесообразно указание на необходимость соблюдения охранительного педагогического режима, предполагающего соблюдение режима дня, дозированные нагрузки, профилактику стрессовых ситуаций. В этом же разделе могут указываться условия, относящиеся к техническому обеспечению и организационным условиям в соответствии с ПрАООП для определенного вида ОВЗ, но не оговоренные в действующем приказе № 1015 как обязательные.

Особые условия прохождения государственной итоговой аттестации предполагаются для всех категорий детей, обучающихся по вариантам 1 и 2 ФГОС НОО ОВЗ. Они подробно представлены в некоторых ПрАООП (обозначенные для обучающихся с ЗПР) и могут экстраполироваться на другие категории. Перечень имеющихся в АООП рекомендаций подобного рода содержится в Приложении 6.

Рекомендации о необходимых направлениях коррекционно-развивающей работы специалистов.

Шаблонные формулировки, перечисляющие все возможные направления работы, нельзя признать корректными, так же как и несоотнесенность рекомендаций с требованиями ФГОС и актуальным уровнем развития ребенка.

При формулировке направлений коррекционно-развивающей работы для обучающихся, которым рекомендовано обучение по 1 варианту соответствующей АООП, следует ориентироваться на перечень особых образовательных потребностей, обозначенных для каждой категории во ФГОС НОО ОВЗ и в соответствующей ПрАООП с учетом наименований содержания, обозначенного в курсах коррекционно-развивающей области с указанием на реализацию рекомендаций во внеурочной деятельности.

Если ребенок получает образование в соответствии с ФГОС НОО ОВЗ или ФГОС О УО (ИН), то основное содержание коррекционно-развивающей работы обозначено в описании коррекционно-развивающей области, соответствующей АООП, что и указывается в заключении ПМПК при выборе образования по вариантам 2, 3, 4 ФГОС НОО ОВЗ и ФГОС О УО (ИН).

Поскольку программа коррекционной работы реализуется для вариантов 2, 3, 4 и во внеурочной деятельности, содержание которой определяется консилиумом образовательной организации, оно может быть расширено за счет указания на необходимость коррекции отмеченных специалистами ПМПК потенциально дезадаптирующих ребенка особенностей моторики, речи, коммуникации, а также патологических привычек.

Если наличие ОВЗ признается у ребенка-дошкольника, рекомендации по содержанию, в целом, должны соответствовать разделам коррекционно-

развивающей области, имеющимся во ФГОС НОО ОВЗ и ФГОС О УО, однако учитывать возрастные возможности и ограничения.

Программа коррекционной работы с подростком предполагает оказание ему психолого-педагогической, медицинской и социальной помощи силами специалистов, имеющихся в образовательной организации или же включенных в сетевое взаимодействие. Каждый специалист ПМПК, обследующий ребенка, обязан ставить перед собой вопрос о том, какие коррекционно-развивающие и (или) психокоррекционные занятия для него **необходимы**. В обсуждаемом разделе рекомендаций коллективу ПМПК целесообразно обеспечивать методическую помощь образовательным организациям по реализации рекомендаций и учитывать возможности сетевого взаимодействия.

Срок повторного обследования в ПМПК зависит от возраста ребенка на момент первичного обследования и характера имеющегося у него нарушения. В случае РАС обучение по определенному варианту АООП (например, в так называемом «ресурсном» классе) нецелесообразно продолжать более года. Изменения варианта АООП высоко вероятны для имплантированных обучающихся (как в сторону усложнения образовательной программы, так и в сторону упрощения), а также для получивших рекомендацию для обучения по варианту 1 по всем АООП, разработанным в соответствии с ФГОС НОО ОВЗ. В этих случаях целесообразно использовать гибкую формулировку «При устойчивых трудностях овладения рекомендованным вариантом АООП – в течение следующего учебного года».

Для обучающихся с ТНР и ЗПР, у которых ПМПК допускает возможность не овладеть АООП по варианту 2, следует использовать формулировку «При устойчивой неуспеваемости по нескольким предметам и сопутствующих трудностях психосоциальной адаптации – не позже, чем через год после начала освоения АООП».

Подобная формулировка может быть дана для обучающихся с сенсорной и двигательной патологией, получивших рекомендацию обучения по варианту 2.

Если обучающийся по ФГОС О УО (Пр. № 1599, вар.1) не достигает минимального уровня овладения предметными результатами по всем или большинству учебных предметов, то по рекомендации ПМПК и с согласия родителей (законных представителей) он может быть переведен на обучение по СИПР.

Для получивших рекомендацию обучения по варианту 2 ФГОС НОО ОВЗ срок повторного обследования должен совпадать с окончанием обучения в начальной школе, вместе с тем, при необходимости, могут быть назначены дополнительные сроки обследования на ПМПК.

Для подростков, особые образовательные потребности которых установлены ПМПК, повторное обследование рекомендуется перед завершением обучения по ФГОС ООО (не позже, чем в январе-феврале, поскольку рекомендация об особых условиях прохождения ГИА должна быть дана своевременно), аналогично для обучающихся по ФГОС среднего общего образования.

Для обучающихся по ФГОС О УО – повторное обследование по желанию родителей (законных представителей) может быть организовано перед завершением образования (максимальный срок – 13 лет обучения), а также при необходимости для определения динамики обучения или при несогласии с рекомендованными специальными условиями – в любое время по факту обращения.

Для обучающихся, особые образовательные потребности, которых были определены ПМПК до 2016 года, при отсутствии взаимных претензий со стороны образовательной организации и родителей дополнительное (повторное) обследование НЕ ТРЕБУЕТСЯ.

Для детей дошкольного возраста повторное обследование в ПМПК необходимо перед началом обучения на уровне начального общего образования. В случае наличия в ДОО групп компенсирующей направленности целесообразен выезд территориальной ПМПК для вывода о степени компенсации имеющихся нарушений, наличия ОВЗ в начале школьного обучения, а также вывода о варианте АООП.

Если у ребенка, посещавшего логопедическую или иную компенсирующую группу, а также не обращавшегося ранее за консультацией, по заключению специалистов ПМПк ОО или независимых экспертов имеются проявления нарушения развития, которые позволяют говорить о наличии ОВЗ и необходимости специальных условий, следует рекомендовать вариант АООП **до начала школьного обучения** (в случае незначительных отклонений – вариант 1). Только в этом случае ОО сможет составить учебный план, в соответствии с которым первый год обучения пролонгируется на двухлетний срок, позволяя сформировать у ребенка более надежные предпосылки дальнейшего успешного обучения и таким образом избежать последующего «срыва адаптации». Отсутствие подобной рекомендации (что наиболее вероятно для выпускников логопедических групп ДОО, где нередко получают помощь и дошкольники с негрубой ЗПР) нарушит положение о непрерывности коррекционной помощи.

В соответствии с действующим Положением о деятельности ПМПК, любой специалист может иметь особое мнение по поводу имеющихся у ребенка ОВЗ и рекомендуемого ему варианта АООП, которое фиксируется в протоколе комиссии. Оно должно быть указано в заключении комиссии. Копия заключения комиссии передается родителям сразу же или же она должна быть подготовлена в течение 5 рабочих дней, может быть направлена родителям по почте (с уведомлением о вручении).

Организация деятельности ПМПК. Независимо от того, как проводится обследование (индивидуально каждым специалистом или одновременно), каждый член ПМПК в процессе своего обследования или наблюдения за работой коллег должен вести собственный краткий протокол, желательно с фиксацией используемых методических средств.

Подобный протокол позволяет не только описать, пусть и в краткой форме, результаты собственного обследования, но и зарегистрировать важные с профессиональной точки зрения данные, получаемые в процессе работы с ребенком и разговора других специалистов с его родителями. Все эти данные позволяют более точно построить диагностическую гипотезу для собственного обследования, а при

составлении коллегиального заключения - обеспечить профессионально подкрепленные доводы собственной позиции в отношении всех перечисленных пунктов заключения.

Диагностическая гипотеза должна опираться не только на объективные жалобы, предъявляемые к ребенку взрослым или его собственные проблемы, но, в первую очередь, должна исходить из знания типичных и специфичных для различных вариантов дизонтогенеза особенностей психомоторного, когнитивного и социоэмоционального развития. В этом случае сведения о предыдущих этапах развития ребенка, полученные в ходе анализа анамнестических данных, играют чрезвычайно важную роль в выборе конкретных приемов его обследования (в т.ч. подборе адекватных диагностических методик) каждым специалистом ПМПК. Однако нередко первичная гипотеза может измениться, например, если специалисты видят, что ребенок не понимает инструкций или не удерживает их. Значительная роль в корректировке диагностической гипотезы принадлежит наблюдению за особенностями внешнего вида ребенка, его поведения до обследования, непосредственно в процессе работы, в ходе взаимодействия с разными людьми.

Общие требования, касающиеся обследования детей разных возрастных групп. Ранняя помощь (дети в возрасте от 0 до 3 лет) является приоритетным направлением отечественной системы образования. Развитие системы ранней помощи, создание общей базы детей, имеющих ОВЗ, поможет прогнозировать потребность в специальных условиях, которая станет актуальной через какое-то время.

Для правильного диагностического вывода приоритетное значение имеют два метода – наблюдение и анализ медицинской документации. Значим также опрос родителей. Помимо сбора подробного анамнеза целесообразно использовать некоторые скрининговые методики и диагностические приемы, представленные в различных шкалах развития[3]. Необходимо учитывать физиологически нормативное некоторое отставание в сроках психомоторного развития у недоношенных детей.

[3] Для применения в диагностике не рекомендуются зарубежные неадаптированные шкалы, в т.ч. шкала Бейли.

На втором и третьем году жизни первоочередное значение для оценки нормативности развития имеет понимание инструкции, в том числе побуждением ребенка подражать действиям взрослого. Одним из важнейших диагностических маркеров отставания является отсутствие возможности (стремления) подражать, а также низкие способности к концентрации внимания на объекте, недостаточность реагирования на обращенную речь, неспособность выполнить простейшие задания типа:

- подать экспериментатору знакомый ребенку предмет;
- соотнести реальный предмет с его изображением;
- произвести соотносящие действия – закрыть коробки подходящими по размеру крышками, надеть кольца на стержень пирамидки и т.п.;
- сложить разрезную картинку из двух частей (придвинуть их друг к другу);
- показать части тела на кукле, на себе;
- действовать карандашом (фломастером);
- действовать с мячом (удержать, бросить, катить);
- подражать движениям взрослого (ладушки, сорока-ворона и выполнять их по просьбе);
- совершать предметные действия (кормление игрушки ложкой);
- рассматривать вместе с взрослым (можно с матерью) книжку с крупными картинками и т.п.

В раннем возрасте к целевым ориентирам образования относятся:

- предметная деятельность и игры с составными и динамическими игрушками;
- экспериментирование с материалами и веществами (песок, вода, тесто и пр.),
- общение с взрослым и совместные игры со сверстниками под руководством взрослого,
- самообслуживание и действия с бытовыми предметами-орудиями (ложка, совок, лопатка и пр.),
- восприятие смысла музыки, сказок, стихов,

– рассматривание картинок,

– двигательная активность.

В заключениях специалистов настоятельно рекомендуется указывать «на момент обследования» (то, что касается обследования соответствующего специалиста) и затем (при необходимости) обозначать, как это согласуется с данными анамнеза (экспертной оценки родителей при заполнении необходимых шкал).

Использование нормативных показателей оценки психического развития младенца и ребенка раннего возраста является обязательным. Поскольку развитие ребенка в обсуждаемые возрастные периоды во многом детерминировано генетической программой, год разработки шкалы не имеет первоочередного значения.

Обобщенные нормативные показатели были представлены еще в 30-е годы XX века Н.М. Щелованом и Н.М. Аксариной, затем в 80-е годы Л.Т. Журба и Е.М. Мастюковой (только для 1 года жизни), в этот же период Г.В. Пантюхиной, К.Л. Печора, Э.Л. Фрухт - для детей раннего возраста. Несколько позже. Г.В. Козловской, А.В. Горюновой и др. был предложен график нервно-психического обследования младенцев – ГНОМ (1997). Критерии оценки и диагностические пробы, которые можно использовать при обследовании испытуемых в обсуждаемом возрастном диапазоне, представлены в руководстве «Дети-сироты: консультирование и диагностика развития» под ред. Е.А. Стребелевой (1998), в пособии Ю.А. Разенковой «Игры с детьми младенческого возраста», методических рекомендациях «Критерии нормального развития» Е.Л. Инденбаум и др. Перечень рекомендуемых методик приведен в Приложениях 7.1 и 9.

Отставание от нормативных показателей на один эпикризный срок диагностически мало значим, на два эпикризных срока – является безусловным основанием для включения ребенка в группу риска, на три эпикризных срока – свидетельствует в пользу наличия ОВЗ. На первом году жизни эпикризный срок составляет месяц, на втором году жизни – три месяца, на третьем году жизни – полгода, после трех лет – год. Оценка проводится по всем линиям развития. В итоге

может быть выявлена тотальная или неравномерная задержка развития, дающая основание для диагностического вывода.

В этом случае заключение учителя-дефектолога будет включать в себя:

- имеющиеся ЗУН (соответствуют, не полностью соответствуют, отстают, выражено отстают, грубо отстают) от возрастной нормы;
- обучаемость (по параметрам принятия помощи): сохранена, ухудшена (ребенок не принял помощь не более чем один-два раза), снижена (ребенок не принял помощь приблизительно в половине случаев), низка (ребенок не принял помощь более, чем в половине случаев), не определяется (ребенок вообще не принимает помощь).

Заключение учителя-логопеда:

- речевое развитие соответствует (не соответствует) норме возраста.
- При несоответствии: экспрессивная речь (незначительно отстает, отстает, существенно отстает от возрастной нормы, не сформирована), импрессивная речь: не нарушена, понимание ухудшено (требуется сопровождение жестом), понимание недостаточно (даже в жестовом сопровождении понимает не все), понимание обращенной речи отсутствует.

При наличии дефектов артикуляционного аппарата или подозрении на нарушение иннервации данная информация также должна быть указана в заключении.

Заключение педагога-психолога:

- психическое развитие (соответствует, незначительно отстает, отстает, существенно отстает, грубо отстает) от возрастной нормы) либо «характеризуется неравномерностью».

Основанием для вывода о степени отставания являются:

- характеристики предметной деятельности (орудийные и соотносящие действия с предметами доступны, доступны по подражанию, затруднены из-за моторной недостаточности, недостаточно адекватны, недоступны);

- сформированность познавательной деятельности (перцептивное действие идентификации – по цвету, перцептивный анализ – вкладыши разной формы, перцептивный синтез-разрезная картинка, ориентировка в схеме тела, концентрация внимания на объекте и т.п.): - в соответствии с возрастом, отстает, не сформирована;

- социально-эмоциональное развитие (привязанность к матери, дифференциация чужих, эмоциональное заражение, ориентировочная реакция-интерес к новому) - в соответствии с возрастом, недостаточно, искажено.

Общим для всех специалистов следует считать оценку больших моторных функций. Система классификации больших моторных функций (Gross Motor Function Classification System - GMFCS) была разработана сотрудниками Канадского университета МакМастер (McMaster University), переведена на многие языки мира и в данное время является общепринятым мировым стандартом (R. Palisano et al, 1997, Клочкова, Куренков и др., 2013). Несмотря на то, что она преимущественно применяется для оценки уровня моторных нарушений у детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата базируясь на их функциональных возможностях, потребности во вспомогательных устройствах и возможностях передвижения, она может быть использована для оценки двигательной особенностей любых категорий детей. Однако отсутствие у специалистов ПМПК этой системы не является препятствием для оценки моторных функций другими способами.

Диагностический вывод всех специалистов по отношению к ребенку раннего возраста редко может быть сформулирован иначе, как в терминах задержки:

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

Может быть определена также тотальная задержка психического развития (сочетание отставания моторики, познавательной деятельности, речи, социально-эмоционального развития). К указанным формулировкам может определяться также тяжесть имеющегося отставания: в терминах «выраженная» (отставание на три

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

При обследовании ребенка раннего возраста не всегда можно дифференцировать, носит задержка психоречевого развития вторичный характер, или является составной частью общего нарушения (как известно, у ребенка с сенсорными, двигательными нарушениями могут наблюдаться оба варианта), поэтому указания подобного типа в заключении ПМПК можно полагать излишними.

Если ребенок, у которого диагностирована задержка психического развития, уже имеет установленную инвалидность и ИПРА, следует соотносить пункт 11 заключения ПМПК с указанными там рекомендациями. Рекомендации ПМПК, если наличие ОВЗ устанавливается, зависят от возраста и тяжести состояния ребенка. Если у него сформированы навыки самостоятельного передвижения и элементарного самообслуживания (еды), а поведение носит управляемый извне характер (ребенок адекватно реагирует, если не на смысл обращенной речи, то, хотя бы на интонацию), ему можно рекомендовать посещение группы комбинированного или компенсирующего вида (возможно, с указанием на достижение определенного возраста). В случае если навыки не сформированы, следует рекомендовать помощь ассистента (помощника).

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

Целесообразны следующие формулировки (п.11 заключения ПМПК): «Коррекционно-развивающая работа с учителем-дефектологом или педагогом-психологом над восполнением недостатков предшествующего развития, начиная с заданий, соответствующих по уровню сложности предлагаемым для детей (указать какого) возраста с одновременной ориентацией на требования к ребенку (возраст испытуемого) в соответствии с программами ранней помощи».

Естественно, что специалисты ПМПК должны сами отчетливо представлять и то, и другое и предоставлять родителям памятки-ориентиры. Формулировки подобного типа более адекватны для детей, у которых в соответствии с классификацией В.В. Лебединского имеет место недостаточное развитие (умственная отсталость), хотя в раннем возрасте определять тип нарушенного развития весьма сложно. Так, например, и при сенсорной или сенсомоторной алалии, и при умственной отсталости, и при РАС будет отсутствовать не только речь. Существенное отставание будет зафиксировано учителем-дефектологом, специальным педагогом-психологом. Поэтому лучше избежать «жесткого» вывода (сам В.В. Лебединский, даже говоря о более старших возрастах, указывал на сочетание патопсихологических синдромов дизонтогенеза), чем допускать потенциальную диагностическую ошибку.

Обращение в ПМПК с детьми раннего возраста не носит систематического характера, скорее может последовать в случае серьезной патологии, в т.ч. обусловленной хромосомной аномалией. Известно, что симптоматика, например, при синдроме ломкой Х-хромосомы, будет сложной, включающей сочетание признаков умственной отсталости, аутистических черт и т.п. ПМПК, конечно, заинтересована в правильных диагнозах, однако ее задача – установление образовательных потребностей и специальных условий, а не «подведение» под ту или иную теоретическую модель, хотя пользование общепринятой и однозначно трактуемой (но не клинической) терминологией не исключается.

Если отмечается определенная асинхрония в становлении различных сфер (какая-то из них относительно сохранна), то рекомендации следует конкретизировать: «**с приоритетным вниманием к…**». Например, если обращение последовало от родителей ребенка с подозрением на моторную алалию, то отставание в становлении познавательной деятельности не будет выражено так же существенно, как в активной речи и, соответственно, последует конкретизация «**расширению понимания речи, стимуляции собственной речевой активности**».

При дефицитарном развитии (нарушениях слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата) принцип ранней помощи является первоочередным и содержание этой

помощи уже подробно проработано ведущими специалистами в конкретных областях.

Нарушения слуховой функции в первую очередь требуют решения вопроса о возможности операции, улучшающей слухоречевые возможности, однако это к функционалу ПМПК напрямую не относится.

К числу первоочередных рекомендаций относятся занятия с сурдопедагогом для развития возможности альтернативной коммуникации (а для ребенка после кохлеарной имплантации – для «запускающего» этапа речи). Наличие имплантированных детей требует подготовки адекватных для удовлетворения их образовательных потребностей специалистов (подобную специализацию может получить и учитель-логопед, однако «обычная» логопедическая подготовка не сделает его работу эффективной). Огромное значение имеет формирование у имплантированного ребенка возможностей адекватного эмоционального отклика на обращение, нивелирующее типичное и недостаточно социально адекватное реагирование глухого.

При нарушениях зрения на первый план выходит развитие мобильности (помощь в овладении пространством), профилактика вторичной аутизации, вербализма, развитие компенсаторных функций, позволяющих осуществлять познание.

При наличии НОДА у ребенка раннего возраста приоритетную роль следует уделять стимуляции интереса к окружающему, развитию произвольного внимания, способности к удержанию предметов (во взаимодействии с взрослым), слуховому восприятию, формированию представлений о цвете, форме, величине, расширению пассивного словаря, улучшению артикуляционной моторики.

Особую область составляют дети с предполагаемыми РАС. В настоящее время с одной стороны, количество детей, обнаруживающих аутистическую симптоматику, увеличивается. С другой стороны, она может существенно варьировать и при некотором внешнем сходстве быть следствием разных состояний: и составляющей ТМНР, и симптомом дегенеративного заболевания ЦНС, и собственно психозом, и проявлением серьезной органической неполноценности

ЦНС и т.д. Постановка соответствующего клинического диагноза во многом определяется позицией врача-психиатра. Кроме того, даже в классической работе К.С. Лебединской показано, что в раннем возрасте у детей с РАС большинство жалоб и симптомов нельзя назвать специфичными. Однако наличие аутистических черт даже в раннем возрасте требует строго дозированного расширения сферы социальных контактов ребенка, попыток формирования «совместно разделенного переживания» (Е.Р. Баенская), что создает основу для повышения социальной чувствительности и выносливости в контактах.

Для ребенка с РАС первоочередное значение имеет формирование возможности действовать по подражанию, овладение доступными социально-бытовыми навыками. Вместе с тем, не исключается использование АВА-терапии, сенсорной интеграции и других инновационных технологий обучения детей с РАС.

В случае наличия у ребенка двигательных, сенсорных нарушений, органической патологии артикуляционного аппарата (при отсутствии заключения МСЭ к моменту диагностики в ПМПК) следует, в первую очередь, указывать на необходимость медицинского обследования для решения вопросов о возможности улучшения состояния поврежденного органа (системы).

В случае если у специалистов ПМПК, несмотря на представленность медицинской документации, все же возникает подозрение на недиагносцированную к моменту обследования хромосомную, генетическую, неврологическую патологию, это также должно указываться в рекомендациях.

Относительно же содержания рекомендаций – специалистам ПМПК следует регулярно следить за публикациями на сайтах ИКП РАО, РГПУ им. Герцена, МГППУ, МПГУ, в журналах «Дефектология», «Воспитание и обучение детей с нарушениями развития». Это позволит удерживать «культурную норму» формулировок. Естественно, что сказанное относится не только к раннему возрасту, но и ко всем другим возрастным группам.

Специалистам необходимо учитывать список шкал, используемых для обследования детей раннего возраста:

- KID<R> (Чистович, Рейтер, Шапиро, 2000)

- RCDI (Шапиро, Чистович, 2000) – русская версия шкалы Child Development Inventory (CDI) (Ireton, 1992).
- Русская версия американского опросника для родителей The MacArthur Communicative Development Inventory (MacArthur CDI) .
- Денверский скрининг-тест развития (DDST).
- Модифицированный скрининговый тест на аутизм для детей раннего возраста (The Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT); Robins, Fein, & Barton, 1999).

  Рейтинговая шкала аутизма у детей C.A.R.S.

  Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K (1980).

  Шкалы развития младенца Bayley. Тест Бэйли
- Шкала ментального развития R. Griffiths
- Скриниг направленный на выявление детей с подозрением на снижение слуха
- Тест «ГНОМ» и т.д.

Обследование несовершеннолетних в возрасте от 15 до 18 лет имеет особое значение, т.к. возраст уголовной ответственности определен законодателем с 14 лет, и, соответственно, заключение и рекомендации ПМПК могут играть важную роль в процессе решения трудных жизненных или юридически значимых ситуаций с участием несовершеннолетних (на досудебном, судебном и постсудебном этапе как в уголовном, так и гражданском процессах).

Следует отметить, что ПМПК, относясь к ведомству системы образования, также входит в государственную систему профилактики безнадзорности и правонарушений среди несовершеннолетних, деятельность которой регламентируется Федеральным законом от 24.06.1999 № 120-ФЗ (ред. от 02.04.2014, с изм. от 04.06.2014) «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних». Таким образом, проведение квалифицированного обследования и составление развернутого заключения ПМПК имеет существенное значение не только для организации обучения и воспитания несовершеннолетних с девиантным поведением, т.к. должно

содержать в себе в т.ч. и рекомендательную часть, но и для профилактики правонарушений в широком смысле.

При обследовании несовершеннолетних с девиантным поведением, прежде всего, важно проанализировать их способность к произвольной регуляции деятельности и поведения. В качестве значимых индикаторов выступают особенности:

- целостного рисунка поведения в процессе обследования;
- познавательной деятельности (способности использовать искусственные средства при организации запоминания, в т.ч. схемы при решении учебных задач, удерживать сложную словесную инструкцию, рассуждать, вербализовать способ решения познавательной задачи, выделять правила и алгоритмы решения, оценивать его правильность и т.п., а также принимать помощь и «переносить» усвоенный способ деятельности на сходное задание);
- общей осведомленности, в том числе в житейских вопросах, способности делать адекватный перенос и ориентироваться в различных социальных ситуациях;
- эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер;
- ценностно-смысловой сферы и правосознания.

Диагностический инструментарий должен давать качественную оценку следующих особенностей:

- особенности мотивационной направленности несовершеннолетнего в процессе обследования (старательность, пассивная старательность, пассивность), понимания контекста ситуации обследования;
- особенности поведения, установления контакта и взаимодействия с несовершеннолетним в процессе работы;
- качество и особенности выполнения заданий, особенности деятельности в целом;

– особенности и содержание корректирующей помощи, предъявляемой специалистом несовершеннолетнему в процессе обследования, необходимой для выполнения заданий.

Важное значение имеют факты из истории жизни несовершеннолетнего (например, состоит ли на внутришкольном учете, в КДН и ЗП, ПДН; как характеризуется с места учебы и др.). Для этой цели в соответствии с п.11 Положения о ПМПК, где обозначено право комиссии «запрашивать у органов, организаций и граждан сведения, необходимые для осуществления своей деятельности» рекомендуется заблаговременно получить необходимую и достоверную информацию. Запрос посылается на бланке комиссии (Приложение 2.10).

В обследовании этой категории обследуемых основная роль принадлежит педагогу-психологу, который строит свой вывод, основываясь на требованиях к диагностической ситуации экспертизы, сформулированных А.Г. Шмелевым. Используемые методы должны носить взаимодополняющий и взаимопроверяющий характер. Так обычно сопоставляются данные наблюдения, беседы, заполнения отдельных опросников, адаптированных для возраста, и результатов выполнения проективных методик, смысл которых неочевиден для испытуемого.

Перечень рекомендуемых методик приведен в приложениях 6.4, 7.5, 8.4. Курсивом выделены те, которые в большей вероятности могут быть использованы при обследовании в центре ППМС-помощи, чем в ПМПК. Вместе с тем рекомендуемый перечень поможет педагогу-психологу ПМПк ОО или психологу-эксперту правильно сориентироваться в диапазоне применимых методик. В связи с этим, важна система взаимодействия ПМПК и центра ППМС-помощи при решении диагностических задач.

Состояние познавательной сферы может оцениваться с помощью общеизвестных «взрослых» патопсихологических методик, приведенных в руководстве С.Я. Рубинштейн или В.М. Блейхера, И.М. Крук. Нередко требуется стандартная оценка интеллекта, которая в возрасте до 16 лет проводится по WISC, а позже – по WAIS (модификации теста Д. Векслера, ИМАТОН). Стандартный

показатель вербального, невербального и общего интеллекта можно получить только с его помощью. Не исключается использование Прогрессивных или (предпочтительней) продвинутых матриц Равена (однако отечественная стандартизация не проводилось, поэтому в качестве ориентира могут использоваться Руководства, изданные ООО «Когито-центр»). Разработчиками не предусматривалось определение стандартного показателя интеллекта, результат по тесту соотносится с процентильной шкалой. Можно рекомендовать использовать критериально-ориентированный школьный тест умственного развития (ШТУР), но, как и любой критериально ориентированный тест, он предполагает лишь условные ориентиры - минимально «нормативный» результат, свидетельствующий как об уровне обученности, так и об овладении умственными операциями.

То же самое касается заполнения личностных опросников (например, ПДО – патохарактерологический диагностический опросник) или выполнения проективных методик: они достаточно объемны, требуют времени не только для выполнения, но и для интерпретации педагогом-психологом, поскольку правильный диагностический вывод может быть сделан только на основе всей совокупности имеющихся диагностических материалов.

Поэтому именно для подростков представляется необходимым рекомендовать предварительное психологическое обследование с соответствующим экспертным заключением компетентного педагога-психолога, что также реализует право комиссии, обозначенное в п.11. Положения о ПМПК. Обследование должно осуществляться с согласия родителей (законных представителей), которое дается вместе с заполнением заявления. В этом случае педагогу-психологу и другим специалистам ПМПК будет легче сориентироваться в диагностическом выводе.

Запрос к педагогу-психологу должен формулироваться комиссией на основании изучения представленных документов, в т.ч. результатов запросов, сделанных в инстанции, фиксирующие девиантное или делинквентное поведение, передаваться по закрытому каналу информации. В этом случае желательно заранее согласовать с предполагаемым экспертом формулировки запроса, поэтому для него предлагается иная форма (Приложение 2.10).

Не исключается возможность рассмотрения в ПМПК заключения специалистов (педагога-психолога, учителя-логопеда), занимающихся консультативной деятельностью соответствующего профиля, привлекаемых к диагностике по инициативе родителей и для детей других возрастных групп. Однако в этом случае подпись специалиста должна быть заверена печатью организации, в которой он работает (или его личной печатью). Эксперт должен быть знаком с перечнем методик, рекомендованных для обследования, и, соответственно, использовать их в диагностике, отражая их перечень в своем заключении. Передача в ПМПК заключений такого типа может осуществляться самими родителями в запечатанных конвертах.

3. ОСОБЕННОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ ПМПК ПРИ РЕШЕНИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ ЗАДАЧ

3.1. Организация деятельности учителя-дефектолога на ПМПК по определению специальных условий образования

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

При подборе подходящего ребенку диагностического инструментария, учитель-дефектолог (как и все остальные специалисты) опирается на данные анамнеза и медицинские документы, жалобы родителей, сведения из психолого-педагогической характеристики, собственную первичную диагностическую гипотезу.

Учитель-дефектолог обязательно обращает внимание на соответствие возрасту внешнего вида ребенка, на характер его взаимодействия с предметами и людьми, на адекватность поведения во время нахождения ребенка в ПМПК и, естественно, в первую очередь на включение ребёнка в ситуацию собственного обследования, целенаправленность его деятельности во время решения учебно-познавательных задач.

Как совершенно справедливо отмечает С.Д. Забрамная, «способность к обучению, как правило, трансформируется у ребенка через взаимодействие с взрослым в любой практической деятельности: бытовой, игровой, учебной, трудовой». [4] Именно поэтому обучаемость так или иначе оценивают все специалисты, учитель-дефектолог же обращает особое внимание на обучаемость, проявляющуюся в ходе выполнения экспериментальных заданий обучающего типа при работе с дошкольником, решения учебно-познавательных задач, сходных с теми, с которыми ребенок сталкивается в школе.

В процессе предъявления собственных заданий учитель-дефектолог выявляет, как ребёнок принимает их, как выполняет, необходима ли помощь, каков ее характер и объём. Анализируется сформированность представлений об окружающем мире и о себе, уровень развития пространственной ориентации (восприятия), зрительно-моторной координации, графической деятельности, общей и мелкой моторики, речи.

Обучаемость определяется по способности ребёнка усвоить алгоритм деятельности и перенести его на аналогичное задание (при обязательном условии отсутствия опыта выполнения подобных заданий). Если же задание ребенку в целом знакомо, оценить обучаемость можно:

1) исходя из ***количества и качественных характеристик необходимой помощи*** со стороны взрослого (стимулирующая («молодец»); организующая («посмотри внимательно»); подсказка («жи-ши» мы пишем с какой буквой?») или же содержательная в полном объеме (давай, сначала узнаем, сколько было…, а теперь узнаем, сколько… и т.п.);

2) исходя из ***предполагаемой многократности предшествующих повторений информации***, которую учитель-дефектолог пытается получить от ребенка (например, если обследуемый младший школьник посещал детский сад, то он изучал и времена года, и звуковой состав слов, и должен был овладеть элементарными математическими представлениями);

3) исходя из ***устойчивости сформированного экспериментально умения***, т.е. способности к его «переносу» на идентичное задание по прошествии определенного времени (здесь следует учитывать, что перенос этот может осуществляться в разных «планах»: словесном, образном или действенном).

Условно можно выделить три уровня обучаемости:

- *достаточный уровень обучаемости.* Ребенок понимает смысл задания, соответствующего по сложности его возрасту и году обучения, способен выполнить его самостоятельно или при оказании незначительного объема исключительно организующей или стимулирующей помощи, подсказки

нужны только в реально сложных, еще недостаточно усвоенных алгоритмах решений;

- *недостаточный уровень обучаемости.* Ребенок понимает смысл задания, но нуждается в разнообразной помощи, перенос на идентичное задание неполноценен, т.е. снова требует подсказок, знакомые задания выполняются достаточно успешно, вместе с тем ребенок периодически с затруднениями актуализирует предположительно хорошо известную ему информацию, эффективность помощи очень неравноценна.
- *низкий уровень обучаемости.* Ребенок самостоятельно не понимает смысла задания, требует большого количества разнообразной помощи, но в итоге не способен выполнить задание по алгоритму после оказания помощи педагогом, т.е. «перенос» фактически отсутствует, типовые задания, которые выполнялись ранее, в предшествующие годы обучения, ребенок фактически «не помнит», для их выполнения снова требуется весь объем помощи.

Фактически подавляющее большинство методик, используемых при психолого-педагогическом обследовании дошкольников (комплексы Е.А. Стребелевой, И.А. Коробейникова и др.) построены как обучающие, однако комплексы эти объемны и при ограничениях времени нахождения ребенка в ПМПК не всегда могут быть реализованы полностью. Кроме того, использование патопсихологических методик, входящих в указанные комплексы, является все же прерогативой педагога-психолога. Поэтому учитель-дефектолог обычно пользуется отдельными приемами, позволяющими оценить обучаемость.

К числу таких приемов относится ***постепенное снижение уровня сложности задания***, которое вначале предлагается решить в мыслительном плане, затем с опорой на образные процессы и в последнюю очередь – на уровне конкретных действий. Так, например, предложив младшему школьнику задачу «в два действия» устно, ее затем иллюстрируют схемой и лишь затем начинают разбирать «пошагово», подкрепляя при необходимости свои рассуждения действиями со счетным материалом; попросив определить количество слогов в слове на слух,

задание упрощают предъявлением карточки с напечатанным анализируемым словом, а в последнюю очередь предлагается подобрать нужные слоги из кассы слогов и сложить слово.

Обученность у дошкольников определяется соответствием знаний, умений, навыков и представлений, которыми владеет ребенок, уровнем развития игровой и продуктивной деятельности возрастным показателям. Такие нормативы заложены в программах воспитания и обучения детей дошкольного возраста в соответствии с новым ФГОС, например «От рождения до школы» Н.Е. Веракса, Т.С. Комарова, М.А. Васильева, 2014. При подозрении на наличие умственной отсталости (интеллектуальных нарушений) следует ориентироваться на критерии, заложенные в программу «Коррекционно-развивающее обучение и воспитание» Е.А. Екжановой, Е.А. Стребелевой.

В ходе обследования детей *дошкольного возраста* учитель-дефектолог определяет:

1. Соответствие качественных характеристик деятельности ребенка, его знаний, умений, навыков и представлений об окружающем «функциональной» (т.е. типичной для социокультурных условий, в которых обследуемый проживает) норме возраста.

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

У дошкольника учитель-дефектолог обязательно оценивает:

- сформированность элементарных математических представлений;
- уровень развития конструктивной деятельности (не сформирована, возможна по подражанию, наглядному образцу, схематическому изображению, словесной инструкции);

- уровень развития мыслительных операций и действий (доступны ли группировка по определенному признаку, обобщение, сравнение, сформирована ли способность к установлению доступных по возрасту причинно-следственных связей и логических закономерностей).

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

- различать цвета в 2 года;
- знать названия трех-четырех цветов, соотносить цветовые эталоны, различать геометрические фигуры (квадрат, круг, треугольник), воспроизводить постройку из трех кубиков в 3 года;
- повторять за экспериментатором фразу из 4-5 слов, отвечать на простые вопросы по прослушанному тексту, собирать матрешку, воспроизводить постройку из 4-5 деталей по «расчлененному» образцу-схеме в 4 года;
- считать-пересчитывать предметы в пределах 5, отвечать на более сложные вопросы по тексту, заучивать несколько не связанных между собой слов, создавать схематичное изображение человека (не «головонога»), использовать в игре заместители, знать времена года, устанавливать последовательность событий по картинкам, конструировать по схеме, где взаиморасположение частей не выделено к 5 годам;
- выделять в слове звуки (хотя бы первый), считать в пределах десяти и сравнивать количество предметов, выучивать новое двустишие, составлять рассказ по серии последовательных картинок, играть в игру с правилами к 6 годам.

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

- способность воспроизвести графический образец,
- выполнять задание под диктовку (графический диктант),
- проводить звуковой анализ слова,
- соотносить количества (путем попарного сравнения),

- отвечать в плане заданного на вопросы взрослого,
- понимать формулировки, отражающие квазипространственные отношения (Пример: Собака бежала за охотником. Кто шел впереди?),
- решать адекватные для возраста логические задачи, понимая тексты со скрытым смыслом (Пример: Маленький Саша утром проснулся невеселый. Мама дала ему лекарство, взяла зонтик и ушла. Почему Саша проснулся невеселый? Какая погода была на улице?).

3. Характер имеющегося отставания (иногда – опережения): равномерное, неравномерное (какие-то знания и умения есть, какие-то недостаточны), крайне неравномерное (превышение требуемого уровня знаний по одним разделам программы и полное их отсутствие - по другим)[4]. Основанием для вывода являются и представленные в ПМПК продукты деятельности (поделки, рисунки). Представление поделок, рисунков ребенка дошкольного возраста позволит специалистам:

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

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

4. Условия предшествующего обучения ребёнка (место жительства – социально благополучный или менее благополучный городской район, поселок

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

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

Чем менее благоприятны условия предшествующего обучения, тем большее значение приобретают показатели обучаемости, о которых говорилось выше. Вместе с тем, чем в более благоприятной среде ребенок получал дошкольное образование, тем большее внимание учитель-дефектолог должен уделить подбору диагностических заданий, которым ребенка заранее не обучали (например, основные житейские обобщения типа «игрушки», «одежда» и т.п. детям из благополучных семей почти всегда известны, так же как и порядковый счет).

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

В ходе обследования детей *школьного возраста* учитель-дефектолог определяет:

1. Соответствуют ли знания по основным предметам (письмо, обучение грамоте, русский язык, математика) требованиям программы, по которой ребенок обучается.
2. Степень усвоения программы: усвоена программа в достаточном объеме, усвоена не полностью или частично, не усвоена.
3. Есть ли знания за предыдущие года обучения. Если ребёнок учится в первом классе и программный материал не усваивает, учитель-дефектолог оценивает сформированность предпосылок к школьному обучению.
4. Возможности и необходимость создания специальных условий обучения ребёнка

В ситуации обследования детей младшего школьного возраста на ПМПК должны быть представлены рабочие тетради по основным предметам (в соответствии с п. 15 Положения о ПМПК). Предъявление на ПМПК письменных

работ ребенка по русскому (родному) языку, математике для детей школьного возраста за текущий учебный год позволяет команде специалистов провести детализированное изучение результатов учебной деятельности ребенка.

Наличие рабочих тетрадей ребенка позволит специалистам:

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

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

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

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

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

Первоочередное внимание учителю-дефектологу рекомендуется уделять овладению программным материалом по математике, т.к. трудности в овладении

чтением и русским языком профессионально оценит учитель-логопед. Выявляется уровень сформированности навыка счета и счетных операций в соответствии с классом обучения. В процессе дефектологического обследования целесообразно предложить ребенку текстовую арифметическую задачу. Задача предлагается с теми числами, которыми ребёнок оперирует. Текст задачи ребёнок читает вслух. По результатам выполнения этого задания можно судить об уровне развития мышления, оценивая способ решения задачи и учитывая объём оказываемой помощи. Делается также вывод об уровне развития навыка чтения: соответствует ли он потребностям обучения, может ли ребёнок прочитать текст самостоятельно или с помощью, насколько обследуемый понимает прочитанное и ориентируется в тексте задачи.

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

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

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

Необходимо помнить, что тяжесть двигательных нарушений, отсутствие речи не соотносится напрямую со степенью интеллектуального недоразвития. Ребенок может иметь сохранный интеллект при выраженных нарушениях крупной и мелкой моторики, при отсутствии речи, и, напротив, незначительные двигательные нарушения могут сочетаться с выраженной умственной отсталостью, о чем постоянно напоминают ведущие специалисты в этой области (И.Ю. Левченко, И.И. Мамайчук, О.Г. Приходько и др.). Поэтому сам нозологический диагноз, который имеется в медицинских документах, может служить лишь самым «общим» ориентиром, и зачастую не отражает интеллектуальное состояние ребенка.

Следует всегда помнить, что дети с различными формами и разной степенью выраженности НОДА имеют специфические особенности, которые оказывают влияние на когнитивное развитие, формирование учебных навыков и учебной деятельности. В процессе обследования важно создать для ребенка такие специальные условия, которые помогут нивелировать двигательные особенности и максимально оптимизировать сам процесс оценки психического развития.

К подобным условиям следует отнести:

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

самостоятельно или с незначительной помощью использует его как средство коммуникации. Желательно, чтобы в компьютере была *активизирована функция отсрочки повтора*, что позволяет при долгом нажатии клавиши избежать многократного повторения буквы.

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

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

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

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

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

Пространственные нарушения у детей с НОДА вследствие ДЦП заложены в саму структуру дефекта. Поэтому при обследовании следует определить степень выраженности нарушения пространственной ориентации и восприятия. В процессе выполнения логических заданий (нахождение логических последовательностей и связей) необходимо помогать ребенку: показать, где должна лежать первая

картинка, начертить вертикальную красную линию на листе, обозначающую начало и т.п.

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

При отсутствии речи, при грубых нарушениях произносительной стороны речи, когда речь малопонятна, возможно провести обследование в невербальной форме. Ребенок отвечает на вопросы в письменном виде на листе бумаги или с использованием компьютера (ноутбука, планшета, мобильного телефона). В случае если ребенок не владеет письменной речью или пишет (печатает) медленно, учитель-дефектолог предлагает ему задание «ПОКАЖИ». Например, *«покажи зеленый предмет», «покажи большой зеленый предмет», «покажи НЕ большой и НЕ зеленый предмет», «покажи лишний предмет»* и т.д.

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

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

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

Для обследования ребенка должны выбираться диагностические задания в форме, доступной для самостоятельного выполнения, что позволит оценить, как уровень обученности, так и предположить (предложить) формы обучения и развития доступных видов деятельности. Следует дифференцировать помощь, необходимую ребенку, как техническую (физическую), так и организующую, стимулирующую, обучающую.

По итогам обследования составляется краткая характеристика и дается заключение, отражающее уровень обученности (сформированности доступных видов деятельности) и обучаемости ребёнка. И характеристика (в кратком виде), и дефектологическое заключение заносится в протокол. В заключении ПМПК должны быть приведены конкретные рекомендации по направлению деятельности учителя-дефектолога.

Следующая группа обследуемых в ПМПК, нуждающаяся в особом подходе – обучающиеся с расстройствами аутистического спектра (РАС). Следует учитывать, что обследование *ребенка с РАС* в связи с его особыми поведенческими и эмоциональными сложностями желательно проводить одному специалисту - тому, кто смог установить с ребёнком контакт. Задания должны предлагаться ребёнку таким образом, чтобы другие члены ПМПК могли оценить интересующие их сферы развития ребёнка. При этом крайне важно учитывать психоэмоциональные особенности и потребности детей этой категории, в связи с которыми следует соблюдать следующие правила:

– ребенку нужно время для адаптации и ориентации в пространстве кабинета;
– количество и объем диагностических заданий определяется с учетом психической и физической истощаемости детей с РАС, их высокой сенсорной чувствительности;
– инструкцию следует сопровождать доступной наглядностью (по возможности краткой и схематичной), поскольку имеются трудности слухового восприятия;
– необходимо создавать ребенку ситуацию успеха.

Для тяжелых вариантов обсуждаемого расстройства практически невозможно использовать какие-либо инструментальные методики, стимульные материалы, в

том числе, входящие в состав примерных пакетов. В этом случае остается только метод наблюдения и отдельные методики пакетов для соответствующего возрастного диапазона, а в случае интеллектуальной недостаточности – для более младшего возраста.

Примерный перечень методик, используемых в работе педагога-дефектолога, приводится в Приложении 6.

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

Оценка особенностей развития ребенка с нарушенным слухом является сложной проблемой. Она связана с трудностями дифференциации глухоты, частичной потери слуха, снижения интеллекта, речевых нарушений, поскольку особенности психического развития могут иметь сходные внешние проявления с некоторыми другими вариантами отклонений в развитии (коммуникативные проблемы, отсутствие или недоразвитие речи). В этой ситуации глухие дети иногда квалифицируются как с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), а иногда и как дети с аутистическими расстройствами, слабослышащие — как дети с задержкой психического развития или речевыми нарушениями (сенсорной/моторной алалией, дизартрией и т.д.).

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

При сурдопедагогическом обследовании принято также выделять ***особые задачи изучения*** детей с нарушениями слуха в зависимости от их возраста и периода психического:

в младенческом, раннем и дошкольном возрасте это уточнение диагноза ребенка, оценка адекватности слухопротезирования/кохлеарного имплантирования,

выявление особенностей развития речи и познавательной сферы, развитие движений;

в младшем школьном, подростковом и юношеском возрасте – оценка уровня развития восприятия и воспроизведения устной речи, исследование сложных психических процессов (словесная память, словесно-логическое мышление, воображение), изучение личностных особенностей (самосознание, психологическая и социальная адаптации).

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

Выбор наиболее адекватного способа общения с неслышащим и слабослышащим ребенком опять же позволяет в определенной степени минимизировать как время установления контакта, так и самого обследования ребенка. Так, если ребенок дошкольного возраста с нарушенным слухом не владеет словесной речью, применяются невербальные задания, где условия вытекают из характера предъявленного материала или могут быть показаны с помощью естественных жестов. Если дошкольник/школьник с трудом слухо-зрительно воспринимает устную речь, для объяснения можно использовать заранее приготовленные таблички с заданиями (инструкции), дактилологию или жестовый язык.

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

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

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

- подтверждение нарушения слуха у ребенка, педагогическая оценка степени поражения слуховой системы, соотнесение данных медицинского и педагогического обследования;

- уточнение диагноза для выявления дополнительных нарушений, способных повлиять на конкретику специальных образовательных условий, необходимых ребенку;

- оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование/ кохлеарное имплантирование) коррекции слуха;

- изучение уровня развития слухового восприятия и речи.

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

Педагогическое обследование слуха *включает*:

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

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

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

оценка слуха на основе условно-рефлекторной реакции на звук;

исследование слуха речью.

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

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

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

Оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование/кохлеарное имплантирование) коррекции слуха, изучение уровня развития слухового восприятия речи проводится при использовании ребенком слуховых аппаратов/кохлеарных имплантов. Чрезвычайно важно также оценить, завершен ли запускающий этап после кохлеарной имплатации (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева и др.). Незавершенность запускающего этапа затрудняет правильное определение варианта АООП.

В собственном протоколе фиксируются результаты воспроизведения слов (звуков), фраз, текстов по следующей схеме:

1. Восприятия на слух контрольных слов:

Слово распознано - все звуки в нем узнаны и названы в правильной последовательности (школа - школа);

Слово воспринято близко к образцу – названо другое слово, с которым совпадают с образцом ритмический рисунок и часть звуков (*девочка – дедушка*) или воспроизведена часть слова (*окно - оно*).

Слово не воспринято, ответ признается ошибочным, если называется другое слово, резко отличающееся от образца по звуковому составу (*мяч - машина*).

2. Восприятие на слух фраз:

Фраза распознана – все ее слова распознаны и названы в правильной последовательности (*На улице идет дождь – На улице идет дождь*);

Фраза воспроизведена близко к образцу - часть слов распознана правильно, часть изменена (*На улице идет дождь – На улице идет дядя*).

Фраза не распознана – большинство слов не соответствует предложенному образцу (*На улице идет дождь - На улице едет машина*).

3. Восприятие на слух текста:

В данном случае оценивается точное или приближенное восприятие текста на слух: понимание смысла; количество правильно воспринятых слов и фраз по тексту.

Сурдопедагог в процессе обследования (в том числе, и другими специалистами ПМПК, в первую очередь, учителем-логопедом) должен оценить и ***уровень речевого развития*** ребенка.

В данном случае оценка особенностей речи включает изучение понимания устной речи (естественных жестов), уровень развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка, степень овладения им письменной речью.

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

В протоколе необходимо зафиксировать уровень сформированности коммуникативных навыков, задания предлагаемые ребенку (при этом обязательно следует указать, какими средствами (вербальными и/или невербальными) пользовался сурдопедагог) и правильность их выполнения.

Оценка уровня развития самостоятельной речи (естественных жестов) ребенка проводится при предъявлении предметных и сюжетных картинок, входящих

в состав методик соответствующего возрасту примерного пакета. Сурдопедагог побуждает ребенка называть изображенные предметы и действия.

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

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

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

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

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

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

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

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

Естественно, что в процессе ПМПК все эти обследования проводятся не только сурдопедагогом, но и другими специалистами (в первую очередь, учителем-логопедом, отчасти педагогом-психологом). Важно, чтобы все приведенные выше особенности были отражены, как в собственном протоколе сурдопедагога, так и в кратком виде приведены в общем протоколе ПМПК. При этом не потерять важной информации при формулировке заключения сурдопедагога в общем протоколе – сложная задача, которая требует большого опыта работы на ПМПК.

3.3. Организация деятельности тифлопедагога по оценке особенностей развития ребенка с нарушениями зрения

На этапе знакомства тифлопедагога с ребенком с нарушением зрения, пришедшим на обследование на ПМПК, необходимо изучить психолого-педагогическую характеристику (если ребенок ранее посещал занятия тифлопедагога или образовательную организацию), заключение консилиума, рекомендующего прохождение ПМПК; выписку из истории болезни по ведущему нарушению (врача-офтальмолога), другие документы, раскрывающие особенности поражения зрительного аппарата. Данная информация не только дает представление о состоянии психического развития и соматического здоровья ребенка, но и об особенностях, времени возникновения и степени тяжести зрительной патологии. Это позволяет тифлопедагогу (в рамках возникающей у него собственной диагностической гипотезы) быстро сориентироваться в имеющемся у него диагностическом материале для обследования ребенка с учетом его индивидуальных зрительных возможностей, а также наметить ряд дополнительных вопросов (в рамках специфического зрительного анамнеза) для беседы с родителями.

К задачам деятельности тифлопедагога на ПМПК относятся:

- педагогическая оценка специфики зрительного восприятия;
- в том числе, оценка степени снижения зрения;
- выявление дополнительных факторов, осложняющих визуальные возможности ребенка;

- уровень развития ребенка, его готовности к обучению/воспитанию (в соответствии с возрастом),
- оценка индивидуальных особенностей его познавательной деятельности, связанных с возможностью коррекции и компенсации зрительной недостаточности;
- определение необходимых специальных образовательных условий (в том числе, специального (ассистивного) оборудования и специальной дидактики) для обучения ребенка;
- определение основных (стратегических) направлений коррекционно-развивающих занятий с ребенком, определяемых, в первую очередь, характером зрительных нарушений.

Акцент в проводимом обследовании делается на умении ребенка пользоваться своим нарушенным (или остаточным – у слепых) зрением, на состоянии и возможностях работы сохранных анализаторов.

Одним из условий успешности обследования является установление положительного контакта между ребенком и тифлопедагогом, формирование доверия у ребенка на начальном этапе обследования. Полученные в результате обследования данные о ребенке позволяют тифлопедагогу понять, на что опираться в коррекционном обучении, определить степень и характер необходимой ему помощи, наметить основные задачи обучения.

На основании полученных о ребенке данных тифлопедагог составляет собственные рекомендации по необходимым специальным образовательным условиям с учетом возраста, диагноза зрительного заболевания, остроты зрения, имеющихся сопутствующих заболеваний, уровня познавательной деятельности и выявленных вторичных отклонений в развитии. При составлении коллегиального заключения эти рекомендации должны быть согласованы с мнением о необходимых специальных образовательных условиях других специалистов.

Совершено естественно, что в рамках тифлопедагогического обследования учитываются и результаты, получаемые другими специалистами ПМПК (учителя-логопеда, педагога-психолога, врача).

В дополнение к обследованиям других специалистов тифлопедагог должен оценить со своей профессиональной точки зрения, следующие показатели развития ребенка:

- имеющийся офтальмологический диагноз, а также сопутствующие диагнозы, возможно связанные с нарушением зрения;
- особенности сформированности представлений о себе, своей семье, окружающем мире;
- состояние сенсорной системы (слухо-моторные координации, зрительный гнозис, вкусовая и тактильная чувствительность, обоняние);
- стратегии и способы восприятия и обследования окружающего мира, в том числе ориентировки в пространстве;
- оценка умений узнавать и отображать эмоции. Сформированность движений мимических мышц лица (мимика, жесты, пантомима).

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

3.4. Организация деятельности учителя-логопеда на ПМПК по определению специальных условий образования

Учитывая особенности организации деятельности ПМПК, учитель-логопед должен включиться в определение необходимых специальных образовательных условий для ребенка и возможной образовательной программы с учетом оценки наличия/отсутствия у него каких-либо недостатков речевого развития. Работа учителя-логопеда проходит (как и для всех специалистов ПМПК) в условиях жесткого ограничения времени. Все это требует наблюдения за работой других специалистов, которая всегда сопровождается речевым взаимодействием с ребенком. Важно минимизировать дублирование способов оценки речевой деятельности разными специалистами (к какой бы категории ОВЗ ребенок ни

относился), но при этом не потерять значимой информации. Немаловажное значение для учителя-логопеда ПМПК может иметь представленное заключение учителя-логопеда, входящего в консилиум образовательной организации или независимого эксперта (п.15, Положения о ПМПК). Однако это заключение носит предварительный характер, решающим является диагностический вывод специалиста ПМПК.

Вместе с тем логопедическое обследование обладает собственной специфичностью. В ходе исследования речи ребенка учитель-логопед последовательно решает следующие ***задачи***:

1. Обнаружить наличие/отсутствие нарушений в речевом развитии ребенка и установить уровень речевого развития (в т.ч. при недоразвитии речи).
2. Определить первичность/вторичность речевого нарушения или его включение в качестве компонента в сочетанный дефект (при НОДА, РАС, сенсорных нарушениях).
3. Охарактеризовать состояние фонетико-фонематической и лексико-грамматической сторон речи, сформированность и качественные характеристики чтения и письма, что в совокупности с данными оценки познавательной деятельности и обучаемости позволяет сформулировать логопедическое заключение.
4. Сформулировать собственное мнение о наличии и характере ОВЗ и адекватной для образовательных потребностей ребенка АООП.

Рассмотрим последовательно решение выделенных задач.

Обнаружить ***наличие/отсутствие отклонений в речевом развитии*** ребенка особенно важно, потому что речевые недостатки не всегда являются проявлением патологии речевого развития, следовательно, не каждому ребенку нужна логопедическая помощь, в ряде случаев достаточно бывает поместить ребенка в адекватную речевую среду. Например, для детей с неполным двуязычием или детей-мигрантов может быть характерно несовершенство языковых средств, которое обнаруживается только на неродном языке, однако здесь довольно легко допустить диагностическую ошибку: при наличии интеллектуальных нарушений

несовершенство речемыслительных навыков проявляется и на родном языке (С.С. Бакшиханова). Поэтому полагать, что отставание в развитии всегда предопределено двуязычием, недостаточно правомерно. Речевые недостатки при нормальном развитии интеллекта скорее будут касаться некоторых этнокультурно обусловленных особенностей звукопроизношения. В отношении инокультурных детей диагностический вывод во многом должен базироваться на результатах психологического обследования.

Дети из обедненной речевой среды, независимо от того, воспитываются ли они родителями или в образовательной организации демонстрируют бедный словарный запас, грамматические формы, характерные для просторечия, упрощенные синтаксические структуры. Дети младшего дошкольного возраста, имеющие темповую задержку речевого развития или сниженную мотивацию общения, при достаточно высоком уровне развития импрессивной речи проявляют равномерное отставание от возрастных норм по всем другим показателям и т.п.

Для того, чтобы получить достоверные данные об уровне развития языковых средств и характере речевой деятельности, учитель-логопед, прежде всего, должен установить доверительный контакт с ребенком. Основным показателем уровня владения речевыми и языковыми средствами является их богатство и адекватность использования в ходе реального общения, а не в процессе специально отобранных заданий. В процессе беседы оценивается коммуникативная функция речи: умение поддерживать беседу, строить диалог на уровне, соответствующем возрасту ребенка. Для получения достоверной информации беседа ведется неформально на интересующие ребенка темы. Если ребенку неинтересно общаться с учителем-логопедом или он боится специалиста, то результаты обследования будут ниже реальных данных, что неминуемо приведет к гипердиагностике.

Тяжесть проявления дефекта определяется, в первую очередь, уровнем развития речи. Его нельзя определить безотносительно возраста ребенка. Например, наличие лепетной речи у ребенка трех лет в ряде случаев может рассматриваться как проявление задержки темпов психоречевого развития ребенка и не квалифицироваться как тяжелое нарушение речи. Такой же уровень речевого

развития у ребенка пяти лет уже свидетельствует о серьезной проблеме и может рассматриваться как тяжелое нарушение речи (ТНР). Лепетная речь у ребенка семи лет свидетельствует о крайне тяжелом недоразвитии речи, требующем особых усилий для его коррекции.

Таким образом, *тяжесть проявления дефекта будет определяться величиной разрыва между реальным состоянием и нормативами речевого развития в данном возрасте.*

В качестве показателя патологии в развитии речевой деятельности может рассматриваться устойчивая несформированность языковых средств, обнаруживаемая в рамках отдельных компонентов речи (например, нарушения звукопроизношения, несформированность фонематического восприятия, нарушения лексической и/или грамматической сторон речи и др.), их сочетаний или всей системы в целом, обусловленная неполноценностью языко-речевых процессов (анализа, синтеза, классификации и проч.) или отклонениями в анатомо-физиологическом строении речевого аппарата. Соответственно, данные недостатки могут быть преодолены только при организации коррекционной логопедической помощи. Учитывая, что школьные логопункты комплектуются на основании выводов ПМПК, весьма важно обратить внимание на состояние чтения и письма, выделив их специфические нарушения. Примерный перечень методик, используемых в деятельности учителя-логопеда, приведен в Приложении 7.

Установив наличие речевой патологии, учитель-логопед, как уже указывалось, должен выявить, ***какой характер имеет неполноценность речевой деятельности***: первичный, вторичный или речевая патология является компонентом сложного (сочетанного) дефекта. Очевидно, что наличие НОДА, РАС, сенсорной патологии не требует от учителя-логопеда дифференциальной диагностики, поскольку в этом случае приоритет имеет клинический диагноз, а учитель-логопед, соответственно, характеризует общее состояние речевой системы: в худшем случае это полная несформированность всех языковых средств вследствие органического повреждения ЦНС, грубо нарушенной иннервации артикуляционного аппарата (анартрии) или из-за отсутствия слуха. У детей также могут быть

констатированы разные уровни речевого развития при общем (или системном) недоразвитии речи или же нарушения, касающиеся только произносительной (или фонетико-фонематической) стороны речи.

Основные трудности традиционно возникают при дифференциации первичных речевых расстройств от ЗПР или даже умственной отсталости. Однако последнее состояние проявляется общим отставанием в темпах психического развития, типичной косностью, тугоподвижностью всей системы психической деятельности, недостаточностью всех видов мышления, обедненностью, стереотипностью эмоционального реагирования и плохой обученностью. Поэтому обычно уже до начала собственно логопедического исследования у учителя-логопеда есть мнение о низком общем интеллектуальном уровне испытуемого, наличии интеллектуального нарушения.

Особую трудность всегда представляет дифференциация сенсорной алалии и тяжелого речевого недоразвития при умственной отсталости. В данном случае приходится ориентироваться в первую очередь на качественные признаки поведения ребенка. При сенсорной алалии внешний рисунок поведения, так же как и понимание невербальных инструкций, существенно более адекватны, чем при таком же очень плохом состоянии речи вследствие умственной отсталости.

Наибольшую сложность представляет дифференциация первичного речевого нарушения от ЗПР. О первичности речевой патологии свидетельствует определенный дисбаланс между показателями речевого развития (хуже) и обучаемости (лучше). Как указывала Г.В. Чиркина, очень большое значение имеют анамнестические сведения. «Ребенок-речевик», в отличие от сверстника с ЗПР, обычно удивляет родителей своей сообразительностью в привлекательной для него сфере деятельности, а также расстраивает их своим «трудным» характером, капризностью, непредсказуемостью.

Отставание в раннем речевом развитии при первичном общем недоразвитии речи выражено намного сильнее, чем при ЗПР: «ребенок-речевик» больше пользуется автономной речью с крайне ограниченным набором слов, тогда как при ЗПР столь выраженных трудностей в овладении речью обычно нет, а имеющиеся

речевые недостатки зависят от индивидуально-типологических особенностей ребенка (при более легкой ЗПР они в большей мере связаны с недостатками произвольного контроля, а при более тяжелой – с общим отставанием в развитии).

Диагностика ряда форм речевой патологии невозможна вне комплексного исследования, в том числе, с помощью современных компьютерных технологий. Например, для диагностики сенсорной алалии или афазии необходимо иметь данные о состоянии слуха, функциональном состоянии коры головного мозга, в ряде случаев, и данные генетического анализа.

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

По итогам собственного обследования и наблюдения за речевой деятельностью ребенка в процессе обследований других специалистов составляется собственный протокол (не аналогичен речевой карте!), на основании которого учитель-логопед дает логопедическую характеристику речи ребенка, кратко формулирует выводы о состоянии отдельных сторон речи, а также логопедическое заключение в общем протоколе ПМПК.

Если страдают все компоненты речевой системы, следует в первую очередь оценить уровень речевого развития при общем (при первичной речевой патологии) или системном (при вторичности речевой задержки) недоразвитии речи. Ориентиром здесь являются уровни, описанные Р.Е. Левиной и дополненные Т.Б. Филичевой. Указание на уровень речевого развития дополняется выводом о наличии специфических отклонений (например, псевдобульбарной дизартрии, заикания и т.п.). Сочетание недоразвития речи с нарушениями письма и чтения, так же как и изолированные нарушения письма находят отражение в логопедическом диагнозе. Выбор классификации этих нарушений зависит от предпочтений учителя-логопеда (авторы наиболее известных типологий - Р.И. Лалаева, О.Б. Иншакова и др.).

В редких случаях наличие ограниченных возможностей здоровья устанавливается у ребенка, имеющего нарушения преимущественно произносительной стороны речи, не связанные с неврологической патологией. Однако в школьном возрасте эти речевые недостатки должны находить отражение в существенных трудностях овладения письменной речью.

Основанием для постановки некоторых логопедических диагнозов (дизартрии, афазии, ринолалии) в идеале служит наличие соответствующего медицинского заключения.

5. Наличие грамотного взвешенного заключения является одним из оснований для прогнозирования степени обучаемости ребенка в аспекте формирования у него полноценной речевой деятельности, что позволяет, как уже отмечалось, определить специальные образовательные условия, в том числе – образовательную программу, организационную форму обучения, адекватную возможностям ребенка, другие условия.

Для определения специальных образовательных условий для ребенка основную роль будут играть следующие показатели:

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

На практике специалисты встречаются с феноменами различной коррекционной динамики речи ребенка, которая не всегда коррелирует с тяжестью выраженности речевого дефекта.

Выделяются несколько факторов, которые позволяют прогнозировать темпы нормализации речевой деятельности детей: первичное звено в структуре дефекта – наличие органического/функционального нарушения; тяжесть выраженности; локализация дефекта и его генез; адекватность и эффективность предшествующего коррекционного воздействия (при наличии такового), половозрастной фактор и т.п.

Остановимся более подробно на показателях, определяющих специальные образовательные условия для детей дошкольного возраста. К ним можно отнести:

- уровень сформированности коммуникативных навыков;

– элементарные навыки невербального/вербального делового сотрудничества.

В случае рекомендации ребенку группы компенсирующей направленности, уровень развития данных показателей не имеет значения, поскольку условия организации коррекционно-воспитательной и образовательной работы предполагают не только наличие коррекционной среды, обеспечивающей индивидуальный и дифференцированный подход к ребенку, но и наличие интенсивных занятий со специалистами.

Однако при нахождении ребенка в группе общеразвивающей направленности, необходимо убедиться в наличие у ребенка показателей, обеспечивающих ему успешную социализацию в большой группе и достаточный потенциал речевого развития в условиях регулярных, но не интенсивных логопедических занятий. При этом одним из положительных факторов, влияющих на формирование речевой деятельности ребенка, в условиях инклюзивного обучения может рассматриваться наличие активной речевой среды. Однако, при этом необходимо увериться, что речевая активность окружающих детей будет стимулировать вербальную коммуникацию ребенка с тяжелым речевым нарушением, а не усугублять его фиксацию на дефекте.

Дополнительным доводом в пользу инклюзивного образования является активная позиция родителей, готовых к сотрудничеству со специалистами и выражающих желание включиться в коррекционно-образовательный процесс.

Для детей школьного возраста критерии (показатели) определения специальных образовательных условий будут несколько отличаться от соответствующих критериев у дошкольников, что обусловлено спецификой образовательной программы. Недоразвитие речи является одним из мощных факторов риска школьной неуспешности и неуспеваемости по отдельным предметам, поэтому, уровень развития речи будет определять организационную форму обучения.

Выбор между различными вариантами обучения производится на основе учета тяжести речевого дефекта. Обучение по основной образовательной программе вместе со здоровыми сверстниками доступно детям, имеющим недоразвитие речи с

уровнем речевого развития при ОНР не ниже III, а также наличием элементарных навыков звукового анализа.

При определении программы обучения необходимо учитывать данные анамнеза. Если у ребенка в анамнезе моторная алалия, подтвержденная объективными данными, которая была успешно частично компенсирована в ходе логопедических занятий на дошкольном уровне образования, тогда рационально рекомендовать начать обучение по адаптированной основной образовательной программе для детей с ТНР под руководством учителя-логопеда с дальнейшим мониторингом динамики. В последующем, возможно рекомендовать перевод на ООП. Основанием подобного решения является факт, что алалия относится к тяжелым формам речевой патологии, имеющим тенденцию к прогрессированию при усложнении учебного материала.

Дети, на момент поступления в школу имеющие ОНР II и I уровней, должны обучаться по адаптированной основной образовательной программе для детей с ТНР, так как у них еще не сформированы ни вербальные, ни невербальные предпосылки обучения грамоте. Им необходимы специальные методы обучения, иной порядок предъявления материала, следовательно, специальные учебники.

Таким образом, для обучающихся, имеющих ФНР и ФФНР, имеющих в совокупности другие специфические нарушения, препятствующие обучению грамоте, также могут обучаться по АООП для детей с ТНР (вариант 1) с обязательным анализом динамики обучения со сроками, необходимыми исходя из особых образовательных потребностей ребенка. Для указанной категории детей, в том числе могут быть организованы отдельные структурные подразделения (логопедические кабинеты, логопедические пункты).

Таким образом, при установлении варианта АООП и выработке рекомендаций, необходимо учитывать не только актуальный речевой статус ребенка и его когнитивные возможности, но и адекватность коммуникативной среды, позицию родителей, возраст и многие другие факторы.

3.5. Организация деятельности педагога-психолога на ПМПК

Первоочередная задача педагога-психолога ПМПК – сделать обоснованный вывод о том, есть ли у ребенка личностный и когнитивный потенциал, чтобы овладеть вариантом образовательной программы, который рекомендуется в соответствии с клиническим диагнозом и потенциально может быть усвоен за счет уже имеющихся знаний, умений и навыков. Не менее важной задачей становится выделение первоочередных направлений психокоррекционных занятий при реализации коррекционно-развивающей области АООП.

Для обоснованности этих выводов следует:

- оценить адекватность и критичность в ситуации обследования, достигнутый уровень сформированности познавательной деятельности в соотношении с возрастными нормативами, а также значимые психологические особенности ребенка (по состоянию коммуникативной деятельности, аффективной сферы, сформированности значимых предпосылок учебной деятельности и пр.);

- оценить ресурсные (компенсаторные) возможности испытуемого на основе: оценки его работоспособности и темпа деятельности, возможности удерживать внимание в разных по субъективной интересности видах деятельности, эмоциональной устойчивости при затруднениях, способности высказать свои суждения, намерения, просьбы и т.п.. На основании этого можно прогнозировать успешности адаптации в детском коллективе и к требованиям конкретного варианта АООП.

Производимая оценка должна соотноситься не только с возрастом испытуемого, но и с этнической принадлежностью, социокультурным уровнем семьи, другими социальными условиями, в которых ребенок живет или недавно находился (например, когда он только что попал в приемную семью и т.п.). Эти важные данные выявляются в процессе анализа истории развития (анамнеза) как еще одного важнейшего метода в арсенале педагога-психолога ПМПК. Целесообразным является включение в число документов, представленных на ПМПК, патопсихологическое заключение, подготовленное педагогом-психологом заранее (например, в рамках обследования в психолого-педагогической и медико-

социальной помощи, или в медицинской организации). Однако ответственность за диагностический вывод будет нести педагог-психолог ПМПК. Важно, чтобы был отработан механизм передачи в ПМПК подобных заключений (по защищенному каналу связи) и в определенной мере унифицирована их форма.

В случае наличия у ребенка неуспеваемости, предположительно связываемой с наличием недостатков интеллектуального развития (умственной отсталости или ЗПР) желательно, чтобы предварительно осуществлялась психометрическая оценка интеллекта (естественно, для этого психолог-диагност должен иметь и стандартный стимульный материал, и полноценное руководство пользователя и опыт в применении теста, и данные о его валидности для обследуемой выборки).

Совершенно необходимо также требовать, чтобы в ходе предварительного исследования ребенка педагог-психолог отметил, насколько его испытуемый способен использовать образец, словесное правило или самостоятельно подобранное искусственное средство (например, рисунок при выполнении «Пиктограммы») для организации своих познавательных действий. Именно способность (недостаточная или полная неспособность) к знаковому опосредствованию своей деятельности рассматривается в качестве показателя сохранных (ухудшенных, низких) познавательных возможностей. Однако в ситуации исследования в ПМПК подобное исследование практически неосуществимо, потому что требует значительных временных затрат, что дополнительно обосновывает важность предшествующей диагностики.

Следует отметить, 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, оно представляет собой отличающуюся от стандартной диагностической процедуры технологию.

Деятельность педагога-психолога на ПМПК условно может быть разделена на два этапа. Первый представляет собой оценку поведения, характера деятельности, особенностей коммуникации, в том числе, специфики взаимодействия с взрослыми

и другие подобные показатели, что осуществляется в процессе внешнего наблюдения. Это происходит и в те моменты, когда ребенок как бы предоставлен сам себе, и когда с ним работают другие специалисты, в первую очередь учитель-дефектолог. Именно в ходе такого наблюдения у педагога-психолога выстраивается диагностическая гипотеза. Иногда педагогу-психологу приходится включиться в ситуацию (при недостаточно адекватном поведении ребенка попробовать превратить ее в игровую и пр.). Такое «подключение» к ребенку, безусловно, может осуществить любой специалист ПМПК, но именно педагог-психолог оценивает ситуацию с точки зрения его социально-эмоциональных особенностей и прогноза поведенческой адаптации ребенка[5]. Все вышесказанное требует от педагога-психолога ведения собственного протокола на протяжении всего пребывания ребенка в ПМПК, что позволяет, как уже говорилось, повысить точность диагностических выводов.

Второй этап деятельности педагога-психолога представляет собой собственно психологическое обследование. При этом на первый план выходят когнитивные показатели, поскольку, несмотря на то, что все основные специалисты ПМПК (в особенности, дефектологи) дают оценку уровню и специфике интеллектуального развития ребенка, педагог-психолог же обязан оценить в совокупности *актуальный уровень и зону ближайшего развития познавательной деятельности.* Кроме того, каковы бы ни были личностные особенности испытуемого, образовательная программа устанавливается в зависимости от имеющихся предпосылок ее усвоения.

Под предпосылками подразумевается не только оценка памяти, продуктивного внимания, конструктивной деятельности, пространственно-временных представлений, но и общие характеристики интеллектуально-мнестической деятельности, такие как ориентировка в заданиях, понимание инструкций, способность к вербализации своих решений, необходимость и принятие помощи и виды требуемой помощи (в отличие от характеристики обучаемости учителем-

---

[5] Однако следует напомнить, что ситуация обследования в ПМПК ни в коем случае не должна напоминать «перекрестный допрос», когда один специалист вмешивается в деятельность другого, что упоминалось авторами всех предшествующих руководств по «отбору» детей в коррекционные школы.

дефектологом или учителем-логопедом, подобная оценка проводится на материале заданий экспериментально-психологических методик, предполагающих перенос усвоенного способа деятельности на сходное задание).

Сформированность произвольной регуляции собственной деятельности преимущественно оценивается по возможности удержания инструкций и программы выполнения того или иного задания. Можно использовать и специальные методики, в том числе некоторые нейропсихологические пробы (М.М. и Н.Я. Семаго и др.), которыми в необходимом объеме должен владеть каждый педагог-психолог. Если проблемы регуляции подтверждаются, то и весь ход дальнейшего обследования должен строиться с учетом необходимости дополнительной организации всей деятельности ребенка.

В процессе диагностики педагог-психолог должен свести к минимуму дублирование уже известных ребенку заданий. Однако порой складывается парадоксальная ситуация, когда ему приходится предельно минимизировать собственное обследование, поскольку учитель-логопед и учитель-дефектолог уже предъявляли различные психологические методики. Последнее нельзя считать оптимальным, поскольку в самом предъявлении патопсихологических методик, в их подборе и предъявлении заданий имеется немало тонкостей, которые могут быть упущены специалистами-смежниками.

Иногда педагог-психолог первым вступает в контакт с ребенком и демонстрирует в ходе своего обследования его возможности и ограничения остальным специалистам. Такой подход следует признать адекватным для детей младшего школьного возраста, уже «психологически травмированных учебной неуспешностью». В этом случае будет более правильно начинать с выполнения задания, не требующего словесного отчета (например, с Цветных Прогрессивных Матриц Дж.Равена) или с предметной классификации, когда испытуемый не может определить, насколько правильно он его выполняет.

В начале исследования следует оценить объем слухоречевой памяти и темп запоминания. Это необходимо, поскольку все инструкции к заданиям (как вербальным, так и невербальным) предъявляются ребенку в основном в речевой

форме. Часто бывает трудно определить, что произошло: ребенок не понял инструкцию или не сумел запомнить ее в силу того, что она превышает объем его оперативной памяти. По мнению М.М. и Н.Я. Семаго, наиболее адекватными в этом случае будут методики «Запоминание двух групп слов», «Запоминание двух фраз», однако не исключается и использование «Запоминания 10 слов». В случае выявления у ребенка суженного объема слухоречевой памяти, наличия интерферирующих влияний, последующие инструкции следует давать в дробном виде, упрощать, наглядно иллюстрировать. Такая тактика позволит избежать гипердиагностики умственной отсталости (интеллектуальных нарушений).

После этого можно переходить к другим заданиям, которых не может быть много, соответственно, они должны быть максимально информативными, как для педагога-психолога, так и для других членов команды. При обследовании школьников традиционно используется составление рассказа по серии сюжетных картинок, а также проверка степени понимания рассказов со скрытым смыслом, пословиц, метафор, заданий, требующих установления связей, отношений, закономерностей и вербального обоснования испытуемым своих умозаключений. Выполнение таких речевых заданий имеет значение и для учителя-логопеда. Для учителя-дефектолога информативна демонстрация возможности произвольной концентрации внимания (повторение цифр аналогично 6 субтесту из теста Векслера - в прямом и обратном порядке), а также способность совершать счетные операции (например, ребенок, сложив многосоставную доску Сегена, самостоятельно пересчитал число составляющих ее фрагментов).

В промежутках между методиками исследования познавательной деятельности целесообразно включать приемы, направленные на исследование особенностей двигательной сферы, в том числе как мелкой, так и общей моторики. С этой целью проводятся пробы на способность делать ритмические и координированные движения, в том числе и реципрокные, пробы на скоординированные движения пальцев, манипуляции с мелкими предметами, в том числе с ручкой и карандашом. У детей дошкольного возраста можно проверить сформированность бытовых двигательных навыков (застегивание пуговиц, шнуровка ботинок и т.п.).

В итоге педагог-психолог должен иметь возможность ответить на вопросы:

- задания какого типа являются для ребенка предпочтительными (вывод об этом делается на основе как наблюдения за его эмоциональной реакцией на задания разного типа, так и словесного самоотчета);

- какая мотивация (игровая, соревновательная и пр.) способствует повышению результативности;

- какова «фрустрационная устойчивость» ребенка, т.е. как он реагирует на действительную или мнимую неудачу;

- насколько сформированы возможности саморегуляции (на основе оценки планирования деятельности, контроля ее успешности, способности преодолевать утомление, вести себя в соответствии с принятыми нормами поведения и т.п.);

- какие особенности деятельности и поведения можно считать наименее адаптивными;

- какие недостатки предшествующего развития нуждаются в первоочередной коррекции.

При обследовании ребенка с возможными интеллектуальными нарушениями (например, с синдромом Дауна, ломкой Х-хромосомы и т.п.) специалист ПМПК предлагает задания и методики, ориентированные на более младший возраст. В данном случае задача педагога-психолога на этапе обследования в ПМПК – оценить возможности нахождения ребенка в детском коллективе, участия в групповых и подгрупповых занятиях. Как и другие специалисты ПМПК, педагог-психолог в работе с детьми с выраженными интеллектуальными нарушениями использует преимущественно метод наблюдения. В содержание наблюдения входит: оценка эмоционального реагирования ребенка на ситуацию; способность и особенности вступления в контакт с незнакомыми взрослыми; особенности взаимодействия с ними (активность, длительность, интерес, способность к волевому усилию, возможность следовать словесной и (или) жестовой инструкции); предпочтения в выборе предлагаемого материала; двигательные особенности.

Специфические особенности при наблюдении и взаимодействии могут проявляться при обследовании детей в возрасте до 5 лет. Учитывая часто

противоположные варианты особенностей поведения ребенка этих возрастных диапазонов: его нетерпеливость, высокий уровень неупорядоченности поведения, особенно в начале обследования (не достигающие в норме уровня полевого поведения) или, наоборот, робость и боязливость, возможны и достаточно технологичны два варианта начала работы с детьми этого возраста.

1–й вариант

Ребенку предоставляется достаточная свобода в пространстве комнаты. Время, в течение которого он осваивается и играет, используется специалистами ПМПК не только для наблюдения за свободным поведением ребенка, его речевыми, эмоциональными и двигательными реакциями, но и для разговора с матерью, другими членами семьи, пришедшими на консультацию, о возникших в семье проблемах, особенностях раннего развития малыша.

Такой тип начала обследования возможен со следующими категориями детей:

- активными, с выраженной, «живой» ориентировочной реакцией без признаков полевого поведения;
- утомленными «пассивным ожиданием»;
- тревожными, которым необходимо время, чтобы освоиться.

После этого имеет смысл начать взаимодействие с ребенком, либо с элементарных рисуночных заданий, либо с продолжения спонтанной игры с целью исследования моторных характеристик (например, ловить и бросать мяч, выполнять ту или иную двигательную программу). И то, и другое будет иметь своей целью одновременно проведение непосредственно обследования и налаживание нормального взаимодействия и эмоционального контакта с ребенком.

2–й вариант

В этом случае предполагается, что работа педагога-психолога с ребенком начинается сразу же. Такое начало взаимодействия является технологичным и адекватным при работе:

- с расторможенными, гипердинамичными детьми;
- с вялыми детьми со сниженной ориентировочной реакцией, низким уровнем психического тонуса;

– с детьми, утомленными долгим ожиданием или в период привычного для них дневного сна.

В этом случае имеет смысл сразу предложить ребенку яркие, интересные (но не чрезмерно возбуждающие) задания перцептивно-действенного характера (стаканчики, пирамидки, ящик форм, доски Сегена). При этом все оценки деятельности ребенка со стороны специалиста должны быть положительными, но в то же время умеренными, сдержанными по форме и интенсивности выражения, какова бы при этом ни была результативность работы ребенка.

Исключение составляют выраженные варианты расторможенного поведения или негативизм, когда ребенок не выполняет задания, а производит «неспецифические» действия с тестовым материалом (сбрасывает со стола, стучит о стол и т.п.).

Как совершенно справедливо указывает один из основоположников отечественной психодиагностики в области дефектологии В.И. Лубовский, «на этапе дифференциальной диагностики психолог должен разобраться в особенностях речемыслительной деятельности детей с физическими недостатками, а также и в особенностях недостатков мышления и речи детей, не имеющих выраженных дефектов сенсорных систем. Для выяснения этих вопросов абсолютно необходимо применять *диагностические задания разной степени сложности, адресованные ко всем трем видам мышления*: наглядно – действенному, наглядно – образному и словесно – логическому. При этом задания мыслительного характера должны строиться как обучающий эксперимент. Особое внимание следует уделить состоянию наглядно – действенного и наглядно – образного мышления, так как они являются показателями возможностей интеллектуальной деятельности независимо от недостатков речи» (Дефектология, 2015, № 6).

Чаще всего в оценке мышления используются разные варианты предметной классификации, зависящие от достигнутого возраста ребенка, установление последовательности событий, исключение лишнего.

В случае если в соответствии с диагностической гипотезой необходимо выявление непоследовательности, разноплановости, соскальзывания мышления,

можно использовать методику «Сравнение понятий» с включением пар несопоставимых понятий, Пиктограмму, анализ поведения и вербальной продукции ребенка в целом. В таком случае данные результаты обследования должны будут соотнесены с диагнозом психиатра, а от специалистов ПМПК требуется установление как доступной образовательной программы, так и специальных условий в соответствии с диагнозом психиатра.

Специфика аффективной сферы у детей 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. Эти особенности могут быть оценены как методом наблюдения, так и краткими проективными методиками «СОМОР» (М.М. и Н.Я. Семаго), тест «Рука», разные варианты детского апперцептивного теста (САТ) с использованием отдельных заданий из этих методик. Традиционно используются и проективно-графические методики: «Рисунок человека» (А.Л. Венгер), «Несуществующее животное» (М.З. Дукаревич), «Дом-Дерево-Человек» и др. Для этих же целей может быть полезен цветовой тест отношений (А.М. Эткинд), Пиктограмма (А.Р. Лурия - А.Л. Венгер). Критичность косвенно оценивается различными модификациями методики изучения самооценки Дембо-Рубинштейн, а также различных приемов для изучения уровня притязаний.

Состояние сферы отношений определяется уже упомянутыми проективно-графическими техниками: методикой «Два дома», различными вариантами рисунка семьи, фильм-тестом Рене Жиля. Характеристики эмоционально-волевой и мотивационно-потребностной сфер личности, так же, как и оценка сферы ее отношений, как уже указывалось, являются вспомогательными по отношению к определению варианта АООП. Поэтому более целесообразно их использовать в предварительном обследовании, дополняя психологический портрет личности ребенка.

Для обследования могут использоваться как методики из «Примерных диагностических пакетов», так и другой диагностический инструментарий в привязке к определенному возрасту, например, для детей раннего и дошкольного возраста доказали свою информативность комплексы, разработанные под руководством Е.А. Стребелевой.

Для дошкольников могут быть использованы методики из пособия «Психолог в детском саду», разработанного коллективом под руководством Л.А. Венгера. Особую ценность для ПМПК представляют малоизвестные методики: «Включение в ряд», «Самый непохожий» (установление логических отношений на наглядном материале, т.е. разноуровневая диагностика мышления), «Графический диктант» Л.И. Цеханской (возможность ориентироваться одновременно на три правила при соединении фигурок под диктовку), завершение фраз (установление логических связей). Выполнение заданий этих методик, занимающих 3-5 минут, позволяет оценить сензитивность ребенка к помощи.

Доказали свою диагностическую валидность не только для старших дошкольников, но и для младших школьников задания, включенные в комплекс И.А. Коробейникова («Нелепицы», «Опосредованное запоминание» по А.Н. Леонтьеву, обучающий вариант «предметной классификации», серия последовательных картин «Волки», многосоставная доска Сегена и классический «Обучающий эксперимент» по А.Я. Ивановой).

Большую ценность представляют методики, первоначально разработанные для исследования детей с нарушениями слуха: «Треугольники» Т.В. Розановой и Н.В. Яшковой. Эта методика занимает меньше времени, чем «Кубики Кооса», хорошо иллюстрирует не только состояние конструктивного праксиса (или, по-другому, наглядно-действенного мышления), но и эффективность помощи. Описываемая методика, как и «Прогрессивные матрицы Равена» (в т.ч. Цветные Прогрессивные матрицы), позволяет работать с детьми, плохо владеющими языком. Вполне информативен диагностический прием, разработанный Т.В. Розановой и заключающийся в запоминании места каждого из изображений в таблице из 12

картинок (нормативы выполнения методики приведены в упомянутой выше статье В.И. Лубовского, И.А. Коробейникова и С.М. Валявко).

Следует помнить, что дети довольно хорошо запоминают задания, выполняемые в ходе психологических обследований, поэтому при подозрении на знакомость методики, следует иметь «параллельный» набор заданий. При использовании помощи нерационально объяснять ребенку способ выполнения задания и добиваться правильного его выполнения, т.к. диагностические задания не должны использоваться в качестве коррекционных.

Кроме того, у педагога-психолога в арсенале всегда должно быть несколько интересных, но малоизвестных заданий, позволяющих, с одной стороны, заинтересовать и преодолеть пассивность ребенка, с другой – не допустить диагностической ошибки в случае, когда родители тщательно готовят ребенка к комиссии. Таким заданием могут быть, например, таблицы теста Роршаха, методики на дорисовывание фигур (по аналогии с тестом Торренса), короткие игры с правилами и т.п.

Наиболее важные результаты обследования ребенка педагогом-психологом:

- установление степени соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме;
- стойкость нарушений познавательной деятельности;
- степень социопсихологической адаптированности (дезадаптированности)[6];
- основные индивидуальные (индивидуально-типологические) особенности, требующие учета в организации психокоррекционной работы.

Крайне желательно указать и на компенсаторные возможности ребенка, однако в ситуации кратковременного исследования они могут не определиться.

В настоящее время в области специальной психологии, так же как и в логопедической науке, нет единого представления о том, как должен

[6] Эту оценку может осуществлять социальный педагог, опирающийся на представленную характеристику ребенка, а также беседу с родителями и самим испытуемым

формулироваться «***психологический диагноз***» – вывод по результатам психологического обследования. Таким образом, он должен согласовываться с соответствующими нозологическими врачебными диагнозами (в том числе, данными о состоянии слуха, зрения, опорно-двигательного аппарата, соматическом состоянии ребенка), соотноситься с логопедическим заключением и результатами педагогического обследования. Подобное становится возможным только при наличии «единого семантического пространства» - общего понимания значения используемых терминов, одинакового для всех специалистов, участвующих в комплексном обследовании. Только в такой ситуации общей согласованности можно минимизировать возможные диагностические ошибки.

Важно еще раз напомнить: во-первых, в ситуации обследования в ПМПК нецелесообразно пытаться оценить разные стороны психической деятельности с помощью «отдельных» методик; во-вторых, увлекшись оценкой «предпосылок» (внимания, слухоречевой памяти, пространственных представлений, зрительно-моторной координации и т.п.) есть риск уделить недостаточное внимание основному: оценке сформированности мышления и особенностей обучаемости; в-третьих, надо отслеживать состояние качественных параметров психической деятельности; в-четвертых, следует предупреждать истощение и менять характер заданий.

Примерные перечни методик, используемых в психологическом обследовании детей разного возраста, приведены в Приложении 8. Как уже указывалось, методики, выделенные курсивом, целесообразно применять в ходе предварительного обследования. Вместе с тем приведенные перечни задают некоторую «культурную рамку», обозначая методический арсенал, традиционно считающийся информативным для диагностической работы с детьми определенного возраста, в том числе и имеющими ОВЗ.

3.6. Организация деятельности социального педагога на ПМПК

Социальный педагог изучает условия жизни обучающихся, пришедших в Комиссию, их микросреды. С этой целью он беседует с родителями, выясняя дату их рождения, социальный статус (образование, профессия, занимаемая должность,

жилищные условия, уровень доходов). Для более полной характеристики социально-экономического статуса семьи уточняется ее состав (полная/неполная, приемная, благополучная/неблагополучная и пр.).

Социального педагога интересует также динамика семьи: форма брака (законный/гражданский), разводы, смерти членов семьи, рождение детей, проживание с неродными родителями и сводными братьями/сестрами. Сведения собираются также о всех лицах, проживающих вместе с ребенком. Можно поручить социальному педагогу в беседе с родителем заполнить опросник «Оценка негативных факторов семейной социализации» (Приложение 10.1). Заполнение подобного опросника целесообразно, в случае подозрения на преимущественно социально-средовой генез неблагополучия, выявляемого у ребенка.

Особое значение имеет, если семья имеет статус беженцев, проживает без гражданства, имеется несоответствие между пропиской и реальным местом жительства и т.п.

Подробно характеризуются бытовые условия жизни ребенка (питание, одежда, наличие индивидуального места для сна, наличие условий для учебных или игровых занятий и т.п.).

Социальный педагог также фиксирует наличие влияния депривационных условий. К последним относится не только биологическое или социальное сиротство, но и проживание ребенка в аномальной психосоциальной ситуации: с имеющим ОВЗ сиблингом или родителем, страдающим психическим расстройством. Существенное значение имеет подозрение на жестокое отношение к ребенку. Последнее может проявляться в разных формах: отвержение, унижение, терроризирование, изоляция, игнорирование. Родители, склонные к жестокому обращению с ребенком, обычно активно отрицают факты использования наказаний. Известно, что продолжительное пребывание в подобных психотравмирующих условиях вполне способно вызвать вторичное нарушение не только в эмоционально-волевой, но и в когнитивной сфере.

Социальный педагог, характеризуя социальный статус обследуемого ребенка, таким образом, может внести существенный вклад в понимание его особых

образовательных потребностей. При наличии времени социальный педагог может на основании педагогической характеристики и успешности беседы с родителями (педагогами) оценить социопсихологическую адаптированность испытуемых (Приложение 10.2 и 10.3).

Следует еще раз подчеркнуть, что в работе ПМПК необходим вдумчивый подход к каждому ребенку, понимание того, что сам факт обращения расценивается родителями как психотравмирующий и любая оплошность специалиста воспринимается избыточно аффективно. Неоднократно упомянутый дефицит времени не должен препятствовать качественной диагностике. Существенную роль в этом может сыграть улучшение предоставляемой медицинской и педагогической документации, тесное взаимодействие ПМПК со специалистами ПМПк ОО и специалистами ППМС-центра, внешними экспертами, корректное использование методического арсенала из приведенных диагностических пакетов.

Приложение 1

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ, РЕГУЛИРУЮЩИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПМПК, В ТОМ ЧИСЛЕ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СПЕЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ОБРАЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОВЗ, ИНВАЛИДНОСТЬЮ

- Федеральный закон РФ от 29 декабря 2012 г. № 273 «Об образовании в Российской Федерации».
- Приказ Минобрнауки России от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии».
- Приказ Минобрнауки России от 2 сентября 2013 г. №1035 «О признании не действующим на территории Российской Федерации письма Министерства просвещения СССР от 5 мая 1978 г. № 28-М «Об улучшении организации индивидуального обучения больных детей на дому» и утратившим силу письма Министерства народного образования РСФСР от 14 ноября 1988 г. № 17-253-6 «Об индивидуальном обучении больных детей на дому».
- Приказ Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. № 1014 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам-образовательным программам дошкольного образования».
- Приказ Минобрнауки России от 30 августа 2013 г. № 1015 (ред. от 17.07.2015) «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным общеобразовательным программам-образовательным программам начального общего основного общего и среднего общего образования (с изменениями 2015г.)».
- Приказ Минобрнауки России от 29 августа 2013 г. №1008 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным общеобразовательным программам».
- Приказ Минобрнауки России от 18 апреля 2013 г. № 292 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по основным программам профессионального обучения».

- Приказ Минобрнауки России от 14 июня 2013 г. № 464 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам среднего профессионального образования».
- Приказ Минобрнауки России от 9 ноября 2015 г. № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи».
- Приказ Минобрнауки России от 17 декабря 2010 г. № 1897 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта основного общего образования».
- Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 г. № 1577 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт основного общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 декабря 2010 г. № 1897»
- Приказ Минобрнауки России от 17 мая 2012 г. № 413 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего (полного) общего образования».
- Приказ Минобрнауки России от 31 декабря 2015 г. № 1578 «О внесении изменений в федеральный государственный образовательный стандарт среднего общего образования, утвержденный приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 17 мая 2012 г. № 413».
- Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014г. № 1598 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта начального общего образования обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».
- Приказ Минобрнауки России от 19 декабря 2014г. № 1599 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

- Приказ Минобрнауки России от 12 марта 2014 г. № 177 «Об утверждении порядка и условий осуществления перевода обучающихся из одной организации, осуществляющей образовательную деятельность по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования, в другие организации, осуществляющие образовательную деятельность по образовательным программам соответствующих уровня и направленности».
- Приказ Минобрнауки России от 14 октября 2013 г. № 1145 «Об утверждении образца свидетельства об обучении и порядка его выдачи лицам с ограниченными возможностями здоровья (с различными формами умственной отсталости), не имеющим основного общего и среднего общего образования и обучавшимся по адаптированным основным образовательным программам».
- Приказ Минобрнауки России от 22 января 2014 г. № 32 «Об утверждении порядка приема граждан на обучение по образовательным программам начального общего, основного общего и среднего общего образования».
- Приказ Минобрнауки России от 9 января 2014 г. № 2 «Об утверждении Порядка применения организациями, осуществляющими образовательную деятельность, электронного обучения, дистанционных образовательных технологий при реализации образовательных программ».
- Приказ Минобрнауки России от 4 октября 2010 г. № 986 «Об утверждении федеральных требований к образовательным учреждениям в части минимальной оснащенности учебного процесса и оборудования учебных помещений».
- Постановление главного государственного санитарного врача РФ № 26 от 10 июля 2015 г. «Об утверждении СанПиН 2.4.2.3286-15 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям и организации обучения и воспитания в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным основным общеобразовательным программам для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья».

- Приказ Минтруда России от 17 декабря 2015 № 1024н «О классификациях и критериях, используемых при осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте России 20.01.2016 N 40650)

Приложение 2

ДОКУМЕНТАЦИЯ ПМПК

2.1. ПЕРЕЧЕНЬ ДОКУМЕНТОВ, НЕОБХОДИМЫХ ДЛЯ РАБОТЫ ПМПК

№	Документ	Обоснование разработки
1.	**направление ребенка** территориальной комиссией на центральную комиссию (при наличии)	**Положение о ПМПК, п.11.б**
2.	**заявление** родителей (законных представителей), включающее согласие на предварительное обследование ребенка в ППк ОО или у независимых экспертов, предполагающее использование методик психолого - медико-педагогического обследования, а также получение ПМПК требующейся информации из других источников	**Положение о ПМПК, п.14, п.15.а**
3.	**копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка** (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии). Родителем (законным представителем) предоставляется документ, удостоверяющий его личность, а также документы, подтверждающие полномочия по представлению интересов ребенка	**Положение о ПМПК, п.15., п.15.б**
4.	**направление** образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии)	**Положение о ПМПК, п.15.в**
5.	**подробная выписка** из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации); заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка (при наличии)	**Положение о ПМПК, п.15.е**
6.	**характеристика** обучающегося, выданная	**Положение**

	образовательной организацией	**о ПМПК, п.15.ж**
7.	**письменные работы** обучающегося по русскому (родному) языку, математике за текущий учебный год	**Положение о ПМПК, п.15.з**
8.	**результаты самостоятельной продуктивной деятельности** ребенка (рисунки, поделки и т.п.)	**Положение о ПМПК, п.15.з**
9.	**результаты предыдущих обследований ребенка (заключения)**	**Положение о ПМПК, п.15.г,д**
10.	**запрос** у соответствующих органов и организаций дополнительной информации о ребенке	**Положение о ПМПК, п.15**
11.	**журнал записи** детей на обследование	**Положение о ПМПК, п.16.а**
12.	**журнал учета** детей, прошедших обследование	**Положение о ПМПК, п.16.б**
13.	**карта ребенка**, прошедшего обследование	**Положение о ПМПК, п.16.в**
14.	**протокол обследования** ребенка	**Положение о ПМПК, п.16.г**
15.	**заключение** комиссии	**Положение о ПМПК, п.20, п.21**
16.	**согласие** на обработку персональных данных родителя (законного представителя)	**ФЗ от 27.07.2006 № 152-ФЗ (ред. от 21.07.2014) "О персональных данных" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2015).**
17.	**согласие** на обработку персональных данных ребенка	
18.	**соглашение о неразглашении**	

2.2. НАПРАВЛЕНИЕ ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ПМПК В ЦЕНТРАЛЬНУЮ ПМПК

Территориальная ПМПК оформляет Направление в случаях, когда вопрос об определении специальных условий обучения ребенка не может быть решен специалистами территориальной ПМПК.

Направление заполняется руководителем территориальной ПМПК.

В Направлении указываются:

– официальное наименование территориальной ПМПК, адрес местонахождения, контактный телефон;

- фамилия, имя, отчество, дата рождения ребенка, направляемого на обследование;
- адрес регистрации по месту жительства (фактического проживания) ребенка;
- причина направления на обследование в центральную ПМПК;
- перечень документов, выданных территориальной ПМПК родителю (законному представителю) на руки;
- дата оформления Направления.

На бланке Направления предусмотрено место для подписи родителя (законного представителя) ребенка в том, что территориальной ПМПК ему выданы документы для передачи в центральную ПМПК.

Бланки Направлений имеют сквозную нумерацию.

Оригинал Направления выдается родителю (законному представителю) на руки, копия хранится в Карте ребенка.

Все записи в Направлении ведутся четко и разборчиво, в том числе машинописно. Не допускаются зачеркивания и исправления.

НАПРАВЛЕНИЕ №_____ В ЦЕНТРАЛЬНУЮ ПМПК

_____

официальное наименование территориальной ПМПК

_____

адрес местонахождения, контактный телефон

направляет

_____

(Ф.И.О. ребенка)

«_____» _____ _____ года рождения,

проживающего

_____

адрес регистрации по месту жительства (или фактического проживания)

на обследование в Центральную ПМПК в связи с

_____

указываются причины направления ребенка на ЦПМПК

Приложение:

_____

перечень документов, выданных родителю(законному представителю) на руки для предъявления в ЦПМПК

_____

Подпись родителя (законного представителя) ребенка

«_____» _____ 201_____г.
дата оформления направления

_____/_____
подпись руководителя территориальной ПМПК с расшифровкой

М.П.

2.3. ЗАЯВЛЕНИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) РЕБЕНКА

Руководителю

_____
официальное наименование ПМПК

от _____
ФИО родителя (законного представителя) полностью

_____
документ, удостоверяющий личность

_____
выдан

регистрация по адресу:

_____

тел.: _____

e-mail _____

ЗАЯВЛЕНИЕ.

Прошу провести комплексное психолого-медико-педагогическое обследование ребенка _____
ФИО ребенка полностью, дата рождения

_____
регистрация по месту жительства (фактического проживания) ребенка

при необходимости включающее предварительное обследование у специалистов соответствующего профиля в Центре психолого-педагогической и медико-социальной помощи или у независимых экспертов, а также запрос сведений из других организаций (медицинских, осуществляющих социальное обслуживание, профилактику общественно опасного поведения и т.п.).

Ознакомлен с тем, что при предварительном обследовании и в работе ПМПК применяются методики комплексного психолого-медико-педагогического обследования.

Прошу предоставить мне копию заключения ПМПК и особых мнений специалистов (при их наличии).

«_____» _____ 201_____г.
дата оформления направления

_____/_____
подпись законного представителя ребенка с расшифровкой

2.5. ПОДРОБНАЯ ВЫПИСКА ИЗ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С ЗАКЛЮЧЕНИЯМИ ВРАЧЕЙ ИЗ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА (РЕГИСТРАЦИИ); ЗАКЛЮЧЕНИЯ ВРАЧЕЙ-СПЕЦИАЛИСТОВ, НАБЛЮДАЮЩИХ РЕБЕНКА (ПРИ НАЛИЧИИ)

Выписка оформляется на официальном бланке медицинской организации (в случае отсутствия у медицинской организации официального бланка необходимо наличие на листе Выписки штампа медицинской организации).

Выписка заполняется лечащим врачам или заведующим отделением; заверяется печатью медицинской организации, в оттиске которой должно быть идентифицировано полное наименование медицинской организации, соответствующее наименованию, указанному в уставе медицинской организации.

При оформлении Выписки в медицинской организации, оказывающей психиатрическую, наркологическую помощь, медицинскую помощь ВИЧ-инфицированным гражданам, могут быть использованы специальные печати или штампы без указания профиля медицинской помощи, оказываемой медицинской организацией.

В Выписке указываются:

- официальное наименование медицинской организации, адрес местонахождения, контактный телефон;
- номер Выписки;
- фамилия, имя, отчество и дата рождения ребенка;
- адрес регистрации по месту жительства;
- наименование образовательной организации, где обучается/ воспитывается ребенок;
- фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя);
- подробная выписка из истории развития ребенка (по следующей схеме):
- наследственность (наличие среди родственников наследственных заболеваний и синдромов);

- беременность и роды (патология в родах: затяжные, стремительные, стимуляция и др.).
- развитие ребенка в период новорожденности и раннего возраста (наличие неврологических симптомов, прибавка в массе тела, частота и тяжесть различных заболеваний).
- анамнез первых лет жизни ребенка (темпы психомоторного развития и др.);
- информация о перенесенных заболеваниях;
- оценка актуального соматического состояния ребенка;
- заключения профильных врачей-специалистов с указанием основного диагноза (шифр МКБ или полный диагноз указывается с письменного согласия родителей (законных представителей).

Каждая подпись заверяется личной печатью врача-специалиста. В Выписке указывается дата ее оформления. Выписка заверяется подписью главного врача (уполномоченного лица). Оригинал Выписки предоставляется родителями (законными представителями) ребенка на Комиссию и хранится в Карте ребенка.

2.6. ХАРАКТЕРИСТИКА ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ВЫДАННАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Общие сведения:

- фамилия, имя, отчество ребенка;
- дата рождения ребенка;
- адрес регистрации по месту жительства (населенный пункт, улица, дом, квартира, пр.)
- адрес фактического проживания
- сведения о родителях (законных представителях);
- с кем проживает ребенок;
- контактная информация семьи.

История обучения ребенка до обращения на ПМПК:

- обучался ли где-либо до поступления в эту образовательную организацию;
- оставался ли на второй год, в каких классах (для детей школьного возраста);

– причины перевода из другой образовательной организации (в случаях,

– если ребенок поступил на обучение из другой образовательной организации).

Детализированная информация об условиях и результатах обучения ребенка в образовательной организации:

– класс/группа;

– **программа обучения** общеобразовательная основная/адаптированная;

– **форма обучения** (указывается, если ребенок обучается на дому, дистанционно и др.);

– возраст поступления в образовательную организацию, степень подготовленности; сколько времени находится ребенок в данной образовательной организации;

– **особенности адаптации** ребенка к данной образовательной организации;

– **отношение** к учебной (в ДОО – к детской продуктивной, игровой, познавательной) деятельности,

– **отношение ребенка к словесной инструкции педагога**, реакция на нее,

– **сформированность учебных** (для дошкольника – коммуникативных, навыков самообслуживания, игровых и др.) навыков;

– **как успевает ребенок, в чем заключаются особенности или трудности усвоения им программы** (для дошкольника – принимает ли участие в организуемых занятиях, в т.ч. дополнительных; в чем особенности его участия, как ведет себя во время занятий: проявляет заинтересованность, стремление выполнить задания; в игровой деятельности – наличие стремления включиться в игру, использование предметов-заместителей; характер действий с игрушками: стереотипные манипуляции, хаотическая смена игрушек или осмысленные и целенаправленные действия, принятие на себя роли, возможность игры с правилами, предлагает сам игру и стремится быть понятым сверстниками и т.п.),

– **характер ошибок** (отдельно по математике, письму, чтению и другим предметам);

– **развитие моторики** (общая моторная неловкость, двигательная расторможенность, преимущественные недостатки мелкой моторики, какую деятельность затрудняют) **и речи** (речью не пользуется, речь малопонятна, пользуется речью преимущественно для коммуникации, может отвечать на занятиях, формулировать свои мысли);

– **для младших школьников** информация о том, **с какой степенью готовности ребенок пришел в школу** (абсолютно не готов, слабо подготовлен, подготовлен удовлетворительно) и какую динамику дал в процессе обучения (почти никакой, очень слабую, недостаточную, достаточную).

Ниже предлагаются образцы формулировок, которые могут использоваться школьными педагогами при составлении психолого-педагогической характеристики младшего школьника.

Соответствие объема школьных знаний, умений и навыков требованиям программы с оценкой динамики обученности:

Математика. Указать, пришел в школу, зная порядковый счет в пределах…, умея пересчитывать предметы (в пределах…), зная цифры. Как быстро их усвоил. Мог ли сравнить количества (больше, меньше, столько же). Легко ли научился обозначать количество цифрой? Легко ли научился понимать математические знаки (+, -, =, >, <). Понимал ли слова, обозначающие пространственные направления и отношения (верх, низ, право, лево, над, под, меньше). Научился ли ориентироваться в пространстве? Понимает ли смысл арифметических действий (сложения, вычитания, умножения, деления). Понимает ли смысл арифметических задач? Может ли записать их решение?

Чтение. Указать, пришел в школу, зная буквы, умея сливать их в слоги, умея читать. Чему научился? Какие ошибки в чтении (выбрать нужное): не может запомнить буквы, путает сходные по написанию буквы, не может сливать в слоги, ошибается при прочтении слогов со стечением согласных, не может читать слова (или читает их побуквенно, не понимая смысла).

Читает, но допускает следующие ошибки: пропуски, замены, искажения, дополнения слов или частей слов; медленный темп чтения, попытки начинать

чтение заново, длительные запинки, потеря места в тексте, неточное чтение фраз, перестановка слов в предложении или букв в словах,

Читает достаточно бегло, но отмечается неспособность пересказать содержание прочитанного, сделать выводы из прочитанного.

Письмо. Пишет правой или левой рукой. Указать, пришел в школу, умея писать печатными буквами (только свое имя, отдельные слова с большим количеством ошибок, количество ошибок зависело от сложности слова).

При усвоении письма наблюдались трудности (выбрать нужное): в написании элементов букв, в написании букв, при необходимости перевода печатной буквы в письменную, смешение букв, сходных по начертанию. Нарушено списывание. Нарушено преимущественно самостоятельное письмо.

Другие предметы (обязательно указать, справляется ли ребенок с заданиями на уроках рисования, труда; охарактеризовать уровень моторного развития на уроках физкультуры).

В чем вероятная причина недостатков в обучении:

– нет понимания материала,

– понимание есть, но резко нарушено внимание,

– понимание есть только при индивидуальной работе, в классе самостоятельно работать не может,

– понимание есть, но мотивация к обучению отсутствует.

Характеристика обучаемости:

Должно быть указание на то, **какие виды помощи использует учитель**: объяснение после уроков, подсказку на уроках, прямой показ того, как надо делать. **Насколько эффективна помощь**: недостаточная (эффективность помощи неравномерна, в некоторых видах деятельности или заданиях помощь не дает результата), низкая (помощь малоэффективна, ребенок быстро все забывает).

Конкретизировать информацию о соблюдении учебной дисциплины можно с помощью выбора подходящих из следующих формулировок:

Нарушений учебной дисциплины практически нет.

Нарушений учебной дисциплины нет, но ребенок не включается в учебное взаимодействие.

Нарушает учебную дисциплину преимущественно из-за непонимания учебных норм (например, может встать, ходить по классу и т.п.).

Не может правильно вести себя весь урок, мешает другим детям ненамеренно, поскольку очень активен.

Специально мешает другим детям.

Для учеников **подросткового возраста** в характеристике указывается, с какого года обучения (класса) проблемы стали очевидными, в чем они заключались (недостаточное понимание материала по большинству (всем) предметам, по отдельным предметам – указать каким, недостатки усвоения учебного материала предположительно связывались с плохим посещением занятий)

Рекомендуется приводить сведения о формальной успеваемости по основным предметам, обратить особое внимание на описание частоты и характера конфликтов с соучениками, педагогами, поведения в конфликте, проявлений переживаний по поводу конфликтов. Перечислить основные проступки, вызывавшие тревогу у педагогов. Указать, с обучающимися какого возраста предпочитает общаться (младшими, старшими, своего возраста). Охарактеризовать интересы, увлечения.

Для ребенка любого возраста в характеристику включаются сведения о его **работоспособности** (трудности включения в задание, замедленный темп его выполнения в сравнении с другими детьми, неравномерная или снижающаяся продуктивность деятельности, высокий темп деятельности с недостаточным вниманием к качеству и т.п.) и особых трудностях (**дисфункциях**), наблюдаемых в учебном процессе (отвлекаемость, утомляемость, невозможность сосредоточиться, недостаток ориентировки на листе бумаги, неразличение правой и левой сторон и т.п.);

В завершение характеристики оценивается:

- **уровень общего развития** (степень отставания от большинства детей в классе/группе),

- **общая осведомленность ребенка о себе** (оценивается в соотнесении с календарным возрастом);
- **взаимоотношение обучающегося с коллективом** сверстников, особенно в тех случаях, когда ребенок драчлив, агрессивен или, наоборот, чрезмерно пассивен. Отметить, как относятся к нему другие дети;
- какие **меры коррекции** применялись, и их **эффективность** (дополнительные занятия, щадящий режим и пр.);
- **особенности семейного воспитания** (строгое, попустительское, непоследовательное, ребенку уделяется недостаточно внимания),
- **отношение самого ребенка и его семьи к имеющимся проблемам и трудностям** (признание своих неудач, отставания либо равнодушное или неадекватное отношение, пр.).

В Характеристике отражаются **возможности** ребенка, на которые можно опираться в педагогической работе, а также обобщенные выводы педагога и его пожелания по организации дальнейшего обучения ребенка.

Следует указать цель составления документа, дату его оформления, характеристика заверяется подписью руководителя образовательной организации (уполномоченного лица).

Оригинал Характеристики предоставляется родителями (законными представителями ребенка) на Комиссию и хранится в Карте ребенка.

2.7. ПИСЬМЕННЫЕ РАБОТЫ (ТЕТРАДИ) ОБУЧАЮЩЕГОСЯ ЗА ТЕКУЩИЙ УЧЕБНЫЙ ГОД

Предъявление на ПМПК письменных работ обучающегося по русскому (родному) языку, математике за текущий учебный год (предпочтительно за текущую четверть (полугодие) позволяет команде специалистов провести детализированное изучение результатов учебной деятельности ребенка.

Целесообразно предоставление на ПМПК рабочих тетрадей по русскому (родному) языку и математике: для выполнения домашней работы, для контрольных работ (диктантов, сочинений, изложений), что позволит:

- отметить особенности почерка;
- оценить состояние письма и письменной речи;
- отметить характер дисграфических и орфографических ошибок;
- определить недостатки работоспособности ребенка;
- выделить трудности усвоения учебного материала;
- оценить потребность в контроле со стороны (путем сопоставления классных и домашних работ);
- предположить отклонения в эмоциональной сфере (обводки букв, очень сильный или слабый нажим, стирания и пр.).

2.8. РЕЗУЛЬТАТЫ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПРОДУКТИВНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (РИСУНКИ, ПОДЕЛКИ И Т.П.) ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Представление поделок, рисунков ребенка дошкольного возраста позволит специалистам:

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

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

2.9. ЗАКЛЮЧЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ (КОНСИЛИУМА ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ)

Родители (законные представители) имеют право обратиться на ПМПК минуя образовательную организацию. Вместе с тем, в целях получения наиболее достоверной и комплексной информации, характеризующей особые образовательные потребности обучающегося, целесообразно предоставление на ПМПК заключения консилиума образовательной организации, которое может передаваться по закрытому каналу информации. Выдача на руки родителям (законным представителям) недопустима из-за возможной неправильной трактовки профессиональных формулировок.

При этом родители (законные представители) должны дать осведомленное и добровольное согласие на обследование ребенка в образовательной организации с применением методик психолого-педагогической диагностики и быть проинформированы о том, что заключения будут представлены в ПМПК лично специалистами. Родитель (законный представитель) имеет право присутствовать при обследовании. В этом случае специалист обязан в доступной для родителя форме с соблюдением этических норм прокомментировать результаты и ответить на возможные вопросы.

Заключения (представления) специалистов, являющихся членами консилиума образовательной организации, предоставляются на листах со штампом образовательной организации).

Подписи специалистов и председателя консилиума (руководителя консилиума) (с расшифровкой) заверяются печатью образовательной организации, в оттиске которой должно быть идентифицировано полное наименование образовательной организации, соответствующее наименованию, указанному в уставе образовательной организации.

В заключении (представлении) педагога-психолога указываются фамилия, имя, отчество ребенка; его возраст, дата и время проведения обследования (с…до…), а также присутствие на обследовании третьего лица. Обязательно

должны быть перечислены все использованные методики (с указанием их общепринятых названий или же авторов).

Текст патопсихологического заключения пишется в свободной форме. Заключение должно отражать особенности аффективно-личностной сферы (контакт, интерес, аффективный компонент продуктивности – как ребенок реагирует на успех и неудачу, если обследовался ребенок школьного возраста - критика к наличию проблем и трудностей, а также к успехам и затруднениям во время обследования). Целесообразно указать, какие приемы способствуют улучшению контакта или повышению продуктивности, а также отметить особенности эмоционального реагирования (преобладающий фон настроения, специфические симптомы, отмечаемые во время обследования – например, не смотрит в глаза, грызет ногти или совершает другие стереотипные действия, отмечается игра вазомоторов и т.п.). Важно отметить, какие мотивы обладают наибольшей побудительной силой (подчинение взрослому, игровой, соревновательный и т.п.), проявляет ли ребенок способность к волевому усилию или же продуктивно занимается только в случае эмоциональной привлекательности задания, а также его отношение к прерванному действию и фрустрирующим ситуациям, в каких случаях отмечается эмоциональная дезорганизация деятельности, а также какая мотивационная стратегия – достижения успеха или избегания неудачи - доминирует. Заключение следует иллюстрировать подобную информацию конкретными примерами. Хотя состояние эмоциональной сферы и не является основным определяющим для установления варианта АООП, подобная информация чрезвычайно важна для специалистов ПМПК, которые могут сопоставить поведение ребенка в разной обстановке.

Описание динамической стороны психической деятельности включает характеристику темпа, работоспособности (конкретных проявлений истощаемости, длительности периодов сосредоточенной работы), внешних проявлений утомления и способности ребенка его преодолевать, а также симптоматики, свидетельствующей об инертности психических процессов или же их высокой подвижности.

Описание интеллектуально-мнестической деятельности содержит:

– характеристику понимания инструкций,

- ориентировки в заданиях разного уровня сложности,
- удержания цели,
- целенаправленности и осмысленности производимых действий,
- признаков повышенной конкретности мышления либо искажения процессов обобщения, способности к вербализации своих рассуждений, а также обучаемости (характера и количества помощи-обучающих уроков-при формировании нового для ребенка действия, а также способности к переносу усвоенного действия на сходное задание).

Если педагог-психолог использовал стандартизованную оценку интеллекта, описание результата теста дается в этом разделе, также как и некоторых общепринятых в интерпретации результатов (например, кривой запоминания 10 слов, времени, затрачиваемого на отыскивание чисел в таблицах Шульте и т.п.). В этом же разделе могут содержаться указания на отмечаемые неспецифические дисфункции, затрудняющие процесс обучения (нарушения зрительно-моторной координации, пространственной ориентировки и т.п.).

Диагностический вывод должен характеризовать степень отставания от возрастной нормы, а также отражать мнение педагога-психолога о варианте нарушенного развития (возможные подходы к интерпретации результатов обследования и варианты подобных формулировок приведены в некоторых методических руководствах, а также научных публикациях, например, Дефектология, 2012, № 3, с.3; принципы диагностики - Дефектология, 2015,№ 6, с.3).

Формулировка диагностического вывода должна быть понятна специалистам ПМПК и оказывать помощь в определении варианта АООП и особых условий. Педагог-психолог при желании может написать рекомендации, которые он считает нужным включить в рекомендации ПМПК, однако решение об их целесообразности принимается Комиссией. Педагог-психолог ПМПК и комиссия в целом могут не разделять мнение коллеги, однако представленное заключение должно быть включено в общий пакет собранных документов и при возникновении конфликтной ситуации (несогласия родителей с выводом) передано в Центральную ПМПК.

Заключение учителя-логопеда также содержит информацию о фамилии, имени, отчестве ребенка, возрасте, дате проведения обследования, а также указание автора использованного методического комплекса.

В заключении характеризуется состояние просодической и темпоритмической стороны речи, звукопроизношения, слоговой структуры слова (в соотнесении с возможностью повторения ритма), фонематических процессов, активного и пассивного словаря, словообразования и словоизменения, связного высказывания, возможности поддержания диалога. Отмечается наличие эхолалий, неологизмов, других речевых феноменов. Оценивается готовность или степень овладения письменной речью. В случае сформированности навыка письма анализируется характер допускаемых ошибок.

Речевое заключение обязательно должно содержать указание на первичность или вторичность (в т.ч. коморбидность) речевой патологии. Учитель-логопед обращает внимание на состояние неречевых процессов, в том числе мышления и обучаемости.

К формулировкам логопедического диагноза требования те же, что и для патопсихологического заключения.

При наличии в образовательной организации консилиума, организовавшего обсуждение результатов предварительной диагностики (в этом случае может добавиться и заключение учителя-дефектолога) формулируется общий вывод – предположение о наличии у ребенка ограниченных возможностей здоровья, связанных с ними особых образовательных потребностей и необходимости создания специальных условий и обучения по адаптированной образовательной программе.

2.10. ЗАПРОС У СООТВЕТСТВУЮЩИХ ОРГАНОВ И ОРГАНИЗАЦИЙДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ О РЕБЕНКЕ

Запрос у органов исполнительной власти, правоохранительных органов, организаций и граждан сведений, необходимых для осуществления своей деятельности (далее – Запрос), оформляется на официальном бланке ПМПК.

В Запросе указывается:

– полное наименование и адрес органа исполнительной власти, правоохранительного органа, организации или гражданина, которые являются адресатом Запроса;

– полное наименование и адрес ПМПК, направляющей запрос;

– документ, из которого или событие (действие, состояние), о котором требуется предоставление сведений;

– общая информация о ребенке:

– фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка;

– число, месяц, год и место рождения;

– адрес регистрации по месту жительства (фактического проживания).

Бланки Запросов имеют сквозную нумерацию.

Оригинал Запроса отправляется в адрес соответствующего органа или организации по почте. В некоторых случаях по решению руководителя ПМПК Запрос может быть выдан родителю (законному представителю) ребенка на руки для его обращения в соответствующие органы или организации. В этом случае родитель (законный представитель) должен расписаться на копии Запроса в получении оригинала Запроса.

Копия Запроса хранится в Карте ребенка.

В Запросе указывается дата его оформления.

Запрос заверяется подписью руководителя территориальной/центральной ПМПК (уполномоченного лица).

Все записи в Запросе ведутся четко и разборчиво, в том числе машинописно. Не допускаются зачеркивания и исправления.

На бланке имеется ссылка на нормативный документ, на основании которого оформлен Запрос.

2.11. ЗАПРОС СВЕДЕНИЙ О РЕБЕНКЕ ОТ СПЕЦИАЛИСТОВ-ЭКСПЕРТОВ (В ТОМ ЧИСЛЕ СПЕЦИАЛИСТОВ НЕГОСУДАРСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ПОМОЩЬ)[7]

Запрос у экспертов (граждан) сведений, необходимых для осуществления своей деятельности (далее – Запрос), оформляется на официальном бланке ПМПК.

В Запросе указывается:

– полное наименование эксперта (ФИО, профессиональная принадлежность) являющегося адресатом Запроса;

– полное наименование и адрес ПМПК, направляющей запрос;

– общая информация о ребенке, в отношении которого требуется дополнительная информация:

– фамилия, имя, отчество (при наличии) ребенка;

– число, месяц, год и место рождения;

– адрес места жительства (места регистрации);

– посещаемая образовательная организация, образовательная программа, по которой организовано обучение;

– сущность Запроса и его цель.

Например:

- углубленное психологическое обследование с целью уточнения причин трудностей усвоения образовательной программы;
- углубленное психологическое обследование с целью дифференциальной диагностики и уточнения варианта образовательной программы (в этом случае следует указать, между какими вариантами АООП осуществляется выбор – например, 5.2 или 7.2, 7.1 или 7.2., 7.2. или Пр.№1599, вар.1 и т.п.);
- углубленное психологическое обследование с целью уточнения рекомендаций; углубленное психологическое обследование с целью выявления вероятного генезиса нарушений поведения и т.д.).

[7] Обязательным не является

Запрос передается эксперту по закрытому каналу информации или же может быть выдан родителю (законному представителю) ребенка на руки для его обращения к эксперту. В этом случае родитель (законный представитель) ребенка должен расписаться на копии Запроса в получении оригинала Запроса. Копия Запроса хранится в Карте ребенка. Заключение в ответ на Запрос передается по закрытому каналу информации или же может быть выдано законному представителю ребенка на руки в запечатанном конверте. В этом случае родитель дает эксперту расписку о получении заключения.

В Запросе указывается дата его оформления. Запрос заверяется подписью руководителя территориальной/центральной ПМПК (уполномоченного лица).

2.12. ЖУРНАЛ ЗАПИСИ ДЕТЕЙ НА ОБСЛЕДОВАНИЕ

Журнал записи детей на обследование (далее – Журнал записи) входит в перечень обязательных документов, которые ведутся специалистами ПМПК.

В Журнале записи отражается следующая информация:

- дата предполагаемого приема ребенка на ПМПК;
- время приема ребенка;
- фамилия, имя, отчество ребенка;
- дата рождения ребенка;
- фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка;
- контактная информация (телефон, электронный адрес) родителя (законного представителя) ребенка;
- образовательная организация, в которой обучается ребенок в настоящее время;
- кем ребенок направлен на ПМПК, имеется ли направление (при наличии);
- установленный диагноз (при наличии);
- инвалидность (при наличии);
- запрос родителя (законного представителя) ребенка.

При необходимости в Журнал записи могут быть внесены дополнительные разделы.

Все записи в Журнале записи ведутся четко и разборчиво. Следует избегать зачеркиваний и исправлений.

Журнал записи прошнуровывается, пронумеровывается, скрепляется печатью Комиссии и подписью руководителя Комиссии.

Согласно Приказу Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (п.15) «***запись на проведение обследования ребенка в комиссии осуществляется при подаче документов***».

Таким образом, родитель (законный представитель) ребенка должен обращаться в ПМПК как минимум дважды: первично - при подаче документов для записи на Комиссию, повторно – при прохождении ребенком обследования.

При организации деятельности ПМПК в формате информационной открытости представляется возможным разместить необходимый перечень представляемых на Комиссию документов и требований к документам на сайтах Комиссии, Учредителя Комиссии, образовательных и медицинских организаций, учреждений социальной защиты. Кроме того, необходимо предусмотреть организацию информационных стендов с аналогичной информацией в помещениях Комиссии, Учредителя Комиссии, образовательных и медицинских организаций, учреждений социальной защиты. Дополнительно представляется целесообразным разработать стандартную форму информирования родителей по телефону (электронной почте) о представляемых на Комиссию документах и требований к этим документам. Необходимо предусмотреть во всех информационных материалах предупреждение о том, что ответственность за предоставление полного пакета корректных документов лежит на родителе (законном представителе).

В случае если на Комиссию будет представлен неполный пакет документов или документы будут некорректно оформлены, в обследовании ребенка на Комиссии может быть отказано.

2.13. ЖУРНАЛ УЧЕТА ДЕТЕЙ, ПРОШЕДШИХ ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПМПК

Журнал учета детей, прошедших обследование (далее – Журнал учета) входит в перечень обязательных документов, которые ведутся специалистами ПМПК.

В Журнале учета отражается следующая информация:

– порядковый номер записи;

– фамилия, имя, отчество ребенка;

– дата рождения ребенка;

– контактная информация (телефон, электронный адрес) родителя (законного представителя) ребенка;

– кем ребенок направлен на ПМПК, имеется ли направление;

– заключение при поступлении на ПМПК (установленный диагноз (при наличии);

– инвалидность (при наличии);

– заключение ПМПК;

– особые мнения специалистов (при наличии);

– рекомендации ПМПК;

– подпись родителя (законного представителя).

При необходимости в Журнал учета могут быть внесены дополнительные разделы.

Все записи в Журнале учета ведутся четко и разборчиво. Следует избегать зачеркиваний и исправлений.

Каждое заседание отражается в Журнале учета и заверяется подписями специалистов и руководителя ПМПК, участвовавшими в заседании ПМПК.

Журнал учета прошнуровывается, пронумеровывается, скрепляется печатью ПМПК и подписью руководителя ПМПК.

2.14. КАРТА РЕБЕНКА, ПРОШЕДШЕГО ОБСЛЕДОВАНИЕ В ПМПК

Настоящее требование действует на основании Приказа Министерства образования и науки Российской Федерации от 20 сентября 2013 г. № 1082 «Об утверждении Положения о психолого-медико-педагогической комиссии» (п.15).

Карта ребенка, прошедшего обследование в ПМПК (далее – Карта), входит в перечень обязательных документов ПМПК и оформляется специалистами Комиссии на каждого ребенка, прошедшего обследование.

Карта состоит из документов, предъявляемых родителями (законными представителями) на Комиссию, а также документов, оформляемых в процессе комиссионного обследования ребенка. Копия каждого документа сверяется с предъявленным родителем (законным представителем) оригиналом и заверяется печатью ПМПК.

В состав Карты входят следующие документы:

– заявление и согласие на проведении обследования ребенка в ПМПК (обязательный документ; оригинал);

– согласие на обработку персональных данных ребенка и родителей (обязательный документ; оригинал);

– направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии; оригинал или заверенная печатью ПМПК копия);

– направление территориальной комиссии на центральную комиссию (при наличии; оригинал – в центральной ПМПК; копия – в территориальной ПМПК);

– заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций) или заключение независимого эксперта (при наличии; оригинал или заверенная печатью ПМПК копия);

– заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка (при наличии; оригинал или заверенная печатью ПМПК копия);

– подробная выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей из медицинской организации по месту жительства (регистрации) (обязательный документ; оригинал или заверенная печатью ПМПК копия); заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка (при наличии; оригинал или заверенная печатью Комиссии копия);

– психолого-педагогическая характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией (для обучающихся образовательных организаций) (при наличии; оригинал или заверенная печатью ПМПК копия);

– запрос у соответствующих органов и организаций дополнительной информации о ребенке (при наличии; копия);

– протоколы обследования ребенка специалистами (обязательный документ; оригинал);

– заключение ПМПК (обязательный документ; оригинал).

Карта может быть дополнена другими документами и материалами, имеющими непосредственное отношение к обследованию ребенка. *Пример: в случае обращения на ПМПК не родителей, а иных законных представителей ребенка (опекуна, усыновителя и т.д.).*

Срок хранения карты – 10 лет после достижения ребенком возраста 18 лет

2.15. ПРОТОКОЛ ОБСЛЕДОВАНИЯ РЕБЕНКА

ПРОТОКОЛ № _____

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ (ЦЕНТРАЛЬНОЙ)

ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

от_____20___ года

Дата проведения ПМПК_____

1. **Фамилия, имя, отчество** _____
2. **Дата рождения** _____
3. **Адрес регистрации, телефон** _____

_____

4. **Инвалидность (№ документа, кем выдан, срок действия)** _____

_____

5. **Кем направлен на комиссию** _____

_____

6. **Перечень документов, представленных на ПМПК**

□ заявление о проведении или согласие на проведение обследования ребенка в комиссии;

□ копия паспорта или свидетельства о рождении ребенка (предоставляются с предъявлением оригинала или заверенной в установленном порядке копии);

□ документ, удостоверяющий личность родителя или полномочия законного представителя по представлению интересов ребенка;

□ направление образовательной организации, организации, осуществляющей социальное обслуживание, медицинской организации, другой организации (при наличии);

□ заключение (заключения) психолого-медико-педагогического консилиума образовательной организации или специалиста (специалистов), осуществляющего психолого-медико-педагогическое сопровождение обучающихся в образовательной организации (для обучающихся образовательных организаций);

□ заключение (заключения) комиссии о результатах ранее проведенного обследования ребенка;

□ выписка из истории развития ребенка с заключениями врачей, наблюдающих ребенка в медицинской организации по месту жительства (регистрации);.

□ заключения врачей-специалистов, наблюдающих ребенка

□ характеристика обучающегося, выданная образовательной организацией;

□ письменные работы по русскому (родному) языку, математике, результаты самостоятельной продуктивной деятельности ребенка;

□ _____

□ _____

7. Краткие анамнестические сведения:

_____

_____

_____

_____

_____

8. Основной и сопутствующие медицинские (клинические) диагнозы

_____

_____

_____

_____

9. Данные обследования учителя-дефектолога (обученность и обучаемость)

_____

_____

_____

_____

Выводы (рекомендуемый вариант ООП/АООП)

_____

_____

_____

_____

10. Данные логопедического обследования (соответствие речевого развития возрастной норме, наличие речевого нарушения, степень речевого недоразвития, возможности речевой коммуникации)

Логопедическое заключение

_____

_____

_____

_____

Выводы (потребность в логопедической коррекции)

_____

_____

_____

11. Данные психологического обследования (степень соответствия/несоответствия уровня психического развития возрастной норме, вариант дизонтогенеза психики, стойкость нарушений познавательной деятельности, индивидуально-психологические проблемы, способные дополнительно нарушать процессы социопсихологической адаптации, специфические и неспецифические дисфункции, наличие и вероятностные причины отклонений в поведении):

Выводы (потребность в создании специальных условий и возможность ребенка адаптироваться к требованиям определенного варианта АООП, потребность в психокоррекционных занятиях)

_____

_____

_____

_____

12. Данные обследования социального педагога (условия жизни и воспитания ребенка, степень его социопсихологической адаптированности)

Выводы (вероятность социально-средового генеза имеющихся отклонений в развитии)

Основные особенности развития ребенка, определяющие необходимость создания специальных условий обучения и воспитания

_____

Особое мнение (в случае, если члены комиссии не пришли к консенсусу или имеется заключение эксперта, не совпадающее с мнением членов ПМПК)

Руководитель комиссии: ФИО_____подпись _____

Специалисты комиссии:

Учитель-дефектолог ФИО_____подпись _____

Учитель-логопед ФИО_____подпись _____

Педагог-психолог ФИО_____подпись _____

Социальный педагог ФИО_____подпись _____

Врач (_____) ФИО_____подпись _____

Специалист (_____) ФИО_____подпись _____

2.16. ЗАКЛЮЧЕНИЕ ПМПК

Заключение оформляется на бланке комиссии, дублируется номер протокола ПМПК и паспортные данные ребенка.

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

- обоснованные выводы о наличии/отсутствии у ребенка особенностей в физическом и (или) психическом развитии и (или) отклонений в поведении (является/не является ребенком с ОВЗ);
- наличие/отсутствие необходимости создания условий для получения ребенком образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации на основе специальных педагогических подходов. *На основании коллегиального заключения, делается вывод о том, что ребенок «нуждается/не нуждается в организации специальных образовательных условий».*
- рекомендации ПМПК по созданию специальных условий обучения и воспитания ребенка на базе образовательной организации:

1. **Определение образовательной программы, в т.ч.** указание на *необходимость составления индивидуального учебного плана для ребенка.*
2. **Форма обучения** - *Очное; очно-заочное, заочное;*
3. **Рекомендуемый режим обучения** *полный уч. день, неполный уч. день, ГКП; дополнительный выходной день, иное;*
4. **Форма получения образования** – *в образовательной организации, с использованием дистанционных технологий. Допускается сочетание различных форм получения образования и форм обучения.*
5. **Обеспечение архитектурной доступности** – *описываются, необходимые для беспрепятственного получения образования в ОО архитектурные условия.*
6. **Получение услуг ассистента (помощника), тьютора**
7. **Специальные технические средства обучения**. *Потребность в СТС обучения определяется спецификой нарушений ребенка.*
8. **Специальные учебники и дидактические пособия.** *Потребность в специальных учебниках и дидактических пособиях определяется спецификой нарушений ребенка и рекомендуемой для него образовательной программой.*
9. **Другие специальные условия:** *в данном разделе Заключения описываются иные, необходимые для успешной социальной и образовательной адаптации ребенка*

условия, например – условия питания, медицинского сопровождения, включение дополнительного образования, социальная помощь семье и другое.

10. **Особые условия прохождения ГИА**. *В случае первичного обращения на ПМПК непосредственно перед ГИА*

11. **Рекомендации о необходимых направлениях коррекционно-развивающей работы специалистов.** *Указываются как в соответствии с содержанием коррекционно-развивающих областей АООП, так и при необходимости коррекционно-развивающей помощи в рамках реализации ФГОС ОО.*

12. **Срок повторного прохождения ПМПК.**

13. **Подписи руководителя и членов ПМПК, скрепленные печатью.**

14. **Подпись и расшифровка подписи родителя (законного представителя ребенка) о том, что он ознакомлены с рекомендациями ПМПК**

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ (ЦЕНТРАЛЬНОЙ) ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КОМИССИИ

№_____ от _____,

Протокол № _____ от _____

ФИО ребенка _____ Дата рождения _____

Основные особенности ребенка, определяющие необходимость создания специальных условий получения образования

_____

Нуждается/не нуждается *в создании специальных условий для получения образования, коррекции нарушений развития и социальной адаптации*

Рекомендации ПМПК по созданию специальных условий обучения и воспитания ребенка в образовательной организации

1. Образовательная программа: _____

2. Форма обучения (в соответствии с рекомендациями врачебной комиссии):

_____

3. Режим обучения: _____

4. Обеспечение архитектурной доступности

_____

5. Специальные технические средства обучения

_____

_____

_____

7. Предоставление услуг ассистента (помощника) _____

Предоставление услуг тьютора:_____

8. Специальные учебники_____

9. Другие специальные условия:

_____

10. Особые условия проведения государственной итоговой аттестации*

_____

11. Направления коррекционной-развивающей работы и психолого-педагогической помощи:

_____

_____

_____

_____

_____

Срок повторного прохождения ПМПК _____

Дата выдачи заключения ПМПК: _____20____ года

Руководитель ПМПК _____ _____

Учитель-дефектолог _____ _____

Учитель-логопед _____ _____

Педагог-психолог _____ _____

Социальный педагог _____ _____

Врач (_____) _____ _____

Другие специалисты (_____) _____ _____

М.П.

Претензий к процедуре обследования не имею. С рекомендациями ознакомлен(а). Копия Заключения получена.

_____ (_____)

2.17. СОГЛАСИЕ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ) НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РЕБЕНКА

Я,

_____,

ФИО родителя/законного представителя полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: _____

_____

паспорт серия_____№_____, выданный_____,

_____

телефон, e-mail

данные ребенка_____

ФИО ребенка полностью в именительном падеже

На основании _____

свидетельство о рождении или документ подтверждающий, что субъект является законным представителем подопечного №_____ от _____

как его (ее) законный представитель настоящим даю своё согласие на обработку в _____

полное наименование ПМПК

персональных данных ребенка, к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность ребенка (свидетельство о рождении или паспорт);
- данные о возрасте и поле;
- данные о гражданстве;
- данные медицинской карты, полиса обязательного/добровольного медицинского страхования;
- данные о прибытии и выбытии в/из образовательных организаций;
- Ф.И.О родителя/законного представителя, кем приходится ребенку, адресная и контактная информация;

- сведения о попечительстве, опеке, отношении к группе социально незащищенных обучающихся; документы (сведения), подтверждающие право на льготы, дополнительные гарантии и компенсации по определенным основаниям, предусмотренным законодательством (ребенок-инвалид, родители-инвалиды, неполная семья, многодетная семья, патронат, опека, ребенок-сирота);
- форма получения образования ребенком;
- изучение русского (родного) и иностранных языков;
- сведения об успеваемости и внеурочной занятости (посещаемость занятий, оценки по предметам);
- данные психолого-педагогической характеристики;
- форма и результаты участия в ГИА;
- форма обучения, вид обучения, продолжение обучения после получения основного общего образования;
- отношение к группе риска, поведенческий статус, сведения о правонарушениях;
- данные о состоянии здоровья (сведения об инвалидности, о наличии хронических заболеваний, медицинское заключение об отсутствии противопоказаний/о рекомендациях к обучению в образовательной организации; данные медицинских обследований, медицинские заключения);
- сведения, содержащиеся в документах воинского учета.

Обработка персональных данных обучающегося осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия ребенку в реализации его конституционного права на образование, трудоустройство, обеспечение его личной безопасности и безопасности окружающих; контроля качества обучения и обеспечения сохранности имущества.

Я даю согласие на использование персональных данных ребенка в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- учета детей, подлежащих обязательному обучению в образовательных организациях;

- соблюдения порядка и правил приема в образовательную организацию;
- учета реализации права обучающегося на получение образования в соответствии с Федеральными государственными стандартами;
- учета обучающихся, нуждающихся в социальной поддержке и защите;
- учета данных о детях с ограниченными возможностями здоровья и (или) девиантным (общественно опасным) поведением, проживающих на территории деятельности комиссии;
- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

Настоящим подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных ребенка, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам – территориальным органам управления образованием, государственным медицинским организациям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с персональными данными ребенка, предусмотренных действующим законодательством Российской Федерации

_____
полное наименование ПМПК

гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован, что _____
полное наименование ПМПК

будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в _____
полное наименование ПМПК

письменного отзыва.

Согласен/согласна что _____

обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я,

_____,
фамилия, имя, отчество родителя (законного представителя) ребенка

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле и в интересах ребенка.

Дата_____ Подпись _____/_____/

2.18. СОГЛАСИЕ НА ОБРАБОТКУ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ РОДИТЕЛЯ (ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ)

Я,

_____,
ФИО полностью в именительном падеже по документу, удостоверяющему личность

проживающий по адресу: _____

паспорт серия_____№_____, выданный_____,

_____
телефон, e-mail

настоящим даю своё согласие на обработку в

_____
полное наименование ПМПК

своих персональных данных, к которым относятся:

- данные, удостоверяющие личность (паспорт); данные о возрасте и поле; данные о гражданстве; адресная и контактная информация; сведения о попечительстве, опеке, усыновлении/удочерении.

Обработка персональных данных осуществляется исключительно в целях обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов; содействия в реализации конституционного права на образование своего ребенка.

Я даю согласие на использование персональных данных в целях:

- обеспечения соблюдения законов и иных нормативных правовых актов;
- использования в уставной деятельности с применением средств автоматизации или без таких средств, включая хранение этих данных в архивах и размещение в информационно-телекоммуникационных сетях с целью предоставления доступа к ним;
- заполнения базы данных автоматизированной информационной системы управления качеством образования в целях повышения эффективности управления образовательными процессами, проведения мониторинговых исследований в сфере образования, формирования статистических и аналитических отчётов по вопросам качества образования;
- обеспечения личной безопасности обучающихся.

Подтверждаю свое согласие на следующие действия с указанными выше персональными данными.

Настоящее согласие предоставляется на осуществление любых действий в отношении персональных данных, которые необходимы или желаемы для достижения указанных выше целей, включая (без ограничений): сбор, систематизацию, накопление, хранение, уточнение (обновление, изменение), использование, распространение (в том числе, передачу третьим лицам - территориальным органам управления образованием, государственным медицинским учреждениям, военкомату, отделениям полиции), обезличивание, блокирование, трансграничную передачу персональных данных, а также осуществление любых иных действий с моими персональными данными, предусмотренных действующим законодательством РФ.

_____
полное наименование ПМПК

гарантирует, что обработка персональных данных осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации.

Я проинформирован__, что _____
полное наименование ПМПК

будет обрабатывать персональные данные как неавтоматизированным, так и автоматизированным способом обработки. Данное Согласие действует до достижения целей обработки персональных данных ребенка на ПМПК.

Согласие на обработку персональных данных может быть отозвано мною путём направления в _____
полное наименование ПМПК

письменного отзыва.

Согласен/согласна с тем, что _____
полное наименование ПМПК

обязана прекратить обработку персональных данных в течение 10 (десяти) рабочих дней с момента получения указанного отзыва.

Я, _____,
фамилия, имя, отчество гражданина

подтверждаю, что давая такое Согласие, я действую по собственной воле.

Дата_____ Подпись _____/_____/

2.19. ОБЯЗАТЕЛЬСТВО О НЕРАЗГЛАШЕНИИ ПЕРСОНАЛЬНЫХ ДАННЫХ

Я,

_____,

паспорт серия_____№_____, выданный_____,

понимаю, что, являясь специалистом _____
указать полное наименование ПМПК,

получаю доступ к персональным данным лиц, обращающихся на ПМПК.

Я также понимаю, что во время исполнения своих обязанностей я занимаюсь сбором, обработкой и хранением персональных данных лиц, обращающихся на ПМПК.

Я понимаю, что разглашение такого рода информации может нанести ущерб лицам, обращающимся на ПМПК, как прямой, так и косвенный.

В связи с этим даю обязательство при работе (сборе, обработке и хранении) с персональными данными лиц, обращающихся на ПМПК, соблюдать все необходимые условия в соответствии с требованиями действующего законодательства.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать сведения о лицах, обращающихся или обратившихся на ПМПК, а также информацию об этих лицах:

- анкетные и биографические данные;
- состав семьи;
- паспортные данные;
- социальные льготы;

- специальность;
- занимаемая должность;
- наличие судимостей;
- адрес места жительства, номера домашнего и/или мобильного номеров телефонов, электронный адрес;
- место работы или учебы ребенка, членов семьи и родственников ребенка и/или обратившегося лица;
- состояние здоровья ребенка;
- актуальное состояние ребенка и перспективы его дальнейшего развития;
- заключение специалистов ПМПК;
- рекомендации, полученные по результатам обращения на ПМПК.

Я подтверждаю, что не имею права разглашать информацию о факте обращения лиц на ПМПК.

Я предупрежден(а) о том, что в случае разглашения мной сведений, касающихся персональных данных лиц, обращающихся или обратившихся на ПМПК, я несу ответственность в соответствии с Федеральным Законом «О персональных данных» №152-ФЗ.

дата	должность	Ф.И.О.	подпись

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ ВАРИАНТОВ АООП

3.1. ВАРИАНТЫ АДАПТИРОВАННЫХ ОСНОВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС НОО ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ (Приказ Минобрнауки РФ от 19.12.2014 № 1598 «Об утверждении ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ»)

АООП НОО для глухих обучающихся

Вариант 1.1. предназначен для образования глухих детей (со слуховыми аппаратами и/или имплантами, которые достигают к моменту поступления в школу уровня развития (в том числе и речевого), близкого возрастной норме, имеют положительный опыт общения со слышащими сверстниками.

Вариант 1.2. предназначен для глухих детей, не имеющих дополнительных ограничений здоровья, препятствующих получению НОО в условиях, учитывающих их общие и особые образовательные потребности, связанные, в том числе, с овладением словесной речью (в устной и письменной формах), жизненными компетенциями, способствующими наиболее полноценному личностному развитию, планомерному введению в более сложную социальную среду, поэтапному расширение социальных контактов, в том числе со слышащими сверстниками и взрослыми.

В спорных случаях (вариант 1.2 или 1.3) на момент поступления ребёнка в школу следует рекомендовать более сложную образовательную среду (вариант 1.2), а в случае, если обучающийся не достигает минимального уровня овладения предметными результатами по всем или большинству учебных предметов в течение года, то по рекомендации ПМПК и с согласия родителей (законных представителей) образовательная организация может перевести обучающегося на обучение по варианту 1.3.

Вариант 1.3. предназначен для образования глухих обучающихся с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями), а также глухих детей с задержкой психического развития церебрально-органического происхождения, в

результате которой длительное время отмечается функциональная незрелость центральной нервной системы.

Вариант 1.4. предназначен для образования детей, имеющих, помимо глухоты, другие тяжелые множественные нарушения развития (ТМНР): умственную отсталость в умеренной, тяжелой или глубокой степени, которая может сочетаться с нарушениями зрения, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, эмоционально-волевой сферы и быть выражена в различной различной степени тяжести, быть осложнена текущими соматическими заболеваниями и психическими расстройствами.

АООП НОО для слабослышащих и позднооглохших обучающихся

Вариант 2.1. предназначен для слабослышащих и позднооглохших обучающихся, которые достигли к моменту поступления в школу уровня развития, близкого возрастной норме, и имеют положительный опыт общения со слышащими сверстниками; понимают обращённую к ним устную речь; их собственная речь должна быть внятной, т.е. понятной для окружающих.

Вариант 2.2. рекомендуется обучающимся, уровень психического развития которых отстает от возрастной нормы (но не достигает степени умственной отсталости), а также в случаях, если они плохо понимают обращенную к ним речь, говорят малопонятно для окружающих, опыт общения со слышащими сверстниками отсутствует (достаточно одного из этих условий).

Вариант 2.3. предназначен слабослышащих и позднооглохших обучающимися с легкой умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями).

АООП НОО для слепых обучающихся

Вариант 3.1. предназначен для слепых, которые достигли уровня общего развития, полностью соответствующего требованиям, предъявляемым к уровню развития обучающихся, поступающих в школу, и у которых развиты компенсаторные способы деятельности, необходимые для систематического обучения.

Вариант 3.2. предназначен для слепых, которые не смогли достичь уровня общего развития, полностью соответствующего требованиям, предъявляемым к уровню развития обучающихся, поступающих в школу; не достигли на момент поступления

в образовательную организацию достаточного уровня развития компенсаторных способов деятельности, необходимых для систематического обучения, но при этом имеют достаточно большие потенциальные возможности.

Вариант 3.3. предназначен для обучающихся, имеющих сочетание слепоты и легкой умственной отсталости, что значительно осложняет развитие и использование компенсаторных способов деятельности, необходимых для систематического обучения.

Вариант 3.4. предназначен для обучающихся, имеющих сочетание слепоты с умеренной и тяжелой умственной отсталостью, что затрудняет формирование элементарных способов деятельности, овладение учебными знаниями, умениями и навыками.

АООП НОО для слабовидящих обучающихся

Вариант 4.1. предназначен для слабовидящих, которые достигли уровня общего развития, полностью соответствующего требованиям, предъявляемым к уровню развития обучающихся, поступающих в школу, и у которых развиты компенсаторные способы деятельности.

Вариант 4.2. предназначен для слабовидящих, которые не смогли достичь уровня общего развития, полностью соответствующего требованиям, предъявляемым к уровню развития обучающихся, поступающих в школу; не достигли на момент поступления в образовательную организацию достаточного уровня развития компенсаторных способов деятельности, необходимых для систематического обучения, но при этом имеют достаточно большие потенциальные возможности.

Вариант 4.3. предназначен для обучающихся, имеющих сочетание слабовидения с легкой умственной отсталостью (с интеллектуальной недостаточностью), что значительно осложняет развитие и использование компенсаторных способов деятельности, необходимых для систематического обучения.

АООП НОО для обучающихся с тяжелыми нарушениями речи (ТНР)

Вариант 5.1. предполагает обучение в общеобразовательном классе по общей программе при обязательном наличии логопедического сопровождения, осуществляемого в совместной работе учителя-логопеда с учителем. Предназначен

для обучающихся с фонетико-фонематическим или фонетическим недоразвитием речи (сложная дислалия; легкая степень выраженности дизартрии, заикания; ринолалия), дети с общим недоразвитием речи III-IV уровней речевого развития (выделенных Р.Е. Левиной и Т.Б. Филичевой), у которых, как правило, оказываются нарушенными все компоненты языка, дети с нарушениями чтения и письма. Дети не должны иметь очевидной задержки психического развития.

Вариант 5.2. предназначен для обучающихся, находящихся на II и III уровнях речевого развития (по Р.Е. Левиной), являющихся следствием алалии, афазии, дизартрии, ринолалии, заикания. Показанием для выбора этого варианта являются также тяжелые нарушения чтения и письма. Этот же вариант рекомендуется обучающимся, не имеющим общего недоразвития речи при тяжёлой степени выраженности заикания, однако для них дополнительный год обучения в первом классе не предусматривается.

АООП НОО для обучающихся с нарушениями опорно-двигательного аппарата (НОДА)

Вариант 6.1. адресован обучающимся с НОДА, достигшим к моменту поступления в школу уровня развития, близкого к возрастной норме, и имеющим положительный опыт общения со здоровыми сверстниками. Образовательная организация должна иметь условия, позволяющие организовать среду и рабочее место обучающегося в соответствии с ограничениями его здоровья и обеспечить реализацию программы коррекционной работы, соответствующей его особым образовательным потребностям.

Вариант 6.2. рекомендуется обучающимся, обнаруживающим помимо двигательных нарушений, негрубую задержку психического развития.

Вариант 6.3. предназначен для образования детей, имеющих помимо двигательных нарушений легкую умственную отсталость

Вариант 6.4. предназначен для образования детей, имеющих тяжелые множественные нарушения развития (ТМНР). В структуре ТМНР – умственная отсталость в умеренной, тяжелой или глубокой степени, сочетающаяся с двигательными нарушениями, а в ряде случаев еще и с другими расстройствами

(сенсорной, эмоционально-волевой патологией), а также соматическими расстройствами.

АООП НОО для обучающихся с ЗПР

Вариант 7.1. рекомендуется обучающимся, у которых отмечаются трудности произвольной саморегуляции, проявляющейся в условиях деятельности и организованного поведения, а также устойчивые признаки общей социально-эмоциональной незрелости. Кроме того, у данной категории обучающихся могут быть признаки легкой органической недостаточности центральной нервной системы (ЦНС), выражающиеся в повышенной психической истощаемости с сопутствующим снижением умственной работоспособности и устойчивости к интеллектуальным и эмоциональным нагрузкам, а также типичные, в разной степени выраженные, дисфункции в сферах пространственных представлений, зрительно-моторной координации, фонетико-фонематического развития, нейродинамики и др. Одним из важнейших условий включения обучающегося с ЗПР в среду сверстников без ограничений здоровья является устойчивость форм адаптивного поведения. Обязательным условием является психолого-педагогическое сопровождение обучающегося, согласованная работа учителя начальных классов с педагогами, реализующими программу коррекционной работы, содержание которой для каждого обучающегося определяется с учетом его особых образовательных потребностей на основе рекомендаций ПМПК.

Вариант 7.2. адресован обучающимся с ЗПР, которые характеризуются уровнем развития ниже возрастной нормы, отставание может проявляться в целом или локально в отдельных функциях (замедленный темп или неравномерное становление познавательной деятельности). Отмечаются нарушения внимания, памяти, восприятия и других познавательных процессов, умственной работоспособности и целенаправленности деятельности, в той или иной степени затрудняющие усвоение школьных норм и школьную адаптацию в целом. Произвольность, самоконтроль, саморегуляция в поведении и деятельности, как правило, сформированы недостаточно. Обучаемость удовлетворительная, но часто избирательная и неустойчивая, зависящая от уровня сложности и субъективной

привлекательности вида деятельности, а также от актуального эмоционального состояния. Возможна неадаптивность поведения, связанная как с недостаточным пониманием социальных норм, так и с нарушением эмоциональной регуляции, гиперактивностью. В этом случае предполагается, что они получают образование, сопоставимое с таковым для детей, не имеющих ограничений здоровья, в специальном классе или соответствующей образовательной организации.

АООП НОО для обучающихся с расстройствами аутистического спектра (РАС)

Одним из специальных условий является организация диагностического и пропедевтического периодов, продолжительность которых регулируется рекомендациями ПМПК и может составлять от одного месяца до года. Эти подготовительные периоды обучения реализуются в организациях, осуществляющих образовательную деятельность в рамках одного или нескольких вариантов АООП НОО обучающихся с РАС, и предполагают уточнение и конкретизацию особенностей аффективных, коммуникативных, интеллектуальных, речевых и поведенческих расстройств обучающихся с целью уточнения или определения варианта АООП для дальнейшего их обучения. В процессе школьного обучения сохраняется **возможность перехода ребёнка с одного варианта стандарта на другой** (основанием для этого является заключение ПМПК).

Вариант 8.1. рекомендуется обучающимся, имеющим формально сопоставимый с нормой уровень психоречевого развития, когда до поступления в школу ребенок имел опыт подготовки к ней в группе детей. Вместе с тем, даже имея высокие интеллектуальные способности, эти дети для успешного освоения начального образования в условиях полной инклюзии нуждаются в систематической психолого-педагогической и организационной поддержке, обеспечивающей удовлетворение их особых образовательных потребностей, реализуемой на основе сугубо индивидуальной программы коррекционной работы, касающейся в первую очередь развития различных аспектов сферы жизненной компетенции.

Вариант 8.2. предполагает менее высокие интеллектуальные способности обучающегося или отсутствие опыта подготовки к школьному обучению в группе сверстников, поэтому длительность получения начального образования

пролонгируется на один год. Ребенок может находиться в среде сверстников с ОВЗ, имеющих нарушения, не противоречащие удовлетворению его особых образовательных потребностей (например, в специальном коррекционном классе вместе с обучающимися по вариантам 5.2 или 6.2 или 7.2). Предполагается, что при выборе этого варианта АООП академический компонент будет освоен обучающимися с РАС в объеме, сопоставимом с таковым во ФГОС НОО. Неуспеваемость по отдельному предмету не является основанием изменения на другие варианты АООП.

Вариант 8.3. рекомендуется при сочетании РАС с легкой умственной отсталостью. Отличие от варианта 8.2. в том, что не требуется, чтобы академический компонент был освоен в объеме, сопоставимом с таковым во ФГОС НОО, поэтому может находиться в специальном коррекционном классе с обучающимися, имеющими умственную отсталость (интеллектуальные нарушения), другие ОВЗ либо в среде сверстников без ОВЗ. Особые образовательные потребности, касающиеся развития различных аспектов сферы жизненной компетенции, должны реализовываться в соответствии с таковыми для обучающихся с РАС. В сфере академической компетентности при обучении по этому варианту выделяется два уровня достижений: минимальный и достаточный.

Вариант 8.4. рекомендуется обучающимся с РАС, осложненными умственной отсталостью (умеренной, тяжелой, глубокой, тяжелыми и множественными нарушениями развития). На основе данного варианта организация разрабатывает специальную индивидуальную программу развития (СИПР), учитывающую индивидуальные образовательные потребности обучающегося, включение в образовательную среду осуществляется постепенно и дозированно.

3.2. ВАРИАНТЫ АДАПТИРОВАННЫХ ОСНОВНЫХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ПРОГРАММ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС ОБРАЗОВАНИЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ С УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ (ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ) (Приказ Минобрнауки Российской Федерации от 19 декабря 2014г. № 1599 «Об утверждении ФГОС

образования обучающихся с умственной отсталостью (интеллектуальными нарушениями)»)

Вариант 1 рекомендуется обучающимся с легкой степенью умственной отсталости, готовых к эмоциональному и коммуникативному взаимодействию со сверстниками в условиях образовательной организации.

Вариант 2 разработан для обучающихся, обнаруживающих интеллектуальное и психофизическое недоразвитие в умеренной, тяжелой или глубокой степени, которое может сочетаться с локальными или системными нарушениями зрения, слуха, опорно-двигательного аппарата, расстройствами аутистического спектра, эмоционально-волевой сферы, выраженными в различной степени тяжести, т.е. имеются множественные тяжелые нарушения развития (СИПР). У некоторых обучающихся могут выявляться текущие психические и соматические заболевания. На этот же вариант по решению ПМПК могут быть переведены обучающиеся, не достигающие минимального уровня результатов при получении образования по варианту 1.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

4.1. СПЕЦИАЛЬНЫЕ ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА ОБУЧЕНИЯ (В СООТВЕТСТВИИ С ПРИКАЗАМИ № 1015 (в ред. от 17.07.2015), № 1309, с ФГОС)

В образовательных организациях, осуществляющих образовательную деятельность по адаптированным общеобразовательным программам, создаются специальные условия для получения образования учащимися с ограниченными возможностями здоровья (п.23, приказ № 1015).:

а) для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

- адаптация официальных сайтов образовательных организаций в сети «Интернет» с учетом особых потребностей инвалидов по зрению с приведением их к международному стандарту доступности веб-контента и веб-сервисов (WCAG);

- размещение в доступных для учащихся, являющихся слепыми или слабовидящими, местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании лекций, учебных занятий (должна быть выполнена крупным (высота прописных букв не менее 7,5 см) рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом фоне) и продублирована шрифтом Брайля);

- присутствие ассистента, оказывающего учащемуся необходимую помощь;

- обеспечение выпуска альтернативных форматов печатных материалов (крупный шрифт) или аудиофайлов;

- обеспечение доступа учащегося, являющегося слепым и использующего собаку-поводыря, к зданию образовательной организации, располагающему местом для размещения собаки-поводыря в часы обучения самого учащегося;

б) для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

- дублирование звуковой справочной информации о расписании учебных занятий визуальной: установка мониторов с возможностью трансляции субтитров (мониторы, их размеры и количество необходимо определять с учетом размеров помещения);

- обеспечение надлежащими звуковыми средствами воспроизведения

информации;

- обеспечение получения информации с использованием русского жестового языка (сурдоперевода, тифлосурдоперевода);

в) для обучающихся, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:

- обеспечение беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения образовательной организации, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, локальное понижение стоек-барьеров до высоты не более 0,8 м; наличие специальных кресел и других приспособлений).

4.2. ДРУГИЕ СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС НОО ОВЗ

Для глухих обучающихся в организациях, реализующих АООП НОО, обязательным условием к организации рабочего места обучающегося является расположение в учебных кабинетах парт полукругом, чтобы дети могли всегда держать в поле зрения педагога, в том числе видеть его лицо, артикуляцию, движения рук, иметь возможность воспринимать информацию слухозрительно и на слух, видеть фон за педагогом.

Важным условием организации пространства, в котором обучаются обучающиеся с нарушением слуха, является:

- наличие текстовой информации, представленной в виде печатных таблиц на стендах или электронных носителях, предупреждающей об опасностях, изменениях в режиме обучения и обозначающей названия приборов, кабинетов и учебных классов;
- в образовательной организации необходимо иметь приборы для исследования слуха-тональный и речевой аудиометры.

В классных помещениях необходимо предусмотреть специальные места для хранения FM–систем, зарядных устройств, батареек (рекомендуется и для слабослышащих).

Специальными условиями является также продуманность освещенности лица говорящего и фона за ним, использование современной электроакустической, в том числе звукоусиливающей аппаратуры, а также аппаратуры, позволяющей лучше видеть происходящее на расстоянии (проецирование на большой экран).

Для слабослышащих и позднооглохших обучающихся:

- наличие текстовой информации, представленной в виде печатных таблиц на стендах или электронных носителях, предупреждающей об опасностях, изменениях в режиме обучения и обозначающей названия приборов, кабинетов и учебных классов;
- регулирование уровня шума в помещении.

Для обучающихся с нарушением зрения:

Рабочее место должно быть снабжено дополнительным индивидуальным источником света (в соответствии с рекомендациями врача-офтальмолога). Школьная парта может быть стационарно зафиксирована и снабжена ограничительными бортиками, обеспечивающими предметную стабильность рабочей зоны (по рекомендации учителя-дефектолога-тифлопедагога).

Номер парты должен соответствовать росту ученика. Определение местоположения парты в классе для слепого с остаточным зрением и для слепого со светоощущением осуществляется в соответствии с рекомендациями врача-офтальмолога.

В соответствии с ФГОС, исходя из выполнимости рекомендаций, для слепых детей можно указывать:

- специальные учебные принадлежности: брайлевские приборы, приборы для плоского письма, грифели, тетради, сделанные из плотной (брайлевской) бумаги;
- брайлевские печатные машинки (Tatrapoint, Perkins и т.п.), бумагой для печати по Брайлю;
- брайлевский дисплей;
- трость для ориентировки слепых;
- приборы, предназначенные для коррекционной работы по пространственной

ориентировке («Графика», «Ориентир»);

- тренажеры и спортивный инвентарь для слепых;
- текстовые дидактические пособия, выполненные рельефно-точечным шрифтом; иллюстративно-графические пособия, выполненные рельефом на плоскости и рассчитанные на осязательное восприятие (для тотально слепых);
- иллюстративно-графические пособия, выполненные рельефом на плоскости, но имеющие цветовое оформление, рассчитанные на осязательное и зрительное восприятие (для слепых детей со светоощущением и с остаточным зрением.

Для слабовидящих обучающихся:

- соблюдение требований к освещенности и месту ребенка в классе;
- специальные тифлотехнические и оптические (индивидуальные средства оптической коррекции, электронные лупы, дистанционные лупы, карманные увеличители различной кратности и др.);
- учебные принадлежности: ручки с черной (для записи учебного материала) и зеленой (для выполнения графических работ) пастой; тетради в клетку и линейку, которые по рекомендации врача-офтальмолога должны быть специально разлинованы.

В этом разделе указывается также на необходимость особого питания, особого стиля учебного взаимодействия, наличие медицинского контроля со стороны определенных врачей и пр.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5

СПЕЦИАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ И ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ ОТДЕЛЬНЫХ КАТЕГОРИЙ ОБУЧАЮЩИХСЯ С ОВЗ В СООТВЕТСТВИИ С ФГОС (Приказ Минобрнауки РФ от 19 декабря 2014 г. № 1598 «Об утверждении ФГОС НОО обучающихся с ОВЗ»)

Задержка психического развития. Специальные условия проведения *текущей, промежуточной* и *итоговой* (по итогам освоения АООП НОО) *аттестации* обучающихся с ЗПР включают:

- особую форму организации аттестации (в малой группе, индивидуальную) с учетом особых образовательных потребностей и индивидуальных особенностей обучающихся с ЗПР;
- привычную обстановку в классе (присутствие своего учителя, наличие привычных для обучающихся мнестических опор: наглядных схем, шаблонов общего хода выполнения заданий);
- присутствие в начале работы этапа общей организации деятельности;
- адаптирование инструкции с учетом особых образовательных потребностей и индивидуальных трудностей обучающихся с ЗПР:

1) упрощение формулировок по грамматическому и семантическому оформлению;

2) упрощение многозвеньевой инструкции посредством деления ее на короткие смысловые единицы, задающие поэтапность (пошаговость) выполнения задания;

3) в дополнение к письменной инструкции к заданию, при необходимости, она дополнительно прочитывается педагогом вслух в медленном темпе с четкими смысловыми акцентами;

- при необходимости адаптирование текста задания с учетом особых образовательных потребностей и индивидуальных трудностей обучающихся с ЗПР (более крупный шрифт, четкое отграничение одного задания от другого; упрощение формулировок задания по грамматическому и семантическому оформлению и др.);

- при необходимости предоставление дифференцированной помощи: стимулирующей (одобрение, эмоциональная поддержка), организующей (привлечение внимания, концентрирование на выполнении работы, напоминание о необходимости самопроверки), направляющей (повторение и разъяснение инструкции к заданию);
- увеличение времени на выполнение заданий;
- возможность организации короткого перерыва (10-15 мин) при нарастании в поведении ребенка проявлений утомления, истощения;
- недопустимыми являются негативные реакции со стороны педагога, создание ситуаций, приводящих к эмоциональному травмированию ребенка.

Расстройства аутистического спектра: аттестация в индивидуальном порядке, в привычных условиях, в присутствии знакомого учителя, без обозначенного для ребенка ограничения по времени. Контрольные задания, при необходимости, могут быть представлены ребенку в форме наиболее удобной для него. Выбор одного из нескольких предложенных вариантов ответа может быть затруднителен такому ребенку даже при знании им правильного ответа.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6

МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ УЧИТЕЛЕМ-ДЕФЕКТОЛОГОМ

6.1. Методики и задания, используемые дефектологом при обследовании младших дошкольников (3-5 лет)

- Исследование предметно-практической деятельности.
- Сюжетно-процессуальная игра.
- Ориентировка в схеме тела.
- Исследование общей и мелкой моторики.
- Узнавание реалистических изображений
- Сюжетные картинки (понимание действий)
- Оценка уровня общей осведомленности
- Представления о цвете.
- Представления о форме.
- Представления о величине.
- Элементарные количественные представления.
- Анализ продуктов деятельности.

6.2. Методики и задания, используемые дефектологом при обследовании старших дошкольников (5-7 лет)

- Беседа (выявление представлений об окружающем мире):
- Предметное окружение
- Социальное окружение (семья)
- Природный мир, времена года
- Выявление представлений о сенсорных эталонах (сгруппируй картинки)
- Представления о цвете, форме, величине
- Построй из палочек
- Разрезные картинки
- Понимание скрытого смысла (картинки)
- Ориентировка в пространстве
- Ориентировка на листе бумаги

- Исследование графических навыков (Рисунок человека)
- Исследование уровня сформированности элементарных математических представлений
- Анализ продуктов деятельности ребенка
- Готовность к школе (сформированность графических навыков, зрительно-моторной координации)
- Готовность к школе (сформированность произвольного поведения)

6.3. Примерный пакет диагностических методик для проведения диагностики учителем-дефектологом детей младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет)

- Беседа: представления об окружающем
- Понимание скрытого смысла текста
- Понимание скрытого смысла пословиц и поговорок
- Анализ продуктов деятельности ребенка
- Обследование знаний учащихся по математике (первая половина учебного года: 1 класс)
- Обследование знаний учащихся по математике за 1 класс.
- Обследование знаний учащихся по русскому языку (первая половина учебного года, 1 класс)
- Обследование знаний учащихся 1 класса по русскому языку
- Самооценка учебных успехов и «зоны незнания» (со 2 года обучения)
- Обследование знаний учащихся по математике (2 класс)
- Обследование знаний учащихся по русскому языку (2 класс)
- Обследование знаний учащихся по математике (3 класс)
- Обследование знаний учащихся по русскому языку (3 класс)
- Обследование знаний учащихся по русскому языку (4 класс)
- Обследование знаний учащихся по математике (4 класс)
- Сформированность познавательных учебных действий.

6.4. Примерный пакет диагностических методик для проведения диагностики учителем-дефектологом детей среднего школьного возраста (от 11 до 15 лет)

- Самооценка учебных успехов и «зоны незнания»
- Сформированность познавательных учебных действий
- Аудирование
- Диктант
- Грамматическое задание
- Литературное чтение
- Обследование знаний учащихся по математике за 5 класс
- Обследование знаний учащихся по математике за 6 класс
- Обследование знаний учащихся по математике за 7 класс
- Обследование знаний учащихся по математике за 8 класс
- Обследование знаний учащихся по математике за 9 класс

ПРИЛОЖЕНИЕ 7

МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ УЧИТЕЛЕМ-ЛОГОПЕДОМ

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

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

7.2. Примерный пакет диагностических методик, выявляющих особенности состояния всех компонентов и функций речи для логопедического обследования на ПМПК детей младшего дошкольного возраста (от 3 до 5 лет) на основе международной классификации функционирования

- Метод наблюдения за коммуникативным поведением ребенка
- Обследование строения и двигательных функций артикуляционного аппарата.
- Методика обследования объема пассивного и активного словарного запаса

- Оценка понимания речи.
- Методика обследования звуковой стороны речи.
- Обследование связной речи
- Понимание и употребление предлогов

7.3. Примерный пакет диагностических методик, выявляющих особенности состояния всех компонентов и функций речи для логопедического обследования детей старшего дошкольного возраста (от 5 до 7 лет) на ПМПК

- Метод наблюдения за коммуникативным поведением ребенка
- Обследование строения и двигательных функций артикуляционного аппарата.
- Состояние общей и мелкой моторики
- Оценка состояния волевых процессов (внимание, усидчивость, работоспособность)
- Методика обследования звуковой стороны речи.
- Обследование навыка восприятия и воспроизведения ритмических структур.
- Обследование слоговой структуры слова
- Обследование фонематического восприятия
- Методика обследования словарного запаса
- Понимание и употребление предлогов
- Методика обследования грамматического строя:
- Согласование имени существительного с другими частями речи
- Согласование имени существительного и глагола в прошедшем времени
- Согласование имени существительного (местоимения) и глагола в настоящем времени
- Согласование имени существительного и притяжательного местоимения
- Словоизменение. Образование множественного числа имен существительных в именительном падеже
- Словообразование
- Обследование связной речи
- Методика обследования просодической стороны речи

– Методика обследования заикания

7.4. Примерный пакет диагностических методик, выявляющих особенности состояния всех компонентов и функций речи для логопедического обследования на ПМПК детей младшего школьного возраста (от 7 до 11 лет)

– Звуковая сторона речи
– Методика обследования просодической стороны речи
– Обследование фонематического восприятия
– Исследование состояния звукового и слогового анализа
– Лексика. Обследование словарного запаса
– Методика обследования грамматического строя
– Методика обследования связной речи
– Методика обследования письменной речи
– Методика обследования чтения
– Методика обследования заикания

7.5. Оценка особенностей состояния компонентов речевого развития ребенка среднего школьного возраста в процессе проведения логопедического обследования на ПМПК

– Обследование звуковой стороны речи
– Методика обследования просодической стороны речи
– Методика обследования письма
– Методика обследования чтения.
– Методика обследования уровня сформированности текстовой компетенции
– Методика обследования лексико-грамматического строя
– Методика обследования заикания

ПРИЛОЖЕНИЕ 8

МЕТОДИКИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПЕДАГОГОМ-ПСИХОЛОГОМ

8.1. Примерный пакет диагностических методик, характеризующих развитие познавательной деятельности ребенка и его личности, используемых педагогом-психологом в работе с детьми младшего дошкольного возраста (от 3 до 5 лет)

- Методика анализа медицинской и психолого-педагогической документации
- Метод наблюдения
- Оценка двигательных функций (психомоторики)
- Повторяй за мной и игра в мяч
- Коробка форм
- Пирамидка и мисочки
- Конструирование по образцу
- Повторение слов и предложений
- Вопросы по картинкам
- Мисочки (включение в ряд) (с 4 лет)
- Классификация по заданному принципу (с 4 лет)
- *Рисунок человека*
- *Рисунок семьи (с 4 лет)*
- *Два дома (с 4 лет)*
- *Три желания и шапка-невидимка (с 4 лет)*

8.2. Примерный пакет диагностических методик, характеризующих развитие познавательной деятельности ребенка и его личности, используемых педагогом-психологом в работе с детьми старшего дошкольного возраста (от 5 до 7 лет)

- Методика анализа медицинской и психолого-педагогической документации
- Метод наблюдения
- Качественная оценка параметров психической деятельности (по И.А. Коробейникову)

- Оценка двигательных функций (психомоторики)
- *Составная доска Сегена*
- *Рисунок человека*
- *Скопируй точки*
- *Скопируй фразу*
- *Методика Пьерона - Рузера*
- Запоминание двух групп слов
- *Запоминание двух фраз*
- Установление последовательности событий
- *Рассказ по картинкам*
- Самое непохожее
- *Нелепицы*
- *Диагностика возможности использования схематизированного образа («Схематизация») (с 6 лет)*
- Детская предметная классификация
- Методика «Исключение предметов»
- *Цветные прогрессивные матрицы Равена*
- *Два дома*
- *Лестница*
- *Три желания и шапка-невидимка*
- *Эмоциональные лица*
- *Методика оценки мотивации речеговорения (С.М. Валявко)*
- Узнавание фигур (с 6 лет)
- *Вербальный тест Керна-Йирасека (с 6 лет)*
- Домик (с 6 лет)
- *Опосредованное запоминание (с 6 лет)*
- *Классификация геометрических фигур (обучающий эксперимент по А.Я. Ивановой) (с 6 лет).*
- Понимание логико-грамматических конструкций (с 6 лет)

- *Угадай картинку (с 6 лет)*
- Установление связей и отношений на вербальном материале (с 6 лет)
- *Графический диктант (с 6 лет)*

8.3. Примерный пакет диагностических методик, характеризующих развитие познавательной деятельности ребенка и его личности, используемых педагогом-психологом в работе с детьми младшего дошкольного возраста (от 7 до 11 лет)

- Методика анализа медицинской и психолого-педагогической документации
- Методика наблюдения
- Качественная оценка параметров психической деятельности (по И.А. Коробейникову)
- Оценка двигательных функций (психомоторики)
- *Зрительно-моторный гештальт-тест Л.Бендер*
- *Нейропсихологические пробы*
- *Запоминание двух групп слов и фраз*
- *Запоминание места картинки (Т.В. Розанова) – для детей с нарушениями слуховой функции и плохо владеющих речью*
- *Узнавание фигур*
- *Таблицы Шульте*
- *Корректурные пробы*
- *Счет по Крепелину*
- Повторение цифр
- Запоминание 10 слов
- *Опосредованное запоминание*
- Пиктограмма
- Методика «Кубики Кооса» или Треугольники
- *Диагностика возможности использования схематизированного образа («Схематизация»)*

- *Классификация геометрических фигур (обучающий эксперимент по А.Я. Ивановой)*
- Свободная классификация (с 9 лет)
- *Цветные Прогрессивные Матрицы Дж. Равена*
- *Угадай картинку (Е.Л. Инденбаум)*
- Последовательность событий
- Понимание рассказов со скрытым смыслом
- Понимание сложных речевых конструкций и квазипространственных отношений
- *Понимание загадок, пословиц, метафор*
- *Определение понятий*
- *Сравнение понятий*
- *Исключение лишнего (картиночный вариант)*
- *Исключение лишнего (словесный вариант) (Л.И. Переслени и соавт.)*
- Простые аналогии (Л.И. Переслени и соавт.)
- Существенные признаки (Л.И. Переслени и соавт.)
- *Методика половозрастной идентификации (Н.Л. Белопольская)*
- *Тест Рука*
- *Исследование субъективной оценки межличностных отношений ребенка (СОМОР)*
- *Методика «Эмоциональные лица»*
- *САТ (детский апперцептивный тест)*
- *Проективно-графические методики (Рисунок человека, Дом-дерево-человек, Рисунок семьи, Несуществующее животное)*
- *Методика оценки школьной мотивации (Н.Г. Лусканова)*
- *Лестница*
- *Цветовой тест отношений (на основе МЦВ)*

8.4. Примерный пакет диагностических методик, характеризующих развитие познавательной деятельности ребенка и его личности, используемых

педагогом-психологом в работе с детьми подросткового возраста (от 11 до 18 лет)

- Качественная оценка параметров психической деятельности
- *Таблицы Шульте*
- Красно-черная таблица
- *Корректурные пробы*
- *Счет по Крепелину*
- *Шифровка*
- Отсчитывание
- Оценка двигательных функций (психомоторики)
- *Зрительно-моторный гештальт-тест Л.Бендер*
- *Нейропсихологические пробы*
- Повторение цифр
- *Запоминание 10 слов*
- Опосредованное запоминание (по А.Н. Леонтьеву)
- *Пиктограмма*
- *Методика «Кубики Кооса» или Треугольники*
- Свободная классификация (Б.В. Зейгарник, Л.С. Выготский)
- Стандартные Прогрессивные Матрицы Дж. Равена (с 12 лет)
- Простые аналогии (С.Я. Рубинштейн)
- Сравнение понятий (С.Я. Рубинштейн)
- Понимание пословиц и метафор (С.Я. Рубинштейн)
- Понимание рассказов со скрытым смыслом
- КОТ (краткий отборочный тест – адаптация теста Вандерлика) (с 13 лет)
- *Тест Рука*
- *Исследование субъективной оценки межличностных отношений ребенка (СОМОР)*
- *Опросник Басса-Дарки*
- *Опросник школьной тревожности Филлипса (до 12 лет)*

- *ПДО (патохарактерологический диагностический опросник) (А.Е. Личко)*
- *Опросник Леонгарда-Шмишека*
- *Опросник мини-мульт (с 15 лет)*
- *Методика исследования уровня притязаний*
- *Методика изучения самооценки (Дембо-Рубинштейн)*
- *Фильм-тест Р.Жиля*
- *Тест С. Розенцвейга (детский и взрослый варианты).*
- *МЦВ и ЦТО*
- *Проективно-графические методики*
- *ТАТ*
- *Тест Роршаха*
- *Тест Сонди*

ПРИЛОЖЕНИЕ 9

Примерный пакет диагностических методик для организации деятельности специалистов ПМПК: для детей раннего возраста от 0 до 2 лет и от 2 до 3 лет

- Методика анализа медицинской и психолого-педагогической документации
- Наблюдение
- Зрительные ориентировочные реакции
- Слуховые ориентировочные реакции
- Эмоции и социальное поведение (в соответствии с возрастными возможностями)
- Оценка развития моторных функций
- Движения
- Действия с предметами
- Навыки и умения (в соответствии с возрастными возможностями)
- Заполнение опросников родителями
- Зеркало
- Возьми игрушку
- Покатай (куклу, каталку) (до 2 лет)
- Сличение предмета и его изображения (найди картинку)
- Доска Сегена (2 и 3 вкладыша)
- Построй башню
- Знание частей тела (на себе и на кукле)
- Игра «Ку-ку» (до 2 лет)
- Спрячь шарик (с 2 лет)
- Оценка выполнения простейших действий (Дай..Кати мяч и т.п.)
- Разрезные картинки (2 и 3 части) (с 2 и 2,5 лет)
- Пирамидка (3-4 кольца)
- Парные картинки
- Разложи игрушки
- Достань тележку
- Нарисуй

ПРИЛОЖЕНИЕ 10

МЕТОДИКИ ДЛЯ РАБОТЫ СОЦИАЛЬНОГО ПЕДАГОГА

ОПРОСНИК «ОЦЕНКА НЕГАТИВНЫХ ФАКТОРОВ СЕМЕЙНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ» (И.А. Коробейников)

Вопрос	Балл
Ребенок рожден вне брака	3
Во время беременности матери была бытовая неустроенность	1
Во время беременности матери материальное положение семьи было неудовлетворительным	1
Были конфликты с мужем (единичные или постоянные)	1 или 2
Муж бил жену во время беременности	2
Мать во время беременности употребляла алкоголь	3
Отец во время беременности жены злоупотреблял алкоголем	2
Мать или отец не хотели иметь этого ребенка	3
Другие родственники отрицательно относились к рождению ребенка	2
Ребенок в **младенчестве и раннем возрасте** рос в неполной семье	3
В это время материальное положение семьи было неудовлетворительным	1
В этот период были конфликты с мужем (единичные или постоянные)	1 или 2
Конфликты сопровождались физической агрессией	2
Внешняя помощь и поддержка семьи отсутствовала	1
В этот период были конфликты с другими близкими родственниками	1
Ребенок в **дошкольном** возрасте рос в неполной семье	3
В это время материальное положение семьи было неудовлетворительным	1
В этот период были конфликты с мужем (единичные или постоянные)	1 или 2
Конфликты сопровождались физической агрессией	2
Внешняя помощь и поддержка семьи отсутствовала	1
В этот период были конфликты с другими близкими родственниками	1
Ребенка наказывали физически (эпизодически, часто)	1 или 2
Имело место жестокое отношение к ребенку	3
Родители не играли с ребенком	2
Родители не готовили ребенка к школе	2
Родители не были способны заметить отклонения в развитии	1

ребенка	
Родители не обращались за помощью к специалистам	1
Ребенок в **младшем школьном** возрасте рос в неполной семье	3
В это время материальное положение семьи было неудовлетворительным	1
В этот период были конфликты с мужем (единичные или постоянные)	1 или 2
Конфликты сопровождались физической агрессией	2
Внешняя помощь и поддержка семьи отсутствовала	1
В этот период были конфликты с другими близкими родственниками	1
Ребенка наказывали физически (эпизодически, часто)	1 или 2
Имело место жестокое отношение к ребенку	3
Ребенку не оказывалась регулярная помощь в учебе	2
Родители не проявляли интереса к школьной жизни ребенка	1
Родители не организовывали досуг ребенка	1
Родители наказывали ребенка за школьные неудачи или, наоборот, не обращали на них внимания	1
Сумма баллов	

Если сумма баллов превышает 20, ребенка можно отнести к группе выраженного риска психосоциальной дезадаптации средового происхождения.

Этот риск усиливается еще в большей мере, если по следующим параметрам в сумме набирается менее 6 баллов:

1. Образование матери: неполное среднее (-1), неполное среднее и ПТУ (или курсы) (+1), среднее (+2), среднее специальное (+3), высшее (+4).

2. Образование отца: неполное среднее (-1), неполное среднее и ПТУ (или курсы) (+1), среднее (+2), среднее специальное (+3), высшее (+4).

3. Профессиональная квалификация отца: отсутствие профессии (-1), низкая (+1), средняя (+2), высокая (+3).

4. Профессиональная квалификация матери: отсутствие профессии (-1), низкая (+1), средняя (+2), высокая (+3).

ШКАЛА ОЦЕНКИ СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПИРОВАННОСТИ

(школьный возраст, дети, воспитывающиеся в семье)[8]

(Е.Л. Инденбаум)

Уровень бытовых навыков: Условный балл_____(от 1 до 10).

В младшем школьном возрасте: 1-2 балла – совершенно несамостоятелен, все делает только с помощью и под контролем родителей

3-4 балла – самостоятельно справляется с элементарными бытовыми навыками (гигиена, еда, одевание и раздевание, ориентируется в своем дворе, школьном здании)

5-6 баллов – ориентируется в своем микрорайоне, следит за своим видом, одевается по погоде, может сходить в магазин.

7-8 баллов – остается один дома, соблюдает порядок, правила безопасности, понимает деньги.

9-10 – понимает время по часам, может самостоятельно его организовывать, умеет пользоваться бытовыми электроприборами.

В подростковом возрасте 9-10 баллов - ориентируется в городе, ориентируется в ценах, следит за своей одеждой, одевается соответственно ситуации, может приготовить еду, помогает в домашних делах.

Социально-бытовая ориентировка: Условный балл_____(от 1 до 10).

1-2 – не знает частей тела, адреса, членов семьи, дней недели, элементарных правил поведения, что растет в огороде, как называются продукты питания, зачем нужны конкретные домашние животные и т.п..

3-4 – знает кое-что из вышеперечисленного, на улице различает тротуар и проезжую часть, понимает светофор, остановку, соблюдает элементарные правила поведения (поздороваться, попрощаться, сказать «спасибо» и «пожалуйста»)..

5-6 – знает многое из вышеперечисленного, понимает месяцы, числа, дни недели, знает профессии, некоторые знаки (например, красный крест, «кирпич», «дети»), соблюдает более сложные правила поведения (улыбнуться при встрече, спросить,

[8] Составлена на основе Л.М. Шипицына. Необучаемый ребенок в семье и обществе. СПб.: Дидактика-плюс, 2002.

можно ли войти, что-то взять, выйти из-за стола, спросить, как здоровье, обращаться на «Вы» и по имени отчеству), начинает осознавать, что происходит вокруг, прислушиваться к разговорам, обращенным не к нему и понимать их смысл, отличает «опасных» людей – пьяных, наркоманов, бомжей.

7-8 – знает назначение социальных учреждений (почта, вокзал, больница, поликлиника, библиотека, дом культуры, кафе и т.п.), адекватно ведет себя, заходя в них, может посещать увеселительные мероприятия (детский парк, кинотеатр, театр, цирк, ведет себя там правильно), хорошо ориентируется в бытовых вопросах (знает, что надо для стирки, уборки, приготовления пищи), отличает сорняки от посевов, знает, как ухаживать за домашними животными, понимает время на часах, ориентируется в профессиях и своих возможностях, хорошо осознает, что происходит вокруг него, наличие реальной опасности, понимает, с каким человеком имеет дело, в определенной мере понимает информацию из СМИ, может справиться с неожиданной ситуацией, знает о вреде курения, алкоголя, наркотиков, токсичных веществ, откуда берутся дети.

9-10 – социально-бытовое ориентирование на уровне взрослого, дееспособного человека.

Взаимодействие со сверстниками: Условный балл_____(от 1 до 10).

Оценки 1-2 означают практическую несформированность общения - неадекватен при попытках общения

3-4 – общение быстро разрушается из-за агрессивного поведения

5-6 – в общении чрезмерно зависим, идет, куда позовут, не понимает ситуации, нет избирательности в контактах, нет постоянных друзей, только случайные контакты

7-8 – общается, но не умеет вести себя в гостях и в качестве хозяина, конфликтует, не может «поставить себя» среди других сверстников, чтобы не обижали.

9-10 - имеет достаточно постоянных друзей своего возраста, ходит к ним в дом и они приходят к нему, редко конфликтует с ними, умеет «поставить себя», есть избирательность в контактах.

Взаимодействие с взрослыми (учителями): Условный балл_____(от 1 до 10).

1-2 –может проявлять вербальную (или даже физическую) агрессию, плохо вступает в контакт, ведет себя неадекватно учебной ситуации.

3-4 –не соблюдает дистанции, не принимает ситуацию как учебную, чрезмерно эмоционален, неусидчив, плохая саморегуляция поведения, нуждается в постоянном контроле.

5-6 – общается в целом адекватно, но может дать аффективную вспышку или «завредничать», не соблюдает полностью правила вежливости при приходе и уходе учителя, поведение зависит от отношения к конкретному учителю.

7-8 – воспринимает учителя как эталон, вежлив и предупредителен, встречает учителя при его приходе, говорит «спасибо» при прощании.

9-10 – относится к любимому учителю как к авторитетному человеку, проявляет истинное уважение – разговаривает уважительно, поздравляет с праздниками, спрашивает совета, прислушивается к его мнению, ссылается на него и т.п.

Умение вести себя в здании школы и на групповых мероприятиях: Условный балл_____(от 1 до 10).

1-2 – нуждается в постоянном контроле взрослого, но и при его наличии допускает неадекватные выходки.

3-4 – неадекватного поведения нет, но нуждается в постоянном контроле из-за недостатков саморегуляции.

5-6 – поведение зависит от настроения, складывающейся ситуации и степени «интересности», в некоторых случаях может быть вполне упорядоченным, в некоторых – «растормаживается».

7-8 – поведение в школе в целом соответствует требованиям, но отдельные замечания приходится делать каждый раз.

9-10 – поведение практически без замечаний.

Усвоение учебного материала: усваивает соответствующую учебную программу, усваивает частично, не усваивает **Условный балл_____(от 1 до 10).**

Отношение к учебе: Условный балл___(1-10).

1-2 – полное нежелание ходить в школу и учиться, негативистическое поведение.

3-4 – отрицательное отношение к школе, преподавателю и учению, делает задания только из страха наказания.

5-6 – отношение равнодушное, воспринимает учебу как необходимость, которой нельзя избежать.

7-8 – отношение скорее позитивное, но неравномерное (одно делает, другое – не хочет).

9-10 – отношение позитивное, причем именно к содержанию учебного процесса.

Трудовые умения и навыки: Условный балл___(1-10).

1-2 - почти ничего не умеет делать, даже под контролем взрослого не получается.

3-4 – может выполнять только элементарные трудовые операции: убрать вещи, полить цветы, вытереть доску, при необходимости что-то вырезать, наклеить и т.п. все делает кое-как, с помощью.

5-6 – может работать с ножницами, клеем, складывать ровно бумагу, раскатать тесто, вдеть нитку в иголку, завязать узелок, чисто вымыть столовую посуду, подмести комнату и двор, накрыть на стол, полоть грядку, гладить белье.

7-8 – может пришить пуговицу, подшить оторванный край, собрать что-то из отдельных комплектующих, забить гвоздь, вымыть пол, кухонную посуду, вскопать грядку, постирать, погладить одежду, приготовить еду.

9-10 – трудовые навыки на уровне взрослого человека.

Отношение к труду: Условный балл___(1-10).

1-2 – нежелание ребенка трудиться, отвращение к домашним обязанностям, деструктивное реагирование на призывы выполнить какую-либо работу, крайняя леность при любых просьбах помочь.

3-4 – прохладное отношение к трудовой деятельности, желание при первой же возможности «улизнуть» от выполнения задания, не получает удовольствия от процесса труда, делает все кое-как.

5-6 – отношение к труду зависит от настроения, при его наличии может что-то сделать хорошо.

7-8 – отношение к труду и помощи по дому в целом позитивное, но есть вещи, которые никак не хочет делать.

9-10 – любит трудиться и испытывает радость от процесса труда, проявляет инициативу, сам ищет, что бы сделать

Социальная приспособленность: Условный балл___(1-10).

1-2 – совершенно не приспособлен, нуждается в постоянном контроле, но и при его наличии ведет себя недостаточно адекватно.

3-4 – приспособление недостаточно, «ненормальность» бросается в глаза, вызывая соответствующую реакцию окружающих.

5-6 - относительно приспосабливается к ситуации – т.е. может поговорить с людьми, соблюдать очередь, при необходимости уступить, поведение упорядочено, «ненормальность» в глаза не бросается, но в то же время выглядит «невоспитанным», поскольку может вести себя не в соответствии с социальными нормами.

7-8 – хорошо приспосабливается к ситуации – вовремя помогает, говорит и молчит, когда надо, чувствует настроение окружающих, отслеживает их поведение и подражает ему (например, на ритуальных событиях), может играть в командные и настольные игры, танцевать на дискотеке, что-то рассказать в компании, пошутить, в определенной мере понимает юмор.

9-10 – социальная приспособленность взрослого человека – строит поведение так, чтобы получить нужный результат.

ШКАЛА ОЦЕНКИ СОЦИОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПИРОВАННОСТИ

(школьный возраст, дети-сироты)[9] (Е.Л. Инденбаум, М.Ю. Вандышева)

1.Уровень бытовых навыков: Условный балл_____(от 1 до 10).

В младшем школьном возрасте:

1-2 балла – совершенно несамостоятелен, все делает только с помощью и под контролем педагога

3-4 балла – владеет элементарными санитарно-гигиеническими навыками, но умывается, переодевается, причесывается только под контролем воспитателя, не

[9] Составлена на основе Л.М. Шипицына. Необучаемый ребенок в семье и обществе. СПб.: Дидактика-плюс, 2002.

умеет застилать постель, во время еды неправильно держит ложку, ест неаккуратно (крошит хлеб, проливает суп на себя и на стол, не вытирает рот), выбирая одежду недостаточно учитывает ее назначение (выходная или повседневная), не отслеживает ее состояние (мятая, без пуговиц и т.п.), не убирает на место, не следит за чистотой обуви и т.п.. Во время дежурства неаккуратно вытирает стол, подметая, оставляет мусор.

5-6 баллов – необходимо напоминать о выполнении санитарно-гигиенических требований (умыться, почистить зубы, причесаться и т.п.), но после напоминания справляется самостоятельно, постель застилает неаккуратно, во время еды недостаточно опрятен, недостаточно следит за своим внешним видом (одежда не подобрана по цветовой гамме, назначению, недостаточно опрятна – не обращает внимания на пятна и т.п.), лучше справляется с обязанностями дежурного, однако требует контроля.

7-8 баллов – санитарно-гигиенические навыки сформированы, владеет всеми необходимыми умениями дежурного (подмести, вытереть пыль, стереть со стола, полить цветы), но затрудняется в самостоятельном планировании последовательности выполняемых действий, самостоятельно обращается с просьбой о замене грязной одежды, следит за чистотой обуви, внешний вид преимущественно опрятный.

9-10 – исключительно опрятный внешний вид, без напоминаний качественно выполняет обязанности дежурного.

Для подростков:

1-2 балла – владеет элементарными санитарно-гигиеническими навыками, но умывается, переодевается, причесывается только под контролем воспитателя, кое-как застилает постель, нелепо одевается, выглядит крайне неопрятным, с обязанностями дежурного не справляется.

3-4 балла – недостаточно аккуратен в одежде, прическе, самостоятельно не посещает комнату личной гигиены, не умеет хорошо стереть пыль, подмести пол, полить цветы, без напоминания убрать за собой одежду, личные вещи, в тумбочке беспорядок, самостоятельно не стирает нижнее белье, носки. Слабо усваивают

программу СБО. Не овладевают элементарными навыками ремонта одежды (пришить пуговицу, заштопать и т.п.).

5-6 баллов - санитарно-гигиенические навыки сформированы, владеет всеми необходимыми умениями дежурного (подмести, вытереть пыль, вытереть со стола, полить цветы), но затрудняется в самостоятельном планировании последовательности выполняемых действий, самостоятельно обращается с просьбой о замене грязной одежды, следит за чистотой обуви, носков, нижнего белья, внешний вид в целом опрятный, но может надевать вещи, не соответствующие ситуации. Усвоение программы СБО неравномерное.

7-8 баллов – бытовые навыки сформированы: опрятен, самостоятельно справляется с бытовыми поручениями, может правильно планировать последовательность бытовых действий.

9-10 баллов – очень хорошие бытовые навыки, овладел разнообразными умениями, превышающими требования.

2. Социально-бытовая ориентировка: Условный балл_____(от 1 до 10).

1-2 – не знает частей тела, что растет в огороде, как называются продукты питания, зачем нужны конкретные домашние животные и т.п., а также элементарных правил поведения и безопасности.

3-4 – знает кое-что из вышеперечисленного, адрес, названия дней недели, на улице различает тротуар и проезжую часть, понимает светофор, остановку, соблюдает элементарные правила поведения (поздороваться, попрощаться, сказать «спасибо» и «пожалуйста»), понимает, что надо обо всем предупреждать воспитателя. Самостоятельно оценить ситуацию (уместности вопроса, своего присутствия и т.п.) не может, не всегда правильно правильно ведет себя в общественных местах. Не осознает угрозы своему здоровью (может ходить с мокрыми ногами, одеваться не по погоде и т.д.)

5-6 – знает многое из вышеперечисленного, понимает месяцы, числа, некоторые дорожные знаки, понимает, что нельзя разговаривать и уходить с незнакомыми взрослыми, соблюдает более сложные правила поведения (спросить, можно ли войти, что-то взять, выйти из-за стола, обращаться на «Вы» и по имени отчеству, но

иногда недостаточно ориентируется в ситуации, например, некстати обращается с вопросом). Начинает прислушиваться к разговорам, обращенным не к нему и понимать их смысл, адекватно ведет себя в общественных местах. Приобретает некоторые полезные навыки и привычки.

7-8 – знает назначение различных учреждений (почта, вокзал, больница, поликлиника, библиотека и т.п.), хорошо ориентируется в бытовых вопросах (знает, что надо для стирки, уборки, приготовления пищи), отличает сорняки от посевов, знает, как ухаживать за домашними животными, понимает время на часах, отличает «опасных» людей – пьяных, наркоманов, бомжей, в определенной мере понимает информацию из СМИ, может справиться с неожиданной ситуацией, знает о вреде вредных привычек.

9-10 – ориентируется в профессиях и своих возможностях, наличии реальной опасности здоровью и жизни, понимает, как передаются болезни, понимает, с каким человеком имеет дело, соблюдает правила ЗОЖ, социально-бытовое ориентирование на уровне взрослого, дееспособного человека.

3. Взаимодействие со сверстниками: Условный балл_____(от 1 до 10).

1 - 2 – общение быстро разрушается из-за агрессивного поведения.

3 – 4 - постоянно конфликтует со сверстниками или устойчиво пытается избегать общения.

5-6 – общение преимущественно ситуативно, стабильно предпочитаемых сверстников не имеет, ярко проявляются конкурентные отношения.

7-8 – не провоцирует ссоры, идет на уступки, появляются стабильно предпочитаемые сверстники.

9-10 - имеет постоянных друзей своего возраста, понимает правила дружбы, умеет «поставить себя», есть избирательность в контактах.

4. Взаимодействие с взрослыми (учителями): Условный балл_____(от 1 до 10).

1-2 – не соблюдает дистанции при взаимодействии с любым взрослым.

3-4 – соблюдает правила поведения избирательно, только с эмоционально предпочитаемыми или наиболее авторитетными взрослыми, при отсутствии этого способен на откровенную грубость.

5-6 – общается в целом адекватно, но может дать аффективную вспышку или «завредничать». Откровенной грубости не допускает.

7-8 – соблюдает правила взаимодействия с учителями.

9-10 – общается со всеми взрослыми вежливо, при этом обнаруживает эмоциональную избирательность - относится к любимому учителю как к наиболее авторитетному человеку.

5. Умение вести себя в здании школы и на групповых мероприятиях: Условный балл_____(от 1 до 10).

1-2 – нуждается в постоянном контроле взрослого, но и при его наличии допускает неадекватные выходки.

3-4 – неадекватного поведения нет, но нуждается в постоянном контроле из-за недостатков саморегуляции.

5-6 – поведение зависит от настроения, складывающейся ситуации и степени «интересности», в некоторых случаях может быть вполне упорядоченным, в некоторых – «растормаживается».

7-8 – поведение в школе в целом соответствует требованиям, но отдельные замечания приходится делать каждый раз.

9-10 – поведение практически без замечаний.

6. Усвоение учебного материала: Условный балл_____(от 1 до 10).

7. Отношение к учебе: Условный балл___(1-10).

1-2 – полное нежелание ходить в школу и учиться, негативистическое поведение.

3-4 – отрицательное отношение к школе, преподавателям и учению, но открыто этого не проявляет.

5-6 – отношение равнодушное, воспринимает учебу как необходимость.

7-8 – отношение скорее позитивное, но неравномерное (есть предпочитаемые предметы).

9-10 – отношение позитивное, причем к большинству предметов.

8. Трудовые умения и навыки: Условный балл___(1-10).

1-3 – с программой по ручному труду не справляется.

3-4 – с программой по труду справляется удовлетворительно.

5-6 – программу по труду усваивает неравномерно.

7-8 – программу по труду усваивает хорошо.

9-10 – трудовые навыки позволяют получить профессиональный разряд.

9. Отношение к труду: Условный балл___(1-10).

1-2 – нежелание ребенка трудиться, крайняя леность при любых просьбах.

3-4 – прохладное отношение к трудовой деятельности, желание при первой же возможности «улизнуть» от выполнения задания, не получает удовольствия от процесса труда, делает все кое-как.

5-6 – отношение к труду зависит от настроения, при его наличии может что-то сделать хорошо.

7-8 – отношение к труду в целом позитивное, но есть вещи, которые никак не хочет делать.

9-10 – любит трудиться и испытывает радость от процесса труда, проявляет инициативу, сам ищет, что бы сделать

10. Речевая коммуникация: Условный балл___(1-10).

1-2 –мало пользуется речью как средством общения.

3-4 – владеет определенным набором речевых оборотов, принятых при коммуникации, в нерегламентированной ситуации практически не может выразить свою мысль.

5-6 – выражает мысль недостаточно связно, высказывание не всегда грамматически правильное, большое количество стереотипных слов.

7-8 – в коммуникативной ситуации возможен монолог, однако он имеет недостатки с точки зрения литературного оформления речи.

9-10 – возможности речевой коммуникации сформированы полностью (в любой ситуации может грамматически правильно и лексически полноценно выразить свою мысль).

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Бабкина, Н.В. Оценка готовности к школьному обучению детей с задержкой психического развития. М.: Школьная книга, 2015- 136 с.
2. Венгер, А.Л. Психологическое консультирование и диагностика в 2 ч. –М.: Генезис, 2001.
3. Дети-сироты: консультирование и диагностика развития/Под ред. Е.А. Стребелевой. – М.: Полиграф-сервис, 1998.-336 с.
4. Забрамная, С.Д. Вопросы изучения детей с умеренной и тяжелой умственной отсталостью/С.Д. Забрамная, Т.Н. Исаева [Электронный ресурс]// Особые дети в обществе: сб.науч.докл. и тез.выступлений участников Всероссийского съезда дефектологов в 2015 году. М., 2015.
5. Коробейников, И. А. Диагностика нарушений психического развития у детей в контексте проблем интеграции междисциплинарного знания [Текст]/ И. А. Коробейников//Дефектология. - 2004. - № 1. - С. 54-61.
6. Коробейников, И. А. Нарушения развития и социальная адаптация [Текст] / И. А. Коробейников. – М. : Per Se, 2002. – 192 с.
7. Коробейников, И. А. О соотношении нозологического и функционального диагноза при нарушениях психического развития у детей [Текст]/ И. А. Коробейников//Дефектология. – 1995. – № 6. – С. 3-6.
8. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте [Текст]: учеб. пособие для студ. психол. фак. вузов / В. В. Лебединский. - М.: Академия, 2003. - 144 с.
9. Лубовский, В.И. Задачи, принципы и возможности реконструирования системы психологической диагностики нарушений развития/В.И. Лубовский, И.А. Коробейников, С.М. Валявко//Дефектология.-2015.-№ 6. –С.3-16
10. Материалы к публичному обсуждению примерных пакетов диагностических методик на основе международной классификации функционирования – М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015-70 с.

11. Практика применения функционально-уровневого подхода в организации обучения детей с ЗПР (с фрагментами статьи С. А. Домишкевича «Функционально-уровневый подход к диагностике и коррекции познавательной деятельности в норме и при отклонениях в развитии») [Текст] /Е. Л. Инденбаум, А. А. Трушкова, С. В. Кованенко, В. С. Соловьева, И. Г. Кирилкина, О. И. Коростелева//Дефектология. - 2005. - № 4. - С. 41-54.
12. Психолог в детском саду: методическое пособие / Л.А. Венгер, Е.Л. Агаева, Р.И. Бардина и др.– М. Интор, -1995.-64 с.
13. Психолого-педагогическая диагностика/Под ред.Е.А. Стребелевой. М.: 1998.
14. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии: опыт их применения в клинике М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. - 448 с.
15. Семаго М.М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования / М.М. Семаго, Н.Я. Семаго. М.: Аркти, 2005.-336 с.
16. Шепко Е.Л. Психодиагностика нарушений развития у детей. Иркутск, ИГПУ, 2000.-156 с.
17. Экспериментально-психологическое исследование детей в период предшкольной диспансеризации [Текст]: методические рекомендации/ М-во здравоохранения РСФСР, Гл. упр. НИИ и координации науч. исслед. – М.: [Б. и.], 1978. – 43 с.